

Modul 1:

Normalitätsvorstellungen und psychische Gesundheit

Thema 1: Gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen

Welche Funktion hat Normalität?

Normen – explizite und implizite – schreiben in allen Gesellschaften bestimmten Personengruppen bestimmte Handlungen vor, sie sind menschlichem Handeln vorgelagert und leiten dieses an (z.B. den Schulbesuch für Kinder und Jugendliche). Normen sind Ergebnis sozialer Aushandlungsprozesse und historisch veränderlich.

Normalität hingegen wird erst im Nachhinein (d.h. nach einer Handlung, einem Ereignis) bestimmt – in unserer Gesellschaft oft auf der Basis von Statistiken und Durchschnittswerten.

Das Konzept von Normalität hilft einerseits dem einzelnen Subjekt bei der Orientierung in immer komplexer werdenden gesellschaftlichen Zusammenhängen. Andererseits werden die Subjekte mit Verweis auf eben jene Normalität auch reguliert und kontrolliert, z.B. durch politische Institutionen.

Was jeweils normal ist, unterliegt historischen und gesellschaftlichen Veränderungen (z.B. Beziehungsmodelle, Umweltschutz, Verhalten von SchülerInnen in der Schule), kann sich aber auch innerhalb von Gesellschaften, z.B. zwischen sozialen Gruppen, unterscheiden.

Viele Modelle menschlicher Entwicklung aber auch unsere Konzepte von psychischer Gesundheit basieren auf bestimmten Annahmen von Normalität. Sie geben uns einerseits Orientierung bestimmen aber andererseits zugleich die Grenzen dieser Normalität in spezifischer, nicht per se festgelegter Weise.

Normalität wird also in spezifischer Weise produziert. Hierbei erhält die Verbreitung von und der Bezug auf Statistiken, Durchschnittswerte und Normalverteilungen (z.B. über die Medien, psychologische Testverfahren, Gesundheitsdaten) eine besondere Bedeutung: Anhand dieser Werte können Subjekte ihre eigene Normalität aber auch die der Anderen bewerten und ihr Verhalten entsprechend ausrichten.

Damit tragen die Subjekte – wir alle – selbst zur Re-Produktion von Normalität bei. Gerade bei der Arbeit mit abhängigen Anderen, wie z.B. im Bildungsbereich, gilt es, die eigenen Normalitätsvorstellungen und die ihnen zugrunde liegenden Annahmen zu reflektieren – denn diese sind somit (leider) nicht objektiv.

Thema 2: Das Konzept psychischer Gesundheit und Normalität

(Wie) Lässt sich psychische Gesundheit bestimmen?

Normalitätskonzepte setzten sich im 19. Jahrhundert zuerst in der Medizin und der Psychiatrie durch: aus gesund wurde normal. Dabei wurde häufig auf das (vermeintlich) Unnormale geschaut, um Normalität zu bestimmen.

Dabei (und teilweise bis heute) wurde häufig die sog. Normalverteilung, die Glockenkurve, als Hilfsmittel herangezogen: Diejenigen, deren Merkmale oder Fähigkeiten sich mehr oder weniger um den Mittelwert dieser Kurve anordnen, gelten dann als normal, diejenigen die weit(er) entfernt von diesem Mittelwert landen, sind anormal oder eben psychisch krank. Allerdings hat diese so anschauliche Kurve gleich mehrere Haken: Zunächst sind vor allem biologische Merkmale (z.B. die Körpergröße) normal verteilt, soziale Phänomene (z.B. Armut), psychologische Konstrukte (z.B. Persönlichkeitstypen oder auch Intelligenz – auch wenn IQ-Tests Gegenteiliges ergeben) und psychische Krankheiten aber nicht. Doch selbst wenn wir dieses einmal annehmen wollen: Die Entscheidung, ab welcher Entfernung vom Mittelwert der Normalbereich endet und der Krankheitsbereich beginnt, wäre immer menschengemacht – vielleicht mehr oder weniger gut begründet, aber eben nicht objektiv.

Auch psychologische Tests helfen nur bedingt weiter, denn hier ist die Schwelle, an der anormales Verhalten beginnt, bereits vorab gesetzt. Psychiatrische Labortests existieren ebenfalls (noch) nicht.

Ein Blick in andere Kulturen zeigt zudem, dass menschliche Verhaltensweisen sehr unterschiedlich bewertet werden können: Rückzug, Einsamkeit und Trauer wären bei uns möglicherweise Hinweise auf eine Depression, in Südostasien aber vielleicht ein Zeichen für buddhistische Kontemplation.

Und der Versuch, andersherum psychische Störungen präzise zu definieren, scheitert bislang ebenso: Gibt es also psychische Störungen überhaupt?

Allen Francis, der maßgeblich an der Erstellung des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-4 beteiligt war, sieht dies so: *„Unsere Klassifizierung psychischer Störungen ist nicht mehr als eine Sammlung fehlbarer und begrenzter Konstrukte, die zwar auf der Suche nach der Wahrheit sind, sie aber niemals finden – und doch bleibt dies die derzeit beste Methode, um uns über psychische Störungen zu verständigen, die zu behandeln und zu erforschen.“*

Wir beschränken uns damit notgedrungen, auf die möglichst präzise Beschreibung einzelner Störungen, wohl wissend, dass sich deren Bestimmung jederzeit ändern kann.

Was sind und wie funktionieren Klassifikationssysteme? Das ICD-10 bzw. 11 (International Classification of Disease) und DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sind die verbreitetsten Klassifikationssysteme für medizinische bzw. psychiatrische Diagnosen und für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen verpflichtend.

ICD-10/ICD-11	DSM V
– von der WHO publiziert, <u>international</u> ausgerichtet	– von der APA publiziert, <u>national</u> ausgerichtet
– Diverse Arten von Erkrankungen in mehr als 20 Kapiteln erfasst – Psychische Störungen als Kapitel 5 bzw. 6	– Befasst sich ausschließlich mit psychischen Erkrankungen
– Kategoriales System	– Kategoriales System
– Diskontinuitätsannahme	– Diskontinuitätsannahme

ICD-10/11 und DSM V basieren auf der Diskontinuitätsannahme, d.h. auf der Annahme, dass es klare Grenzen zwischen normalem und anormalem Verhalten gibt – was aber ist normal?

Normbegriff	Eine Person ist normal, die ...
Ideale Norm	...ohne Beschwerden lebt.
Soziale Norm	...lebt, wie es die Gesellschaft erwartet.
Statistische Norm	...zur Mehrheit aller Personen gehört.
Funktionelle Norm	...ihre Aufgaben erfüllen kann.

Für die Bestimmung, ob eine psychische Störung vorliegt oder nicht, sind nicht nur Symptome an sich wichtig, sondern auch:

- Stärke und Anzahl der Symptome
- die mit den Symptomen einhergehenden psychosozialen Beeinträchtigungen
- Leistungsbeeinträchtigungen
- die Dauer der Symptome und Beeinträchtigungen
- die Betrachtung von Ausschlusskriterien
- Problematik von Klassifikationssystemen
- Störungen werden zu Krankheiten
- Etikettierungsfunktion von Diagnosen
- Kategoriale und Diskontinuitätsannahme instabil (z.B. Aufrechterhaltung von kombinierten“ oder „sonstigen“ Störungen) und gerade bei Kindern schwierig – bei ihnen kommen zudem noch entwicklungspezifische Aspekte hinzu

Thema 3: Ursachen psychischer Störungen

Es gibt unterschiedliche Modelle zur Genese psychischer Störungen: medizinische Perspektiven suchen nach körperlichen Ursachen für die Symptomatik. Psychologische Perspektiven betrachten psychische Faktoren, wobei sich psychologische Schulen hier auch unterscheiden können. Zum Beispiel fokussiert die psychoanalytische Richtung innerpsychische Konflikte, während eine systemische Perspektive die Symptomatik des Kindes als Ausdruck einer Störung im Gesamtsystem versteht. Pädagogische Perspektiven beziehen auch den Lebenskontext, v.a. die Schule, in die Ursachenfindung mit ein.

Als State of the art gilt heute das so genannten Bio-Psycho-Soziale Ursachenmodell, dass alle Aspekte einbezieht.

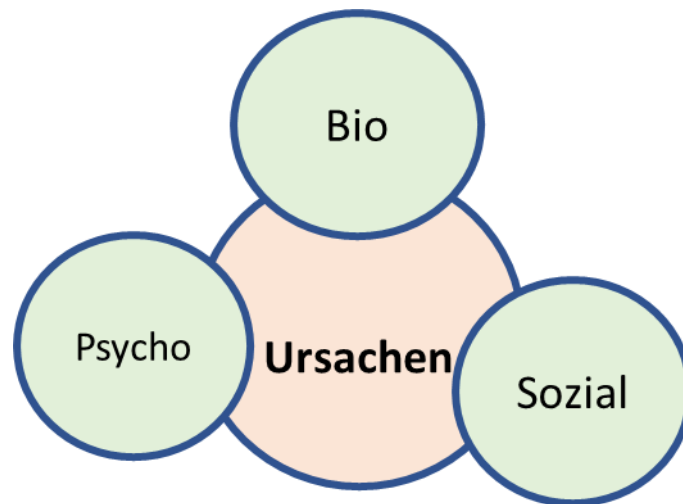


Abbildung 1: Bio-Psycho-Soziales Ursachenmodell (eigene Darstellung)

Auf der Ebene des biologischen wird nach genetischen, geschlechts- oder temperamentsbezogenen und somatischen Faktoren gefragt.

Die psychologische Ebene fokussiert z.B. spezifische Einstellungen, die Funktionalität von Verhalten, Persönlichkeitsmerkmale oder Besonderheiten im Erleben der Person. Dabei wird aber nicht nur der einzelne Mensch, sondern immer auch das soziale Umfeld betrachtet, im Falle von Kindern und Jugendlichen besonders die Familie, die Schule und die Gleichaltrigen.

Die soziale, oder besser die sozio-kulturelle Ebene bezieht auch Aspekte wie den sozialen Status, die spezifische Umwelt und Geschichte (z.B. die Erfahrung einer Migration) oder die Rolle von Medien mit ein.

Im Einzelfall muss immer die jeweils spezifische Konfiguration der Ursachen herausgearbeitet werden, damit Interventionen zielgenau ansetzen können.

Thema 4: Besonderheiten im Grundschulalter

Kinder und Jugendliche sind recht häufig von psychischen Störungen betroffen, die Ein-Jahres-Prävalenz bei Unter-18-Jährigen liegt bei fast 20 Prozent. Während der letzten Jahre zeigten viele Studien einen Anstieg psychischer Belastungen und Störungen vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Angststörungen und hyperkinetische Störungen sind sehr häufig, ebenso Störungen des Sozialverhaltens.

Oft ist die Bildungskarriere dieser Kinder gefährdet und im Erwachsenenalter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit weiterer psychischer Störungen noch. Im Kindesalter sind Jungen oft häufiger betroffen als Mädchen, dieser Unterschied dreht sich im Jugendalter um.

Die betroffenen Kinder stören gewohnte Abläufe, z.B. in der Schule, oft massiv. Dieses Störverhalten ist immer Ausdruck einer Störung des bio-psycho-sozialen Systems des Kindes und nicht der einzelnen Person. Häufig bestehen ein hoher Leidensdruck sowie Konflikte in der Schule, mit Gleichaltrigen und in der Familie – entweder parallel, als Mitauslöser oder als Konsequenz der Störung.

Das Störverhalten ist also nicht als Ausdruck von Mutwilligkeit, Uneinsichtigkeit, Faulheit oder Unerzogenheit zu verstehen, sondern als Teil und Ausdruck psychischen Leidens. Die Herausforderung in der pädagogischen Situation besteht darin, das Störverhalten nicht persönlich zu nehmen, zugleich aber die Unterstützung des Kindes als persönliche Aufgabe zu verstehen.

Modul 2: Entwicklungs- und psychische Störungen im Grundschulalter

Thema 1: Lese-Rechtschreibstörung (LRS) inkl. Exkurs Dyskalkulie

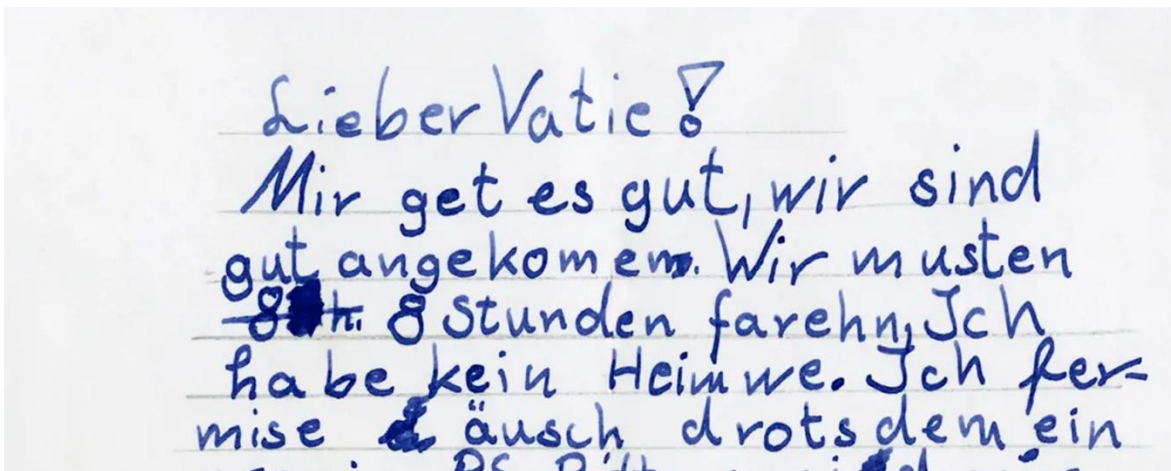


Abbildung 2: Quelle <https://www.spektrum.de/magazin/die-last-mit-den-buchstaben/1201495>

Je nach Kriterium der Studie sind zwischen 2 und 12 Prozent der Kinder und Jugendlichen von Lese-Rechtschreibstörungen (LRS) betroffen. LRS treten bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen (3:2 bis 3:1).

Nach einer Definition von Günther (2007) sind LRS „Beeinträchtigungen der Lese- und Rechtschreibkompetenzen, die nicht allein durch das Entwicklungsalter, durch inadäquate Beschulung oder durch nicht erkannte visuelle oder auditive Verarbeitungsprobleme erklärbar sind. LRS sind nicht Folge anderer Störungen können aber zusammen mit diesen auftreten.“

LRS werden oft erst spät erkannt und gehen mit vielfältigen Begleitproblemen (individuell, familiär, sozial, psychisch) sowie einer ungünstigen Schulprognose (bezogen auf den besuchten Schultyp, Schulabschlüsse und Schulabbrüche) einher.

D.h.: Eine LRS bezieht sich „nur“ auf einen Teilbereich schulischer Fertigkeiten, hat aber Folgen für die gesamte Entwicklung des Kindes. Die Betroffenen benötigen intensive und v.a. sehr spezifische Förderung und Unterstützung. Notwendig ist auch der Einbezug des familiären und schulischen Umfeldes (Elternberatung, besondere schulische Förderinstrumente).

Nach ICD ist das Hauptmerkmal von LRS eine deutliche Beeinträchtigung der Entwicklung der Lesefertigkeiten, die häufig mit Rechtschreibstörungen einhergehen, welche bis ins Jugendalter

bestehen – auch wenn Lesefortschritte gemacht werden. Als „gestört“ gilt die Lese- und Rechtschreibleistung, wenn die betreffenden Kinder in standardisierten Tests schlechter abschneiden als 90 Prozent ihrer Altersgenossen und zugleich keine Auffälligkeiten bei der allgemeinen Intelligenz bestehen.

Typische Fehler:

Beim Lesen/Leseverständnis	Beim Schreiben
<ul style="list-style-type: none"> • Auslassen, Ersetzen, Verdrehen oder Hinzufügen von Worten oder Wortteilen • Startschwierigkeiten beim Vorlesen, langes Zögern, Verlieren der Zeile im Text • Vertauschen von Wörtern im Satz oder von Buchstaben in Wörtern • Unfähigkeit, Gelesenes wiederzugeben • Unfähigkeit, aus Gelesenem Schlüsse zu ziehen; Zusammenhänge zu sehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reversionen (b-d; p-q; u-n) • Reihenfolge- oder Sukzessionsfehler (die-dei) • Auslassungen von Buchstaben • Einfügen falscher Buchstaben

Wichtig: Die Betroffenen können die Fehler nicht erkennen oder korrigieren!

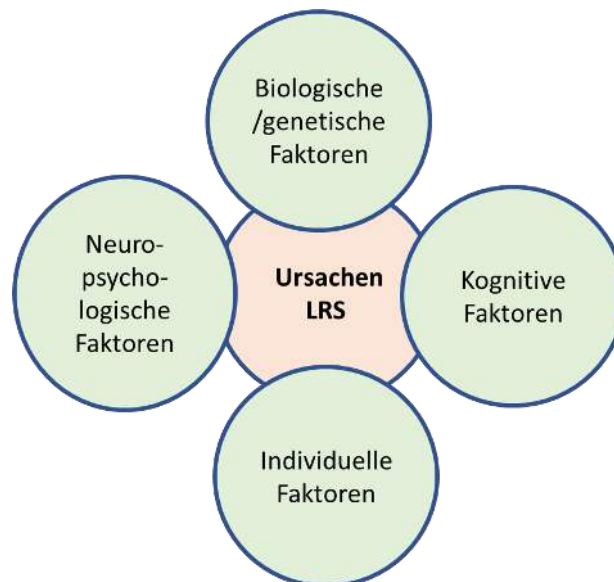


Abbildung 3: Ursachendiskussion für LRS im bio-psycho-sozialen Modell

LRS geht oft mit weiteren psychischen Störungen einher, z.B. mit ADHS, Störungen des Sozialverhaltens oder umschriebene Entwicklungsstörungen der Sprache.

Psychologische Testverfahren erfassen bezüglich des Lesens die Flüssigkeit, Geschwindigkeit und das Verständnis (z.B. ELFE). Beim Schreiben können neben der Anzahl der Fehler im Verhältnis zum Jahrgang auch die Arten der Fehler erfasst werden, was wiederum wichtig für die Förderung ist (z.B. DERET). Auffälligkeiten bei Vorläuferfertigkeiten lassen sich übrigens bereits im Kindergarten erfassen (BISC) und entsprechend adressieren.

Psychologische Interventionen verfolgen einen integrativen Ansatz bestehend aus LRS-Förderung (Training), schulpädagogischen Maßnahmen, der Therapie eventueller Begleitstörungen und einer Familienberatung.

In der Schule besteht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich, in deren individuelle Ausgestaltung Lehrkräfte maßgeblich eingebunden sind.

LRS-Trainings (z.B. das Marburger Rechtschreibtraining oder das Würzburger orthografische Training) sind meist modular aufgebaut und werden in Einzelsitzungen, (schulischen) Fördergruppen sowie in Form von Hausaufgaben bearbeitet. Sie ermöglichen kleinschrittiges Arbeiten an Problembereichen, viele Wiederholungen, eine engmaschige Erfolgskontrolle und das Erlernen von Lösungsstrategien. Mit dem ELFE-Training liegt im Lesebereich auch ein PC-gestütztes Förderprogramm vor, das das Leseverständnis auf Wort-, Satz- und Textebene verbessern soll.

Förderprogramme tragen zu deutlichen Lernzuwächsen im trainierten Bereich bei. Wichtig für die Wirksamkeit sind folgende Grundprinzipien des Einsatzes:

- Orientierung an den aktuellen wissenschaftlichen Theorien zum Schriftspracherwerb
- Abstimmung auf den Leistungsstand des Kindes
- Stufenweiser Aufbau
- Unmittelbare Rückmeldung über Lernerfolge
- Häufige Wiederholungen
- Langfristigkeit mit mindestens wöchentlichen Übungen

Exkurs Dyskalkulie

Je nach Studie gelten 3-10% der Kinder betroffen, mit Folgen für die gesamte schulische Laufbahn und erhöhtem Risiko für Komorbiditäten (wie Angst, Depression oder ADHS) – Jungen und Mädchen sind gleichermaßen betroffen. Das allgemeine Leistungsniveau und Intelligenz des Kindes liegen deutlich über der Rechenleistung.

Typische Anzeichen sind:

- Schwierigkeiten in den Basiskompetenzen (bereits im Vorschulalter), z.B. mangelhafte Verknüpfung der Zahl (2) mit einer Menge (2 Orangen)
- Schwierigkeiten in den Grundrechenarten, z.B. werden Regeln nicht verstanden oder der Übergang von zählenden zum nichtzählenden Rechnen misslingt
- Fingerrechnen ist kein Anzeichen per se, nicht Rechenfehler an sich, sondern deren Vielfalt, Stabilität und Häufigkeit ist entscheidend

Multikausal wird von neuropsychologischen Defiziten, genetischen Faktoren, sekundären sozialen Faktoren und zusätzlichen emotionalen Störungen als Ursachen ausgegangen. Standardisierte Tests (z.B. DEMAT) zeigen den Leistungsstand zur Vergleichsgruppe.

Ähnlich wie bei LRS helfen frühe Interventionen mit spezifischen Rechentrainings, Elternberatung ggf. psychotherapeutischen Begleittherapien am besten, allerdings bleiben bei den meisten Kindern die Rechenleistungen unterdurchschnittlich.

Thema 2: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)

Die Symptomatik heutiger Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) wurde schon im 19. Jahrhundert beschrieben (z.B. „Zappelphilipp“) und z.T. von Psychiatern behandelt. „In Mode“ – im Sinne einer deutlichen Zunahme der Diagnosestellung – kam ADHS ab Ende der 1990er Jahre.

Nach einem Höchststand an Diagnosen um 2014 - ADHS war zeitweise die häufigste psychiatrische Diagnose bei Kindern - setzte ein leichter Rückgang ein. Gegenwärtig gelten ca. 5 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren (und damit etwa N=500.000) als betroffen.

Es sind deutlich mehr Jungen als Mädchen betroffen (ca. 3/4:1). Bei ca. einem Drittel der Kinder besteht die Symptomatik auch im Erwachsenenalter weiter (Prävalenz weltweit 3-4 Prozent) mit Auswirkungen z.B. auf Beruf und Partnerschaft.

ADHS beginnt bereits vor der Schulzeit, beeinträchtigt oft die gesamte Entwicklung des Kindes, führt zu Konflikten in der Familie und mit Gleichaltrigen, geht mit weiteren psychischen Störungen und einem hohen Leidensdruck beim Kind einher, behindert das schulische Lernen und die Bildungskarriere und kann den ganzen Lebensweg nachteilig beeinflussen. Das Verhalten von Lehrkräften kann diesen Weg nachhaltig prägen.

Die drei Kernsymptome sind:

- Unaufmerksamkeit
- Hyperaktivität
- Impulsivität

Hinzu kommen unter anderem folgende Verhaltensweisen:

- nicht in der Lage, Aufmerksamkeit bei Aufgaben/beim Spielen aufrecht zu erhalten
- hören scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird
- können Erklärungen nicht folgen
- zappeln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf Sitzen
- laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist
- platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist
- reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren

Für eine Diagnosestellung ist wichtig, dass die Symptome situationsübergreifend und andauernd vorliegen und i.d.R. bereits vor dem 7. Lebensjahr begonnen haben. Ausgeschlossen werden müssen organische Erkrankungen sowie eine Intelligenzminderung. Entsprechend umfangreich muss die psychologische Diagnostik erfolgen.

Hinzu kommen bei ADHS oft Störungen des Sozialverhaltens, affektive Störungen, Angststörungen, Lernstörungen sowie Tic- und Sprachstörungen.

In der Ursachendiskussion gilt wiederum eine multifaktorielle Genese aus biologischen, konstitutionellen und psychosozialen Faktoren als wahrscheinlich, wie z.B.:

- Strukturell bedingte Störungen der Hirnfunktion (gestörter Neurotransmitterstoffwechsel im Frontalhirn, v.a. Dopamin, Noradrenalin)
- Neuropsychologische Faktoren (Störung exekutiver Funktionen – z.B. Planungsvermögen – und motivationale Störung – Abneigung gegen Belohnungsverzögerungen)
- Genetische Faktoren (familiäre Häufungen, Zwillingsstudien)
- Psychosoziale Bedingungen (ungünstige Wohnverhältnisse, psychisch kranke Eltern)

Psychotherapeutische Maßnahmen fokussieren sowohl die Verhaltensebene (Reduktion des hyperaktiven Verhaltens) die kognitive Ebene (Verbesserung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration), die soziale Ebene (Beziehungen in der Familie und zu Gleichaltrigen) als auch die emotionale Ebene (Anhebung des Selbstwertes und Aufhebung der sozialen Isolation). Hinzu kommen Psychoedukation und Elternberatung sowie ggf. auch die Beratung von Lehrkräften.

U.a. in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird eine medikamentöse Therapie v.a. dann empfohlen, wenn z.B. eine Verhaltenstherapie allein nicht ausreicht bzw. um in bestimmten Bereichen (vorrangig in der Schule) die Funktionsfähigkeit zu verbessern. Medikamente wirken nicht bei allen betroffenen Kindern, zudem haben sie teilweise erhebliche Nebenwirkungen.

Im schulischen Alltag gibt es einerseits Handlungsmöglichkeiten, die allen Kindern der Klasse zugutekommen, wie Ritualisierung, Rhythmisierung und Differenzierung und andererseits spezielle Maßnahmen für das hyperaktive Kind, wie klare Regeln, Bewegungsmöglichkeiten, Strukturierung, Strategievermittlung und ressourcenorientierte Rückmeldungen inklusive Lob. Kinder mit ADHS sind oft auch kreativ, spontan und flexibel – diese Ressourcen gilt es nutzen.

Thema 3: Angststörungen

Angststörungen sind eine der häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter, die Ein-Jahres-Prävalenz liegt bei 10%. Mädchen sind häufiger als Jungen von Angststörungen betroffen.

Angst ist nicht per se eine psychische Störung, sondern eine Basisemotion des Menschen und damit ein wichtigstes Warn- und Schutzsystem. Als solches löst sie Verhalten aus (fight or flight) und geht mit psychischen und physiologischen Reaktionen einher. Angstreaktionen sind oft erlernt, Ängstlichkeit ist hingegen eine Disposition und ein Persönlichkeitsmerkmal.

Gerade im Kindesalter sind unterschiedliche Ängste auch entwicklungstypisch und passagerer Natur, wie das Fremdeln am Ende des ersten Lebensjahres, die Angst vor Phantasiegestalten im Vorschulalter oder leistungsbezogene Ängste in der Grundschule.

Zu einer psychischen Störung wird Angst erst, wenn sie übersteigerte Reaktionen hervorruft (übersteigert gemessen an der objektiv bestehenden Bedrohungslage) und bei Kindern über das entwicklungstypische Alter hinaus anhält.

Merkmale einer Angststörung sind:

- Die Angst ist unangemessen, nicht altersgemäß, unrealistisch und übertrieben.
- Die Angst ist verbunden mit Vermeidungsverhalten bezogen auf die angstbesetzten Situationen oder Personen.
- Sie zeigt sich auf körperlicher, kognitiver und Verhaltensebene.
- Sie geht einher mit psychosozialen Beeinträchtigungen und hohem Leidendruck.

Mit einer Angststörung treten häufig weitere Angststörungen, aber auch Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen auf.

Im ICD-10 werden bei Kindern die Trennungsangst, die phobische Störung und die Störung mit sozialer Ängstlichkeit unterschieden. Im ICD-11 gibt es keine kinderspezifischen Angststörungen mehr, die Trennungsangst, Phobien und soziale Angststörungen sind aber weiterhin enthalten.

Die **Trennungsangst** ist die häufigste Angststörung im Kindes- und Jugendalter, hier bestehen keine Geschlechtsunterschiede. Das Kernkennzeichen ist die übermäßige Angst des Kindes vor der Trennung von einer wichtigen Bezugsperson (führt zu Anklammern, Weinen, Protestverhalten) verbunden mit:

- unrealistischer Besorgnis, der Bezugsperson könnte etwas zustoßen oder das Kind könnte von ihr getrennt werden;
- Trennungsschwierigkeiten beim Schulbesuch (Verweigerung) oder am Abend;
- häufigen somatischen Symptomen;
- leiden bereits bei Erwartung einer Trennung (Angst, Schreien, Wut, Apathie)

Der Beginn liegt vor dem 6. Lebensjahr, die Symptome müssen mindestens 4 Wochen bestehen. Trennungsangst wächst sich nicht aus und ist ein Prädiktor für psychische Störungen im Erwachsenenalter.

Phobische Störungen sind gekennzeichnet durch:

- Anhaltende (mind. 4 Wochen), wiederkehrende Angst vor bestimmten Objekten (Tiere, bestimmte Speisen, Blut ...) oder Situationen (z.B. große Plätze, Naturerscheinungen, Zahnarztbesuch, Prüfungen, die Schule...), die mit deutlichen sozialen Einschränkungen verbunden ist.

Die Konfrontation mit dem Auslöser löst starke Angstreaktionen aus, die auch mit Panikattacken einher gehen können (Besonderheiten bei Kindern: Schreien, Anklammern, Wutanfälle).

Störungen mit sozialer Ängstlichkeit treten bereits vor dem 6. Lebensjahr auf und sind auf die übermäßige Furcht vor Fremden beschränkt. Diese können Erwachsene oder/und Gleichaltrige sein. Es besteht ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten.

Die Ursachendiskussion für die Trennungsangst fokussiert einerseits elternzentrierte Faktoren (Bindungsunsicherheit, Überfürsorge, psychische Erkrankungen) und andererseits kognitive Faktoren wie negative Schemata, die zu einer Überschätzung der Bedrohungslage, einer Unterschätzung eigener Bewältigungsmöglichkeiten und negativen Selbstverbalisierungen führen.

Bei den Phobien werden genetische Faktoren als Risikofaktoren und psychische (z.B. negative Kognitionen), soziale (belastende Lebensereignisse, familiäre Belastungen) und lernpsychologische (z.B. Modelllernen) als Ursachen diskutiert.

Die psychologische Diagnostik versucht die Ausprägung der Ängste, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren sowie vorliegende Dispositionen zu erfassen.

Psychotherapeutische Interventionen umfassen i.d.R. eine kognitive Verhaltenstherapie, bei Phobien eine systematische Desensibilisierung bzw. Reizkonfrontationen. Bei Kindern schließt dies ggf. eine Familientherapie bzw. ein Elternttraining ein, bei Trennungsangst erfolgen auch Interventionen in Kindergarten bzw. Schule.

Hinter Ängsten in der Schule stehen oft soziale Ängstlichkeit, Prüfungsängste aber auch Ängste vor MitschülerInnen, teilweise im Kontext von Mobbing und Gewalt. Großen Einfluss hat hier das Verhalten der Lehrkraft, das günstigenfalls getragen ist von Vertrauen, Achtung und Wertschätzung gegenüber dem Kind (keine Bloßstellung), ressourcenorientierten Rückmeldungen und einem klaren Einschreiten bei Mobbing o.ä. Große Bedeutung hat auch die Schaffung eines respektvollen, sozialen Klassenklimas und gerade bei Prüfungsängsten eine transparente Kommunikation von Prüfungsabläufen.

Thema 4: Störung des Sozialverhaltens

Grundsätzlich muss zwischen aggressivem Verhalten, das gegen Personen und Objekte gerichtet ist und dissozialem Verhalten unterschieden werden, das soziale Regeln und Normen verletzt. Unterschieden wird im Weiteren zwischen offenem oder verdecktem aggressivem Verhalten und zwischen destruktiven (zerstörerisch) und nicht destruktivem (Verweigerung) Verhalten.

Störungen des Sozialverhaltens sind durch mindestens 6 Monate anhaltende disruptive oder dissoziale Verhaltensmuster gekennzeichnet, bei dem die Grundrechte anderer oder wichtige altersentsprechenden Normen und Gesetze verletzt werden.

Jungen sind häufig eher körperlich aggressiv, Mädchen üben eher relationale Gewalt aus. Bei beiden Geschlechtern nimmt dissoziales Verhalten im Entwicklungsverlauf zu.

2-4% der Kinder und 6-10% der Jugendlichen erfüllen je nach Studie die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens, Jungen sind bis zu 4-mal häufiger betroffen. Kinder aus benachteiligten sozialen Schichten sind überrepräsentiert, nur wenige der betroffenen Kinder erhalten Hilfe und Unterstützung.

Zu den typischen Symptomen gehören:

- Für das Alter ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche
- Häufiges Lügen und Brechen von Versprechen
- Häufiges Beginnen körperlicher Auseinandersetzungen
- Tierquälerei
- Absichtliche Zerstörung des Eigentums anderer
- Weglaufen von den Eltern

Unterschieden wird zwischen einem Beginn in der Kindheit bzw. im Jugendalter, wobei ersterer eine ungünstigere Prognose hat. Häufig treten weitere Störungen auf, z.B. ADHS, Angststörungen oder Depression.

Die psychologische Diagnostik erfasst neben dem Ausmaß des Verhaltens auch auslösende und aufrechterhaltende Faktoren.

Die Ursachendiskussion fokussiert neuropsychologische (Belohnungssystem), biologische (Geschlecht), psychologische (z.B. Lernen am Modell) und soziologische (z.B. Kontrolltheorie) Ansätze. Zudem werden Risikofaktoren und risikomindernde Faktoren formuliert:

Ebene	Risikofaktor, z.B.	Risikomildernd
Kind	Lernstörung	Selbstwert
Familie	Dysfunktionale Erziehung	Zuwendung, Unterstützung
Soziales Umfeld	Schlechte Bildungsangebote, problematische Peers, Medienkonsum	Integration, Vorhandensein sozialer Dienste
Gesellschaft	Nachsichtiger Umgang mit Gewalt	Kritischer Umgang mit Gewalt

Die Hauptziele der psychologischen Intervention sind die Verringerung des aggressiven bzw. dissozialen Verhaltens und seiner aufrechterhaltenden Bedingungen, die Verbesserung des Funktionsniveaus des Betroffenen und seiner Familie und die Verringerung von Eigen- bzw. Fremdgefährdung.

Zum Einsatz kommen multimodale Programme, der Behandlungsbedarf ist langfristig, die Eltern müssen mitwirken. Therapieabbrüche sind sehr häufig, delinquentes Verhalten ist zudem oft verdeckt und schwer zu entdecken.

Umso größer ist die Bedeutung von Prävention, auch in der Schule. Neben einer von Lehrkräften und SchülerInnen gemeinsam vertretenen Null-Toleranz-Strategie gegenüber jeder Form von Aggressivität, Gewalt und Dissozialität gehört hierzu auch die Elternarbeit sowie das Erlernen von Handlungsalternativen., z.B. bei Konflikten. Programme wie „faustlos“ können Schulen hierbei unterstützen und das nicht erst, wenn es Probleme gibt.

Modul 3:

Schulische Prävention und Aufgaben von Lehrkräften im Kontext psychischer Gesundheit

Thema 1: Die Rolle von Lehrkräften und Prävention in der Grundschule

Die Rolle der Lehrkraft

Die Aufgaben und Rollen der verschiedenen Professionen beim Umgang mit psychischen Störungen bzw. einem Verdacht hierauf sind klar getrennt: Diagnostik und Therapie einer psychischen Erkrankung liegt in den Händen von ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen.

Die Rolle von Lehrkräften besteht hingegen zum einen in der Prävention psychischer Störungen, ob unstrukturiert (d.h. in Form der Schaffung günstiger Bedingungen in Unterricht und Schule) oder strukturiert (z.B. in Form gezielter Präventionsprogramme) und zum anderen in der Früherkennung von außergewöhnlichen Schwierigkeiten bei den SchülerInnen. Außerdem können sie als Teil des Unterstützungssystems im Rahmen einer laufenden Psychotherapie des Kindes oder Jugendlichen mitwirken und auch Fördermaßnahmen (z.B. bei LRS) mit durchführen.

Wird eine auffällige Veränderung bei SchülerInnen beobachtet geht es also nicht um eine Art Diagnosestellung durch die Lehrkraft, auch muss dieser Beobachtung gar keine psychische Störung zugrunde liegen, vielmehr geht es um Kontaktaufnahme und Gespräche mit der betroffenen SchülerIn und ggf. deren Eltern. Im Rahmen dieser Gespräche werden diese Beobachtungen und die damit verbundenen Sorgen geteilt, um gemeinsam zu entscheiden, wie es weitergehen kann. Lehrkräfte können hierbei z.B. auf schulpsychologische Beratungsstellen verweisen bzw. Kontakt dorthin herstellen. Die dortigen KollegInnen beraten die Lehrkräfte auch vorab und im Prozess. Ist ein solcher Prozess angestoßen, endet in der Regel die Verantwortung der Lehrkraft.

Neben der professionellen Verantwortung von Lehrkräften für den Umgang mit Schutzbefohlenen kann es in bestimmten Fällen auch eine rechtliche Verpflichtung z.B. zur Information der Eltern oder des Jugendamtes geben. Erster besteht je nach Bundesland z.B. bei Essstörungen, letztere in jedem Fall bei einem ‚gewichtigen‘ Verdacht auf eine ernsthafte Gefährdung des Kindeswohls.

Einen Beitrag, um präventiv tätig zu werden und potenzielle Probleme frühzeitig zu erkennen, leisten gezielte Fortbildungen der Lehrkräfte zu relevanten Themen (in SH z.B. über das IQSH und die EULE an der EUF) und der Austausch (darüber) im Kollegium.

Auch der Schulpsychologische Dienst unterstützt LehrerInnen z.B. durch (vertrauliche) Beratungen, Supervisionen und Fortbildungen.

Insbesondere beim Thema Kindeswohlgefährdung bzw. wenn Sie einen Verdacht auf einen solchen haben, ist der Kontakt zum zuständigen Jugendamt notwendig. Dort werden Lehrkräfte anonym beraten und ggf. beim anstehenden Vorgehen unterstützt. Eine solche Gefährdung liegt bei Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch vor und ist durch typische, oft aber auch unspezifische Merkmale gekennzeichnet. Charakteristisch sind häufige und untypische Verletzungen, ungepflegte Erscheinung, häufiges Fehlen, Ängste und sozialer Rückzug oder auch stark sexualisiertes Verhalten, das oft altersuntypisch ist. Eher unspezifisch sind aggressives und dissoziales Verhalten. Enge Abstimmungen im Kollegium und wiederum ein Schulklima, das Gewalt und sexualisierte Übergriffe klar sanktioniert, können seitens der Institution zur Prävention beitragen. Dazu gehört auch ein moderner und offener Sexualkundeunterricht.

Hilfreich ist die Erarbeitung einer professionellen Haltung aus a) professioneller Unterstützung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern, bei denen nicht selten ein hoher Leidensdruck besteht und zugleich b) klarer Begrenzung der eigenen Verantwortlichkeit in einem multiprofessionellen Team, das günstigenfalls ein gut kooperierendes Netzwerk bildet.

Prävention

Prävention umfasst alle Maßnahmen, die das Entstehen bzw. die Manifestation von psychischen Störungen verhindern. Unterschieden werden können im Bereich der primären Prävention die **universelle** (alle Kinder nehmen teil = Normalfall an Schule), die **selektive** (Kinder mit Risikofaktoren) und die **indizierte** Prävention (es bestehen bereits Probleme).

Des Weiteren lassen sich *kindzentrierte* von **schulzentrierten** und *elternzentrierten* Präventionsmaßnahmen unterscheiden. Schulzentrierte Maßnahmen richten sich als universelle Prävention an alle Kinder. Die oft strukturierten Programme bestehen meist aus mehreren, in den Unterricht zu integrierenden Lerneinheiten zu einem bestimmten Thema.

Hinzu kommen im schulischen Alltag alle Maßnahmen, die schulisches Leben und Lernen in einer Art und Weise gestalten, die Entwicklungsprozesse fördert und Risiken für psychische Belastungen mindert. Angesprochen sind hier z.B. ein wertschätzendes Klassen- und Schulklima, ein Vertrauensverhältnis zwischen Lehrkräften und SchülerInnen, konsequente Reduktion von Gefahren wie Gewalt oder Mobbing, eine enge Zusammenarbeit mit den Elternhäusern sowie Mitbestimmungsmöglichkeiten für die SchülerInnen. Auch wenn diese Maßnahmen eher unstrukturiert oder auch selbstverständlich erscheinen, ergeben sie sich keinesfalls von selbst, sondern bedürfen stetiger Aufmerksamkeit und gemeinsamer Verständigung im Kollegium und mit den SchülerInnen.

Strukturierte Prävention an der Grundschule - Beispiele

Faustlos zur Prävention von Gewalt an Schulen (Cierpka & Schick, 2014)

- **Ziele:** Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und Prävention von Gewalt
- **Durchführung:** 51 Lektionen für die 1.-3. Klasse (bzw. 31 Lektionen für Klasse 7-9)
- **Inhalte:** Empathieförderung, Impulskontrolle, Umgang mit Ärger und Wut
- **Voraussetzung:** Kursleiterausbildung, Manual/Koffer mit Materialien
- **Evaluation:** liegt vor, verbesserte soziale Kompetenzen, reduzierte Aggressivität, Transfer in den Alltag gelingt

Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter (Klein-Heßling & Lohaus, 2012)

- **Ziele:** Förderung von Stressbewältigungskompetenzen bei akutem und zukünftigem Stress
- **Durchführung:** in Klasse 3 oder 4 mit kleinen Gruppen (8-12 Kinder) über 8 Doppelstunden sowie zwei Elternabenden
- **Inhalte:** Stressmodell kennen, Stressreaktionen wahrnehmen, Stresssituationen erkennen, Bewältigungsstrategien einsetzen
- **Voraussetzung:** Kursleiterausbildung, Manual mit Materialien
- **Evaluation:** liegt vor, Verbesserung im Erkennen und Wahrnehmen von Stress und Aufbau breiterer Bewältigungsstrategien

Thema 3: Burnout Prävention

In Deutschland ist insgesamt seit vielen Jahren ein Anstieg an psychischen Diagnosen und darauf bezogenen Frühverrentungen zu beobachten. Besonders bei Lehrkräften bestehen anhaltend hohe Krankenstände sowie eine hohe Frühpensionierungsrate die Hälfte verlässt den Beruf aus psychischen Gründen, u.a. Burnout, aber auch Depressionen, Angst und Suchterkrankungen.

Rund ein Drittel der Lehrkräfte weisen gesundheitliche Risikomuster in Richtung Burnout auf. Frauen haben eine erhöhte Prävalenz (aber Trend zur Angleichung).

Die Symptomatik ist lange bekannt, eine erste Beschreibung bei Lehrkräften erfolgte bereits 1911, es war von einer mysteriösen Lehrerkrankheit die Rede. Heute führen Lehr- aber auch Pflegekräfte die Risikorankings für Burnout konstant an. Neben den intensiven sozialen Interaktionen, die beide Berufsgruppen gemeinsam haben, gibt es Überlegungen hinsichtlich einiger Besonderheiten im Lehrerberuf, die das Risiko erhöhen können sowie wiederkehrend die Vermutung, dass viele zukünftige Lehrkräfte bereits bei der Studienwahl die falsche Entscheidung treffen, was das Risiko des „Ausbrennens“ erhöht.

- Spezifische Belastungen des Lehrerberufs:
- Variierende Arbeitszeiten und Arbeitsplätze: Flexibilität vs. Entgrenzung
- Hohe Interaktionsdichte der Unterrichtssituation – ständige Entscheidungsfülle
- Unsicherheit bezüglich der „typischen“ Lehreraufgaben

Wie gehen Lehrkräfte mit Belastungen um?

Engagement	hoch	niedrig
Widerstandsfähigkeit		
hoch	Gesundheitstyp G	Schontyp S
niedrig	Risikotyp A	Risikotyp B

Abbildung 4: Umgang mit beruflichen Belastungen, Darstellung n. Schaarschmidt (2006)

Lehrkräfte verfügen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen **häufiger über ungünstige Bewältigungsmuster** - nämlich emotionsorientierte (vs. instrumentelle).

Auch wenn im Kontext von Burnout viel von Stress und Belastung die Rede ist, ist dies nicht gleichzusetzen, denn Stress oder Belastungen sind erst einmal neutrale Konstrukte, auch wenn sie oft negativ konnotiert sind.

Begriff/Konzept	Bedeutung
Beanspruchung	individuelle Reaktionen auf Belastungen
Belastung	berufsbezogene Faktoren, die zu positiven oder negativen Reaktionen führen können resultieren in der Arbeitswelt aus den Aufgaben, der Rolle, der materiellen oder sozialen Umgebung, dem Setting und/oder den intrapersonellen Voraussetzungen
Stress	durch äußere (oder auch innere) Reize (Stressoren) hervorgerufene physische und psychische Reaktionen zur Anpassung an diese Reize Fehlende Ressourcen können zu längerfristig erhöhten Aktivierungszuständen im Organismus führen (3 Phasen: Alarm-Widerstand-Erschöpfung) die kognitive Bewertung der Stressoren beeinflusst die Art der Reaktion (z.B. Bedrohung vs. Herausforderung)

Burnout ist durch langzeitige Beeinträchtigungen des Befindens und der Leistung gekennzeichnet. Er betrifft drei Hauptsymptombereiche:

- Vorwiegend emotionale Erschöpfung
- Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit
- Depersonalisation

Burnout äußert sich auf affektiver, kognitiver, physiologischer, behavioraler und motivationaler Ebene. Er entsteht langsam und resultiert aus einer Fehlpassung von Berufsintentionen und -realität sowie ungünstigen Bewältigungsstrategien. Burnout ist zugleich Zustand und Prozess.

Burnout gilt in der Klassifikation nicht als eigenständige psychische Erkrankung, das ICD-11 fasst ihn in einem Zusatzkapitel als „Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich bewältigt wurde“. Phasenmodelle (wie nach Burisch, 2006) schematisieren den Prozess, dieser muss nicht genauso ablaufen. Allerdings gilt, je mehr Symptome vorhanden sind, desto fortgeschrittener ist der Prozess:

- 1 **Warnsymptome** (erhöhter Energieeinsatz, Erschöpfung) → 2 **Reduziertes Engagement** (bezogen auf die Tätigkeit und allgemein) → 3 **Emotionen/Schuldzuweisungen** (Depression, Aggression) → 4 **Abbau** (kognitive Leistungsfähigkeit, Kreativität) → 5 **Verflachung** (des emotionalen, sozialen, geistigen Lebens) → 6 **Psychosomatik** → 7 **Verzweiflung**

Individualisierte ambulante oder stationäre Psychotherapie reduziert Symptome, rekonstruiert Belastungsmuster und baut Bewältigungsstrategien auf. Große Bedeutung hat auch hier die Prävention.

Adressiert werden müssen einerseits die Arbeitsbedingungen (instrumentelle Strategien), dazu zählen Korrektur der Wahrnehmung des Berufs auf gesellschaftlicher Ebene, Ausstattung und Ressourcen auf bildungspolitischer Ebene, Kollegialität und Teamarbeit auf Schulebene.

Andererseits gilt es die persönlichen Ressourcen zu nutzen und zu stärken. Dazu gehört:

- die Reflexion von Stärken, Schwächen, Berufsverständnis und Grenzen des beruflichen Handelns.
- gesundheitsbewusstes Verhalten inklusive Sport (Team- und/oder Ausdauersport), Entspannungsverfahren, abwechslungsreiches Sozialleben, klare Grenzen zwischen Arbeits- und Freizeit
- Erholungsphasen in den Arbeitsalltag implementieren, z.B. auch in den Unterricht – davon profitieren nachweislich sowohl die SchülerInnen als auch die Lehrkräfte.
- Kollegialität leben: gemeinsam über Probleme und Lösungsmöglichkeiten sprechen und sich gegenseitig unterstützen und Belastungen offen thematisieren
- Fortbildungen zum Thema besuchen, den Schulpsychologischen Dienst einbeziehen, Supervision in Anspruch nehmen (z.B. auch als Team-Supervision mit den KollegInnen)