

SchulPs

Infos zur nächsten
Tagung 2012 in Dresden

Zeitung des Arbeitskreises
Schule und Psychiatrie



Clemens Hillenbrand
Inklusion & Resilienz

Wolfgang Oelsner
Selbstverletzendes Verhalten

Christine Preuß & Eva Heidemann
Der Star ist die Mannschaft

Bernd Giesen
Interview mit Prof. Radwitz

Nr. 21
2012
ISSN 1615-5033

Das ist dr **in**

In eigener Sache

Vorwort Redaktion/Vorwort Monika Ahrens/Impressum	3
Abo/Beitritt	51

Neues vom Fach

Clemens Hillenbrand Inklusion & Resilienz	4
Volker Reissner, Alexander Wertgen, Hermann Frey & Johannes Hebebrand Zurück zur Schule!	12

Sinn im Unsinn

Wolfgang Oelsner Selbstverletzendes Verhalten	22
--	----

Praktisch

Christine Preuß und Eva Heidemann Der Star ist die Mannschaft	24
Rainer Staska Jeden Dienstag ins Praktikum	28
Ingrid Möller Deutschstunde: multiple intelligent	31

Scharf umrissen

Bernd Giesen „Psychiatrisches Resilienz Radeln“ in Münster - Interview mit Prof. Radwitz	42
---	----

Buchtipp

Michael Röder Pädagogik bei Krankheit konkret	32
Petra Rohde SchuPs-Zeitung: special OE	32
Alexander Wertgen Auf dem Drahtseil lauf ich weiter	33
Alexander Wertgen Das große NEIN zur Schule	35

Reingeschaut

Susanne Nieroba Gut vorbereitet in die Zukunft	37
---	----

Zurück geschaut

Blitzlichter	26
Sybille Lösche, Irina Riedel, Ina Seipel, Thea Sparta, Martina Schuster die Sachsen und SchuPs	44

Voraus geschaut

Ina Seipel Zu Gast in Dresden	45
Dresden 2012 Tagungsprogramm	46
Dresden 2012 Workshops	48
Dresden 2012 Anmeldung	49
Dresden 2012 Zimmer buchen	50

Titelbild:

„Resilienz Collage“
SchuP, Nr. 21
2012

Schülerinnen und Schüler der Schule im Heithof in Hamm haben diese Collage gemeinsam mit der Künstlerin Frau Johanna Lüffe erarbeitet.

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Radfahren ist gesund. Diese Erkenntnis wird kaum jemanden überraschen – wobei die meisten Menschen sicher die körperliche Gesundheit im Blick haben dürften.

Damit wäre das wohltuende Potenzial des Radelns allerdings nur sehr unzureichend beschrieben, wie Prof. Dr. Dr. Herkules Radwitz unserem Autor im Interview erläuterte. Radwitz („Nun lassen sie doch mal den Professor weg ... wir rollen doch alle über denselben Asphalt“) setzt das Radfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein, um die Resilienz von Kindern und Jugendlichen zu trainieren. Sie lernen dabei, auch in ihrem Leben wieder den Lenker in den Griff zu bekommen – und stets einmal mehr aufzustehen als hinzufallen. Resilienz in den verschiedensten Facetten bildete auch das zentrale Thema der Tagung 2011.

Resilienz zu trainieren ist natürlich auch im Alltag möglich, selbst wenn man nicht von derart gravierenden Abstürzen bedroht ist, wie sie in der Psychiatrie zu betrachten sind. Beispielsweise wenn sich die SchuPs-Redaktion beim „Eintreiben“ der zugesagten Beiträge plötzlich mit sich häufenden Terminproblemen der Autoren konfrontiert sieht. So durften wir auch beim Entstehen der vorliegenden Ausgabe unsere Resilienz optimieren – was wir natürlich sehr gern getan haben. Denn von und mit unseren Autoren lebt diese Zeitung. Und so hoffen wir, dass der ein oder andere Leser uns – ganz nach dem Motto „von Lehrern für Lehrer“ – auch für die nächste Ausgabe wieder interessante Beiträge zukommen lassen wird.

In diesem Sinne: Viel Spaß beim Lesen

Petra Rohde
Redaktion

Impressum

Herausgeber:

Arbeitskreis Schule und Psychiatrie
(SchuPs)

Geschäftsführende Sprecherin:

Monika Ahrens,

Schule im Heithof,

Heithofer Allee 64, 59071 Hamm

Telefon: (d) 02381 893400

(p) 02527 1275

E-Mail: moahrens4@googlemail.com

Redaktion und Layout:

Petra Rohde

petrarohde@googlemail.com

Verantwortlich:

Monika Ahrens

Auflage: 500

Liebe Leserinnen und Leser, liebe SchuPs Freunde und Freundinnen,

20 Jahre ist es her, dass in Datteln der Grundstein für unseren Arbeitskreis gelegt wurde.

Allen Gründungsmitgliedern sei an dieser Stelle herzlich gedankt, denn eine große Zahl von Lehrern an Schulen für Kranke profitiert bis heute von der fachlichen Information in Bezug auf einzelne Krankheitsbilder, den Diskussionen und den daraus entstehenden Konsequenzen für unser pädagogisches Handeln. Auf den Tagungen, die in jedem Jahr engagierte Schulen ausrichten, bleibt der Erfahrungsaustausch ein zentraler Schwerpunkt und bestärkt uns in unserer Arbeit.

Ein großer Dank gebührt auch den Kollegen, die sich ständig bemühen, eine interessante, niveauvolle und abwechslungsreiche Zeitung zu erstellen, die uns das Thema der letzten Fortbildung noch einmal reflektieren lässt, Anregungen für unsere Arbeit bereithält und in uns die Vorfreude für die nächste Tagung weckt.

Wir danken dem Kollegium der Helen-Keller-Schule in **Münster** für die Ausrichtung der letzten rundum gelungenen Tagung. Sie wird eine der Resilienzfaktoren sein, die uns in unserer Arbeit bestärkt.

Schauen wir nach Dresden! Lothar Meyer und seinem Team ist es gelungen, Sponsoren zu werben, sodass die Tagung in diesem Jahr für alle Teilnehmer günstiger wird. Die Vorträge und Workshops werden sicherlich wieder Grundlage vieler Gespräche sein. Durch die vielfältigen Vorschläge zum Kennenlernen der Stadt und ihres kulturellen Angebots können wir selbst das Rahmenprogramm individuell beeinflussen.

Ich freue mich auf ein Wiedersehen in Dresden!

Monika Ahrens, Hamm
geschäftsführende Sprecherin
des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie

Sprecherrat:
Carsten Diederichsen, Hamburg
Kornelia von Wurmb, Viersen

SchuPs im Internet:
www.schups.org

Inklusion & Resilienz

Evidenzbasierte Prävention psychischer Störungen in der Schule

Clemens Hillenbrand

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter stellen eine Herausforderung für das inklusive Bildungssystem dar – darüber besteht in der internationalen empirischen Forschung ein deutlicher Konsens (Farrell & Polat, 2003). Qualitative Studien zeigen, dass stationäre Einrichtungen aus der Perspektive der Jugendlichen mit ausgeprägten psychischen Störungen durchaus einen positiven Beitrag zur Entwicklung leisten (ebd.). Für ein inklusives Bildungssystem stellt sich allerdings die Aufgabe, eine Förderung möglichst in der allgemeinen Schule zu realisieren. Dennoch finden in der aktuellen Debatte um Inklusion die Bedürfnisse von Schülerinnen und Schülern mit psychischen Störungen kaum Beachtung.

Die Schulen in der Psychiatrie liegen – um es metaphorisch auszudrücken – im Windschatten des aktuellen Sturms der Inklusion. Während andere Schulformen, insbesondere die Förderschulen Lernen, grundsätzlich in Frage gestellt werden, legitimiert sich diese Schulform durch medizinische Diagnosen und die Anbindung an medizinische Institutionen scheinbar von selbst. Aber – das machen die juristischen Analysen deutlich – der Auftrag zur Inklusion gilt für alle Schulformen. Einerseits wird sich die Frage stellen, wie weit die Unterrichtung von Schülern in der Psychiatrie in einer Form der allgemeinen Schule möglich ist und insbesondere wie diese spezialisierten Schulen und die Lehrkräfte mit psychiatrischem KnowHow einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Intervention

psychischer Störungen in der allgemeinen Schule leisten können! In den vorhandenen professionellen Kompetenzen liegen große Potentiale zur Umgestaltung unseres allgemeinen Schulsystems für eine bessere Unterrichtung und Erziehung von psychisch belasteten Schülern. Wie könnte also der Beitrag der Schule für psychisch erkrankte Kinder in einem inklusiven Bildungssystem aussehen?

Zum Auftrag Inklusion

Der Begriff „Inklusion“ wurde insbesondere durch Artikel 24 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (BRK, United Nations 2006) einer der zentralen Motive aktueller bildungspolitischer Debatten. Schon 2005 formulierte die UNESCO (2005) mit dem Begriff Inklusion den Auftrag, die Bildungsangebote in einem längerfristigen Prozess durch die verstärkte Beachtung der verschiedenen Lernlagen und Bedürfnisse aller Lernenden das Bildungssystem umzugestalten (UNESCO 2005). Die internationale bildungspolitische Debatte forciert also eine verstärkte Teilhabe insbesondere von benachteiligten Gruppen zur Reduktion von Ausschluss, die zu entscheidenden Veränderungen in der sozialen Wirklichkeit insgesamt führen soll (Lindmeier 2009).

Konkretisiert wird dieser Auftrag durch die Forderung nach dem Einsatz effektiver Verfahren des Unterrichts und der Förderung (Art. 24 BRK) - dies gilt auch für Lernende mit psychischen Stö-

rungen. Zur Verwirklichung des Rechts auf barrierefreie Teilhabe am allgemeinen Bildungssystem sind somit die effektiven und schulbasierten Maßnahmen zur Prävention und Intervention bei psychischen Störungen dringend gefordert. Hier bringen die Fachkräfte von Klinikschulen maßgebliche Kompetenzen und Erfahrungen mit. Für die Beratung der Lehrkräfte der allgemeinen Schule und zur direkten Förderung der risikobelasteten Schülerinnen und Schüler dient der folgende Überblick über wissenschaftliche Grundlagen und Formen evidenzbasierter sonderpädagogischer Handelns. Dafür zieht der Beitrag diejenigen Befunde der Evaluationsforschung heran, die explizit schulische Handlungsmöglichkeiten in ihrer Wirksamkeit überprüfen und belegen. Solche evidenzbasierten Maßnahmen leisten bei der Förderung psychosozial belasteter Kinder und Jugendlichen entscheidende Beiträge. Davon profitieren zahlreiche Kinder und Jugendlichen, die unter psychosozialen Risiken aufwachsen, ohne dass sie entsprechende Hilfen empfangen würden. Die KiGGS-Studie belegt, dass 14,7 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 16 Jahren von riskanten Entwicklungsverläufen oder manifesten Störungen betroffen sind (Hölling et al. 2007). Wenn auch meistens keine Diagnose psychischer Störung nach den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD oder DSM vorliegt, bestehen nach einem dimensional-Verständnis psychischer Störungen dennoch Problembelastungen, die durch Maßnahmen

universeller und selektiver Prävention effektiv gemildert werden können (Brezinka 2003). Ohne solche Hilfen könnten negative Entwicklungsverläufe bis hin zu massiven psychischen Störungen (Tröster 2011) die Folge sein. Die Verwirklichung des Rechts auf Inklusion im Bildungssystem erfordert folglich wirksame Prävention und Intervention in psychischen Dimensionen in der Schule. Zugleich stärken diese Maßnahmen die Tragfähigkeit eines inklusiven Bildungssystems und reduziert Stress und Gesundheitsrisiken bei Lehrkräften.

Resilienz und Prävention

Die aktuelle Forschung zieht ein entwicklungspsychologisches Konzept der Prävention und Intervention heran, das neben den Risikofaktoren und Belastungen eines Kindes in biologischer, sozialer und psychologischer Dimen-

sion in gleichem Maße die Bedeutung von protektiven Faktoren beachtet (Petermann 2008). Ausgehend von dem Phänomen der Resilienz (Werner 1997) deckt die Forschung biopsychosoziale Faktoren auf, die trotz Risikobelastungen zu einer gesunden Entwicklung beitragen. „Trotz massiver psychischer Belastungen und widrigster Lebensumstände entwickelt sich eine nicht unerhebliche Zahl der so aufgewachsenen Kinder zu gesunden Erwachsenen“ (Laucht et al. 1997, 262). Solche Kinder bezeichnete Werner als resilient oder widerstandsfähig. Sie sind zwar durchaus zeitweise in ihrer Entwicklung beeinträchtigt und zeigen temporäre Auffälligkeiten, es gelingt ihnen aber, diese Phase erfolgreich zu überwinden. Resilienz bezeichnet also das Phänomen bzw. die Fähigkeit, nach einer erfolgten negativen Einwirkung in den Zustand seelischer Gesundheit zurück zu kehren. In der Folge dieser wis-

senschaftlichen Entdeckung erfolgten detaillierte Analysen, die die große Bedeutung spezifischer Entwicklungsfaktoren aufdeckten. Sie besitzen eine schützende Wirkung und werden daher als protektive Faktoren bezeichnet (zur differenzierten Begrifflichkeit vgl. Petermann & Schmidt 2009).

Diese optimistisch stimmenden Erkenntnisse leiten dazu an, diese Faktoren für die Prävention und Intervention nutzen zu können. Die Frage steht im Vordergrund, „welche Faktoren psychische Gesundheit bei Kindern erhalten und fördern, die Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind. Solches Wissen ließe sich direkt in Präventionsprogramme für Risikokinder umsetzen“ (Julius & Prater 1996, 228).

Folgende Faktoren gelten nach empirischen Befunden als protektive Faktoren (Noeker & Petermann 2008, 258): siehe unten Tabelle 1

Protektive Faktoren kindlicher Entwicklung	
Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen in der Familie
<ul style="list-style-type: none"> • Genetische, neurobiologische Dispositionen • positives Temperamentsausstattung • gute Intelligenz und Problemlösefertigkeiten • Emotionsregulation und Verhaltenssteuerung, • positives Selbstkonzept (Selbstvertrauen, hoher Selbstwert, hohe Selbstwirksamkeitserwartung) • positive, optimistische Grundeinstellung • von der sozialen Umgebung positiv bewertete Persönlichkeitsmerkmale (Begabungen, Humor, hohe Attraktivität) 	<ul style="list-style-type: none"> • wenig Streit zwischen den Eltern • enge Beziehung des Kindes zu mindestens einer responsiven Erziehungsperson • positiver Erziehungsstil (warmherzig, strukturiert, interessiert am Wohlergehen des Kindes, anspruchsvolle, aber gleichzeitig erfüllbare Verhaltenserwartungen), • positive Geschwisterbeziehungen • hohes erzieherisches Engagement der Eltern • sozioökonomische Absicherung, Wohlstand und gute Bildung der Eltern • Wertebindungen und spirituelle Überzeugungen in der Familie

Tabelle1: Protektive Faktoren im sozialen Nahraum

Hinzu kommen Faktoren in der weiteren sozialen Umgebung (Nocker & Petermann 2008, 258).

- „Verfügbarkeit sozialer Unterstützung,
- stabile und vertrauensvolle Beziehungen zu wohlmeinenden und fürsorglichen Erwachsenen sowie Gleichaltrigen,
- niedrige Gewaltbereitschaft in der häuslichen Umgebung,
- bezahlbare Wohnsituation,
- Zugang zu Freizeit- und Bildungseinrichtungen,
- ökologische Umfeldbedingungen (Wasser, Luft etc.),
- gut ausgebildete und engagierte Lehrer,
- Verfügbarkeit von schulischer Nachmittagsbetreuung und Freizeitangeboten (Sport, Musik, Kunst),
- Vermittlung beruflicher Perspektiven und Integration.“

Faktoren in der weiteren sozialen Umgebung wurden ebenfalls in ihren positiven Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung identifiziert – sie lassen sich jedoch oftmals nur schwer ändern und für die pädagogische Förderung nutzen.

Das Zusammenspiel von Risikofaktoren und protektiven Faktoren geschieht in einem individuellen und komplexen Prozess, der nur schwer vorhersehbar ist. Die aktuelle Präventionsforschung nutzt die Ergebnisse der Resilienzforschung. Die Präventionsforschung baut auf diesen Befun-

den auf und versucht durch eine Stärkung protektiver Faktoren die Chancen auf eine gesunde Entwicklung zu erhöhen. Sie konzentriert ihre Bemühungen auf die spezifische Förderung identifizierter protektiver Faktoren. Die sonderpädagogische Anwendung vollzieht dadurch eine Wende hin zu einer ressourcen- und kompetenzorientierten Handlungsweise: Die protektiven Faktoren sind zu suchen und gezielt zu stärken. Besonders häufig greifen Präventionsprogramme dazu auf die Theorie der sozialkognitiven Informationsverarbeitung oder auf die Erziehungskompetenz der Bezugspersonen zurück (Lohaus & Domsch 2009).

Im Folgenden geht es um solche präventiven Maßnahmen psychosozialer Unterstützung, die schulisch einsetzbar sind. Sie leisten einen Beitrag zur effektiven Prävention psychischer Störungen von Schülerinnen und Schülern, aber zugleich wirken sie als Intervention (Wilson, Lipsey & Derzon, 2003). Mit diesem Handlungsrepertoire können sonderpädagogische Fachkräfte die Bedürfnisse insbesondere benachteiligter, nämlich von Risikofaktoren belasteter Kinder und Jugendlichen aufgreifen und beantworten. Einerseits stärken sie dadurch Kinder und Jugendliche mit bereits manifesten psychischen Störungen, andererseits profitieren andere Schüler, die von Risiken belastet sind, indem ihre protektiven Ressourcen unterstützt werden.

Effektive Prävention in der Schule

Schulen haben große Möglichkeiten der wirksamen Unterstützung belasteter Schüler! Nach dem primären sozialen Bezugssystem, etwa dem Elternhaus, ist

die Schule der soziale Ort, der am häufigsten und mit dem größten zeitlichen Umfang aufgesucht wird. Hinzu kommt, dass die hier tätigen Fachkräfte eine pädagogisch-psychologische Grundqualifikation mitbringen. Diese Chancen gilt es zu nutzen.

Schulen können auch einen Risikofaktor bilden, insbesondere durch organisatorisch-pädagogisches Chaos, ein negatives Schulklima, schlechten Unterricht und geringe Unterstützungen für die Schüler und Lehrkräfte bei gleichzeitig starker Leistungsorientierung. Nicht selten jedoch bietet sie eine soziale Ressource mit protektiver Wirkung für Kinder und Jugendliche unter Risikobedingungen, wie Werner sie in ihren Studien bei fast allen resilienten Kindern beobachten konnte (Werner 1997). Gemeinsame Bemühungen um die Kommunikation in der Schulgemeinschaft und eine gemeinsame Wertebasis, der Blick für den einzelnen Schüler, die Gültigkeit klarer Regeln mit konsequenter Umsetzung bewirken ein positives Schulklima, das eine Ressource für risikobelastete Kinder und Jugendliche darstellen kann (Keogh 1999).

Auf der Basis solcher recht allgemeinen Maßnahmen können zur Intensivierung gezielte Maßnahmen der Prävention implementiert werden, die sich als effektive Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung psychischer Gesundheit anbieten. Die Maßnahmen sind zunächst nach der Art der Prävention zu unterscheiden.

Kriterien effektiver Prävention

Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet drei Formen von

Prävention (Brezinka, 2003):

- Die universelle Prävention richtet sich an alle Mitglieder einer Gruppe (Schule, Klasse oder Altersgruppe). Hierzu sind kostengünstige und unaufwändige Maßnahmen geeignet.
- Die selektive Prävention fokussiert Kinder und Jugendliche mit erhöhten Risiken, die möglicherweise bereits erste Hinweise auf entstehende psychosoziale Probleme zeigen. Intensivere Maßnahmen sind auf dieser Stufe erforderlich.
- Die indizierte Prävention behandelt Gruppen mit hoher Risikobelastung und bereits erkennbaren Symptomen. Durch eine sehr hohe Maßnahmenintensität soll die Ausweitung der Probleme vermieden und möglichst eine Besserung der Lebensqualität erreicht werden.

Je nach ausgewähltem Setting, in dem eine präventive Maßnahme umgesetzt wird, spricht man von unimodalen (ein Setting) oder multimodalen Programmen (mehrere Settings). Grundsätzlich versprechen multimodale Programme, die also gleichzeitig in der Schule und im Elternhaus ansetzen, eine höhere Wirksamkeit. Allerdings stellen sie zugleich einen höheren Aufwand dar und sind auf die Kooperationsbereitschaft der Partner angewiesen.

Die Wirksamkeit von Maßnahmen wird durch die Evaluationsforschung überprüft. Das internationale und interdisziplinäre Kriterium der Evidenzbasierung fordert eine positive Wirksamkeit einer Maßnahme in mehreren unabhängigen Studien nach anerkannter wissenschaftlicher Forschungs-

methodik und kontrolliertem Design auf fundierter wissenschaftlicher Theoriebasis (Nußbeck 2007). Die aktuellen Metaanalysen fassen zahlreiche Einzelstudien zusammen und basieren daher auf großen Probandenzahlen, die in zahlreichen Einzelstudien zu fundierten Aussagen kommen.

Praktische Prinzipien

Wie sollte die Umsetzung erfolgen? Ein effektiver Einsatz wirksamer Methoden folgt nach der aktuellsten und umfassendsten Metaanalyse dem SAFE-Prinzip (Durlak et al. 2011, 408):

- » Sequenzen: Bauen die Lernschritte im Programm strukturiert aufeinander auf?
- » Aktivität: Verwendet das Programm aktive Lernformen und Übungen, die das gewünschte Verhalten einüben?
- » Fertigkeiten: Hat das Programm mindestens eine Komponente, die speziell soziale Fertigkeiten fördert?
- » Explizierte Ziele: Sind die Programmziele des sozial-emotionalen Lernens explizit formuliert?

Nach diesen Prinzipien lassen sich wirksame Programme auswählen. Für deren erfolgreichen Einsatz sind bestimmte Qualitätskriterien zu erfüllen (nach Petermann 2003). Diese Anforderungen dienen einer grundsätzlichen Orientierung für eine wirksame präventive Arbeit.

- » Längere Dauer der Förderung: Präventive Maßnahmen sollten mindestens drei Monate angewandt werden.

» Direkte Förderung: Die Schüler selbst werden gefördert und ihre Kompetenzen sollen gesteigert werden.

» Intensität: Intensivere Maßnahmen (häufigere Maßnahmen, mehr Übungen) erhöhen die Wirkung.

» Aktive Eltern: Eine kontinuierliche und engagierte Mitarbeit der Eltern ist sehr hilfreich.

» Multimodale Förderung: Die verschiedenen Ebenen der kindlichen Entwicklung zu berücksichtigen, also Verhalten, Emotionen und Sprache zu nutzen, führt zu besseren Erfolgen.

» Nutzung sozialer Ressourcen: Die Unterstützungsmöglichkeiten durch das soziale Umfeld werden einbezogen.

Eine solche Orientierung pädagogischen Handelns bedeutet eine Abkehr von der Erwartung, durch eine einzelne, kurzfristige Maßnahme sozial-emotionale Problemlagen und deren Auswirkungen beheben zu können. Sie belegt zugleich den großen Einfluss kindbezogener pädagogischer Maßnahmen. Welche Verfahren haben sich als wirksam erwiesen?

Effektive Maßnahmen

Die genannte Metaanalyse zur schulbasierten Prävention (Durlak et al., 2011) bezieht 213 schulbasierte, universelle Maßnahmen sozial-emotionalen Lernens ein und beruht auf den Daten von 270.034 Kindern und Jugendlichen. Einer der für Lehrkräfte wichtigsten Befunde zeigt, dass mittels der wirksamen Maßnahmen sozial-emotionaler För-

derung die Schüler auch im akademischen Lernen profitieren: Sie gewinnen durchschnittlich 11% in schulischen Leistungen! Die effektive Förderung von emotional-sozialen Kompetenzen führt zugleich zu Verbesserungen um ca. 10-15% in den untersuchten Verhaltensdimensionen. Die Klassenlehrer, die wirksame Maßnahmen in ihrer Klasse einsetzen, arbeiten besonders erfolgreich: Sie erreichen höhere Wirkungen als die wissenschaftlichen Arbeitsgruppen.

Erfolgreiche Maßnahmen der schulbasierten Prävention folgen nach dieser aktuellen Studie zwei grundlegenden Ansätzen:

1. Etablierung positiver, sicherer Lernumgebungen, und
2. Förderung sozial-emotionaler Fertigkeiten in der Schule (vgl. auch Wilson, Lipsey & Derzon 2003).

Zur Sicherstellung positiver Lernumgebungen sind insbesondere Ansätze des Classroom Management heran zu ziehen: Die Organisation und Gestaltung des Unterrichts erreicht durch Planung, motivierende Gestaltung des Unterrichts und Geltung klarer Verhaltensregeln eine optimale Lernaktivierung und Zeitnutzung für den Lernerfolg der Schüler (Hennemann & Hillenbrand 2009). Schüler profitieren in ihrem akademischen Lernen, erreichen insgesamt ein höheres Leistungsniveau und die Anzahl der Unterrichtsstörungen geht zurück (Wang, Haertel & Walberg 1993). Eine der am besten evaluierten Maßnahmen stellt in diesem Kontext das GoodBehavior Game dar, das als KlasseKinderSpiel auch in deutschen Schulen erfolgreich Verwendung findet (Hillenbrand & Pütz 2008).

Der zweite Ansatz wirksamer, schulbasierter Prävention besteht in der gezielten Förderung sozial-emotionaler Fertigkeiten in der Schule. Insbesondere die seit einigen Jahren auch in deutscher Sprache vorliegenden Förderprogramme und Trainings zur sozial-emotionalen Entwicklungsförderung sind hier einzuordnen. Der Grundgedanke verfolgt das Ziel, durch die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen potentiell Problemverhalten zu vermeiden. Meist finden solche Programme ihre Verwendung in universeller und selektiver Prävention. Welche Trainings liegen dazu vor?

Präventionsprogramme zur Förderung emotionaler und sozialer Fähigkeiten

Die Forschung hat in den letzten Jahren einige deutschsprachige Präventionsprogramme hervor gebracht, die gezielt der Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen dienen. Sie sind bisher durchgängig als universell-präventive, multimodale Interventionen konzipiert (zum Überblick: Hennemann & Hillenbrand 2009, 266f). Die Realisierung durch ein konkretes Projekt sozial-emotionalen Lernens in einer allgemeinen Schule trägt zur Stabilisierung der psychosozialen Entwicklung und zu einem besseren Klima der Klasse bei. Damit stützt sie psychisch gefährdete und erkrankte Kinder und Jugendliche.

Das Programm „Lubo aus dem All!“ (Hillenbrand, Hennemann & Hens, 2010) richtet sich an Kinder der schulischen Eingangsstufe und fördert ihre Emotionsregulation sowie die sozial-kognitiven Kompetenzen zur Bewältigung

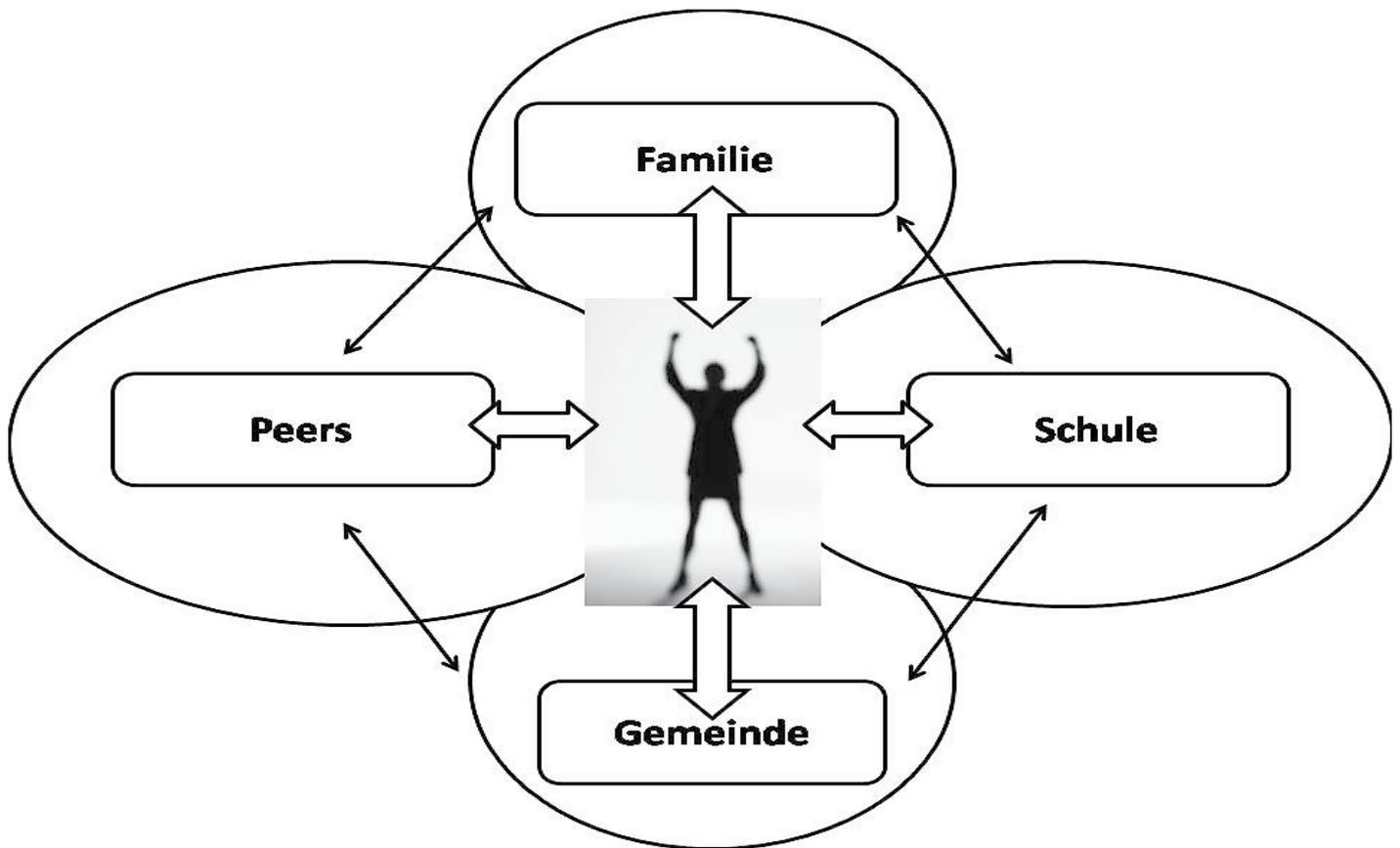
sozialer Situationen. Die Evaluation belegt die Profite für die sozialen Problemlösefertigkeiten und die soziale Situation der Klasse (Hillenbrand, Hennemann & Hens, 2011).

Einen aktuellen Überblick über weitere Förderprogramme erlaubt seit 2011 in hervorragender Weise die Internetplattform „Grüne-Liste-Prävention“, auf der erstmals in deutscher Sprache die Maßnahmen recherchiert werden können, ein Überblick und eine Einschätzung ihrer Wirksamkeit angeboten wird.

Maßnahmen der Intervention

Neben der Prävention werden weiterhin Interventionen bei vorliegenden Störungen unverzichtbar bleiben. Mit dem Blick auf die in der Öffentlichkeit besonders beachtete Gruppe der Jugendlichen mit externalisierenden Störungen stellt sich die Frage, wie hier angemessen interveniert werden soll.

Zunächst ist sehr auffällig, dass trotz des großen öffentlichen Drucks nur sehr wenige erfolgreich evaluierte Ansätze vorliegen. Die in der Öffentlichkeit diskutierten Ansätze wie Boot Camps, konfrontative Verfahren und der Jugendstrafvollzug zeigen in den wissenschaftlichen Studien hoch problematische Folgen. Der Jugendstrafvollzug führt zu einer Rückfallquote von ca. 75 %. Boot Camps reduzieren dieses Rückfallrisiko langfristig nicht und erfordern zugleich einen enormen finanziellen Aufwand. Auch konfrontative Verfahren, sofern sie evaluiert wurden, führen im Vergleich zu einer beliebigen, unspezifischen Intervention nicht zu einer besseren Bilanz (Beelmann 2008).



Angesichts der häufig hohen und multiplen Risiko-Belastungen ist leicht nachvollziehbar, dass erfolgversprechende Interventionen die Mehrdimensionalität der Belastungen aus verschiedenen Feldern berücksichtigen müssen. Die beiden bestevaluierten und daher erfolgversprechendsten Verfahren setzen genau hier an: Die verschiedenen Ökosysteme, in denen der Jugendliche lebt, insbesondere die Familie und deren Zusammenwirken mit den Peers, der Schule und weiteren Lebensbereichen stehen im Mittelpunkt der Intervention! Während die Family Functioning Therapy in ihrer Intervention stärker in einem therapeutischen Setting bleibt, setzt die Multisystemic Therapy in den Systemen der Lebensrealität des Jugendlichen, also auch in der Schule, an. Die Multisystemic-Therapy ist zugleich das effektivste und kostengünstigste Verfahren, das den wissenschaftlichen Anforderungen unterworfen und als erfolgreich überprüft wurde.

Allerdings ist der einzige Einsatzort im deutschsprachigen Raum bisher in der Schweiz im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Thurgau zu finden.

Diese Interventionsform wurde für straffällige Jugendliche entwickelt, das Konzept wurde jedoch auch für drogenabhängige und hochgradig psychisch erkrankte Jugendliche adaptiert (Heekerens 2006; Vierbuchen, Albers & Hillenbrand 2010; Vierbuchen & Hillenbrand 2011). MultisystemicTherapy geht nach einer sehr klaren Strategie vor, die zu einer hohen Intensität der Förderung führt. Sie arbeitet zugleich in den verschiedenen Lebenssystemen des Jugendlichen, also neben der Familie beispielsweise mit den Freunden (Peers), mit der Schule und der Gemeinde.

Die konkrete Arbeit der Multisystemic Therapy besteht vorrangig in einer intensiven Stärkung der Erziehungskompetenz der

Bezugspersonen und der sozial-emotionalen Fertigkeiten des Jugendlichen selbst. Ein Therapeut, der in der multisystemischen Therapie geschult ist, aber sehr unterschiedliche Grundqualifikationen haben kann, ist für ein bis höchstens fünf Jugendliche und ihre Familien zuständig. Täglich findet eine therapeutische Sitzung mit dem Jugendlichen und der Familie statt, um mit Hilfe der diagnostischen Verfahren die Stärken und Ressourcen der Familie zu identifizieren und Problemkonstellationen zu bearbeiten. 24 Stunden täglich ist ein Therapeut erreichbar, die Dauer der intensiven Therapie umfasst ca. 5 Monate. Die Therapie verknüpft die Lebenssysteme, indem neben der primären Arbeit mit der Familie auch die Schule und die Peers sowie weitere Bezugspersonen eingebunden werden. Die Schule gilt innerhalb der erfolgreichen Therapieansätze bei Jugendlichen als ein wichtiges Feld, mit dem eine Kooperation notwendig ist.

Neun Prinzipien der Multisystemic Therapy leiten die Therapie an und bieten zugleich eine Handlungsorientierung für die erfolgreiche Stützung hochbelasteter Jugendlicher in der allgemeinen Schule (Vierbuchen & Hillenbrand 2011, 261ff.):

1. Diagnose: Zusammenhänge zwischen den offensichtlichen Problemen und dem systemischen Kontext aufdecken;
2. Ressourcen: Das Positive hervorheben und den Hebel zur Veränderung bei systemischen Stärken ansetzen;
3. Verantwortung: Verantwortungsvolle Verhaltensweisen der Beteiligten fördern und unverantwortliche Verhaltensweisen verringern;
4. Handlungen: Handlungsorientierte, auf die Gegenwart bezogene und klar definierte Interventionen bevorzugen;
5. Lebenssysteme: Innerhalb und zwischen den einzelnen Systemen wiederkehrende Handlungsmuster durch die Interventionen verändern;
6. Bedürfnisse: Die Interventionen sind auf den Reifegrad und die Bedürfnisse des Jugendlichen abzustimmen;
7. Einsatz: Für die Interventionen den Familienmitgliedern täglichen Einsatz abverlangen.
8. Perspektiven: Den Behandlungserfolg aus mehreren Perspektiven beurteilen, wobei es den Professionellen obliegt, Hindernisse auf dem Weg zum Erfolg zu überwinden.
9. Generalisierung: Den Interventionserfolg über das primäre, therapeutische Setting hinaus generalisieren.

Diese Prinzipien können auch als Leitlinien für eine erfolgversprechende Rehabilitation psychisch kranker Schüler dienen.

Fazit

Die Verwirklichung von Inklusion als Auftrag an das gesamte Bildungssystem, die Bedürfnisse der Lernenden zum Ausgangspunkt zu nehmen, benötigt effektive Maßnahmen der psychosozialen Prävention und Intervention. Angesichts der Prävalenz von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sind effektive Maßnahmen in allen Schulformen zu implementieren, um ihr Recht auf Teilhabe am allgemeinen Bildungssystem zu verwirklichen.

Die schulischen Einrichtungen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche erhalten dann den über das bisherige Tätigkeitsfeld hinausgehenden Auftrag, KnowHow für eine erfolgreiche psychosoziale Förderung durch Beratung und Kooperation den allgemeinen Schulen anzubieten und sie in der Umsetzung zu unterstützen. Damit wird nicht nur die Aufgabe der Reintegration von erfolgreich behandelten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen unterstützt, sondern zugleich ein wichtiger Beitrag zur universellen und

selektiven Prävention von Kindern unter Risikobelastungen geleistet. Damit stellt sich die Expertise der Fachkräfte aus dem Feld Schule und Psychiatrie - wie alle anderen Schulformen - dem politischen Auftrag der Inklusion im allgemeinen Bildungssystem.

Die Resilienzforschung führt zu neuen Ansätzen der Prävention und Intervention, deren Wirksamkeit nach den Kriterien der Evidenzbasierung überprüft werden muss. Die internationale Präventionsforschung zu schulbasierten Maßnahmen legt wirksame Handlungsmöglichkeiten vor, die Inhalte der Beratungstätigkeit und der Förderung in der allgemeinen Schule sein sollten. Davon profitieren viele Schüler, deren Entwicklung sonst vielleicht einen negativen Verlauf nehmen würde. Die Kenntnis evidenzbasierter Maßnahmen der Prävention und Intervention unterstützt nicht zuletzt die Kompetenzen von Lehrkräften, dient der Stressreduktion durch Störungsreduktion und fördert das Klassenklima.

Prof. Dr. Clemens Hillenbrand

Universität Oldenburg

Fakultät 1

Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

26111 Oldenburg

c.hillenbrand@uni-oldenburg.de



Prof. Hillenbrand referiert auf der SchuPs-Tagung in Münster

Literatur:

- Beelmann, A. (2000). Prävention dissozialer Entwicklungen: Psychologische Grundlagen und Evaluation früher kind- und familienbezogener Interventionsmaßnahmen. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universität Erlangen-Nürnberg
- Beelmann, A. (2008). Jugenddelinquenz – Aktuelle Präventions- und Interventionskonzepte. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 3, H. 2, S.190–198
- Beelmann, A. & Raabe, T. (2007). Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Brezinka, V. (2003). Zur Evaluation von Präventivinterventionen für Kinder mit Verhaltensstörungen. *Kindheit und Entwicklung* 12, S.71 - 83
- Durlak, J. A., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., Schellinger, K.B. & Weissberg, R.P. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development* Vol. 82, S.405–432
- Farrell, P. & Polat, F. (2003). The long-term impact of residential provision for pupils with emotional and behavioural difficulties. *European Journal of Special Needs Education*, Vol. 18, S. 277–292.
- Gruene-Liste-Prävention. <http://www.ctc-info.de/nano.cms/datenbank/information>, eingesehen 14.9.2011.
- Heekerens, H.-P. (2006). Die multisystemische Therapie- Einevidenz basiertes Verfahren zur Rückfallprophylaxe bei Jugendlichendelinquenz. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 2, S.163- 171
- Helmke, A. (2004). Unterrichtsqualität – erfassen, bewerten, verbessern. Seelze: Friedrich, 3. Auflage
- Hennemann, T. & Hillenbrand, C. (2009). Klassenführung: Effektives Classroom Management in der Schuleingangsstufe. In Hartke, B., Koch, K. & Diehl, K. Förderung in der schulischen Eingangsstufe. Stuttgart: Kohlhammer, S.255–279
- Hennemann, T., Hillenbrand, C. & Hens, S. (2011). Kompetenzförderung zur universellen Prävention von Verhaltensstörungen in der schulischen Eingangsstufe: Evaluation des kindorientierten Präventionsprogramms „Lubo aus dem All“. *Zeitschrift für Grundschulforschung*, 4, S.113 – 125
- Hillenbrand, C. & Pütz, K. (2008). Klasse-
Kinderspiel. Spielerisch Verhaltensregeln lernen. Hamburg
- Hillenbrand, C., Hennemann, T. & Hens, S. (2010). „Lubo aus dem All!“ – Schuleingangsphase. Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen. München: Ernst Reinhardt
- Hirsch-Herzogenrath, S. & Schleider, K. (2010). Reintegration psychisch kranker Schülerinnen und Schüler in die Allgemeine Schule aus Sicht der Schulen für Kranke – empirische Befunde. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 61, S. 351 - 359
- Hölling, H. Erhart, M. Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, S.784–793
- Julius, H. & Prater, M. A. (1996). Resilienz. *Sonderpädagogik*, 26, S.228–235
- Keogh, B. (1999). Risiko und protektive Einflüsse in der Schule. In Opp, G., Fingerle, M., Freytag, A. (Hrsg.). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S.191 – 203). München: Ernst Reinhardt
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (1999). Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.). Was Kinder stärkt - Erziehung zwischen Risiko und Resilienz (S.71-93). München: Ernst Reinhardt
- Lindmeier, C. (2009). Teilhabe und Inklusion. *Teilhabe*, 48, H.1, S.4 – 10
- Lohaus, A. & Domsch, H. (2009). Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer
- Lösel, F. & Beelmann, A. (2003). Effects of Child Skills Training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *Annals of American Academy of Political and Social Science*, 587, S.85–109
- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, S.255–263
- Nußbeck, S. (2007). Evidenzbasierte Praxis – ein Konzept für sonderpädagogisches Handeln? *Sonderpädagogik*, 37, S.145-154
- Opp, G. & Fingerle, M. (Hrsg.) (2007). Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Ernst Reinhardt, 2. Auflage
- Petermann, F. (2003). Prävention von Verhaltensstörungen – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 12, S.65 - 70
- Petermann, F. & Schmidt M. (2009). Ressourcenorientierte Diagnostik – eine Leerformel oder nützliche Perspektive? *Kindheit und Entwicklung*, 18, S.49 – 56
- Scheithauer, H., Niebank, K. & Petermann, F. (2000). Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.), Risiken in der frühkindlichen Entwicklung (S.65 – 97). Göttingen: Hogrefe
- Tröster, H. (2011). Chancen der Früherkennung aggressiv-dissozialer Verhaltensprobleme beim Übergang Kindergarten/ Schule. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 62, S.337 – 345
- United Nations (2006). UN-Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>, 16.09.2011]
- UNESCO (2005). Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All. Paris: UNESCO
- Vierbuchen, M. C., Albers, B. & Hillenbrand, C. (2010). Effektive Interventionen bei delinquentem Verhalten von Jugendlichen: Die multisystemische Therapie. *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe*, 4, S.390 – 397
- Vierbuchen, M.C. & Hillenbrand, C. (2011). Wirksame pädagogische Hilfen bei Delinquenz im Jugendalter. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 62, S.258 - 268
- Wang, M.C., Haertel, G.D. & Walberg, H.J. (1993). Toward a knowledge base for school learning. *Review of Educational Research*, 63, S.249 - 294
- Werner, E. (1997). Gefährdete Kindheit in der Moderne: Protektive Faktoren. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 66, S.192–203
- Wilson, S.J., Lipsey, M.W. & Derzon, J.H. (2003). The Effects of School-Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, S. 136 - 149

Zurück zur Schule!

Manualbasierte Hilfen für Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten

Volker Reissner, Alexander Wertgen, Hermann Frey & Johannes Hebebrand

Schulvermeidung stellt ein schwer zu behandelndes Problemverhalten dar, welches häufig durch psychische, familiäre und pädagogische Ursachen bedingt ist. Für den Einzelnen wie für die Gesellschaft verursacht schulvermeidendes Verhalten hohe Folgeschäden und Kosten. So ist belegt, dass ein fehlender Schulabschluss, psychisches Leiden durch mit dem Schulabsentismus assoziierte unbehandelte psychische Störungen, eine insuffiziente Integration in die Bezugsgruppe Gleichaltriger und in die Familie, spätere Arbeitslosigkeit und damit einher gehende ökonomische und kulturelle Exklusion und körperliche Erkrankungen Folgeschäden chronifizierten schulvermeidenden Verhaltens sein können. Hierdurch werden das Leben und die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig negativ beeinflusst (vgl. Wertgen & Reissner 2012, 305).

Die zunehmende Schulabsentismus-Problematik steht in der letzten Zeit verstärkt im Fokus der

Schulen, Beratungsstellen, Psychotherapeuten und nicht zuletzt der Öffentlichkeit und Politik. Im Folgenden wird ein in der schulischen und klinischen Arbeit mit schulabsenten, psychiatrisch-psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen entwickeltes manualbasiertes Vorgehen beschrieben, das inzwischen vielfach erprobt worden ist. Die während einer zweieinhalbjährigen Entwicklungs- und Testphase erhobenen Daten werden in Zukunft umfassend ausgewertet.

Im Anschluss an die Beschreibung des Essener Schulvermeider-Manuals und des zugrunde liegenden theoretischen Modells soll ein ausführlich dargestelltes Fallbeispiel der Konkretisierung dienen. Pädagogische Erfahrungen und Konsequenzen aus der pädagogischen und therapeutischen Arbeit mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen werden in einem abschließenden Kapitel in Form von Thesen zusammen gefasst.

Das Essener Manual zur Behandlung von Schulvermeidern

Das „Essener Manual zur Behandlung von Schulvermeidern“ stellt nicht nur ein Psychotherapiemanual zur Behandlung von Schulvermeidern dar. Das Manual dient als Grundlage der multiprofessionellen und multimodularen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten. Es entstand im Rahmen der klinischen Arbeit und eines Forschungsprojektes, das in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universitäts-/LVR-Klinik Essen durchgeführt worden ist. Insgesamt werden vier aufeinander abgestimmte Module beschrieben:

- Kognitive Verhaltenstherapie der Schulvermeidung

- Familienberatung bei Schulvermeidung
- Schulische Beratung bei Schulvermeidung
- Sport-Coaching bei Schulvermeidung

Die primäre Zielgruppe der im Manual beschriebenen Therapie und Beratung sind Schüler aller Altersklassen, die neben familiären oder pädagogischen Problemen auch psychische Auffälligkeiten aufweisen. Dieser wachsenden Gruppe junger Menschen soll durch die im Manual beschriebene Behandlung die schnelle Rückkehr in die Schule ermöglicht werden und gleichzeitig sollen die entsprechenden Ursachen und Begleitumstände (familiär, pädagogisch, psychisch) bekämpft werden, die schulvermeidendes Verhalten aufrecht erhalten und verstärken.

Dieser doppelte Behandlungsfokus fordert spezifische motivationale

und verhaltenstherapeutische Interventionen und Beratungstechniken. Deren Ziel ist es, die Motivation der schulabsenten Kinder und Jugendlichen zur aktiven Teilnahme an den Angeboten nach Maßgabe des Essener Schulvermeider-Manuals zu erhöhen. Als besonders Erfolg versprechend haben sich hier die Orientierung an dem „Stages of Change“-Modell von Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) erwiesen, das motivationale Prozesse in mehrere Stadien unterteilt und als zirkulär versteht. Dieses Verständnis ist sehr realitätsnah, denn es geht von der Erfahrung aus, dass viele Klienten sich der Ursachen ihrer Probleme häufig erst noch bewusst werden müssen und dass ihre Bereitschaft und Fähigkeit zu Veränderungen aufgrund von starken Ambivalenzen gefördert werden muss. Diese Funktion erfüllen die Techniken des „Motivational Interviewing“ (MI, vgl. Miller & Rollnick

2006), einer Form der Gesprächsführung. Ausgehend von der von Carl Rogers entwickelten Klientenzentrierten Gesprächsführung zielt das MI darauf ab, den Klienten zu veranlassen, Ambivalenzen, die wünschenswerte Veränderungen verhindern, zu erkennen. Als förderlich für nahezu jede Form von Verhaltensänderungen erweist sich eine vertrauensvolle, tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen professionellen Akteuren und Klienten. Diese wird auch durch den Ansatz der „Harm-reduction“ gefördert, dessen inhaltliches Ziel es ist, negative Begleiterscheinungen schulvermeidenden Verhaltens wie zum Beispiel den Abbruch der Schulkarriere zu verhindern.

Das Manual selbst findet Leser und Anwender aus entsprechenden Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen, die nicht zur Schule gehen, zusammenarbeiten. Hierzu zählen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Lehrer, Gesundheitspfleger und andere interessierte Professionelle.

Die dargestellte Behandlung und Beratung erfolgt in einem multiprofessionellen Team, welches die genannten Module abdeckt. Das Manual wendet sich aber auch an jene Helfer, die in einem kleineren Team, in Kooperation mit anderen Akteuren des Sozial- und Gesundheitssystems oder auch weitgehend alleine arbeiten. Sie können die Ideen und Anregungen für die Therapie bzw. Beratung von Schulvermeidern übernehmen und in ihrer eigenen Praxis oder im Rahmen eines Netzwerks umsetzen.

Je nach Art der Stichprobe finden sich unter Schülern, die dem Klassenraum fern bleiben, hohe Prävalenzzahlen für psychische Störungen, z. B. bei Inanspruchnahmepopulationen bis zu 90 %, bei repräsentativen Stichproben bis zu 24,5 % (Lehmkuhl und Lehmkuhl, 2004). Der Terminus Schulvermeidung

wird hier als Absentismus von der Schule bei gleichzeitigem Vorliegen einer mehr oder minder ausgeprägten psychischen Symptomatik definiert (Knollmann et al., 2010; Knollmann, Al-Mouhtasseb, & Hebebrand 2009). Bei Schulvermeidern findet sich das gesamte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen.

Das Behandlungsteam stellt sich der Aufgabe einer möglichst schnellen und effektiven Rückführung des Schülers in die Bildungsinstitution zur Vermeidung von Chronifizierung bzw. Stigmatisierung der Betroffenen. Die Arbeit erfolgt aufsuchend, symptomzentriert, berücksichtigt systemische Aspekte und orientiert sich an den Prinzipien der Harm-reduction. Sie beinhaltet vier aufeinander abgestimmte Module:

- Schulvermeidenspezifische kognitive Verhaltenstherapie
- Familienberatung
- Schulische Beratung
- Sport-Coaching.

Das Modell zum Manual

Das Essener Schulvermeidern-Manual beschreibt die Arbeitsprozesse eines multiprofessionellen Teams aus Sozial- und Schulpädagogen, einem Sportwissenschaftler sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Die Zusammenarbeit verschiedener Professionen in einem Beratungs- bzw. Behandlerteam erfordert eine gemeinsame Sprache, Haltung und Konzeption auf der Grundlage einer gemeinsamen Theorie der Problematik. Diese Vorgabe machte die Entwicklung eines gemeinsamen Modells notwendig. Es umfasst vier Ebenen, die die Schulvermeidung aus unterschiedlichen Perspektiven beschreiben und den verschiedenen Professionen zur Konzeptualisierung dienen (Reissner, Herwig & Knollmann, in Vorbereitung):

I. Verhaltensdimension

II. Funktionsdimension

III. Syndromdimension

IV. Diagnosedimension

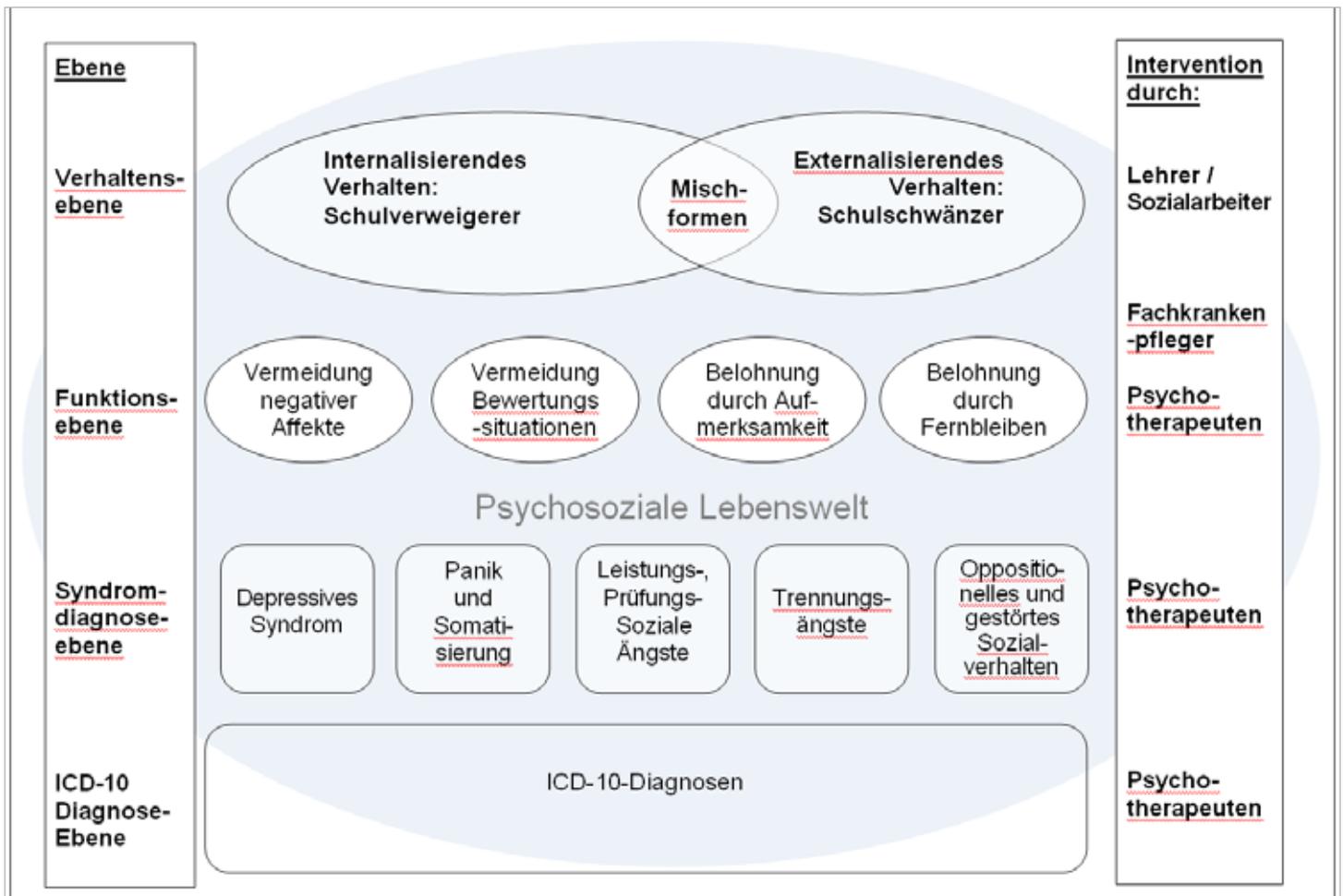
Die vier Ebenen stehen vor dem Hintergrund der psychosozialen Lebenswelt des Schülers. Das Phänomen Schulvermeidung kann nur individuell vor den entsprechenden schulischen, familiären und psychischen Bedingungen analysiert und verstanden werden. Dabei ist primär das subjektive Erleben des Schülers und der Familienmitglieder von ausschlaggebender Bedeutung.

I. Verhaltensdimension

Die Gruppe der Schulverweider kann in sogenannte „Schulverweigerer“ und „Schulschwänzer“ unterteilt werden. Schulschwänzen ist meist assoziiert mit externalisierenden Störungen, während Schulverweigerung eher mit internalisierenden Störungen einhergeht. Auf der Verhaltensebene zeigen Schulverweigerer im Unterricht oder in anderen sozialen Situationen internalisierendes Verhalten. Das Handeln ist vorwiegend auf sich selbst ausgerichtet: Rückzug, Unsicherheit und Zurückhaltung erscheinen als Korrelat ängstlicher und depressiver Affekte. Schulschwänzer hingegen richten ihr Verhalten häufig auf ihre soziale Umwelt aus: Reizbarkeit und Impulsivität, Nichtbeachtung sozialer Normen und aggressive Affekte charakterisieren den Begriff „externalisierendes Verhalten“. Eine Mischung aus Verweigerung und Schwänzen bzw. externalisierendem und internalisierendem Verhalten findet sich nicht selten.

II. Funktionsdimension

Schulvermeidendes Verhalten lässt sich auch aus einer funktionalen Perspektive beschreiben (Kearney 2006 und 2007): Welche Bedeutung hat das Fernbleiben von



der Schule im subjektiven Erleben des Schülers selbst? Dient es der Vermeidung negativer Affekte wie Angst oder von Bewertungssituationen bzw. Prüfungen? Eine weitere Funktion der Schulvermeidung könnte darin bestehen, verstärkt die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu ziehen, wie es zum Beispiel bei Trennungsängstlichen vorkommt. Die vierte Funktion schulvermeidenden Verhaltens bezieht sich auf positive Verstärkungen außerhalb der Schule. Schulschwänzer erleben das Fernbleiben oft als „Belohnung“. In ihrer subjektiven Bewertung steht das „Abhängen“ mit Kumpeln außerhalb des Klassenzimmers deutlich über der komplexen Berechnung einer binomischen Formel.

III. Syndromdimension

Im Umgang mit psychisch kranken Schulvermeidern fällt das gemeinsame Vorliegen bestimmter psychisch bedingter dysfunktionaler

Verhaltensweisen auf. Ein Syndrom definiert sich durch eine typische Konstellation von Symptomen, die bei ausreichendem Schweregrad zu einer massiven Beeinträchtigung der psychosozialen Adaptationsfähigkeit und damit auch des Schulbesuches führen. Um dieser Tatsache in der Beratung respektive Behandlung gerecht zu werden, erfolgt im Sinne einer Heuristik der Rückgriff auf fünf prominente Syndrome. Sie dienen im klinischen Alltag einer Schulvermeiderambulanz der Abbildung der häufigsten Symptomkonstellationen.

- Depressives Syndrom
- Panik und Somatisierung
- Leistungs-, Prüfungs- und soziale Ängste
- Trennungsängste
- Oppositionelles und gestörtes Sozialverhalten

Auf der Basis dieser Syndrome wird im Rahmen des Moduls Kogni-

tive Verhaltenstherapie ein entsprechendes Problem- und Lösungsmodell für die Schulvermeidung gemeinsam mit dem Schüler und der Familie erarbeitet. Es beschreibt im Sinne einer individuellen Landkarte die Bedingungen und Wege, die zur Schulvermeidung führen, und zeigt auf dieser Grundlage Lösungsmöglichkeiten für die Schulrückkehr auf. Das Lösungsmodell verändert sich mit dem Therapiefortschritt und „begleitet“ den Patienten und seine Familie in den Einzel- genauso wie in den Gruppensitzungen und ebenfalls in der Arbeit in anderen Modulen.

IV. Diagnosedimension

Im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen führt die Erfassung eines Syndroms zu einer Diagnose gemäß der International Classification of Diseases (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993). Die Diagnosedimension rundet das Bild ab und dient dem Psychiater bzw.

Psychotherapeuten als formale Bedingung für die Therapie im medizinischen Hilfesystem. Für Schulverweigerer finden sich typischerweise folgende Diagnosen: Ängste, affektive Störungen und Emotionalstörungen (z.B. Emotionalstörung mit Trennungsangst, soziale Phobie, mittelgradige depressive Episode). Anpassungsstörungen werden oft

bei Verweigerern und Schwänzern diagnostiziert. Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie hyperkinetische Störungen zählen typischerweise zu den häufigen Diagnosen in der Gruppe der Schulschwänzer (vgl. Knollmann et al. 2010).

Das multidimensionale Modell um-

fasst also eine auf unterschiedliche Aspekte ausgerichtete Beschreibung der Verhaltensauffälligkeiten psychisch kranker Schulverweider. Die beteiligten Berufsgruppen finden hier passende Begrifflichkeiten zur Beschreibung der Schüler, Klienten bzw. Patienten. Das Modell dient als umfassende Klammer für die vier Module des Manuals.

Die vier Module des Manuals

Das Manual beinhaltet vier Module, die durch unterschiedliche Professionen umgesetzt werden. Sie decken die wichtigsten Funktions-

reiche des Schülers ab: die Psyche, die Familie, die Schule und die Peer-Group. Die Inhalte der Module werden im Folgenden näher beschrieben.

Modul 1: Kognitive Verhaltenstherapie

Initialer Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten und ihre Familien ist der Psychotherapeut, der sich der Elemente dieses Moduls bedient. Er übernimmt im Verlauf häufig die Rolle des Case-Managers. Diese Position kann in bestimmten Fällen auch durch einen Angehörigen aus einer anderen Berufsgruppe des Teams übernommen werden. Die Erhebung der Vorgeschichte, wesentlicher psychischer Beschwerden sowie der mit der Schullaufbahn assoziierten Daten stellen den Einstieg in die Therapie und die Beziehungsaufnahme dar.

Ist der therapeutische Auftrag geklärt und eine stabile Motivation zur Therapie sowie ein tragfähiges Arbeitsbündnis aufgebaut, folgt die Entwicklung eines spezifischen Problemmodells. Hier ergibt sich die zentrale Frage, welche Bedingungen aus der subjektiven Sicht des Schülers hinter der Schulvermeidung stehen. Als wesentlich stellen sich psychische und psychosoziale Faktoren heraus, die mit den Begriffen „vermeidendes Coping“ oder „mangelnde psychische Ressourcen“ zusammengefasst werden können. Darüber hinaus sind oft auch

familiäre oder schulische Konstellationen, z. B. eine fehlende familiäre Erziehungsstruktur oder Mobbing im Klassenzimmer, als aufrechterhaltende Bedingungen auszumachen. All diese Aspekte erfordern eine eingehende Analyse in einer gemeinsamen Teamsitzung. Es erfolgt eine Fallkonzeption und die Erarbeitung eines professionellen Lösungsmodells. Dieses Modell wird wiederum mit dem Schüler und den Eltern ausführlich erörtert. Der Abgleich zwischen dem subjektiven Problemmodell der Familie einerseits und den professionellen Störungstheorien andererseits ist ein wichtiger Prozess in der Therapie. Können sich beide Seiten nicht auf ein gemeinsames Lösungsmodell einigen, steigt das Risiko eines Behandlungsabbruchs (vgl. Becker 1984).

Nach Erarbeitung eines tragfähigen Konsenses und der Stärkung der Veränderungsmotivation schreitet die Behandlung durch die Zielfestlegung und Erstellung eines im Verlauf anzupassenden Therapieplans voran. Bereits früh werden durch den so genannten „Rahmenplan“ die Bedingungen und das Vorgehen beim möglichen Scheitern des initialen The-

rapieplanes verankert.

Die weiteren Behandlungsschritte erfolgen im Einzelsetting und werden durch Gruppensitzungen begleitet. Dabei entspricht das Vorgehen den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie und ihren störungsspezifischen Varianten (vgl. z. B. Stangier, Clark & Ehlers, 2006). Die Interventionen sind allerdings spezifisch auf das Schulvermeiderproblem adaptiert und abgestimmt. Sie fokussieren gleichermaßen auf die Reintegration des Schülers in seine Klasse wie auch auf die Therapie der psychischen Primärsymptomatik.

In der Praxis kann dies bedeuten, dass eine Schülerin mit ausgeprägten sozialen Ängsten sich nach der Unterstützung durch diverse psychotherapeutische Maßnahmen, wie die Stärkung des Selbstvertrauens, Rollenspiele und Expositionstrainings der Herausforderung stellt, wieder in den Klassenverband zurückzukehren. Die Übungen, die auf die Konfrontation mit der Angst hinarbeiten, führen z. B. ein Psychotherapeut und eine Gesundheitspflegerin bzw. Sozialarbeiterin bzw. -pädagogin koordiniert und kooperierend durch.

Modul 2: Familienberatung

In der Fallkonzeption entscheidet das Behandlerteam über den Einsatz der Module Familienberatung und Schulische Beratung. Als grobe Leitlinie für die Indikationsstellung dient die Frage, ob im Bereich der Familie respektive der Schule aufrechterhaltende Faktoren für das Fernbleiben zu finden sind. Die individuelle Konstellation in der Familie entscheidet dann über den Einsatz verschiedener Strategien und Interventionen. Der Aufbau einer Beziehung und die Förderung der Beratungsmotivation stellen auch hier die Basis der Arbeit der Gesundheitspflegerin oder Sozialarbeiterin dar. Vor dem Hintergrund des Problem- und Lösungsmodells erarbeiten die Beraterin und die Familie einen Beratungsauftrag.

Die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken ist eine zentrale Strategie der Familienberatung. Die Optimierung der interpersonellen Beziehungen und der innerfamiliären Kommunikation von expliziten und impliziten Regeln sowie die Aufstellung von verhaltenorientierten Belohnungsplänen

entsprechen zentralen Elementen dieser Strategie. Die Beraterin unterstützt und coacht die Eltern in ihren erzieherischen Bemühungen.

In schwerwiegenden Fällen der Schulvermeidung bietet die Beraterin auch die persönliche Begleitung des Schülers auf dem morgendlichen Schulweg an. Gemeinsam mit dem Schüler wird ein verhaltenstherapeutischer Stufenplan erarbeitet, der zunächst die enge Begleitung und im Verlauf die Vonselbständigung vorsieht. Das Expositionstraining endet – in Abgrenzung zum Modul Schulische Beratung – in der Regel vor dem Klassenraum.

Des Weiteren erhalten die Eltern Unterstützung durch eine Psychoedukationsgruppe zum Thema Schulvermeidung. Hier finden sich die betroffenen Erziehungsberechtigten ein, um zum einen grundlegende Informationen zur Schulvermeiderproblematik und zu psychischen Störungen zu erhalten. Zum anderen werden Handlungsalternativen und Tipps vermittelt mit dem Ziel, das Erziehungsverhalten zu verbessern und es

so dem Schüler zu erleichtern, in die Schule zurückzukehren. Nicht zu vernachlässigen sind der Austausch der Betroffenen und die Erkenntnis, mit dem Problem nicht allein zu stehen.

Nicht immer reicht eine intensive ambulante Behandlung aus, um die Schüler wieder der Bildungsinstitution zuzuführen. Aus der Literatur ist bekannt – und die eigenen Erfahrungen stützen diesen Befund – dass die Schulvermeidung und einhergehende psychische Erkrankungen zur Chronifizierung neigen (z. B. Berg & Nursten 1996; Flakierska-Praquin, Lindstrom & Gillberg 1997). In den Fällen, in denen trotz des Einsatzes aller ambulanter Mittel ein Therapiefortschritt nicht zu verzeichnen ist, erfolgt die Überweisung in die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Die Vorbereitung eines solchen Schrittes auf Seiten der Familie und der Aufnahmestation im Sinne eines Informationsaustausches und die Unterstützung bei der Durchführung sind ebenfalls Teil des Moduls Familienberatung.

Modul 3: Schulische Beratung

Das Angebot der schulischen Beratung und der pädagogischen Unterstützung wird von einem Lehrer durchgeführt (vgl. Wertgen 2012). Auch das pädagogische Modul steht in engem inhaltlichem und organisatorischem Zusammenhang mit den zuvor vorgestellten weiteren Modulen des Essener Schulvermeider-Manuals, insbesondere mit den Modulen „Kognitive Verhaltenstherapie“ und „Familienberatung“. Das Modul Schulische Beratung besteht aus sechs Strategien, die an dieser Stelle nur cursorisch dargestellt werden: Eine schulische Kurz-Beratung bei umgrenzten Problemlagen erfolgt in solchen Fällen, in denen der

Schulvermeider durch die bisherigen pädagogischen Maßnahmen der Stammschule zwar nicht reintegriert werden konnte, in denen aber zu erwarten ist, dass in Bezug auf die schulischen Probleme innerhalb eines kurzen Beratungsprozesses Abhilfe geschaffen werden kann. Des Weiteren werden eine Lernberatung zur Verbesserung der schulischen Leistungsfähigkeit sowie eine Schullaufbahn-, Bildungs- und Berufsberatung angeboten. Die Beratung der Erziehungsberechtigten in Erziehungsfragen aus pädagogischer Sicht und in Hinblick auf die Schulrückführung rundet dieses Angebot ab. Die Begleitung des Schülers

in die Schule ist ebenfalls Teil des Moduls. Im Unterschied zur Familienberatung stehen jedoch die Kommunikation mit dem Lehrpersonal und den Mitschülern selbst im Vordergrund, so dass die Unterstützung auf dem Weg zur Schule auch hinter der Klassenzimmertür, in der Klasse selbst stattfindet. Die fallbezogene Beratung der Lehrer im Sinne einer Psychoedukation erleichtert den Kollegen die Wahrnehmung der Schulvermeiderproblematik aus psychiatrischer Perspektive und fördert das Verständnis für die ergriffenen Interventionen.

Viele Interventionen des Moduls „Schulische Beratung“ werden be-

wusst in einer Schule durchgeführt. Sie können grundsätzlich Teil regulären schulischen Unterrichts – z. B. an einer Schule für Kranke – sein. Dieser hat hier die Form eines vorübergehenden Angebots für jene Schüler, deren schulischer Wiedereinstieg nach einer längeren Phase von Schulabsentismus nicht geglückt ist oder deren baldige schulische Reintegration keine größeren Aussichten auf Erfolg hätte. Die Teilnahme am Unterricht einer Schule für Kranke kann darüber hinaus die Funktion einer Vor-

bereitung auf einen Schulwechsel und der zeitlichen Überbrückung haben. Die Schüler werden dort in Orientierung an ihrem individuellen, sonderpädagogischen Förderbedarf in den Kern- und weiteren Fächern unterrichtet. Der Beziehungsgestaltung zwischen den Schülern und dem unterrichtenden Lehrer kommt hier eine zentrale Bedeutung zu. Eine vertrauensvolle Lehrer-Schüler-Beziehung ist erfahrungsgemäß die Grundvoraussetzung dafür, dass Bildungs- und Erziehungsprozesse

pädagogisch wirksam werden. Unterricht kann u. a. Selbstwirksamkeitserfahrungen durch schulische Erfolge ermöglichen. Er kann die Schüler reaktivieren, Lernprozesse anregen und vermittelt Schülern mit schulvermeidendem Verhalten eine Tagesstruktur. Die Reaktivierung der Schülerrolle gibt Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, wieder an einem zentralen Lebensbereich teilzunehmen, der sich generell normalisierend auf ihre Lebensverhältnisse auswirken kann.

Modul 4: Sport-Coaching

Die Kombination sportlichen Trainings mit psychosozialen Aktivitäten, die das seelische Wohlbefinden steigern, stellt die zentrale Leitlinie des Moduls Sport-Coaching dar. Verschiedene Studien zeigen den positiven Effekt selbst einer alleinigen sportlichen Betätigung auf das seelische Befinden (z. B. Brooks 1998). Es ist zu erwarten, dass die Einführung von psychoedukativen und Coaching-Elementen beim Sport die Effektivität der Bewegung auf die Psyche weiter steigert.

Die Interventionen des Moduls Sport-Coaching beginnen mit einem vorbereitenden Einzelgespräch mit dem Teilnehmer. Daran schließen sich zwölf Trainingseinheiten zu je 90 Minuten an. In der Regel wird eine Sporeinheit pro Woche angeboten. Sukzessive erfolgt die Umsetzung neuer Coaching-Interventionen, die in das sportliche Programm eingebunden werden.

Die Schulverweider nehmen obligat an drei „Schnupperstunden“ teil. In diesen ersten Trainingseinheiten erfolgt mittels verschiedener Motivationstechniken die Steigerung der Sportbegeisterung der Teilnehmer. Es wird versucht, die Schulverweider dort abzuholen, wo sie häufig sitzen – vor dem Computer. In den ein-

führenden Sportstunden haben sie die Gelegenheit über eine Vielzahl PC-gestützter, attraktiver Sportspiele in Bewegung und ins Schwitzen zu kommen. Dadurch wird das bekannte Medium Computer an die sportliche Aktivität in einer Gruppe geknüpft. Teambuilding ist als ein zentrales Thema in die ersten drei Sportstunden eingebaut. In der Gruppe wird ein gemeinsames Ziel festgelegt, für das es zu trainieren gilt, zum Beispiel die Teilnahme an einer Drachenbootregatta oder ein selbst organisiertes Fußballturnier. Außerdem einigen sich die Sportler mit dem Trainer auf mögliche individuelle sportliche Ziele. Das ebenfalls in den ersten drei Stunden eingeführte Basis-Prognose-Training ist eine den Selbstwert steigernde Intervention. Sie dient der verbesserten Wahrnehmung und Selbsteinschätzung eigener (sportlicher) Leistungen, die bei Schulverweidern häufig negativ verzerrt und unterentwickelt ist.

Haben einzelne Teilnehmer nach der dritten Trainingseinheit ein andauerndes Desinteresse am Sport-Coaching gezeigt, steht ihnen die Entscheidung über die weitere Teilnahme frei. Eine mögliche mangelnde Motivation kann auch hier im Sinne des „Motivational Interviewing“ bearbeitet wer-

den. Diejenigen, die sich weiter in die Aktivitäten einbringen, werden im Verlauf langsam vom Computerspiel weg in den realen Sport, zum Beispiel auf den Sportplatz, geführt. Sie erhalten die Möglichkeit, neben dem körperlichen Training an verschiedenen Interventionen teilzunehmen.

Die Fähigkeit trotz Schwierigkeiten ein sportliches Ziel zu erreichen und bei zunehmender körperlicher Belastung Stehvermögen zu zeigen, wird durch positive Selbstinstruktionen gesteigert. Das Gruppensetting eignet sich ferner ideal für das Training sozialer Kompetenzen, wie Kommunikations- und Selbstdarlungsfähigkeiten sowie supportiver Handlungen. Eine Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und des Gefühls der inneren Ruhe wird durch Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen, zum Beispiel in Hinblick auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers, gefördert.

Die letzten beiden Trainingseinheiten dienen der Vorbereitung und Durchführung des zu Beginn des Moduls avisierten gemeinsamen sportlichen Ziel-Events. Gleichzeitig leiten sie für den Einzelnen das Ende des Moduls und damit den Abschied von der Gruppe ein.

Die Entwicklung des Essener Schulvermeider-Manuals und die darauf basierende Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die schulvermeidendes Verhalten zeigen, werden aus Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union gefördert. Das manualbasierte Vorgehen wird fortlaufend evaluiert. Die Ergebnisse dieser Evaluation fließen in die Konzeption des Manuals ein. Das in Essen entwickelte Manual zur Behandlung von Schulvermeidern ist das erste seiner Art, das sich der oft vernachlässigten Zielgruppe psychisch kranker schulabsentierender Kinder und Jugendlicher annimmt.

Das Essener Schulvermeider-Manual in der Praxis: Ein Fallbeispiel

Das folgende Fallbeispiel soll die Arbeit mit schulabsentierenden Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage des Essener Schulvermeider-Manuals konkretisieren:

Die Schullaufbahn von Silke ist bislang weitgehend reibungslos verlaufen. Silke fällt sogar durchgehend durch gute schulische Leistungen auf. Mit sechs Jahren wird sie eingeschult und gegen Ende der vierjährigen Grundschulzeit sprechen ihre Lehrerinnen eine Empfehlung für den Besuch des Gymnasiums aus. Silke vollzieht den Schulwechsel ohne Schwierigkeiten. Einige ihrer Mitschülerinnen kennt sie noch aus der Grundschule; sie ist gut in den Klassenverband integriert. Die leistungsorientierte Schülerin fühlt sich durch gute Noten bestätigt und zeigt eine gleichbleibend hohe schulische lern- und Leistungsmotivation.

In der achten Klassen, Silke ist

inzwischen 14 Jahre alt, gerät die Schülerin in eine krisenhafte Lebenssituation. Bereits vor den Sommerferien häufen sich Unstimmigkeiten und Streitereien mit ihrem damaligen Freund. Zum Bruch der Beziehung kommt es schließlich als Silke durch Zufall ihren Freund Hand in Hand mit einer ihrer besten Freundinnen in der Stadt trifft. Infolge dessen verschlechtert sich auch ihr Verhältnis zu ihrer Freundin. Silke zieht sich in den folgenden Wochen mehr und mehr zurück; sie meidet alle Gelegenheiten, zu denen sie den beiden begegnen könnte. Außerhalb ihrer Clique hat die Schülerin kaum soziale Kontakte. Im Verlauf zieht sie sich zunehmend auch von engen Freunden und Freundinnen zurück. Ihre emotionale Stimmung und Gedanken sind durch Ängste und Depressivität gekennzeichnet.

Gegen Ende der Sommerferien weiß sie nicht, wie sie nach dem inzwischen mehrwöchigen Kontaktabbruch ihren bisherigen Freunden aus der Schule begegnen sollte. In ihrer Vorstellung hat der gesamte Freundeskreis bereits lange vor ihr von der Beziehung zwischen ihrem ehemaligen Freund und ihrer Freundin gewusst. Ihr scheint es, alle hätten sich gegen sie verschworen, lästerten und lachten nun über sie. Nachdem sie den ersten Schultag zu Hause verbracht hat und sich auch an den folgenden Tagen außerstande sieht, ihre Schule zu besuchen, erwirken Mutter und Tochter, dass Silkes Hausarzt ihr ein ärztliches Attest über eine vorübergehende krankheitsbedingte Unfähigkeit zum Schulbesuch ausstellt. Dieses Attest wird in der Folge um weitere Wochen verlängert. Silkes Eltern haben anfangs großes Mitleid mit ihrer Tochter und zeigen viel Verständnis für

ihre Lage. Sie erkennen jedoch auch, dass die Situation ihrer Tochter sich durch das Fernbleiben von der Schule eher weiterhin verschlechtert – nicht zuletzt, weil sie sich zunehmend sozial isoliert. Inzwischen kann Silke sich nicht mehr vorstellen, die Schule jemals wieder zu besuchen, weiß aber auch keine Alternative. Die Gespräche mit ihren Eltern enden immer häufiger in Rat- und Hilflosigkeit und Wut. Auch der Hausarzt lässt deutlicher als bislang durchblicken, dass er diese Situation nicht mehr länger durch Folgeatteste stützen könne und dass die Familie gezielte Schritte unternehmen solle, die Silkes Fernbleiben von der Schule offensiv angingen. Silke hat nun durch den Schulabsentismus, ausgelöst durch ihren sozialen Rückzug von dem Kreis der Freunde und Mitschüler infolge der enttäuschten Liebesbeziehung, ein weiteres, schwer wiegendes Problem. Nach einer Weile setzen Mutter und Tochter sich mit der Essener „Beratungsstelle für schulvermeidendes Verhalten“ (kurz: BSV) in Verbindung.

Dort kommen sie in Zusammenhang mit dem Schulabsentismus auch auf die innerfamiliäre Situation von Silke zu sprechen. Infolge einer depressiven Erkrankung der Mutter hat Silke im Laufe der Zeit zunehmend mehr Funktionen der Mutter in der Familie übernommen und fühlt sich sehr für die Mutter verantwortlich. Die Erziehungsbeziehung hat sich in der Folge verändert, so dass die Mutter ihre Erziehungsfunktion weitgehend eingebüßt und der Beziehung zu ihrer Tochter eher eine scheinbar gleichberechtigte, freundschaftliche Qualität gegeben hat. Der Vater, der nur vergleichsweise wenig Zeit zu Hause verbringt und erzieherisch bislang nur we-

nig in Erscheinung getreten ist, scheint diesen Veränderungen weitgehend indifferent gegenüberzustehen. Dass er das schulvermeidende Verhalten seiner Tochter missbilligt, hatte bislang keine Konsequenz.

Neben den explizit genannten Faktoren könnten die mangelnde erzieherische Einflussnahme auf die Tochter und deren Verantwortungsgefühl für die Mutter weitere Aspekte sein, die das schulvermeidende Verhalten Silkes aufrecht erhalten. Das Screeninggespräch in der BSV endet mit der Empfehlung an die Familie, sich zur vertiefenden Abklärung der Problematik an die Schulvermeider-Ambulanz des Essener LVR-Klinikums zu wenden und die Familienberatungsstelle des Jugendamtes aufzusuchen. Wenn die Familie diesen Kontakt aufgenommen hat, ist der Auftrag der BSV erfüllt. Über ihren Besuch in der BSV erhält die Familie eine Bestätigung zur Vorlage bei der Schule. Auf diese Weise ist dokumentiert, dass die Familie sich aktiv mit dem Schulabsentismus Silkes auseinandersetzt und nach Lösungen sucht. Die Schule kann daher zunächst von der Einleitung eines Bußgeldverfahrens absehen.

Die in der Schulvermeider-Ambulanz folgende kognitive Verhaltenstherapie nimmt ihren Ausgang von einer Analyse des schulvermeidenden Verhaltens. Eine wesentliche Rolle spielen hier in der Regel psychosoziale Faktoren wie „vermeidendes Coping“ und „mangelnde psychische Ressourcen“ sowie familiäre oder schulische Konstellationen, z. B. eine Erziehungsschwäche der Eltern oder das soziale Klima in der Schule.

Der fallführende Therapeut, der die Funktion eines Case-Mana-

gers hat und die Interventionen gemäß der Module des Essener Schulvermeider-Manuals in Orientierung an dem individuellen Hilfs- und Unterstützungsbedarf der Schülerin aufeinander abstimmt, stellt unter Verwendung der Diagnosedaten und der Informationen aus den ersten Kontakten mit Silke und ihrer Familie eine Fallkonzeption zusammen und erarbeitet ein professionelles Lösungsmodell, das in einer interdisziplinär zusammengesetzten Fallkonferenz diskutiert wird. Der Abgleich des therapeutischen Problem- und Lösungsmodells mit dem Problemmodell Silkes und ihrer Familie hat eine entscheidende Bedeutung für die zukünftige Arbeitsbeziehung zwischen der Schülerin und ihrer Familie und den professionellen Helfern. Die Akzeptanz aller weiteren pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen hängt davon ab, ob und inwiefern alle Beteiligten sich auf ein gemeinsames Grundverständnis der Problemlage einigen können.

In einzeltherapeutischen Sitzungen, die durch Gruppentherapie begleitet werden, findet Silke einen geschützten Rahmen, der es ihr erlaubt, sich mit ihren sozialen Ängsten auseinanderzusetzen, die u. a. dem Schulbesuch entgegenstehen. Psychotherapeutische Angebote zur Stärkung des Selbstvertrauens, Rollenspiele und Expositionstrainings unterstützen sie dabei. Die Interventionen der Module „Kognitive Verhaltenstherapie“ und „Familienberatung“ sind hier eng aufeinander abgestimmt.

Die psychotherapeutischen Maßnahmen werden begleitet und ergänzt durch die Beratung der Familie, in Silkes Fall durch ein Coaching der Mutter, die darin bestärkt wird, intensiver und wirkungsvoller als bisher auf Silke erzieherisch einzuwirken. Die Er-

ziehungsberatung soll die Mutter v. a. befähigen, gemeinsam mit dem Kindsvater eine elterliche Allianz zu bilden um die Bearbeitung der Schulabsentismus-Problematik zu unterstützen. Insbesondere soll die Mutter auch aus pädagogischen Gründen die Notwendigkeit erkennen, ihre Depression psychotherapeutisch behandeln zu lassen.

Auch das Modul „Schulische Beratung“ stellt Interventionen zur Unterstützung der Schülerin bereit. In Absprache mit dem Behandlersteam sowie nach Rücksprache mit Silke und ihrer Familie werden die Lehrerkollegen der Stammschule von dem zuständigen Lehrer der Schule für Kranke über die dem schulvermeidenden Verhalten der Schülerin zugrunde liegende Problematik informiert. Das Ziel der kollegialen Beratung ist es, das Fallverstehen der Kollegen der Stammschule zu fördern und sie als Kooperationspartner für die Bearbeitung des Problems zu gewinnen. Da die Schule einen wesentlichen Faktor in der Behandlung schulvermeidenden Verhaltens darstellt, ist es von zentraler Bedeutung für den Therapieerfolg, ob und inwiefern eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Stammschule zustande kommt. Dies gilt insbesondere für die Reintegration von Silke in die Stammschule, die ein eng aufeinander abgestimmtes Vorgehen notwendig macht. In Silkes Fall ist es hilfreich, dass das Behandlersteam der Schülerin und der Stammschule darüber hinaus in Aussicht stellt, dass Silke – falls das erforderlich sein sollte – vorübergehend die Schule für Kranke besuchen kann um sie dort in einer relativ geschützten Umgebung wieder an den regelmäßigen Schulbesuch zu gewöhnen.

Während der gesamten Zusam-

menarbeit mit Silke und ihrer Familie spielt eine fortlaufende motivationale Arbeit eine entscheidende Rolle. Die Motivation, dysfunktionale Einstellungen und Verhaltensweisen infrage zu stellen und zu ändern, ist eine zentrale Voraussetzung für den Therapieerfolg. Wie viele andere Betroffene auch zeigt Silke zu Beginn der Behandlung wenig Problembewusstsein. Sie geht davon aus, dass ihr Entschluss, die Schule wieder zu besuchen – vorzugsweise in Verbindung mit einem Schulwechsel – ausreiche, um ihr Problem zu beheben. Das Ausmaß und wesentliche Bedingungsfaktoren ihres schulvermeidenden Verhaltens sind ihr – ganz im Unterschied zu ihrer Mutter – zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewusst. Hier liegt ein erster Schwerpunkt der Therapie. Auch nach der Einigung zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam auf ein gemeinsames Störungs- und Problemmodell bleibt die Aufgabe virulent, die Veränderungsbereitschaft fortlaufend neu zu stärken bzw. zu wecken.

Zwar wirkt die Mutter in Bezug auf das schulvermeidende Verhalten ihrer Tochter auf eine Verhaltensänderung hin. Hinsichtlich ihres dysfunktionalen Erziehungsverhaltens und ihres eigenen psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs zeigt sie zunächst nur ein gering ausgeprägtes Problembewusstsein. Die Therapie eröffnet der Mutter die Möglichkeit, sich der Konsequenzen ihres Erziehungsverhaltens bewusst zu werden und aufzuzeigen, inwiefern sie zu einer Verfestigung der Problematik beiträgt. Die Stärkung der Veränderungsabsicht und -zuversicht ist ein wichtiges motivationales Element in der Behandlung. Im Anschluss daran kann sich die Mutter begründet für ein

anderes Erziehungsverhalten entscheiden und sich darin von der Familienberaterin unterstützen lassen. Auch ein spezielles Training eines konsequenten Erziehungsverhaltens stellt eine hilfreiche Intervention dar.

Nach einer Dauer der Therapie von sieben Monaten besucht Silke wieder regelmäßig ihre Stammschule. In der Einzel- und Gruppentherapie hat sie gelernt, mit sozialen Ängsten umzugehen. Die Unterstützung durch die Module „Familienberatung“ und „Schulische Beratung“ haben bewirkt, dass die Schülerin Strategien entwickelt hat, mit ihrer Angst im Alltag umzugehen. Silke hat – angeleitet durch Psychoedukation – wiederholt die für sie wichtige Erfahrung gemacht, dass die Intensität von Ängsten abnimmt, wenn sie ausgehalten werden und sie ihnen nicht nachgibt. Eine große Herausforderung war, wie zu erwarten, der Übergang in ihre Stammschulklasse. Für die Schülerin, ihre Eltern und die Lehrer der Stammschule hat die nachsorgende Begleitung Silkes in dieser Phase eine zentrale Bedeutung. Die Unterstützung durch das Behandlungsteam gibt die nötige Sicherheit und bietet die Möglichkeit, bei Krisen zeitnah und wirkungsvoll zu intervenieren. Inzwischen ist die Schülerin wieder in ihren Klassenverband integriert; die sozialen Ängste, die das auslösende Moment für Silkes Schulabsentismus gewesen sind, konnten erfolgreich behoben werden. Der therapiebegleitende Unterricht durch die Schule für Kranke hat es der Schülerin weitgehend ermöglicht, Schritt mit dem Lern- und Leistungsfortschritt ihrer Stammschulklasse zu halten, so dass die Versetzung Silkes zum Ende des Schuljahres nicht gefährdet ist.

Pädagogisch-therapeutische Arbeit mit schulabsenten Schülern: Pädagogische Erfahrungen und Konsequenzen

Aus der beschriebenen Arbeit in Orientierung am Essener Schulvermeider-Manual lassen sich einige Erfahrungen und Konsequenzen formulieren, die von hoher Relevanz für die schulische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sein können, die schulvermeidendes Verhalten zeigen. Im Folgenden sind einige zentrale Punkte in Form von Thesen aufgeführt:

- » Wenn die zuständigen Schulen nicht frühzeitig wirksame Maßnahmen gegen schulvermeidendes Verhalten ergreifen, z. B. indem sie bereits nach wenigen Tagen unentschuldigtem Fehlen ein Ordnungswidrigkeitsverfahren einleiten, kann die Schulabsentismusproblematik und eine möglicherweise zugrunde liegende, bislang nicht diagnostizierte psychische Erkrankung chronifizieren.
- » Die Erfahrungen aus dem Essener Schulvermeider-Projekt legen den Schluss nahe, dass offenbar viele Lehrer nicht in Betracht ziehen, dass viele Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten nicht selten auch psychisch erkrankt sind. Sie könnten und sollten die betroffenen Schüler und deren Eltern frühzeitig darauf hinweisen, ärztlichen Rat einzuholen.
- » Bei der Behandlung schulvermeidenden Verhaltens spielt die Schule eine ent-

scheidende Rolle. Sie ist ein wichtiger Kooperationspartner für Ärzte und Therapeuten, weil sie für die Schüler die Funktion eines Bewährungsfeldes übernimmt, das wichtige Aufschlüsse über die mit der Schulvermeidung assoziierte psychische Problematik geben kann. Die auch unter Lehrern weit verbreitete Meinung, ein psychisch kranker Schüler solle zunächst gesund werden, ehe er wieder die Schule besucht, trifft auf viele Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung nicht zu. Die betroffenen Schüler werden vielmehr auch durch die Wiederaufnahme des Schulbesuchs gesund.

- » Ein eng vernetztes, gut aufeinander abgestimmtes multiprofessionelles Vorgehen ist bei der Behandlung schulvermeidenden Verhaltens von oftmals entscheidender Bedeutung.
- » Die pädagogischen und therapeutischen Bemühungen in der Arbeit mit schulabsentem Kindern und Jugendlichen hängen erfahrungsgemäß stark von der Veränderungs- und Therapiemotivation der Betroffenen ab. Daher ist eine fortlaufende begleitende motivationale Arbeit im Sinne des Motivational Interviewing ein unverzichtbarer integraler Bestandteil pädagogisch-therapeutischen Vorgehens in der Behandlung schulvermeidenden Verhaltens. Dabei ist es im Grunde unerheblich, ob mit dem Schulabsentismus eine internalisierende oder eine externalisierende psychische Problematik assoziiert ist.

Literatur:

Becker H. (1984). „Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung“. In: Psychotherapie, Medizinische Psychologie 34, 313-321

Berg, I. & Nursten, J. (1996). *Unwillingly to school*. London

Brooks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., et al. (1998). „Comparison of Aerobic Exercise, Clomipramine, and Placebo in the Treatment of Panic Disorder“. In: *Am J Psychiatry* 155, 603–609

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. Bern

Flakierska-Praquin, N., Lindstrom, M., & Gillberg, C. (1997). „School phobia with separation anxiety disorder: A comparative 20- to 29-year follow-up of 35 school refusers“. In: *Comp Psychiatry* 38, 17–22

Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.). (2012). *Pädagogik bei Krankheit konkret. Beiträge zur pädagogischen Arbeit an Schulen für Kranke*. Lengerich u. a. 2012 (in Druck)

Kearney, C. A. (2006). „Confirmatory factor analysis of the school refusal assessment scale-revised: Child and parent versions“. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 28, 139–144

Kearney, C. A. (2007). „Forms and functions of school refusal behavior in youth: An empirical analysis of absenteeism severity“. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 53–61

Knollmann M, Al-Mouhtasseb K & Hebebrand J. (2009). „Schulverweigerung und psychische Störungen“. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58, 434-449

Knollmann, M., Knoll, S., Reissner, V., Metzelaars, J & Hebebrand, J. (2010). „Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht“. In: *Dtsch Arztebl Int* 107, 43-9

Lehmkuhl U, Lehmkuhl G (2004). Schulverweigerung – ein heterogenes Störungsbild. In:

Bundesgesundheitsblatt für Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 47, 890–5.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2006). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau

Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). „In search of how people change. Applications to addictive behavior“. In: *American Psychologist* 47, 1002-1014

Reissner, V., Herwig, S. & Knollmann, M. (2012). *Motivation zum Schulbesuch*. In:

Reissner, V. & Hebebrand, J. (Hrsg.). *Das Essener Schulverweider Manual* (2012). (in Vorbereitung)

Stangier, U., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2006). *Soziale Phobie*. Göttingen

Wertgen, A. (2012). „Schulische Beratung bei Schulverweigerung“. In: Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.). (2012). (in Druck)

Wertgen, A. & Reissner, V. (2012). *Schulabsentismus und Dropout psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Das „Essener Schulverweider-Projekt“*. In: Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.). (2012). (in Druck)

Kontakt

Prof. Dr. Johannes Hebebrand
Dr. Dr. Volker Reissner
LVR-Klinikum Essen
Kliniken/Institut der Universität
Duisburg-Essen
Wickenburgstraße 21
45147 Essen

Hermann Frey, SoR
Dipl.-Päd. M.A. Alexander Wertgen, SoL
Ruhrlandschule
Städt. Schule für Kranke
Holsterhauser Str. 151
45147 Essen

JUGENDPSYCHIATRISCHE SYMPTOME - erkennen – verstehen – übersetzen

Lehrkräfte der Klinikschule als „Dolmetscher“ für die Kollegien der Stammschulen

Wir Lehrkräfte aus der KJP sehen uns in den Kollegien der Stammschulen oft Beratungserwartungen gegenüber. Spätestens bei der Rückkehr von Schülern erhofft man von uns neben den Informationen über Leistungsstand und Unterrichtsstoff auch Ideen zum Verstehen psychiatrischer Symptome.

Es sind nicht nur zeittechnische Probleme und Aspekte der Schweigepflicht, dass die Lehrkräfte der Stammschule ihre Fragen nicht immer hinreichend bei den Fachkollegen der KJP deponieren. Als Schulmensch fragt man vertrauter und unbefangener im eigenen, im pädagogischen Berufsstand. Uns SfK-Lehrkräfte sieht man als Vermittler und hofft, dass wir durch den täglichen Kontakt mit den Klinikprofis, etwas von deren Fachsprache in „Pädagogensprache“ weitergeben können. Zudem sind wir die ersten,

die die didaktische Relevanz der nun klinisch gesicherten Diagnose im Unterricht berücksichtigten.

Wir sollten mit solchen „Verdolmetschungen“ in den Schulen nicht hausieren gehen. Wir sollten uns aber auch nicht vor ihnen drücken. Erst recht nicht, wenn sie als Wunsch heran getragen werden. Wir unterstützen damit nicht nur die Kollegien der Stammschule. Wir erleichtern auch unseren rückkehrenden Kindern und Jugendlichen die Wiedereingliederung in ihren Klassenverband. Denn ihre Verhaltensbesonderheiten nachvollziehen zu können, macht den Umgang mit ihnen selbstverständlicher. Auch wir in der Klinikschule hatten ja anfangs vielleicht eine Zeit des Befremdens.

Psychische Symptome zu „verdolmetschen“ verlangt Kenntnisse, Erfahrung, Verantwortung und hohe

Selbstdisziplinierung. Ohne diese ist die Gefahr einer beruflichen Grenzüberschreitung oder unzulässigen Vereinfachung groß. Die Ratsuche aber zu ignorieren oder nur zu delegieren vergrößert die Gefahr, dass die Verhaltensbesonderheiten unserer Schüler - sie kommen ja längst nicht immer völlig symptomfrei zurück - in der Heimatschule weiterhin irritieren oder ängstigen. Ja, dass man die aus der Psychiatrie zurückkehrenden Patienten schneidet, oder dass sie gar als verrückt oder boshaft gelten.

Der erste Beitrag versucht eine Antwort auf die fassungslose Einlassung eines Kollegen einer Stammschule, dessen Schülerin wegen selbstverletzender Handlungen in die Klinik kam: „Sagen Sie mal, wie kann man sich denn ritzen? Das ist doch total verrückt, das ist doch pervers!“ Wie kann hier ein Sinn im Unsinn erkennbar werden?

SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN (RITZEN)

– WAS KANN DAS FÜR EINEN SINN MACHEN?

Wolfgang Oelsner

„Haben Sie das schon mal gemacht?“ fragte der Bestattungsunternehmer den Trauernden, als er von dessen Absicht erfuhr, am Grab des verstorbenen Freundes eine kleine Rede halten zu wollen. Als der Befragte verneinte, riet ihm der Bestatter: „Dann tragen Sie am Beerdigungstag bitte Schuhe, die Ihnen zwei Nummern zu klein sind“. Der Friedhof erfahrene Mann hatte die Situationen oft genug erlebt, in denen es Trauerrednern die Sprache verschlug, in denen sich Kehlen zuschnürten, Stimmen versagten, Weinkrämpfe übermannten und Hände so zitterten, dass die Wörter auf dem Redenmanuskript nicht mehr zu lesen waren. Dies alles umso heftiger, je vertrauter der Verstorbene dem Redner war. „Wenn Sie zu kleine Schuhe tragen, werden Sie an nichts anderes mehr als an Ihre Füße den-

ken,“ erläuterte der Bestatter seinem verutzten Gegenüber, „wer da im Sarg liegt, wird ihnen dann sehr zweitrangig sein.“

Mag die Anekdote makaber, skurril oder witzig erscheinen, ihre Echtheit ist verbürgt, und von Lebensweisheit zeugt sie allemal. Sie greift die menschliche Erfahrung auf, dass es eine Schmerzhierarchie gibt. Seelischer Schmerz ist zwar tief und nagt anhaltend. Ein akut körperlicher Schmerz kann ihn jedoch vorübergehend zweitrangig machen, geradezu ausschalten. Jeder kennt das aus Situationen, die von negativen Affekten, von Wut, Eifersucht, Angst oder anderem Bösen wie vergiftet sind. In dem Moment, in dem eine akute Verletzung auftritt, wirkt die Seelenqual wie verschwunden. Da muss nichts Dramatisches passieren. Eine kleine

Verbrennung, heftiges Gegenstoßen oder plötzlich durchbrechende Zahnschmerzen genügen.

Akute körperliche Beeinträchtigungen sind nie schön. Doch sie sind zu bewältigen. Sie sind uns auch nicht unvertraut, mit ihnen haben wir umzugehen gelernt: Salbe oder Kühlung drauf, Verbinden, Verpfastern u. ä.. All das kostet Zeit und auch Konzentration. Dem marternden Mühlstein der Seelenqual wird durch diesen Aufwand die Energiezufuhr unterbrochen. Die Körperempfindung ist zwar auch schmerzvoll, aber überschaubar. Es gibt eine erkennbare Ursache mit eindeutiger Folge. Der „Feind“ ist ausgemacht, die Gegenmaßnahme bekannt. Wir können siegen, nicht sofort, aber recht bald. Der böse Schmerz geht absehbar vorbei.

Bei seelischem Schmerz ist das anders. Hier sind die Ursachen komplex, lang anhaltend, wiederholend, diffus, oft verschleiert. Und ob das, was wir als Grund der Pein fühlen, die wahre Ursache ist, wissen wir auch nicht immer genau.

Wer den Feind nicht kennt, kann sich nicht gezielt schützen. Allenfalls diffus vorsorglich. In der Politik sind es die „asynchronen Kriege“, die selbst von Supermächten nicht zu gewinnen sind. Unsichtbare Feinde lassen sich nicht mit einer Panzerphalanx aufrollen. Sie irritieren, machen den Gegner in seiner Ungewissheit machtlos. Ohnmacht ist aber ein unerträglicher Zustand. Also täuscht die Gegenseite mit Aktionismus Handlungsfähigkeit, Kompetenz vor.

Kompetenzen bringen auch unsere „Ritzer“ mit. Ihr Tun setzt Fähigkeiten und Fertigkeiten voraus, die höchstes Lob verdienen - würden sie nicht in den Dienst der destruktiven Tat gestellt. Unter anderem erfordert Ritzen Mut. Der wird beispielsweise in den ersten Medizin-Semestern dringend gebraucht, wenn es in der Anatomie gilt, in unversehrte Haut zu schneiden. Erforderlich sind auch Konzentration und ein feines Gespür für das rechte Maß an Kraftaufwand und Kenntnis über Lage der Venen. Nur Millimeter daneben oder zu tief, und die Ritzaktion endet in der Katastrophe. Auch eine gewisse „Coolness“ braucht es, schließlich muss man Blut sehen können.

Ich selber erwähnte bei Jugendlichen zuweilen diese kompetenten Aspekte ihrer Symptomatik. Damit wollte ich nichts beschönigen. Sich selber zu verletzen ist grauenhaft. Doch es ist nicht zu leugnen, dass es auch Eigenschaften hat, die Schlüsselqualifikationen wären, würde sich diejenige oder derjenige später mal zum Rettungsanitäter ausbilden lassen oder -wie gesagt- ein Medizinstudium aufnehmen. Neben meinem Respekt vor ihren „Kompetenzen“ vermittelte ich ritzen Jugendlichen stets auch mein Bedauern, dass sie ihren Mut und ihr Können für selbstbeschädigende, destruktive Ziele einsetzen, doch dass ich

darauf vertraue, dass sie mit Hilfe der Therapie in der Klinik entdecken können, diese Kompetenzen eines Tages für konstruktive Ziele einzusetzen.

Solche Kommentierung durch einen Kliniklehrer ist keine unlautere Intervention. Auch kein Eingriff in den therapeutischen Prozess. Es ist ein Kommentar, keine Deutung. Die wäre in der Tat ein pädagogischer Kunstfehler. Ein Übergriff ins therapeutische Setting wäre es etwa, wenn ein Kliniklehrer dem Jugendlichen sein Ritzen als Ablenkung von verdrängten Missbrauchserfahrungen deuten würde. In der Sache könnte er damit womöglich Recht haben, doch diese „Sache“ ist nicht die des Pädagogen. Beispielsweise kann und muss die Lehrkraft nicht wissen, wie viel biografische Wahrheit vom Jugendlichen schon ausgehalten werden kann, oder wie viel Widerstand ihr noch entgegengebracht werden muss.

Allerdings ist es legitim, zu versprachlichen, was im Schulkontext gesehen und gespürt wird. Sprache bindet die Affekte. Wenn aus Affekt Sprache wird, ist im individuellen Bildungsprozess einiges gewonnen. Junge Menschen zu befähigen, symbolisieren und mentalisieren zu können, ist ein schulischer Auftrag. Bei defizitären Biografien wird dann therapeutisch nachgeholfen.

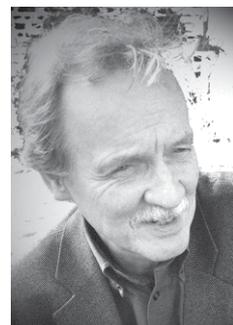
Wenn die Lehrkraft einer Klinikschule mit Jugendlichen so spricht, wie hier beschrieben, dann bedient sie sich psychologischen Verstehens, begrenzt sich aber auf die pädagogische Handlungskompetenz. Die Botschaft an einen ritzen Jugendlichen heißt dann etwa in einer Mathe-Stunde: Ich sehe deinen verbundenen Arm, und ich weiß auch, wie deine Verletzungen entstanden sind. Aber ich halte dich nicht für verrückt. Ich kenne deine Hintergründe nicht, aber ich bin überzeugt, dass es einen Sinn gibt. Den rauszukriegen bemühtest du dich derzeit mit deinen Therapeuten. Der Sinn unserer Unterrichtsstunde allerdings ist herauszukriegen, warum die Summe der Innenwinkel im Dreieck immer 180° ergibt. Das könnten wir trotz deiner belasteten Situation heraus bekommen!

Der für Außenstehende vielleicht fordernd wirkende Übergang zum unterrichtlichen Alltagsgeschäft hilft Lehrer wie Schülerin gleichermaßen, sich der Realität zu stellen. Das gelingt umso besser, wenn die andere Wirklichkeit, der verbundene, verkrustete oder vernarbte Arm nicht ignoriert werden musste. Wenn das Lehrerverhalten signalisiert, „wir wissen beide Bescheid“, dann muss die Energie des Schülers nicht in Versteck- oder Ablenkmanöver gehen. Und die Lehrkraft muss sich nicht verstellen, als sähe sie nichts. Beide bekunden sich ihre Kenntnis vom Ist-Stand, wissen, dass der belastet ist und können doch ihrem Auftrag nachgehen, beispielsweise Mathematik zu machen.

Wer mit Schülern Bildungsaufträge umsetzt, traut ihnen etwas zu und wird sie nicht „für verrückt halten“. Er darf in den Augen der jugendlichen Symptomträger aber auch nicht als beschwichtigend, als „schönredend“ oder ahnungslos gelten. Zu wissen, dass die Lehrer es wissen, aber nicht weiter problematisieren oder gar psychologisieren, entlastet auch. Zu solchen Sichtweisen der Lehrer-Schüler-Beziehung können wir Lehrkräfte der Klinikschulen unsere Kolleginnen und Kollegen in den Stammschulen ermutigen. Gemäß dem Motto „psychologisch sehen, pädagogisch handeln“ könnten sie den „Sinn im Unsinn“ verstehen, ohne ihr Terrain, Unterricht und Erziehung, zu verlassen.

Wolfgang Oelsner

Lehrer, Kinder- und Jugend-
psychotherapeut und



(keineswegs nur)
Schulleiter im Ruhestand
wolfgang-oelsner@t-online.de

Der Star ist die Mannschaft

Kooperatives Lernen und das Fußballspiel – eine Analogie

Christine Preuß und Eva Heidemann

„Der Star ist die Mannschaft“ - während einer Fußballweltmeisterschaft oder bei wichtigen Bundesligaspielen liest man in den Medien immer wieder diesen Satz, der so einleuchtend klingt, und doch scheinbar auf dem Platz konterkariert wird, denn Fangesänge lassen einen Müller oder Schweinsteiger hochleben, nur wenigen sind Namen wie Marin oder Rieher bekannt. Wie schafft es ein Trainer trotz unterschiedlichster Voraussetzungen, Einstellungen und Begabungen seine elf Spieler für einen Zeitraum von 90 Minuten für das Spiel zu begeistern? Wie steht es um das Geheimnis von Motivation und Erfolg in einer Mannschaft bzw. einer Klasse? Ist das Bild der Mannschaft auch auf Klassengemeinschaften übertragbar? Unseres Erachtens ist es das und

darüber hinaus ist die Idee des kooperativen Lernens ein Schlüssel zum Erfolg einer 'Klassen-Mannschaft'.

Lehrerinnen und Lehrer können durch das Kooperative Lernen eine Unterrichtsdramaturgie entwickeln und Unterrichtsprozesse so strukturieren, dass alle Mitglieder der Mannschaft aktiviert werden, das Unterrichtsziel zu erreichen – sprich: das Spiel zu gewinnen. Die Aktivierung von Lernenden wird in einem kooperativen Unterricht vor allem durch den Dreischritt Think (Denken) – Pair (Austauschen) und Share (Vorstellen) gewährleistet. Die Einfachheit des Dreischritts macht es möglich, ihn sowohl in verschiedenen Sozial- und Aktionsformen als auch in unterschiedlichen Schulformen sowie in stark heterogenen Klassen einzuführen.

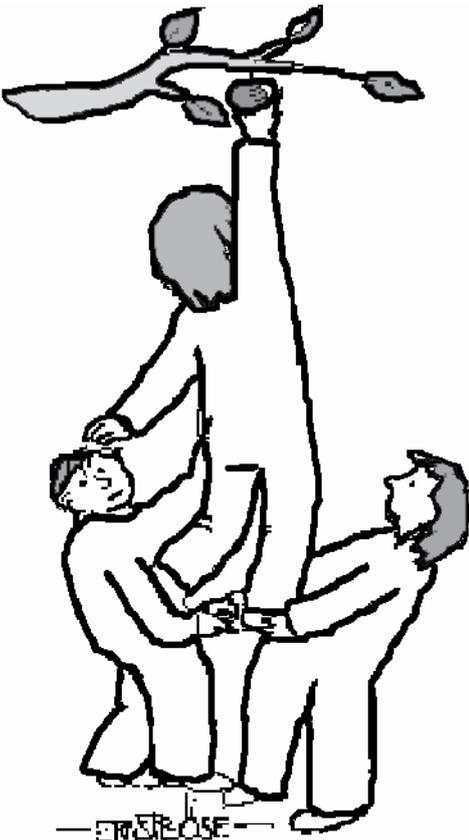
rungen oder die Auseinandersetzung mit einem Problem hergestellt werden.

Pair-Phase (Austauschen):

In der Austauschphase werden die eigenen Gedanken, Lösungen und Meinungen in einer Partner- oder Gruppenarbeit miteinander geteilt: Es kommt zur ersten Kooperation durch das Reden über- und miteinander. Sinn und Bedeutung, das heißt, die individuelle Konstruktionsleistung des Lernenden aus der Denk-Phase, können variieren. Es ist deshalb wichtig, unterschiedliche Gedanken/Lösungen (Konstruktionen) miteinander zu vergleichen und auszuhandeln, welche Lösungen anschließend präsentiert werden. Lernende machen gerade in dieser Phase vermehrt die Erfahrung sich als wirksam zu erleben. Äußerungen wie „ich konnte in der Partnergruppe meine eigenen Ideen sagen“ (Max, Klasse 8) oder „ich habe das Gefühl, dass ich heute auch mal anderen in meiner Gruppe helfen konnte und außerdem wurde mir geholfen“ (Karina, Klasse 10) zeigen besonders deutlich, den Mehrwert des Lernens und Arbeitens in Kooperation.

Share-Phase (Vorstellen):

In der letzten Phase stellt ein einzelner Lernender oder eine Gruppe von Lernenden ihre er- und verarbeiteten Informationen bzw. Unterrichtsinhalte in einem Plenum oder in einer anderen Gruppe vor. Dieser Schritt des Lernens durch Lehren stellt eine besonders wirksame Methode dar (Stichwort: Lernen durch Lehren). Auf der Seite der Zuhörer wird die Information in die



Was steckt hinter dem Dreischritt?

Think-Phase (Denken):

Durch einen Arbeitsauftrag der Lehrperson wird nicht wie sonst üblich direkt in ein Lehrer-Schüler-Gespräch eingestiegen, sondern die Möglichkeit gegeben, dass jeder Lernende sein eigenes (Vor)wissen aktiviert, über eine Frage/ein Problem nachdenkt, sich eine Meinung bildet, Stellung nehmen kann etc.. Brüning und Saum bezeichnen das verschriftlichte Denken als „Denkzeit, die Raum für individuelles Nachdenken gibt“ (BRÜNING/SAUM 2007: 15). Durch die Denkzeit kann eine Verbindung zu subjektiven Erfah-

eigene Wissensstruktur aufgenommen und gelernt. In einer anschließenden Auseinandersetzung in Form von Nachfragen oder Feedback wird eine Lernerfolgskontrolle durchgeführt und evtl. eine erneute Reflexion über die präsentierten Lerninhalte initiiert. Besonders bewährt haben sich an dieser Stelle Strategien für Präsenzes Zuhören, indem beispielsweise Zusammenfassungen in Form von „Habe ich dich richtig verstanden, dass...“ von Lernenden formuliert werden sollen.

Die Implementierung des Dreischritts in den eigenen Unterricht gelingt den meisten Lehrpersonen leicht, da es nur zu minimalen Veränderungen in der eigenen Unterrichtspraxis kommt. So berichteten einige Lehrpersonen davon, dass sie ihre stummen Unterrichtsimpulse oder die Wiederholung von Unterrichtsinhalten nicht mehr im Plenum organisieren, sondern den Lernenden 3-5 Minuten Zeit geben, ihre Antworten aufzuschreiben. Danach hätten sie gute Erfahrungen damit gemacht, die Antworten der Lernenden mit einem Partner austauschen und wechselseitig die Antworten des Partners wiedergeben zu lassen. An dieser Stelle sind den Ideen zur Unterrichtsplanung keine Grenzen gesetzt. Lehrerinnen und Lehrer besitzen ein breites Repertoire an Unterrichtsmethoden. Meistens bedarf es nur kleiner Änderungen, um die Grundprinzipien Kooperativen Lernens in den eigenen Unterricht zu integrieren und Schüler zum aktiven Lernen anzuregen.

Die Kooperation der Lernenden geschieht – wie beim Fußballspiel auch – auf unterschiedlichen Wegen: als Verteidiger, Stürmer oder Torwart; in Partner- oder Gruppenarbeit. Wichtig ist, dass der einzelne Schü-

ler zuerst zum Mitspielen motiviert wird, dies geschieht meist durch eine Aufgabe, die es zu lösen gilt. Danach muss er sich in die Mannschaft einbringen, denn seine individuelle Einzelleistung ist notwendig, um der gesamten Gruppe den Spielgewinn zu sichern (vgl. den o.a. Dreischritt). Lernende kooperieren aber vor allem dann miteinander, wenn sie entweder für sich selbst oder für das Team einen Mehrwert entdecken. So können Aufgaben so gestellt werden, dass diese allein nicht zu lösen sind, denn es steht nur ein Teil der Information zur Verfügung und die anderen Gruppenmitglieder besitzen die zu ergänzenden Teile. Auf der anderen Seite wird durch die Aufgabenverteilung als Materialmanager oder als Lobender, als Gruppenmoderator etc. Verantwortung für den Erfolg der Mannschaft übernommen und die Schüler erhalten klar definierte Anforderungen an ihre Aufgaben/Rollen (vergleichbar mit den Erwartungen an einen Stürmer oder Torwart). Genauso wie beim Fußballspiel der Spieler in der Lage ist auf anderen Positionen zu spielen, falls ein Mitglied der Mannschaft ausfällt oder Hilfe benötigt, sollten auch Schüler ihre Rollen wechseln können.

Der für Schülerinnen und Schüler wohl wichtigste Grund zur Koope-



ration ist die soziale Komponente: Jedes Individuum hat das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung und Wertschätzung. Lernende erhalten im kooperativen Unterricht die Möglichkeit sich als selbstwirksam in der Gruppe zu erleben. Sie erhalten Vertrauen in ihre eigene Leistungsfähigkeit und kommen zu der Überzeugung, dass ihr Tun wirksam ist, indem sie ihrem Schulterpartner etwas erklären, ein Feedback von Teammitgliedern erhalten oder ganz einfach ein „Danke“ entgegen gebracht bekommen, wenn sie Material für die Gruppe geholt haben. Diese positiven Erfahrungen mit Gruppenarbeit stellen sich jedoch nicht automatisch ein, denn für viele Schülerinnen und Schüler ist es erst einmal umständlicher eigene Lösungsansätze und Sichtweisen mit anderen abzugleichen und gemeinsame Entscheidungen oder Kompromisse finden zu müssen. Negative Gruppenerfahrungen haben viele Lernende bereits gemacht, denn oft sind es die „Lautesten“, „Stärksten“ oder „Schnellen“, die sich in der Gruppenarbeit profilieren. Vor diesem Hintergrund ist es daher besonders wichtig, dass Lehrpersonen teambildende Maßnahmen (wie beispielsweise einen Gruppennamen und ein Gruppenlogo entwickeln oder die Zielvereinbarung schließen, sich für Wortbeiträge zu bedanken) in ihren Unterricht integrieren, damit sich die Gruppenmitglieder auch auf der Beziehungsebene – also interpersonell und somit affektiv und emotional begegnen. Nur so wird ein Wir-Gefühl entwickelt und die Mitglieder der Mannschaft empfinden ihre Abhängigkeit untereinander als positiv sowie die Kooperation als Win-Win Situation sowohl für ihren eigenen Lernprozess als auch im Hinblick auf die Ausbildung ihrer sozial-kommunikativen Fähigkeiten.





M
ü
n
s
t

Blitzlichter
r

2011

22. Fachtagung „Schule und Psychiatrie (SchuPs)“
„Krisen können stark machen – aber wie?
Resilienzfaktoren in der Schule für Kranke“
SchuPs
Münster
21.09. – 24.09.2011

Jeden Dienstag ins Praktikum

Die Rehbergschule in Herborn bietet den Schülerinnen und Schülern ein ganzjährig regelmäßiges Betriebspraktikum an.

Rainer Staska

„Für die Psychotherapie ist es aufschlussreich, Verhaltensdetails eines Schülers aus verschiedenen Phasen eines Unterrichtstages zu erfahren... Zum Stundenplan gehört in die Klassen 9 und 10 auch das Absolvieren eines Betriebspraktikums. Wenn der Stand der Behandlung es zulässt, können die Schüler hierbei erste Einblicke in die Arbeitswelt gewinnen und sich in realen Situationen erproben, die Anstrengungs- und Anpassungsbereitschaft, mitunter auch Mut erfordern.“

(Oelsner, W.: Vorabauszug „Schule in der KJP“- Kap.3: Schulausstattung und Curricula, Köln 2012)

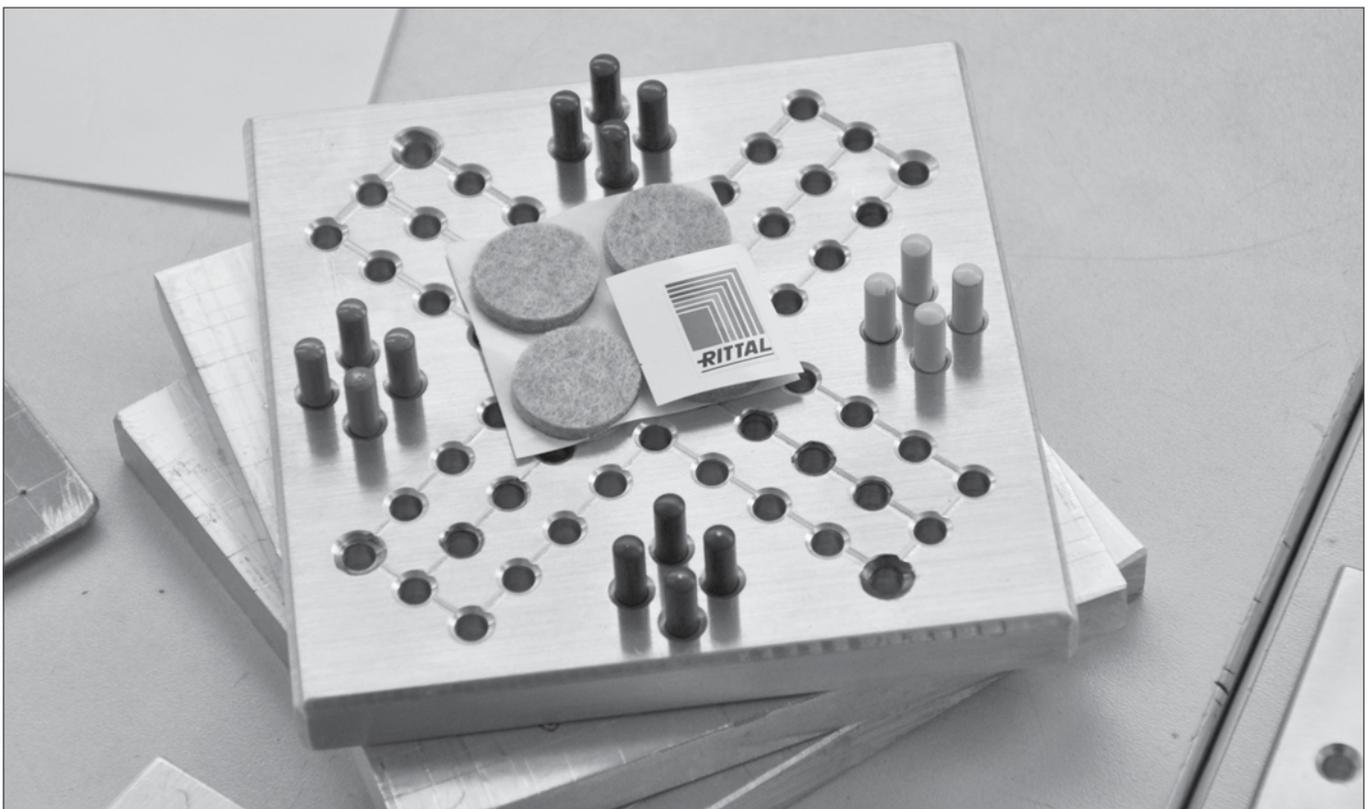
Seit 2 Jahren haben wir in der Rehbergschule in Zusammenarbeit mit einem mittelständischen Unternehmen ein in diesem „Oelsner’schen“ Sinne erprobtes Modell:

Jeden Dienstag fahren Rehbergschüler der Klassen 9 und 10 zur Ausbildungsstätte der Firma Rittal, um Einblicke in das Arbeitsleben, die Lehrlingsausbildung und innerbetriebliche Abläufe zu gewinnen. Dazu haben sich die Ausbilder der Firma Rittal etwas ganz Besonderes einfallen lassen: die SchülerInnen haben konkrete Ansprechpartner vor Ort, die selbst noch in der Ausbildung und vom Alter her fast gleichaltrig sind. Dadurch ergeben sich ganz schnell Kontakte, man kommt schneller ins Gespräch.

Unter der Anleitung dieser „Azubis“ erstellen die Rehbergschüler ein „Mensch-ärgere-dich-nicht-Spiel“, welches sie am Ende des Praktikums oder bei anstehender Entlassung aus der Klinik mit nach Hause nehmen können.

Zu Beginn jedes „Arbeitstages“ werden die SchülerInnen von den Ausbildungsleitern begrüßt. Diese lassen sich immer ein Warmlauf-Spiel einfallen, um schon mal auf Betriebstemperatur zu kommen. Dann erläutern sie kurz den geplanten Arbeitsablauf zur Erstellung des Spiels. Nach der Theorie, wobei natürlich auch die Arbeitssicherheit behandelt wird, wird es sehr schnell praktisch: die bereitstehenden Azubis der Firma Rittal übernehmen und erklären den Gebrauch der Werkzeuge, das Material und die Tätigkeiten, geben Tipps und Hilfen.

Als erstes werden an einem Metallplättchen die Fertigkeiten Entgraten mit Feile, Anreißen mit Höhenreißer, Körnen mit Körner und Hammer geübt, bevor es dann an die „Originalvorlage“, ein Aluminium-





stück, geht. Dieses muss zunächst auf Maß gefeilt werden. Dann wird nach Zeichnung mit dem Höhenreißer das künftige Spielbrett angerissen, die Schnittpunkte werden angezeichnet und angeköhnt, welche später dann die Spielfelder darstellen. Jetzt erfolgt die Sicherheitseinstellung für die Bohrmaschine, danach werden insgesamt 80 Löcher in das Alustück gebohrt. Diese werden noch mit einem Senker angeschrägt, schon ist das Spielfeld fertig. Das Polieren und das farbliche Hervorheben der „Häuschen“ mit Eddingstiften bildet den Abschluss der Arbeit.

Die Spielsteine, die genau in die Löcher passen, werden von Rittal hergestellt, danach farblich beschichtet oder von den Schülern lackiert. Jetzt könnte das Spiel beginnen, aber halt: Der Würfel wird ebenfalls noch selbst hergestellt. Dabei muss wieder genau gearbeitet werden und die Zahlen sollten so angeordnet sein, dass die gegenüberliegenden Flächen immer die Zahl sieben ergeben.

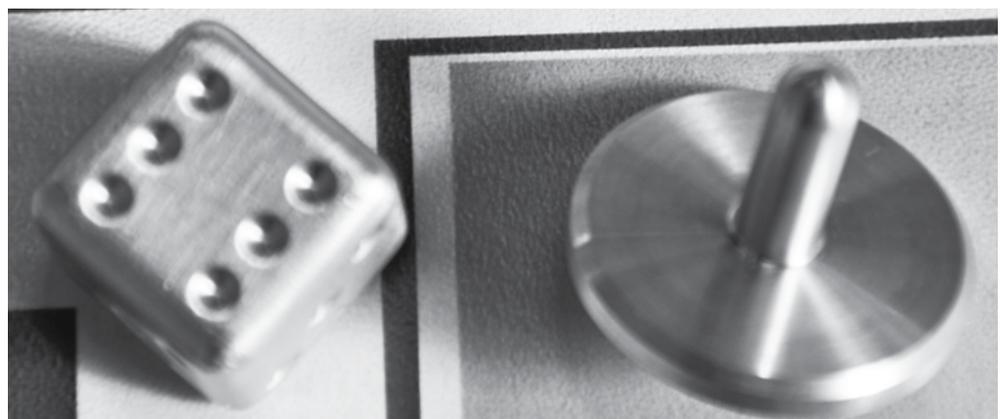
Sollte eine Bohrung mal etwas schief werden, macht das nichts: erstens heißt das Spiel „Mensch-ärgere-dich-nicht“, zweitens haben die Rittaler es drauf, auch diese Dinge nachträglich zu korrigieren.

„Es ist einfach großartig, wie die Mitarbeiter der Firma sich um unsere Schüler bemühen. Es ist ein tolles Konzept. Die Schüler sind begeistert und lernen ganz nebenbei, dass Sekundärtugenden wie Fleiß, Pünktlichkeit und Durchhaltevermögen sich lohnen“, schwärmen die Lehrer.

Für die Schüler und die betreuenden Lehrer Gisela Lückel-Göbel

und Rainer Staska steht mittlerweile außer Frage, dass das Praktikum fester Bestandteil im Lehrplan der Rehbergschule bleiben soll.

Rainer Staska,
Rehbergschule Herborn,
rst@rehbergschule.de



Stimmen von Schülern

Ich soll jeden Dienstag in einen Betrieb gehen und dort irgendwelchen Leuten beim Arbeiten zusehen?- Nein Danke!

Das war mein erster Gedanke, als meine Lehrerin, Frau Lückel-Göbel, mir zum ersten Mal vom wöchentlichen Praktikumstag bei Rittal erzählte. Wie sehr ich mich doch damals getäuscht habe. Mittlerweile bin ich bereits zum 10. Mal mit der Klasse und den Lehrern mitgefahren. Niemals sollte ich bloß jemandem beim Arbeiten zuschauen. Wir haben selbst Hand angelegt, und hatten dabei viel zu tun. Nächste Woche habe ich mein Spiel fertig und werde wohl nicht mehr mitfahren können. Schade, es hat sehr viel Spaß gemacht und ich bin froh, dass ich diese Erfahrung machen dürfen."

Annika, 15 Jahre



„Die Azubis sind sehr nett, ich fand es gut, dass wir selbst etwas bauen durften, das hat mir Freude bereitet.“

(Benjamin, 14)

„Ich war jetzt zum zweiten Mal mit bei Rittal. Einmal zusammen mit Schülern aus einer anderen Schule. Da hat uns der Ausbildungsleiter viel Interessantes über die Firma erzählt. Ich konnte mich über meinen Traumberuf „Industrie-kauffrau“ mit den Azubis unterhalten. Alle sind freundlich. Es ist eine große Firma. Beim letzten Mal habe ich gut gearbeitet, obwohl mir Feilen nicht so liegt, Körnen und Bohren hat aber Spaß gemacht.“

(Jaqueline, 15)

Deutschstunde: multipel intelligent

Howard Gardners Modell der multiplen Intelligenzen als Folie zur Konstruktion individueller Aufgabenstellungen im Deutschunterricht

Ingrid Möller

Der amerikanische Harvard-Professor für Erziehungswissenschaften Howard Gardner hat, ausgehend von Menschen mit herausragenden Leistungen (Musiker, Sportler, Wissenschaftler), eine Theorie entwickelt, nach der sich Intelligenz nicht in einer allgemeinen Größe wie dem Intelligenzquotienten beschreiben lässt, sondern sich in bestimmten unterschiedlichen Domänen zeigt. Er identifiziert insgesamt neun solcher Intelligenzen:

Die sprachlich-linguistische, die logisch-mathematische, die musikalisch-rhythmische, die bildlich-räumliche, die körperlich-kinästhetische, die naturalistische, die interpersonale, die intrapersonale und die existenzielle Intelligenz.

Ausgehend von der Annahme, dass man in den Klassen/ Lerngruppen unterschiedliche Menschen mit unterschiedlichen Begabungen vor sich hat und dass man diesen Schülerinnen und Schülern einen ihnen gemäßen Zugang zum jeweiligen Unterrichtsgegenstand eröffnen möchte, haben wir versucht, das von einer Teilnehmerin vorgeschlagene Thema „Helden“ entsprechend aufzubereiten. Nach anfänglichem Stocken wurden in der Gruppe recht vielfältige und anregende Aufgaben- und Fragestellungen entwickelt. Natürlich ging es um die Suche nach Helden in den entsprechenden Domänen, dann aber auch um die Problematisierung des Heldenbegriffs, um den Terminus „Jemanden auf einen Sockel stellen“, um Texte der Band „Wir sind Helden“ und anderes mehr.

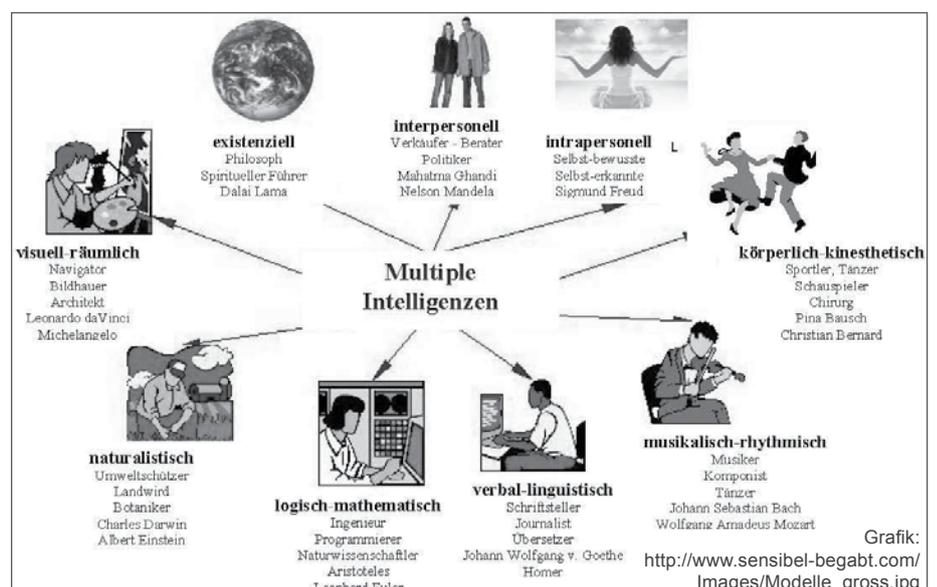


Grafik: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de

Fazit dieses Workshops: Das Modell Gardners ist sehr gut geeignet, Unterricht interessant und differenziert aufzubereiten. Es wurde deutlich, dass man mithilfe dieses Modells auch ganze Projektwochen mit Beiträgen der verschiedenen Schulfächer gestalten kann. Das Wissen um die verschiedenen Intelligenzen öffnet der Lehrperson den Blick und verhindert auf diese Weise, dass Schüler/innen mit

anderen Begabungsschwerpunkten aus dem Blick geraten. Die gemeinsamen kollegialen Überlegungen wurden als sehr anregend empfunden und seien zur Nachahmung empfohlen.

Ingrid Möller ist Moderatorin im Kompetenzteam Münster



Pädagogik bei Krankheit konkret

Ein Buch mit Beiträgen zur pädagogischen Praxis an Schulen für Kranke

Michael Röder

Hermann Frey und Alexander Wertgen ist es als Herausgeber gelungen, eine umfangreiche und fundierte Sammlung wissenschaftlicher und praxisgeleiteter Beiträge zum aktuellen Stand von Theorie und Praxis der Pädagogik bei Krankheit aus schulischer Sicht zu erstellen. Erfahrene Praktiker und hochrangige Vertreter sonderpädagogischer Empirie stellen die Ergebnisse ihrer Arbeit vor. Bei allen Autoren ist ihr ambitioniertes Engagement für kranke Kinder und Jugendliche spürbar.

In ihrer Einleitung führen die Herausgeber zur Konzeption und zum Aufbau des Bandes aus, dass „der vorliegende Band durch Einblicke in die Praxis von Pädagogik bei Krankheit und durch praxisfundierte Reflexionen zu einer Konkretisierung und Fundierung des Diskurses über Pädagogik bei Krankheit und die Schule

für Kranke beitragen“. Sowohl im Überblick als auch en détail werden die Beiträge diesem Anspruch in hohem Maße gerecht. In die thematischen Ausführungen fließt dabei durchaus auch selbst-

kritische Reflexion ein, die zur weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema anregt. Vielfach können konkrete Anknüpfungspunkte für künftige Schul- und Unterrichtsentwicklung an den Schulen für Kranke abgeleitet werden, auch im Hinblick auf die Positionierung der Schule für Kranke in einer inklusiven Bildungslandschaft.

Das breite Spektrum unterschiedlicher Zugänge zur Thematik und die hohe inhaltliche Qualität der einzelnen Beiträge lassen diesen Band zu einem Standardwerk der ‚Pädagogik bei Krankheit‘ werden, nicht nur unverzichtbar für die Ausbildung und die Qualifizierung von Lehrkräften an Schulen für Kranke sondern auch dringend empfehlenswert für alle Beteiligten im klinischen und schulischen Umfeld der ‚Schule für Kranke‘ sowie für alle an der Thematik Interessierten.



SchuPs-Zeitung: special OE

Sonderausgabe mit Vorträgen und Beiträgen von Wolfgang Oelsner

Petra Rohde

Im Sommer 2011 hat Wolfgang Oelsner seinen aktiven Schuldienst als Rektor der Johann-Christoph-Winters-Schule beendet. Diese Gelegenheit haben wir genutzt, um seine zahlreichen SchuPs-Beiträge in einer Sonderausgabe zu veröffentlichen.

Seine Texte zeichnen sich durch seine einmalige Art, auch ernste, fachliche Inhalte mit profunder Sachkenntnis und einer Portion Humor auf den Punkt zu bringen, aus.

Eine Vielfalt von pädagogischen Themen hat er im Laufe der Jahre aufgegriffen und pädagogische Grund-

sätze formuliert, die maßgeblich zur Entwicklung des (sonder-)pädagogischen Selbstverständnisses von Schule für Kranke beigetragen hat.

In dieser Sonderausgabe finden Sie vielfältige Anregungen für Ihre Arbeit, sei es die Auseinandersetzung mit Krankheitsbildern und notwendigen pädagogischen Maßnahmen als auch Beispiele für gelungene Vernetzungen.

Für 6 € bei Rainer Staska rst@rehbergsschule.de zu erhalten



Auf dem Drahtseil lauf ich weiter

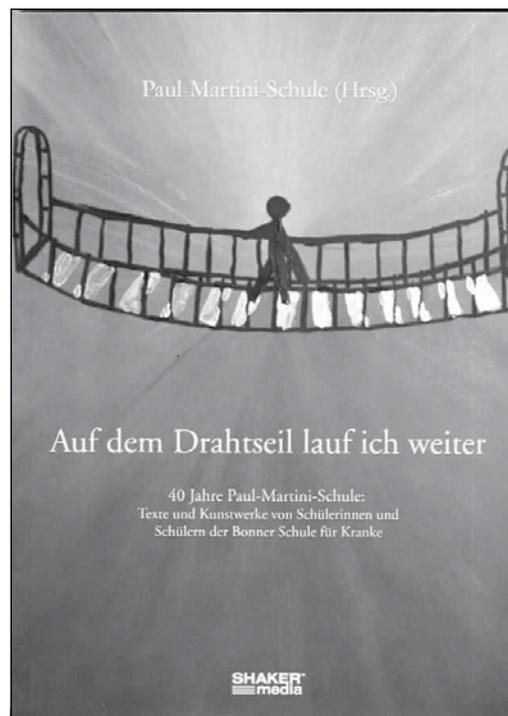
In diesem Jubiläumsband zum 40. kommen ausschließlich die Schülerinnen und Schüler der Paul-Martini-Schule in Bonn zu Wort

Alexander Wertgen

Wenn Institutionen in die Jahre kommen, bilden sie oftmals ein gewisses Eigenleben aus und drehen sich nicht selten stark um sich selbst. Anlässlich eines Jubiläums erliegen sie leicht der Versuchung, vor allem sich selbst darzustellen und die eigenen Verdienste hervorzuheben. Auch Schulen für Kranke sind nachweislich nicht davor gefeit. Dabei haben doch auch sie ihre Daseinsberechtigung nicht um ihrer selbst, sondern um ihrer spezifischen Aufgabe willen.

Das Kollegium der Paul-Martini-Schule, Schule für Kranke der Bundesstadt Bonn, zeigt in einem jüngst erschienenen Band zum 40jährigen Schuljubiläum, dass eine Festschrift auch anders aussehen kann. Hier kommen ausschließlich psychisch und somatisch kranke Kinder und Jugendliche zu Wort, die die Paul-Martini-Schule vorübergehend während ihrer stationären oder teilstationären Klinikbehandlung besucht haben. Auch künstlerische Arbeiten wie Pflanzenfotografien und Gemälde der Schüler sind in den Band aufgenommen worden. Sie bieten eine gute Ergänzung zu den Textbeiträgen und regen die Leser und Beobachter dazu an, themengebunden assoziative Bezüge herzustellen.

Einige der hier veröffentlichten Schülerarbeiten sind bereits in der Schülerzeitung der Paul-Martini-Schule erschienen bzw. im Rahmen von Kunstausstellungen gezeigt worden. Der Band bietet eine umfassende Zusammenschau un-



ter thematischen Gesichtspunkten, die einen engen Bezug zum Erleben und zur Lebenswelt kranker Schüler herstellen. Die Schülertexte repräsentieren ein breites thematisches Spektrum und eine Vielfalt von Textgattungen. Sie geben Einblicke in Lebens- und Leidensgeschichten, die vielfach geprägt sind von außergewöhnlichen psychosozialen Belastungen und existenziellen Krisensituationen.

Im ersten Kapitel beschreiben die Schüler, wie sie ihre Behandlung in der Klinik erleben. Sie setzen sich mit gängigen Psychatrieklischees auseinander und lassen nachempfinden, dass sich die ihnen bekannte negative gesellschaftliche Bewertung psychischer Erkrankungen und der Erkrankten hemmend auf die Inanspruchnahme psych-

iatrisch-psychotherapeutischer Hilfestellung auswirken kann. Die meist jugendlichen Autoren dagegen können der Psychiatrie häufig auch Gutes abgewinnen, weil sie hier vielfach Hilfe erfahren haben, die ihnen in der Vergangenheit allzu oft verwehrt geblieben ist.

Das Grundgefühl der Trauer klingt in vielen Beiträgen an. Die Schüler beschreiben, dass sie sich selbst verletzt haben, an Schlafstörungen und Depressionen leiden und sie schildern, wie Traurigkeit ihr alltägliches Erleben einfärbt. Viele Autoren geben ihrer Erfahrung sozialer Distanz einen Ausdruck: in sozialen Zusammenhängen fühlen sie sich häufig nicht zugehörig, können sich selbst nicht akzeptieren und wünschen sich oft, jemand anderes zu sein. Zugleich sehnen sie sich nach sozialer Akzeptanz und Nähe, nach Freundschaft und Liebe. Widerstrebende Gefühle wirken sich gleichsam lähmend auf sie aus. Oft erscheint das Leben als ein fortdauernder Kampf, der müde macht und überfordernd wirkt und der ihnen manches Mal einen Suizid als einzigen Ausweg erscheinen lässt. Auch äußere Ereignisse spielen nicht selten eine große Rolle; Lebensverhältnisse und Schicksalsschläge können so gravierend belasten, dass sie ohne fremde Hilfe kaum mehr zu ertragen sind.

Die Schule für Kranke und die Klinikbehandlung können in diesen Lebenslagen helfen, das Leben

neu zu ordnen und eigene Haltungen und Verhaltensweisen zu ändern. Oft sind die scheinbar einfachen Dinge von großer Bedeutung: die persönliche Ansprache, der tägliche Umgang mit ebenfalls Betroffenen, ein gut strukturierter Tagesablauf, der Normalität ermöglicht und Sicherheit vermittelt, zu bewältigende Herausforderungen und strukturierte Aktivitäten, die die Schüler ihre Leistungsfähigkeit neu entdecken lassen.

Sehr eindringlich schildern die Autoren der folgenden Textgruppe, wie eine Krebsdiagnose ihr Leben verändert hat und wie sie mit den durch die Erkrankung und deren Behandlung einher gehenden Belastungen umgehen. Vor Herausforderungen ganz anderer Art stehen Jugendliche mit einer Suchterkrankung. Sie beschreiben, welche Funktion die Sucht für sie erfüllt und wie sie gegen ihre Abhängigkeit ankämpfen. Die Beiträge zeugen von einem erheblichen Leidensdruck, der schließlich die Bereitschaft wachsen lässt, professionelle Hilfe zu suchen.

Die Beiträge eines weiteren Kapitels geben Einblicke in die mit Aggressionen verbundene Macht und zugleich in das damit einher gehende Elend. Dass soziale Beziehungen ein krank machendes Potential entfalten können, zugleich jedoch auch eine wesentliche Bedingung für psychische Gesundheit sind, demonstrieren die Autoren der folgenden Texte am Beispiel ihrer Lebenserfahrung.

Mit regelrechtem Horror erleben an einer Psychose erkrankte Ver-

fasser zweier folgender Beiträge, wie sich infolge ihrer Erkrankung ihr Realitätsbezug verändert hat. In beiden Fällen war die Einnahme von Drogen der die Krankheit auslösende Faktor. Als eine Grunderfahrung ist das Erleben starker Angst mit vielen psychischen Erkrankungen verbunden. Wie stark sie das Leben krank machend bestimmen kann, beschreiben die Autoren der folgenden Texte mit autobiografischem Bezug.

In einigen anschließenden Berichten rekonstruieren Jugendliche ihre Leidensgeschichte mit Essstörungen und die jeweils zugrunde liegende Psychodynamik. Die Beiträge können zu einem besseren Verständnis ihrer Lebenssituation verhelfen. Die folgenden beiden Texte sind von Jugendlichen verfasst worden, die unter Waschwängen leiden. Was dem weitgehend Uninformierten zunächst eher kurios anmuten mag, entpuppt sich bei näherem Hinsehen als gravierendes, ernst zu nehmendes Leiden, das die Betroffenen massiv dominieren und das ihre Lebensqualität deutlich beeinträchtigen kann.

Der Band schließt mit einer Besonderheit, die in ähnlichen Büchern mit autobiografisch-selbstanalytischen Texten kranker Kinder und Jugendlicher oftmals fehlt. Hier erzählen Patienten, die unter massivem Stottern leiden, wie stark sie sich in alltäglichen Lebensbezügen bislang durch diese Krankheit behindert gefühlt haben und in welchem oft erstaunlichen Ausmaß sie von der Therapie – und der begleitenden Beschulung in der Paul-

Martini-Schule – profitiert haben.

Die Selbstzeugnisse der Schüler zeigen, dass – wie der Buchtitel andeutet – das Leben im Allgemeinen und das Leben mit einer Krankheit im Besonderen von Zeit zu Zeit, manchmal auch dauerhaft an einen Drahtseilakt erinnern kann. Die Arbeiten sind beeindruckende Dokumente des ungebrochenen Lebenswillens und der Lebensenergie der meist psychisch kranken Kinder und Jugendlichen, die trotz widriger Bedingungen und existenzieller Krisen den Mut zum Leben und Weiterleben nicht zu verlieren scheinen. In diesen Lebenslagen benötigen sie neben medizinischer und psychologischer vor allem pädagogische Unterstützung, insbesondere schulischen Unterricht – und das nicht, weil sie krank sind, sondern weil sie Kinder und Jugendliche sind. Krankheit, genauer: medizinische Behandlungsbedürftigkeit, berührt grundsätzlich nicht die Erziehungsbedürftigkeit und die Bildungsfähigkeit. Das Recht auf Bildung und Erziehung ist auch weiterhin gesetzlich garantiert. Eine ärztliche Anordnung oder Verschreibung ist hier weder erforderlich noch wünschenswert. Schulische Bildung und Erziehung legitimieren sich aus pädagogischer Sicht vielmehr durch die Entwicklungsbedürfnisse der Schüler.

Die Schule für Kranke leistet daher mehr als bloße pädagogische Begleitung in krisenhaften Lebenssituationen: sie trägt maßgeblich dazu bei, dass schulische Bildung und Erziehung fortgesetzt werden und dass kranken Kindern und Jugendlichen die Teilnahme an einem wesentlichen Lebensbereich weiterhin möglich ist. So lässt sich der vorliegende Band nicht zuletzt als ein Zeugnis lesen, das die Schüler ihrer Schule ausstellen. Die Resultate können sich sehen lassen und der Schule, auch ihren Lehrern, sind viele weitere runde Jubiläen zu wünschen!

Paul-Martini-Schule (Hrsg.)

Auf dem Drahtseil lauf ich weiter

40 Jahre Paul-Martini-Schule: Texte und Kunstwerke von Schülerinnen und Schülern der Bonner Schule für Kranke.

Shaker Media: Aachen 2011.

ISBN 978-3-86858-658-9. 112 S.

14,90 €

Das große NEIN zur Schule

Trennungsangst und Schulphobie – Ursachenforschung, soziale Wahrnehmung in der Schule und Maßnahmen der Intervention

Alexander Wertgen

Schulvermeidendes Verhalten ist mit gravierenden Gefahren für die Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen verbunden. Erfahrungsgemäß werden schulvermeidende Kinder und Jugendliche mit sozial auffälligem, insbesondere mit dissozial-oppositionellem Verhalten sowohl in der Schule als auch in anderen sozialen Zusammenhängen wesentlich eher wahrgenommen als der stille, sich oftmals eher schleichend vollziehende soziale Rückzug von Schülern, die schulvermeidendes Verhalten infolge von Trennungsangst und Schulphobie zeigen. Diese Jugendlichen verhalten sich weitgehend systemkonform und stören nur selten den Unterricht und schulische Abläufe. Überdies werden sie – wie viele Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten – im Allgemeinen von Mitschülern wie Lehrern als sozial wenig attraktiv wahrgenommen. Vielleicht halten sich auch deshalb die Bemühungen vieler Schulen um Reintegration schulvermeidender Schüler erfahrungsgemäß eher in Grenzen.

Pia Anna Weber greift in ihrer Dissertation ein lange vernachlässigtes Thema mit interdisziplinärem Bezug u. a. zu Schulpädagogik, Pädagogischer Psychologie und Sozialpsychologie auf. Zugleich leistet sie einen Beitrag zur Verbesserung der empirischen Forschungslage. Die Autorin demonstriert, dass es pädagogisch unangemessen und sachlich falsch wäre, Schulvermeidung als ein vorwiegend individuelles Problem des einzelnen Schülers zu sehen. Schulvermeidendem Verhalten liegt vielmehr ein komplexes Bedingungsgefüge zugrun-



de, dessen vielfältige Wechselbeziehungen – darauf weist die Autorin hin – lange noch nicht zufriedenstellend erforscht sind. Damit kann sie nicht zuletzt dazu beitragen, dass die Ursachen für schulvermeidendes Verhalten zukünftig weniger monokausal bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen gesehen werden, sondern dass Schulabsentismus vielmehr als Ausdruck einer multifaktoriell bedingten Problemlage verstanden wird.

Im Theorieteil ihrer umfangreichen Studie umgrenzt und spezifiziert Weber ihren Forschungsgegenstand, indem sie sich dem Bedeutungsgehalt der Begriffe „Schulphobie“ und „Trennungsangst“ verstehend annähert. Dabei berücksichtigt sie auch begriffsgeschichtliche Aspekte. Aus psychologisch-diagnostischer Perspektive beschreibt sie daraufhin das Phänomen des Schulabsentismus. Sie geht hier auf die Erscheinungsformen, die Epidemiologie, Komorbidität, Pa-

thogenese, die Prognose und die Grade der Störungsausprägung von Trennungsangst und Schulphobie ein und beschreibt differenziert Interventionsmaßnahmen, deren Wirksamkeit sie anhand übergreifender Merkmale darstellt und diskutiert. Zentrale Ergebnisse der Ursachenforschung referiert Weber im Anschluss.

Webers Darstellung und Diskussion des einschlägigen Forschungsstandes führen sie schließlich zur Entwicklung empirischer Fragestellungen, mit denen sie zum Empirieteil, dem Hauptstück ihrer Untersuchung, überleitet. Ausgehend von der Grundannahme, dass die Familie und die Schule sowie ggf. die Therapie als zentrale soziale Bezugssysteme entscheidenden Einfluss auf den Verlauf von Trennungsangst und Schulphobie nehmen, stellt Weber drei Grundfragen, denen sie jeweils eine Untersuchung widmet. In der ersten Untersuchung fragt die Autorin nach den Ursachen einer emotionalen Störung mit Trennungsangst, die sie explorativ untersucht. Weber kommt im Allgemeinen zu dem Schluss, „dass die Ursachen für eine Schulphobie in der Familie liegen“ (214). In diesem Zusammenhang verweist sie z. B. auf kritische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen und auf den Verlust bzw. den Wechsel von Bezugspersonen. Die zweite Untersuchung geht der Frage nach, wie Lehrer und Mitschüler trennungsängstliche Schüler sozial wahrnehmen. Die Autorin stellt hier zunächst ein Wissensdefizit fest, das es den befragten Lehrern erschwert, zwischen den von ihnen wahrgenommenen Formen schulvermeidenden

Verhaltens sowie deren Ursachen und Symptomen zu unterscheiden. Weber stellt u. a. fest, „dass über die Hälfte der befragten Lehrer trennungsängstliche und schulphobische Kinder im Unterricht als störend erleben“ (216). In der dritten Untersuchung schließlich fragt Weber nach den Effekten von Interventionsmaßnahmen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten. Ernüchternd fällt ihr Fazit aus, dass drei von vier Schüler trotz individueller Betreuung und Schulbegleitung einen regelmäßigen Schulbesuch nicht wieder aufgenommen haben. Die Fallbeispiele zeigen deutlich, wie wichtig die aktuelle Unterstützung des Schulbesuchverhaltens durch das Elternhaus ist und dass soziale Distanz zu Mitschülern nach längeren Fehlzeiten anwachsen und die Rückkehr in die Schule erschweren kann.

Relativierend gibt Weber zu bedenken, dass die Fallzahlen ihrer Untersuchungen recht niedrig sind und dass die selbst konstruierten bzw. überarbeiteten Fragebögen zwar auf standardisierten Fragebögen beruhen, jedoch modifiziert worden sind und keine erneute Standardisierung erfolgte. Diese Einschränkungen spiegeln letztlich auch die allgemein knappen Ressourcen für pädagogisch-psychologische Schulabsentismus-Forschung wider. Der Entscheidung über die Vergabe finanzieller Mittel scheint derzeit oftmals ein verkürztes Verständnis der Schulabsentismus-Problematik zugrunde zu liegen.

Die Arbeit Webers enthält nicht zuletzt bildungspolitische und -ökonomische Implikationen. Obgleich schulvermeidendes Verhalten zu großen Teilen eine schulische, allgemein eine pädagogische Herausforderung ist, werden die Schulen nicht mit den erforderlichen Ressourcen ausgestattet um sich

dieses Problems intensiv und effektiv annehmen zu können. Angehts von medizinischen und psychologisch-psychotherapeutischen Forschungsaktivitäten und Veröffentlichungen zu diesem Thema stellt sich die Frage, welche Annahmen ursächlich für Entscheidungen sind, Schulphobie und Trennungsangst insbesondere unter diesem Aspekt erforschen zu lassen oder bei einer zugrunde liegenden externalisierenden Problematik mit dissozial-oppositionellem Verhalten vorwiegend sozialpädagogisch ausgerichtete Reintegrations- bzw. Beschäftigungsmaßnahmen außerhalb des öffentlichen Schulsystems für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu finanzieren. Weshalb werden nicht auch die Schulen im Umgang mit den komplexen und arbeitsintensiven Herausforderungen gestärkt, bspw. durch die stärkere Bereitstellung personeller Ressourcen von Beratungslehrern und Schulsozialarbeitern und in Form der Zusammenarbeit mit schulpsychologischen Beratungsstellen, den Jugendämtern und Einrichtungen der Jugendhilfe sowie die Kooperation mit weiteren außerschulischen Partnern hinaus? Dies könnte sie eher in die Lage versetzen, auf schulvermeidendes Verhalten nicht bloß präventiv, sondern verstärkt auch pädagogisch intervenierend zu reagieren. Hier entsteht der Eindruck, ein komplexes schulisches, auch gesellschaftliches Problem werde vor allem individualisiert und zugleich – sofern Schulabsentismus mit einer psychischen Erkrankung einhergeht – mehr als sachlich erforderlich medikalisiert.

Die Geschichte der Sonderpädagogik ist reich an Beispielen, wie dominant und verzerrend die rein medizinische Sicht auf pädagogische Herausforderungen sein kann. Auch heute noch erhalten Schüler um den Preis der Psychiatrisierung – inklusive der Folgeprobleme, ins-

besondere der Selbst- und Fremdstigmatisierung – Hilfen durch das Medizinsystem, während dort, wo die tägliche Unterstützung erforderlich wäre, allem voran vor Ort in der Schule und in den Familien, kaum Unterstützungsleistungen bereit stehen. Dabei können, wie Webers Untersuchungen bestätigen, Interventionen v. a. dann wirkungsvoll und zielführend sein, wenn verschiedene professionelle Akteure vernetzt zusammen arbeiten. Dies zeigt, dass Schulabsentismus auch eine strukturelle Herausforderung für alle beteiligten Systeme bzw. Institutionen ist. Ressourcen einseitig zu verteilen ist weder sachlich angemessen noch wirtschaftlich vernünftig.

Unabhängig von diesen eher grundlegenden Überlegungen, die der vorliegende Band anstoßen kann, finden hier auch Leser, die sich mit dieser Arbeit aus vorwiegend handlungspraktischem Interesse befassen, vielfältige Hintergrundinformationen zu den Störungsbildern Schulphobie und Trennungsangst sowie Hinweise, die das Fallverstehen erleichtern können. Weber eröffnet überdies einen realistischen Blick auf pädagogische Handlungsspielräume und auf Erfolgsaussichten pädagogischen Engagements in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten. Damit trägt sie zu einer Professionalisierung dieser Arbeit bei, die für alle beteiligten Akteure nicht selten mit hohen Frustrationen verbunden sein kann.

Weber, Pia Anna:

Das große NEIN zur Schule: Trennungsangst und Schulphobie – Ursachenforschung, soziale Wahrnehmung in der Schule und Maßnahmen der Intervention. Lengerich u. a. 2011: Pabst Science Publishers. ISBN 978-3-89967-710-2, 235 Seiten. 30 €

Gut vorbereitet in die Zukunft

Die Sonnenschule auf dem Weg zum regionalen Beratungszentrum in der inklusiven Bildungslandschaft

Susanne Nieroba

Die Sonnenschule Duisburg hat im Herbst 2010 ihr neues Schulgebäude bezogen. Seitdem ist viel passiert: Der langjährige Schulleiter hat sich aus dem aktiven Dienst verabschiedet, die Schule wurde anderthalb Jahre kommissarisch geleitet – und blickt nach einer anstrengenden, gleichsam motivierenden Phase der Umstrukturierung nun in eine gut vorbereitete Zukunft.

Die Geschichte der Sonnenschule beginnt am 1. Februar 1978. Ein Lehrer übernimmt als Außenstelle der Christian-Zeller-Schule die Aufgabe, zwölf Schülerpatienten der Psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik in den Städtischen Kliniken Duisburg zu unterrichten. Der Unterricht wird zunächst im Ambulanztrakt dieser Abteilung erteilt. Mitte 1978 ergeht ein Erlass des damaligen Kultusministeriums, dass flächendeckend Schulen für Kranke von den Gemeinden Nordrhein-Westfalens zu errichten seien. Rückwirkend wird der oben genannte Lehrer zum kommissarischen Schulleiter ernannt und übernimmt fortan die Aufgabe, den Unterrichtsbedarf an allen Kliniken Duisburgs festzustellen. Insgesamt müssen zwischen 60 und 80 Schüler unterrichtet werden. Die positive Entwicklung auf dem Gebiet der Medizin führte dazu, dass

die Liegezeiten der Schülerpatienten sich verkürzte und ein neuer Erlass nun den Unterricht bei einer voraussichtlichen Liegezeit von vier Wochen gebot. Dies führte zu einer wesentlichen Verkleinerung des Kollegiums, das mittlerweile auf 16 Mitglieder angewachsen war.

In den Folgejahren werden der Sonnenschule zunächst vier, dann im Zuge eines Anbaues sieben Unterrichtsräume im ehemaligen Baubüro der Städtischen Kliniken und dem Bedarf entsprechende Anzahl von Unterrichtsräumen in den übrigen Kliniken zur Verfügung gestellt. Im Januar 2004 zerstört ein Brand nach einem Einbruch das Baubüro und somit die Hauptstelle der Sonnenschule. Der Unterricht muss in den folgenden vier Jahren im vierten Stock eines Schwesterwohnheims gehalten werden. Nach dem Umzug der zwischenzeitlich entstandenen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in das Bertha-Krankenhaus in Duis-



burg-Rheinhausen dienen Container am neuen Standort als Unterrichtsräume.

Kurz darauf beginnen die Bauarbeiten für das Schulgebäude, das seit dem Herbst 2010 der Sonnenschule als eigener Schulneubau zur Verfügung steht. In unmittelbarer Nachbarschaft zur KJP des Bertha-Krankenhauses kümmert sich ein engagiertes Kollegium um Beschulung, Diagnostik und schließlich die Rückführung der Patienten in die Heimatschulen. In der Sonnenschule arbeiten Lehrkräfte aller Schulformen multiprofessionell und mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen, um flexibel auf alle Situationen reagieren zu können.

Das Schulgebäude ist ein heller, moderner Bau geworden. Großzügige, variabel verschließbare Fenster ergänzen das freundliche, motivierende Farbkonzept aus Blau und Gelb auf beiden Etagen, für das wir uns entschieden haben. Das Erdgeschoss ist über eine Rampe barrierefrei befahrbar, ebenso wie die rollstuhlgerechte Sanitäreinrichtung auf dieser Etage. Neben Klassenräumen haben wir eine Küche,



Spielplatz der neuen Sonnenschule



ben an einer Kletterlandschaft, Balanciergeräten und in einem Sandkasten. Darüber hinaus gibt es einen Schulgarten und ausreichend Sitzgelegenheiten für die Pause oder Unterricht im Freien.

Der Großteil unserer Schülerschaft lebt in Duisburg, wenige auch im stadtnahen Einzugsbereich. Wir unterrichten jedoch nicht nur junge Patienten des Bertha-Krankenhauses, sondern auch Kinder und jugendliche Patienten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Duisburg, der Wedau-Kliniken und der Helios-Klinik (ehemals St. Johannes Hospital). Die dort stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen können auf Anfrage der Eltern, der Heimatschule, des Schulamtes oder der Ärzte bzw. des Pflegepersonals von uns am Krankenbett unterrichtet werden. Darüber hinaus unterstützen wir die Wohngruppe für psychisch Kranke (vor allem schizophrene Jugendliche) des Regenbogen e.V., dem Verein zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung.

einen Werkraum, einen Computerraum und einen großen Mehrzweckraum. Der Außenbereich ist nach pädagogischen Gesichtspunkten gestaltet, um den besonderen Herausforderungen im Umgang mit Schülern aus der KJP gerecht zu werden. Der Schulhof bietet Platz zum Spielen und To-

Beratungskonzept

Wir verstehen die Beschulung an der Sonnenschule als Zwischenstation. Unser Ziel ist es, langfristig kranke Schülerinnen und Schüler individuell so zu fördern, dass sie auch nach längerer Abwesenheit wieder ohne Probleme in den Unterricht einsteigen können. Als Resultat der Schullaufbahnberatung kehrt der Schüler entweder in seine Heimatschule zurück oder wechselt in eine andere Schule oder Schulform.

Beratung spielt eine große Rolle in unserer täglichen Arbeit. Die Ergebnisse der Förderdiagnostik sind die Basis unseres Beratungsangebotes. Schüler, Eltern, Lehrer und Therapeuten unterstützen wir in Belangen der Schullaufbahn und beruflicher Bildungswegen. Schullaufbahn- und beruflicher Bildungswegen, geben Schullaufbahn- und För-



derempfehlungen, vermitteln kompetente Ansprechpartner für die Zeit nach der Beschulung in der Sonnenschule, begleiten den Schüler beim Schulversuch und der Reintegration in die Heimatschule.

Unser erklärtes Ziel ist es, dem Schülerpatienten einen reibungslosen Übergang zurück in die Heimatschule oder aber in eine neue Schule zu ermöglichen - mit neuer Freude am Lernen, mit wiedergewonnener Motivation. Zum Beispiel durch den Schulversuch: Der Schüler behält seinen Platz in der Lerngruppe an der Sonnenschule und kann bei einem Scheitern in der Regelschule unmittelbar

in die betreute
Lernumgebung
zu-

rückkehren. Wir arbeiten kontinuierlich daran, die Reintegration der entlassenen Schüler zu verbessern und können auf ein umfassendes Nachsorgekonzept zurückgreifen.

Projekttag und Schulfeste

Eine Schule, die ihre Arbeit nur in enger Kooperation mit anderen Institutionen durchführen kann, die diese Arbeit an verschiedenen verteilten Standorten leistet, die mit ständig wechselnden Schülern arbeitet, braucht Ruhepunkte, Identifikationsmerkmale und Regelmäßigkeiten. Deshalb hat die Gestaltung des Schullebens einen besonderen Stellenwert.

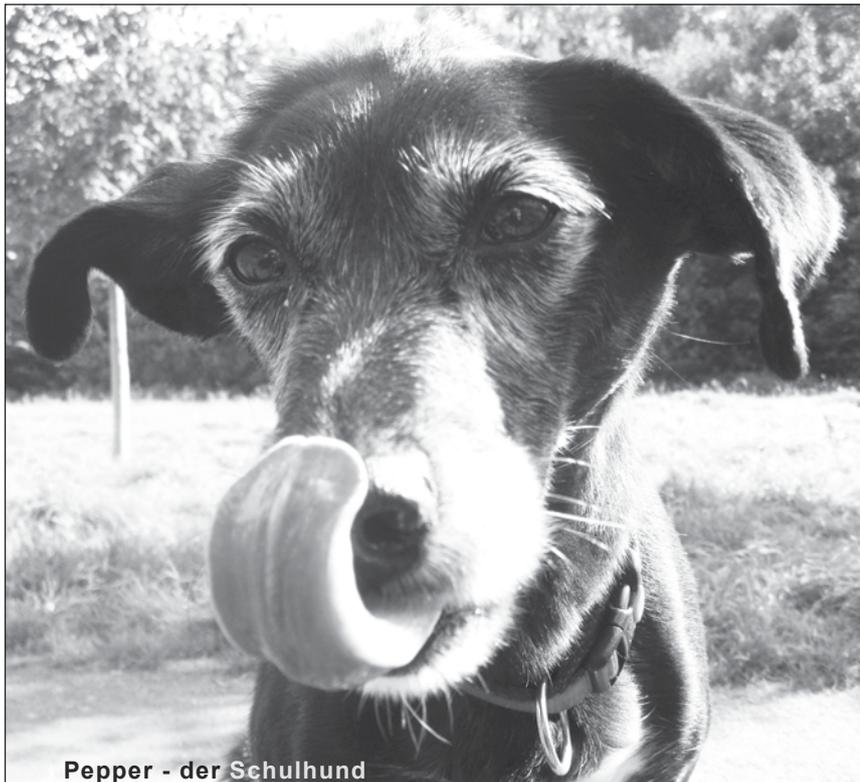
Das Verhältnis zwischen Kollegium und dem medizinischen Personal steht im Fokus der Netzwerktage. Diese bieten eine Plattform des gegenseitigen Austauschs über Fachthemen. Jeweils im Wechsel werden Themen von unserem Kollegium und der KJP für einen intensiven Wissenstransfer aufbereitet.

Projekttag und Schulfeste sind eine weitere Möglichkeit, in größerer Runde zusammenzufinden,

Kontakt auf- und Berührungsängste abzubauen. Die Projekttag „Kunst & Krempel“ zum Beispiel finden jeweils vor den Ferien statt. Dabei geht es für Schüler aller Jahrgangsstufen und Schulformen vorwiegend um den kreativen Umgang mit unterschiedlichsten Materialien. Die Schüler lernen verschiedene Gestaltungs- und Bearbeitungstechniken kennen und diverse Formen des künstlerischen Ausdrucks. Es handelt sich um ein Lernen an Stationen in der ganzen Schule, die Schüler sollen dabei Methodenkompetenz, Handlungskompetenz, Sozialkompetenz und Selbstkompetenz erwerben.

Wir legen auch großen Wert auf saisonale Feste, um mit Eltern, Heimatschulen und in der Öffentlichkeit Kontakte zu pflegen und präsent zu sein. Ein großer Erfolg war unser letztjähriger „Tag der offenen Tür“. Ziel war es Kontaktarbeit zu leisten, sowohl zu Eltern und Klinik als auch zu den Heimatschulen. Bei Kaffee, Kuchen, Waffeln und selbst gegrillter Bratwurst fühlten sich unsere Besucher von Dosenwerfen, Bastelangeboten und handwerklichen Spielen gut unterhalten. Bei einem Rund-





Pepper - der Schulhund

gang durch unsere Räumlichkeiten konnte sich jeder Besucher ein Bild von unserer Schule machen und seine persönlichen Eindrücke sammeln. Unser Herbstfest im Oktober 2011 fand unter dem Motto „Drachen und Wind“ statt. Die Schüler arbeiteten in unterschiedlichen Workshops zum Thema. So wurden neben Drachen und Windlichtern auch Mobiles aus herbstlichen Naturmaterialien gefertigt. Natürlich war auch hier für das leibliche Wohl von Schülern, Lehrern und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie gesorgt.

Schulhund

Die ausgebildete Schulhündin Pepper hilft im Unterricht und in der schulischen Erziehungsarbeit. Dabei arbeitet Pepper sowohl in freier als auch gelenkter Interaktion mit Kindern und Jugendlichen der KJP. Ihr freundliches Wesen und ihr kontaktsuchendes Verhalten fordert autistische Schüler, bietet in der Trickarbeit Sprechansätze für mutistische Kinder oder hilft Konzentration und Handlungsplanung im Agilityparcours bei Kindern mit

ADHS zu steigern.

Die Anwesenheit des Schulhundes senkt in diagnostischen Situationen und bei Ängsten vor Klassenarbeiten den Stress und erhöht das Wohlbefinden.

Förderverein

Der Förderkreis der Sonnenschule e.V. ist ein gemeinnütziger Verein und unterstützt den Unterricht kranker Schüler in Duisburger Krankenhäusern. Ziele des Vereins sind neben der Aufklärung und dem Abbau von Vorurteilen gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem die Förderung der Bildung und Erziehung durch die Beschaffung von Mitteln für die Schüler. Der Förderkreis unterstützt aktuell das Schulhundprojekt, den Auf- und Ausbau unseres Schulgartens, die Förderdiagnostik (Fortbildungen, Tests), die Öffentlichkeitsarbeit (Website, Flyer, Presse), unsere Schulfeiern und jahreszeitlichen Feste, finanziert Unterrichtsgänge und Ausflüge.

Ausblick

Bei allem, was wir in den letzten Jahren hier am Standort Duisburg erreicht haben, stellt sich die Frage: Wo wollen wir hin? Welchen Aufgaben muss sich eine Schule für Kranke in Zukunft stellen? Und welchen Aufgaben die Sonnenschule? Derzeitig wird die Schulentwicklung in der Sonnenschule in vier Bereichen vorangetrieben. Wir werden den Schulbetrieb ausweiten, auf der Akutstation eine feste Lehrkraft installieren, die Zusammenarbeit mit weiteren Duisburger Schulen intensivieren und das volle Potenzial des Rückschulungskonzepts aktivieren.

Abseits aller Regeln, Richtlinien und Gesetze steht bei uns nur eins an erster Stelle: das Wohl unseres Schülers. Seine Individualität zu fördern, sein Selbstwertgefühl zu stützen, ihn aufzurichten, ihm Gelegenheit zu geben, sich in einer geschützten Umgebung zu entfalten. Für ein selbstbestimmtes Leben.

Susanne Nieroba ist Lehrerin an der Sonnenschule und hat in den letzten Jahren kommissarisch die Schulleitung übernommen.



„Psychiatrisches Resilienz Radeln“ (PRR) in Münster

Unser Reporter vor Ort im Gespräch mit Prof. Dr. Dr. Herkules Radwitz (PRR Münster)

Bernd Giesen

Damenfahrrad, Herrenfahrrad, Kinderfahrrad, Fahrradweg, Fahrradampel, Rad fahren, rollen, strampeln, flitzen, treten, trampeln, Fahrraddiebstahl, Fahrradclub, Fahrradparkhaus, Fahrradstadt ...

... das Wortfeld „Fahrrad“ ist unübersehbar. „Das, was mit dem Fahrrad zu tun hat.“ Jeder kennt es, jeder hat es, jeder nutzt es. Zumindest in Münster, der Stadt des Westfälischen Friedens, im Herzen Westfalens, Deutschlands Fahrradstadt Nr. 1.

Es ist die Nutzung einer überreichlich vorhandenen Ressource, wenn eben in dieser Stadt der the-

rapeutische Ansatz des Psychiatrischen Resilienz Radelns entwickelt wurde - vergleichbar mit spezifischen Therapieangeboten in Thermalbädern oder Luftkurorten.

Am Rande der Jahrestagung des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie (SchuPs) hatte ich Gelegenheit, ein Gespräch mit dem führenden Vertreter des Vereins Psychiatrische Resilienz Radler Münster zu führen. Herr Prof. Dr. Dr. Herkules Radwitz war so freundlich, seinen therapeutischen Ansatz in allgemein verständlicher Sprache darzustellen. Hier das Interview in leicht gekürzter Fassung:

B. G.: *Herr Prof. Dr. Dr. Herkules Radwitz, ich freue mich, dass Sie sich die Zeit nehmen, um mir und meinen Kolleginnen und Kollegen an den Krankenhausschulen Ihren Therapieansatz des Psychiatrischen Resilienz Radelns nahezubringen.*

Prof. H. R.: **Herr Giesen, die Freude liegt ganz auf meiner Seite. Sie wissen, „Klappern gehört zum Handwerk“. Ein Therapie-**

ansatz, den keiner kennt, ist zur Wirkungslosigkeit verurteilt. Gerne nutze ich diese einmalige Gelegenheit, unseren Therapieansatz über die Grenzen Münsters hinaus bekannt zu machen.

B. G.: *Herr Professor Radwitz, der normale Menschenverstand würde das Radeln eher im motopädischen Therapiefeld ansiedeln. Wie kommen Sie zu einer radlerischen Therapieform in der Psychiatrie?*

Prof. H. R.: **Nun, das Radfahren weist auffällige Analogien zu zahlreichen anderen Phänomenen des menschlichen Lebens auf. Nehmen wir als Beispiel den frühkindlichen Prozess des Laufenlernens, übrigens eine der Grunderfahrungen eines Menschen. Orientiert am Vorbild laufender Gestalten, hier meist der Eltern, sind die Kleinen bestrebt, sich vom Boden zu erheben und ebenfalls den auf-**



rechten Gang zu erlernen.

Dabei behindert es den Entwicklungsprozess keinesfalls, dass sie immer wieder stolpern, hinfallen, irgendwo anschlagen und sich wehtun. Im Gegenteil, jeder Fehler beim Laufen wird zur Ausgangsbasis eines Lernvorgangs. Korrekturen im vorangegangenen, fehlerhaften Verhalten werden vorgenommen, bis das angestrebte Ergebnis, das freihändige Laufen, gelingt.

Aber damit nicht genug. In fast allen Fällen sind Menschen bestrebt, ihr Laufen zu perfektionieren. Bereits im dritten Lebensjahr fallen Kinder, gemessen an der zurückgelegten Entfernung, so gut wie nicht mehr hin. Manche steigern sich zu sportlichen Höchstleistungen, indem sie gezielt Schnelligkeit, Ausdauer oder Geschicklichkeit des Laufens trainieren.

B.G.: Herr Professor, Sie halten Radfahren demnach ebenfalls für eine menschliche Grunderfahrung?

Prof. H. R.: Das nicht direkt. Aber die Emotionen beim Radfahren knüpfen an die positiven Gefühle des erfolgreichen Lauflern-Pro-

zesses an. „Ich hab’s geschafft“ und „nichts kann mich aufhalten“ sind Gefühlslagen, die hier genannt werden müssen.

B. G.: Wo genau liegt denn nun der therapeutische Wert des Radfahrens?

Prof. H. R.: Stellen Sie sich vor, Sie stürzen beim Radeln. Was werden Sie aller Voraussicht nach tun?

B. G.: Ich werde aufstehen und, falls die Knochen einigermaßen in Ordnung sind, weiterfahren.

Prof. H. R.: Genau das ist es, worauf ich hinaus will. Sie werden aufstehen und weiterfahren! Keinesfalls werden Sie am Boden liegen bleiben und den Schluss ziehen: Ich bin hingefallen und werde deswegen niemals wieder Rad fahren.

B. G.: Ich suche immer noch nach der therapeutischen Wirkung.

Prof. H. R.: Stellen wir an Hand eines Beispiels die Verknüpfung zu einer psychiatrischen Erkrankung her. Ein Jugendlicher, nennen wir ihn Jens, etwa 15 Jahre alt, hat nach dem Fortgang des Vaters (Alkoholiker) aus der Familie seinen 10er-Abschluss ver-

sich stattdessen mit dubiosen Typen in der Stadt rum. Alkohol, Drogenerfahrungen, Aggressionsausbrüche, Körperverletzung, Polizei usw., Absturz total innerhalb weniger Wochen. Er kommt in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, um sein Leben wieder in den Griff zu bekommen.

B. G.: Und diesen Jungen heilen Sie mit Rad fahren?

Prof. H. R.: So einfach kann man das nicht sagen. Wir tun Folgendes: Wir bieten Jens tägliches Radfahrtraining an. 95% aller Jungen nehmen übrigens dieses Angebot begeistert an. Nach einer Einstiegsphase, in welcher die Jugendlichen Regeln und Schutzmaßnahmen trainieren, werden die Anforderungen an fahrerisches Können so gesteigert, dass der Erfolg sich erst nach hartem Training einstellt. Der Weg zum Trainingserfolg führt natürlich über Misserfolge, manchmal auch Stürze, die überwunden werden müssen. Für die meisten Jungen eine Selbstverständlichkeit.

B. G.: Herr Prof. Radwitz, wie schaffen Sie die Übertragung vom Radfahren auf das Leben der Jugendlichen?

geht nicht mehr zur Schule, treibt

Prof. H. R.: Bleiben wir bei Jens. Nach Ablauf der Trainingseinheit



besprechen und visualisieren wir mit Jens den Trainingsverlauf mit seinen Höhen und Tiefen an einem Zeitstrahl. Wir erreichen auf diese Weise bei Jens ein Bewusstsein dafür, dass er für seinen Erfolg hart gearbeitet und Rückschläge überwunden hat. Wir verdeutlichen ihm, dass er die Fähigkeit, Ziele zu erkennen und zu erreichen in sich selbst trägt. Anknüpfend an seinen Lauflern-Prozess suchen wir weitere Situationen in seinem Leben, wo er Ziele erreicht hat.

B. G.: *Ich verstehe. Durch diese Reflektionen stärken Sie Jens' Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten und damit in sein Vermögen, nach „Stürzen“ aller Art wieder auf die Beine zu kommen.*

Prof. H. R.: **Genau das ist es. Wir Wissenschaftler sprechen von Resilienz. Wie bei einem Stehaufmännchen, so haben auch Menschen die Fähigkeit, sich wieder aufzurichten, wenn ihr Leben in Schiefelage gerät. Diese Kompetenz ist unterschiedlich stark ausgebildet. Wir nutzen das Radfahren, um die Resilienz, eben dieses Vermögen, nach Rückschlägen wieder auf die Beine zu kommen, zu erhöhen.**

B. G.: *Radfahren als Resilienzfaktor – ich muss schon sagen, ich bin überrascht, Herr Professor.*

Prof. H. R.: **Nun lassen Sie doch mal den Professor weg. Sie fahren Rad, ich fahre Rad, wir rollen doch alle über denselben Asphalt. Radwitz reicht völlig aus.**

B. G.: *Danke, Herr Radwitz. Sie haben beschrieben, wie Sie bei ihren Patienten durch den Einsatz des Radfahrtrainings die allgemeine Resilienz erhöhen. Reicht das denn aus, um den hohen Aufwand eines psychiatrischen Aufenthaltes zu rechtfertigen?*



Prof. H. R.: **Wir Psychiatrischen Resilienz Radler gehen noch einen Schritt weiter. Nachdem die radlerische Resilienz gefestigt und die Übertragung zum Leben der Patienten vorgenommen wurde, suchen wir gemeinsam mit den uns Anvertrauten nach Ankerpunkten, um das positive „Ich schaffe das“-Gefühl bei Bedarf abrufen zu können.**

Eine typische Körperstimulation ist der Druck auf die Handinnenflächen, der beim Umklammern des Fahrradlenkers entsteht. Wir trainieren nun, durch unseren „Lenkergriff“, das Balancieren der leicht vorgestreckten Fäuste, Gefühlslagen abzurufen, wie unsere Radler sie z.B. nach dem Bezwingen eines Hindernisparcours empfunden haben. Wenn dieses Abrufen gesichert ist, konfrontieren wir die Patientinnen und Patienten im nächsten Trainingsschritt mit unangenehmen, z.T. bedrohlichen Ereignissen ihrer Biographie. Ist die Situation präsent, fordern wir sie auf, in den „Lenkergriff“ zu gehen und die Situation neu zu beurteilen.

Bei nahezu allen Personen senkt sich sofort der Stresspiegel

und ein konstruktiver Umgang mit der Situation wird möglich. Sie bekommen ihre Probleme im wahrsten Sinne des Wortes in den Griff. In den Lenkergriff. Das heißt, sie versetzen sich selbst in die Lage, ihr Leben wieder zu lenken.

Herr Giesen, nun urteilen Sie bitte selbst, ob dieses Ergebnis einen psychiatrischen Aufenthalt lohnt.

B. G.: *Herr Radwitz, ich bin begeistert. Und ich bin sicher, dass auch die Leserinnen und Leser unserer SchuPs-Zeitung durch Ihre Ausführungen überzeugt werden. Ich danke Ihnen für dieses Gespräch und wünsche allen Psychiatrischen Resilienz Radlern viele erfolgreiche Kilometer.*

Bleibt zu hoffen, dass Münster zukünftig auch den Bäder-Status erlangen wird. „Fahrradbad Münster“ z.B. halte ich für einen angemessenen Titel, um das spezifische Heilpotential dieser Fahrradmetropole zum Ausdruck zu bringen.

Bernd Giesen ist Konrektor der Schule an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln

unterstufe@sfk-datteln.de



Die Sachsen und SchuPs

Für die SchuPs-Tagung in Münster haben unsere Kolleginnen aus Sachsen eigens gedichtet und das Ergebnis bei der Vorstellung der Bundesländer zur Begeisterung des Publikums dargeboten.

Sybille Lösche, Irina Riedel, Ina Seipel, Thea Sparta, Martina Schuster (Foto von links)

Der Sachse liebt das Reisen sehr, nu ne nich das in Knochen,
Drum fährt er gerne hin und her in den Septemberwochen.

Bis nauf nach dem fernen Münster,
tut er die Welt beschnarchen!

Uns sin de Koffer noch so schwer,
und sin zu voll die Zieche
und is' es Essen nicht weit her,
das kennt er zur Genieche.



Der Kliniklehrer unterrichtet seine 6-er Gruppe an jedem Wochentag

In Deutsch, Englisch, Physik, Chemie, Biologie, Kunst, Geschichte und Mathematik, na, ob das jeder mag?

25 Stunden pro Woche widmen wir uns den Schülern
und richten zur Heimatschule unsere Fühler.

Der Sachsen Schüler ist in der Welt bekannt als Pisa-Sieger

Und kommt er in die Klinik, da wird er zum Überflieger.

Da bekommt er seine Therapie und dreht seine Runden

Und hat dabei Anrecht auf wöchentlich zwölf Unterrichtsstunden.

Nach dem Lied
„Sing, mei Sachse, sing!“
von Jürgen Hart:

„Sing, mei Sachse, sing!
Es is en eichen Ding
Und ooch a düchtches Glück
Um d'n Zauber der Musik.
Schon des gleenste Lied,
Des leecht sich offs Gemüt
Und macht dich oochenblicklich
-Zufrieden,
-Ruhig
Und glücklich!“ (Originalrefrain)

Der Sachse liebt den Kontakt,

dass ist ein allgemein bekannter Fakt,

deshalb treffen sich die 25 Klinikschulen einmal im Jahr
zur Vernetzungstagung, das ist doch klar.

Die Sachsen sind ein lustiges Völkchen,

unseren Himmel trüben keine Wölkchen
drum laden wir euch alle ein,

nächstes Jahr unser Gast zu sein!



Mit viel Spaß ist das „SchuPs-Sachsenlied“
während der Zugfahrt nach Münster entstanden

Zu Gast in Dresden

Ina Seipel

Herzlich Willkommen in Dresden, der Landeshauptstadt von Sachsen!

Dresden, auch Elbflorenz genannt, mit seiner barocken Architektur und den berühmten Kunstsammlungen, ist in den letzten Jahren sicher noch bekannter geworden durch den Wiederaufbau der Frauenkirche und die Weltkulturerbe-Diskussion um die Waldschlösschenbrücke. In den letzten Jahren hat sich rund um die Frauenkirche - dem neuen Wahrzeichen unserer Stadt - viel verändert, viele neue Gebäude erstrahlen in altem Glanz.

Eine gute Zeit, unsere nächste SchuPs-Tagung vom 19.09.2012 bis zum 22.09.2012 wieder in unsere Stadt zu holen und die SchuPs-Gemeinde mit bekannter sächsischer Gastfreundschaft einzuladen.

Unser Programm unter dem Motto „Psychisch kranke Kinder und Jugendliche - eine Herausforderung für die Gesellschaft“ enthält viele wissenschaftliche und kulturelle Höhepunkte. Die Vortragsthemen und die geplanten Workshops können Sie dem vorläufigen Programm entnehmen.

Die Klinikschule der Universitätsklinik Dresden und die Klinikschule Arnsdorf bereiten die Tagung dieses Jahr vor. Als Tagungsort haben wir das Deutsche Hygiene-Museum Dresden gewählt.

Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden ist zugleich auch Kooperationspartner. Es ist ein modernes Museum vom Menschen, das sich als interdisziplinäres Forum für Wissenschaft, Kultur und Gesellschaft versteht. In

Sonderausstellungen und zahlreichen Veranstaltungen werden neue Ergebnisse der Wissenschaft präsentiert und nach ihrer gesellschaftlichen Bedeutung und ihren ethischen Folgen gefragt. Die Bezeichnung „Hygiene“ im Namen des Hauses geht auf den historischen Ursprung des Museums, die 1. Internationale Hygiene-Ausstellung 1911 zurück. Bis 1990 widmete sich das Museum vor allem der Gesundheitsaufklärung, heute liegt der Schwerpunkt auf anthropologischen und kulturellen Fragestellungen. Weitere Informationen finden Sie unter:

www.dhmd.de

Kultur-Info:

Schauspielhaus

Spielplan und Karten für 20.09.12 bitte selbst ab Ende Mai über www.staats-schauspiel-dresden.de ordern.

Semperoper

20.09.12 „We come to the river – Wir erreichen den Fluss“ von H.W.Henze, Inhalt über www.schott-music.de >Komponisten>A-Z>H>S.9>Henze>Werke>Oper>S3.

22.09.12 : Fidelio
www.semperoper.de,

(Kartenbestellung siehe auch S. 56)



Frauenkirche und Neumarkt

Be-rufsschüler des BSZ für Technik und Wirtschaft Dresden (Berufsschule für Körperbehinderte) haben die Betreuung des Tagungsbüros als Praxisprojekt ihrer Ausbildung im dritten Lehrjahr übernommen.

Wir freuen uns sehr auf die Zusammenarbeit mit den Klinikschulkollegen und natürlich auch auf die gemeinsamen Erlebnisse.

Am Donnerstagabend werden neben Semperoper und Schauspielhaus auch Karten für das Dresdner Travestie-Theater Carte Blanche angeboten.

Unser SchuPs-Abend ist nach einer Stadtführung im Bärenzwinger, einem legendären Dresdner Studentenclub, mit musikalischen Einlagen einer Schulband geplant.

Dresdens Stadtlandschaft und das herrliche Elbtal können zu Fuß oder per Fahrrad im Rahmen von Führungen entdeckt werden.

Und wer am Samstagnachmittag nach der Tagung noch genügend Kraft hat, kann Karten für die Gläserne VW-Manufaktur oder das Historische Grüne Gewölbe im Dresdner Schloss über uns reservieren

(Achtung: Beachtung der vorgegebenen Termine).

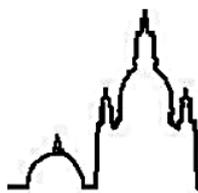
Tagungszentrum
Martha-Fraenkel-Saal



DEUTSCHES
HYGIENE-
MUSEUM

AUF DIE
PLATZE

DIE LEIDEN-
SCHAFTEN



23. Fachtagung „Schule und Psychiatrie (SchuPs)“ vom 19. – 22. September 2012

„Psychisch kranke Kinder und Jugendliche – eine Herausforderung für die Gesellschaft“

T a g u n g s o r t: Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Vorläufiges Programm

Mittwoch, 19. September 2012

**16.00 bis
20.00 Uhr**

Anreise in der „cityherberge“;
Anmelden, Eintragen für die
Workshops

20.30 Uhr

Berichte aus den
Bundesländern und
Nachbarstaaten

18.30 Uhr

Begrüßung und Abendessen in
der „cityherberge“

anschließend:

SchuPs-Mitgliederversammlung

Donnerstag, 20. September 2012

09:00 Uhr

Eröffnung der Tagung
Monika Ahrens
SchuPs-Sprecherin

Lothar Meyer, Leiter der
Regenbogenschule –
Klinikschule Arnsdorf

Grußworte

Grußworte des Staatsministeri-
ums für Kultur und Sport
und der Oberbürgermeisterin

11:15 Uhr

„Veränderung der Lebenswelt:
Ursache für Zunahme
psychischer Störungen“
Prof. Dr. med. Veit Rössner
Direktor der Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie der TU Dresden

12:30 Uhr

Mittagessen

**14:30 bis
16:00 Uhr**

Workshops

9:45 Uhr

„Mögliche Ursachen,
Epidemiologie und Behandlung
von Anorexia nervosa“
Prof. Dr. med. Stefan Ehrlich
Angewandte
Entwicklungswissenschaften,
Universitätsklinikum der TU
Dresden

17:30 Uhr

Abendessen
anschließend:
Kulturangebote:

- **Oper**
- **Schauspielhaus**
- **Carte Blanche**

Freitag, 21. September 2012

09:00 Uhr „Die Bedeutung der Begabungsdiagnostik für die zutreffende Schulform“
PD Dr. med. P. Hummel
 Ltd. Arzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie am Sächs. Krankenhaus Arnsdorf

12:00 Uhr „Hirnphysiologische Auswirkungen bestimmter Krankheitsbilder auf den Lernprozess - frühe Lernstörungen“
Dr. med. N. Unfried
 Chefarztin des Sozialpädiatrischen Zentrums im Klinikum Chemnitz

10:30 Uhr „Halten und Aushalten als professionelle Einstellung in der Betreuung und Behandlung von Kindern mit Bindungsstörungen“
Prof. Dr. habil. R. Hofmann
 Psychologische Fachhochschule Erfurt, Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften, Lehrbereich Entwicklungspsychologie

13:00 Uhr Mittagessen

14:30 bis 16:00 Uhr Workshops

16:00 Uhr Jahresmitgliederversammlung des Fördervereins AK SchuPs

18:00 Uhr Stadtrundgang und **SchuP_s-Abend** im Bärenzwinger mit Buffet



Samstag, 22. September 2012

09:00 Uhr Ausblick auf die SchuPs-Tagung 2013 in Hamburg

10:45 Uhr „„Ohne eine gute pädagogische Ordnung in Familien und Schulen nutzt die beste Psychotherapie wenig““
Dr. paed. habil. R. Hickethier
 Hochschuldozent für Allgemeine und Persönlichkeitspsychologie an der PH Leipzig

9:15 Uhr „Viel Stress – wenig Lernerfolg... Die psychische Gesundheit Jugendlicher – Welche Rolle spielt die schulische Umwelt?“
Dr. L. Bilz
 Fakultät Erziehungswissenschaften, Institut für Schulpädagogik der TU Dresden

12:00 Uhr Verabschiedung der Gäste

12:30 Uhr Mittagsimbiss

Ausrichtende Schulen	Ansprechpartner
Regenbogenschule-Klinikschule Arnsdorf, Hufelandstr.15, 01477 A. Tel./Fax: 035200/262810/11 regenbogenschule-arnsdorf@t-online.de	Lothar Meyer
Klinikschule im Uniklinikum der TU Dresden, Fetscherstr.47,01307 D. Tel./Fax: 0351/4582656/4584396 klinikschule.dresden@web.de	Martina Schuster



DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM DRESDEN

Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden bietet als unser Kooperationspartner Führungen mit Besichtigung an:

Do in der Mittagspause und ab **16.00 Uhr**;
 Fr ab **16.00 Uhr**;
 Sa ab **13.00 Uhr**

Vorläufiges Workshopangebot SchuPs 2012

Was ist schon normal? Professionelles Handeln bei Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen	Lernort Museum – Vermittlungsarbeit des Deutschen Hygiene-Museum Dresden	Sprachauffälligkeiten in der Schule Ursachen – Wirkung - Förderung
Bis an meine Grenze – berufsbedingte Krisensituationen mit psychischen Extrembelastungen	Freier Wille oder Pille – Miteinander von Pädagogik und Medizin - Medikamentenwirkung	Kunstunterricht trifft Kunsttherapie - Vorstellung eines Museumsprojekts in der KJP und eine kunstpädagogische Gruppenarbeit
Gehirngerechtes Lernen	Die aktuelle Herausforderung	Familientagesklinik
Anspruch an individuelle Lern- und Entwicklungsförderung	Musiktherapie	Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche – Früherkennung und wie gehe ich mit ihnen um
	Fahrradtour entlang der Elbe	

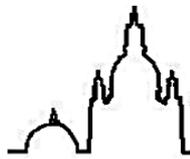
Kulturangebote - Kartenbestellung

	Preis	Datum	Uhrzeit	Kartenzahl	Zwischensumme
Historisches Grünes Gewölbe					
A (nur 9 Karten)	12,00 €	21.9.12	16:30 Uhr		€
B (je 55 Karten)	12,00 €	22.9.12	13:30 Uhr		€
		22.9.12	14:00 Uhr		€
		22.9.12	14:30 Uhr		€
Carte Blanche (Travestietheater)	28,50 €	20.9.12	19:30 Uhr		€
Semperoper					
A (auf allen Plätzen gleicher Preis, nur Parkett)	25,00 €	20.9.12	19:30 Uhr		€
B	66,50 €	22.9.12	19:30 Uhr		€
	93,50 €	22.9.12	19:30 Uhr		€
<i>Terminwünsche mit Prioritätenangaben (1.; 2. ...) versehen</i>					
					gesamt:
..... (Reservierung gilt nur bei gleichzeitig erfolgter Überweisung)					
Unterschrift					

Bitte gemeinsam mit der Anmeldung senden an:

BSZ für Technik und Wirtschaft Dresden, Hellerhofstraße 21, 01129 Dresden

Fax 0351 8485324



Anmeldung zur SchuPs-Tagung

vom 19.09.2012-22.09.2012 in Dresden

(Anmeldung bis spätestens 30.06.2012)

Hiermit melde ich mich verbindlich zur SchuPs-Tagung 2012 in Dresden an:

Kontaktdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Schule: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Tagungsgebühr:

In der Tagungsgebühr sind Organisationskosten, Tagungsverpflegung, Aufwendungen für Abendprogramme u. v. m. enthalten. Nicht inbegriffen sind Übernachtungskosten, Frühstück und Besuch von Kulturveranstaltungen und der Semperoper.

Wählen Sie Ihren Tagungstarif: (bitte ankreuzen)

SchuPs-Mitglieder **80 €**

NICHT-Mitglieder **100 €**

Besuch der Kulturveranstaltungen

Ich melde mich verbindlich für die Kulturveranstaltungen an und überweise den Eintrittskartenbetrag von _____ € mit meiner Tagungsgebühr.

Ich überweise _____ € auf das Konto:

Kontoinhaber: Lothar Meyer, KontoNr. 787565101, BLZ 760 260 00 Norisbank

Verwendungszweck: SchuPs Dresden 2012

Unterschrift: _____

(Die Anmeldung wird erst bei Eingang des gesamten Überweisungsbetrages gültig)

Anmeldungen bitte schriftlich oder per Fax an:

BSZ Technik und Wirtschaft Dresden

Hellerhofstraße 21

01129 Dresden

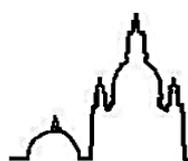
Telefon: 0351 8485323

Fax: 0351 8485324



Veranstaltungsort:

Deutsches Hygiene-Museum
Dresden
Lingnerplatz 1
01069 Dresden



Zimmer buchen

Übernachtungsangebote

Die **Zimmerbuchung muss** durch jeden Tagungsteilnehmer **selbst veranlasst werden**.

Diesbezüglich wurden Sonderkonditionen mit den folgenden Dresdener Hotels vereinbart, diese gelten auch bis Sonntag, 23.09.2012. Die Reservierungen haben unter dem Kennwort: "SchuPs-Tagung" (Abrufkontingent) zu erfolgen.

cityherberge Dresden - Lingnerallee 3 - 01069 Dresden

Tel.: 0351/ 4859900 Fax: 0351/ 4859901

E-Mail: info@cityherberge.de

Kategorie Hostel: *

- 42 Doppelzimmer (möglichst mit 2 Personen auslasten)
 - 28,00 Euro Ü/F p.P. (pro Nacht) - (Doppelbelegung)
 - 43,00 Euro Ü/F p.P. (pro Nacht) - (Einzelnutzung)
- 8 Dreibettzimmer
 - 60,00 Euro Ü/F (pro Zi./Nacht)
- 3 Vierbettzimmer
 - 72,00 Euro Ü/F (pro Zi./Nacht)

* Duschen und Toiletten sind in kürzlich renovierten, separaten Bädern auf der Etage untergebracht.

Kategorie Hotel:

- 31 Doppelzimmer (möglichst mit 2 Personen auslasten)
 - 34,00 Euro Ü/F p.P. (pro Nacht) - (Doppelbelegung)
 - 48,00 Euro Ü/F p.P. (pro Nacht) - (Einzelnutzung)
- 3 Dreibettzimmer
 - 88,00 Euro Ü/F (pro Zi./Nacht)

Die **Buchung** muss durch die Tagungsteilnehmer **bis** zum **31.05.2012** erfolgen.

Die **cityherberge** bietet auch **Stellplätze für Wohnmobile**:

- 14,00 Euro pro Nacht/pro Fahrzeug (Strom 3,00 Euro pro 24 Stunden; Sanitäreinrichtung 3,00 Euro pro 24 Stunden und Fahrzeug)

ibis – Hotel Königstein - Prager Straße 9 - 01069 Dresden (800m vom Tagungsort)

Tel.: 0351/ 48562000 Fax: 0351/ 48562999

E-Mail: reservierung@ibis-dresden.de

50 Zimmer

- 49,50 Euro Ü/F p.P. (pro Nacht) - (Doppelbelegung)
- 79,00 Euro Ü/F p.P. (pro Nacht) - (Einzelnutzung)

Die **Buchung** muss durch die Tagungsteilnehmer **bis** zum **30.06.2012** erfolgen.

Abo oder Beitrittserklärung

Name: _____

Straße: _____

Plz., Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____

Schulname: _____

Schuladresse: _____

Bitte
IN BLOCKSCHRIFT
ausfüllen

- Hiermit erkläre ich meinen **Beitritt zum „Arbeitskreis Schule und Psychiatrie“ *SchuPs***. Ich erkenne die Satzung als für mich bindend an (siehe www.schule-und-psychiatrie.de). Die Mitgliedschaft gilt solange, bis ich sie schriftlich widerrufe. Im Mitgliedsbeitrag erhalten ist der Bezug der *SchuPs*-Zeitung.

Ich bin damit einverstanden, dass *SchuPs* den jeweils gültigen Jahresbeitrag (derzeit € 20,-) von folgendem Konto einzieht.

Kontonummer: _____ BLZ: _____

- Ich möchte die **Zeitschrift *SchuPs*** ab der Ausgabe Nr. ____ **abonnieren**. Ich bin damit einverstanden, dass die jeweils gültigen Bezugskosten (derzeit € 6,-) von folgendem Konto eingezogen werden.

Kontonummer: _____ BLZ: _____

- Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in den **Verteiler des „Arbeitskreises Schule und Psychiatrie“** aufgenommen werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte senden an:

Rainer Staska
Grüner Weg 5a
35764 Sinn - Fleisbach
Tel.: 02772/53524
FAX: 02772/ 504-479
Mail: rst@rehbergsschule.de

Der Arbeitskreis wird vertreten durch:
Monika Ahrens, geschäftsf. Sprecherin
Carsten Diederichsen
Kornelia von Wurmb

