

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.

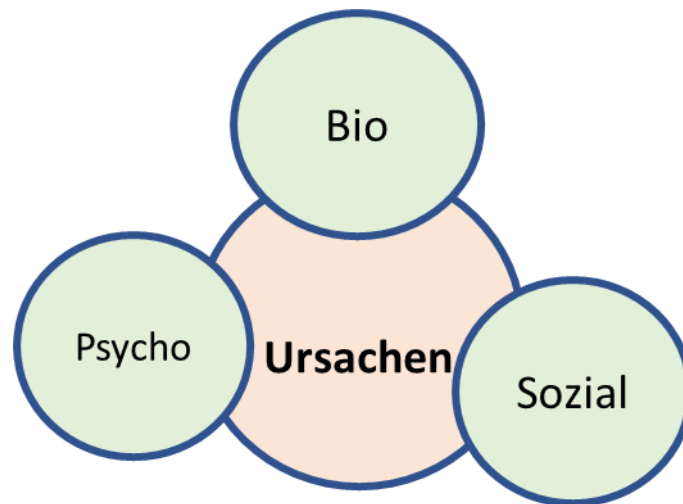


Abbildung 1: Bio-Psycho-Soziales Ursachenmodell (eigene Darstellung)

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 Jugendalter

Da verschiedene psychische Störungen erstmals bzw. verstärkt im Jugendalter auftreten, werden verschiedene Ursachen diskutiert, z.B.:

- Neuropsychologische Aspekte: eine grundlegende Neuorganisation zentraler Hirnareale führt zu erhöhter Risikobereitschaft, reduzierter Verhaltenskontrolle und erhöhter Vulnerabilität z.B. für Drogenkonsum, Depression und Essstörungen.

Psychosoziale Aspekte: Es bestehen hohe Anforderungen durch vielfältige Entwicklungsaufgaben und eine Diskrepanz zwischen biologischer und sozialer Reife. Zudem befinden sich Jugendliche in einer s.g. Identitätskrise (vielfältige Suchbewegungen und große Bedeutung des sozialen Feedbacks).

Studien zeigen eine reduzierte Lebensqualität bezogen auf den Körper, die Schule, die Familie, die psychische Befindlichkeit bei Jugendlichen – dies sind keine Störungen per se, aber:

- Die Prävalenz psychischer Störungen steigt von der Kindheit ins Jugendalter und liegt nun bei ca. 10% (häufig sind Angststörungen, depressive Störungen, Essstörungen und Störungen des Sozialverhaltens).

Unter der Pandemie sind die Zahlen deutlich gestiegen und scheinen sich nun auf einem erhöhten Niveau einzupendeln. Bei Mädchen sind internalisierende Störungen häufiger, bei Jungen externalisierende, wobei letztere in der Pubertät auch bei Mädchen steigen.

Modul 2: Psychische- und Verhaltensstörungen im Sekundarschulalter

Thema 1: Depressionen

Depression gilt als „neue“ Volkskrankheit – laut WHO leiden weltweit 350 Mio. Menschen an einer Depression, diese könnte bald zur zweithäufigsten Todesursache überhaupt „aufsteigen“. Die Prävalenz bei Erwachsenen liegt bei 10-18%.

Die Prävalenz bei Jugendlichen liegt bei 5-20%, es gibt einen deutlichen Anstieg im Vergleich zur Kindheit, Geschlechtsunterschiede werden jetzt signifikant. Die Prävalenz bei Kindern ist geringer, bei Vorschulkindern unter 1%, bei Schulkindern ca. 2%.

Depressionen verlaufen oft chronisch. Kinder und Jugendliche scheinen zwar schneller als Erwachsene zu genesen, jedoch weist ein früher Beginn auf anhaltende und schwere Verläufe hin. Die Betroffenen sind auch im Erwachsenenalter häufiger depressiv, leiden unter weiteren psychischen Störungen, haben Schwierigkeiten in Beruf und Partnerschaft, nehmen häufiger Medikamente, haben häufiger Suizidgedanken und begehen häufiger Suizid.

Zentrale Symptomatik einer depressiven Episode nach ICD-10 sind:

- Depressive Stimmung in außergewöhnlichem Ausmaß – Achtung: diese kann sich bei Kindern auch in gereizter Stimmung äußern
- Interessen/Freudverlust an sonst angenehmen Aktivitäten
- Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Hinzu kommen häufig ein Verlust des Selbstvertrauens, unbegründete Schuldgefühle, wiederkehrendes Denken an den Tod oder suizidales Verhalten, verminderte Konzentration sowie Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust und psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit im Rahmen des somatischen Syndroms.

Bei Kindern und Jugendlichen können zusätzlich folgende Symptome auftreten:

- Trennungsängste
- Somatische Beschwerden
- Sozialer Rückzug und Isolation
- Gelangweiltsein

Achtung: Eine depressive Episode liegt nur vor, wenn eine bestimmte Anzahl von Symptomen seit mindestens zwei Wochen vorliegt. Sie liegt nicht vor, wenn die Symptome Resultat von Substanzmissbrauch oder einer körperlichen Erkrankung sind, eine Trauer- oder Anpassungsreaktion besteht oder bereits eine Schizophrenie festgestellt wurde.

Ursachendiskussion - Annahme eines multifaktoriellen Geschehens:

Theoriehintergrund	Erklärungsmodell
Verhalten/ Behavioral	<ul style="list-style-type: none"> – mangelnde positive Verstärkung – dysfunktionale Verhaltenstendenzen
Kognitiv	<ul style="list-style-type: none"> – ungünstige kognitive Schemata bezogen auf die eigene Person, die Welt und die Zukunft – spezifischer Attribuierungsstil – negative Kontrollerwartungen
Psychodynamisch	<ul style="list-style-type: none"> – objektive oder subjektive Verlusterfahrungen
Bindungstheorie	<ul style="list-style-type: none"> – unsichere frühkindliche Bindungen
Neurobiologie	<ul style="list-style-type: none"> – Störungen im Transmitterstoffwechsel – gestörter Schlafrhythmus
Sozial/Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> – kritische Lebensereignisse/Belastungssituationen
Genetik	<ul style="list-style-type: none"> – Zwillingsstudien weisen auf genetische Faktoren hin – familiäre Häufungen – Unklarheit über Anteil genetischer Faktoren bzw. „sozialer Transmission“

Depressive Kinder und Jugendliche erfüllen häufig auch Kriterien anderer psychischer Störungen, z.B.

- Angststörungen (Trennungsangst, soziale Ängste)
- Störungen des Sozialverhaltens
- Hyperkinetische Störungen
- Substanzmittelmissbrauch & Essstörungen (Jugendliche)

Psychologische Testverfahren erfassen i.d.R. Vorhandensein bzw. Schweregrad depressiver Symptome und ermöglichen neben der Diagnose auch die Verlaufskontrolle von Interventionen.

Multifaktorielle Ursachen erfordern eine multimodale Psychotherapie bestehend aus kognitiver Verhaltenstherapie, Elternarbeit/Familientherapie und in seltenen Fällen einer medikamentösen Therapie. Ziele sind der Aufbau angenehmer Aktivitäten, die Beseitigung spezifischer Verhaltensdefizite und die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, d.h. das Durchbrechen des negativen Kreislaufs von Gedanken, Gefühlen und Verhalten.

Schulische Prävention ist notwendig und kann sich allgemein auf ein unterstützendes Schul- und Klassenklima und einen konstruktiven Umgang mit Leistungsdruck- und Anforderungen fokussieren. Zudem gibt es strukturierte Präventionsprogramme wie „LARS und LISA“. Informationsmaterial für betroffene Erwachsene, Kinder, Jugendliche aber auch Eltern und Lehrkräfte gibt es z.B. beim „Bündnis gegen Depression“; www.buendnis-depression.de.

Thema 2: Essstörungen

Die Prävalenz für irgendeine Essstörung liegt je nach Studie bei 0,8 bis 3,0%. Hierbei sind Mädchen & Frauen bei allen Essstörungen deutlich häufiger betroffen (mindestens 10:1). Bei Magersucht liegt die höchste Neuerkrankungsrate bei jungen Frauen im Alter von 15-19 Jahren. Die gesellschaftlichen Fallzahlen erscheinen seit den 1970er Jahren stabil zu sein, allerdings besteht eine erhöhte soziale Aufmerksamkeit.

Essstörungen verlaufen oft chronisch, Anorexie ist die psychische Störung mit der höchsten Sterblichkeitsrate: 10% aller stationär aufgenommenen Patientinnen überleben nicht.

Die häufigsten Essstörungen sind die Anorexia nervosa (Magersucht) und die Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht). Neu in DSM 5 und ICD-11 ist die Binge-Eating-Disorder (exzessives, übermäßiges Essen). Inwiefern die Adipositas (Fettsucht) eine psychische oder eine körperliche Störung ist, wird noch diskutiert. Neuer in der Diskussion ist auch die Orthorexie (zwanghafte Fixierung auf gesunde Ernährung), ob dies eine eigenständige Essstörung darstellt wird allerdings ebenfalls noch diskutiert.

Anorexie und **Bulimie** weisen einige Gemeinsamkeiten auf, z.B.:

- Andauernde Beschäftigung mit Nahrung/Ernährung
- Starke/wahnhaftige Angst, zu dick zu sein
- Körperschemastörung
- Exzessives Sporttreiben

Bei der **Anorexie** kommen ein deutliches Untergewicht, Nahrungsverweigerung und eine fehlende Krankheitseinsicht hinzu.

Bei der **Bulimie** sind hingegen exzessive Essattacken mit Kontrollverlust und anschließenden kompensatorischen Maßnahmen (Erbrechen, Abführmittel, Fasten) charakteristisch.

Die **Binge-Eating-Disorder** ist durch regelmäßig wiederkehrende Essanfälle mit Kontrollverlust und Auffälligkeiten im Essverhalten ohne kompensatorische Maßnahmen gekennzeichnet. Es besteht hoher Leidensdruck und oft Übergewicht.

Adipositas ist durch eine – bezogen auf Alter und Geschlecht – übermäßige, gesundheitsgefährdende Vermehrung des Körperfettgewebes gekennzeichnet (BMI über 30) und geht oft mit somatischen und psychosozialen Sekundärerkrankungen einher.

Symptomatik Anorexia nervosa	Symptomatik: Bulimia nervosa
<ul style="list-style-type: none"> – Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme (bei Kindern) – Selbst herbeigeführtes Untergewicht – Angst zu dick zu sein bzw. vor Gewichtszunahme („Gewichtsphobie“, Körperschemastörung) – Endokrinologische Störungen (z.B.: Amenorrhoe) – Ausschluss: körperliche Ursachen für den Gewichtsverlust (Hirntumore), Gewichtsverlust im Zusammenhang mit Depression 	<ul style="list-style-type: none"> – Häufige Episoden von Fress-Attacken (während 3 Monaten mindestens 2x pro Woche) – Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen – Eine oder mehrere gegensteuernde Maßnahmen (Erbrechen, Abführmittel, zeitweiliges Hungern, Einnahme v. Appetitzüglern u.a. Medikamenten) – Selbstwahrnehmung als zu „fett“ und Furcht, zu dick zu werden

Es kommt zu einer Vielzahl an körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen:

Körperlich	Psychisch
<ul style="list-style-type: none"> – Trockene Haut, Lanugobehaarung, Haarausausfall (besonders Anorexie) – Akrozyanose (A) – Karies (B) – Minderwuchs und verzögerte Pubertät (A) – Störungen im Blutbild, Elektrolytstörungen – Hormonelle Störungen – EKG-Veränderungen – Entzündungen der Speiseröhre – CT & MTR-Auffälligkeiten – Osteoporose 	<ul style="list-style-type: none"> – Depression – Angststörungen – Störungen mit Substanzabhängigkeit – Zwangsstörungen

Die Ursachendiskussion im bio-psycho-sozialen Modell:

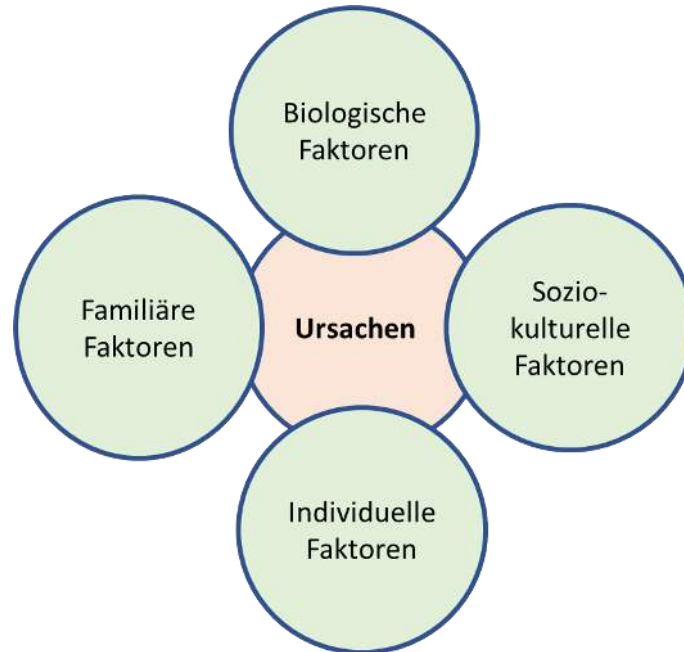


Abbildung 2: Ursachen Depressionen (eigene Darstellung)

Psychologische Diagnostik fragt nach dem Essverhalten und damit verbundenen Sorgen bezüglich des Essens (Kontrolle), des Gewichts und der Figur und sucht nach auslösenden Faktoren.

Psychotherapeutische Behandlung (teilw. stationär) fokussiert u.a.:

- die Analyse der individuellen Bedeutung abnormen Essverhaltens und Veränderung des funktionalen Zusammenhangs zwischen Belastung und Essverhalten
- die Behandlung der Körperschemastörung
- die Erhöhung des Selbstwertes und den Aufbau von Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien
- das Erlernen eines langfristig umsetzbaren Ernährungsstils

Rolle, Aufgaben und Möglichkeiten von Lehrkräften und Schule:

- Strukturierte Prävention im Unterricht mit den Programmen PriMa (Mädchen), TOPP (Jungen) und Torera (alle) von Uwe Berger (2008)
- Aufmerksamkeit, Gesprächsangebote, Vermittlung von Beratung (für SH s.a. den Handlungsleitfaden des IQSH zum Thema „Essstörungen in der Schule“)

Thema 3: Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Ein Trauma im klinisch-psychologischen Sinne ist Reaktion auf „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. (Lehmkuhl et al., 2013)

PTBS wurden im 1. Weltkrieg weithin sichtbar, aber so noch nicht benannt. Erst nach dem Vietnamkrieg wurde sie als Syndrom entwickelt, behandelt und zudem angenommen, dass PTBS auch die Zivilbevölkerung und damit Kinder treffen kann sowie nach Naturkatastrophen auftreten kann. Zudem wird davon ausgegangen, dass Kinder, die Misshandlung und Missbrauch erfahren, ein erhöhtes Risiko für eine PTBS haben.

Neben der PTBS nennen die Klassifikationssysteme auch akute Belastungsreaktionen sowie komplexe PTBS, denen sich wiederholende oder langanhaltende Belastungsereignisse vorausgehen.

Zu den typischen Symptomen gehören:

- Nachhallerinnerungen, Flashbacks (wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen)
- Alpträume
- Emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen
- Vermeidungsaktivitäten bzgl. Situationen, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen können
- Vegetative Übererregtheit (Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit)
- Teilweise oder vollständige Unfähigkeit wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern

Bei Kindern werden Besonderheiten beobachtet

- Säuglinge und Kleinkinder: Angstsymptome, Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen, regressives Verhalten, schreckhafte Reaktionen
- Kinder im frühen Schulalter: Emotionslosigkeit, Einnässen, Einkoten
- Jugendliche: Symptome auf allen Ebenen, oft sehr intensiv verankert

Mit einer PTBS treten häufig auch auf:

- Angst
- Depression
- Suizidalität

Die Lebenszeitprävalenz für eine PTSD liegt zwischen 1 und 7%, kann aber bei gefährdeten Personen deutlich erhöht sein. Bei von Menschen verursachten Ereignissen (z.B. Missbrauch, Vergewaltigung) ist das Risiko einer PTBS höher als bei Naturkatastrophen.

Eine PTBS zieht eine starke Beeinträchtigung der sozialen Funktionen nach sich, z.B. sozialer Rückzug, v.a. bei Kindern Lern- und Verhaltensschwierigkeiten, Somatisierung, und (para)suizidales Verhalten.

Als Ursache gilt eine Stressverarbeitungsstörung:

- normale Reaktion (Flucht, Abwehr) ist nicht möglich – entsprechende Systeme sind aber hochaktiviert & bleiben schnell erregbar (Geräusche, Gerüche, Bewegungen)
- „Freeze“ auf neuropsychologischer Ebene: keine zusammenhängenden Erinnerungsspuren auf den verschiedenen Ebenen
- Anhaltend hohe Belastung mit Stresshormonen
- Ohnmacht und Hilflosigkeit, keine rationale Begründung für Geschehen
- Kognitive Dissonanz (Wahrnehmungskonfusion): „Alles ist wie bisher – nichts ist mehr wie es war“

Die psychologische Diagnostik erfasst Vorliegen einer PTBS und die Schwere der Symptome.

Therapeutisch muss immer zunächst die äußere Sicherheit hergestellt werden. Es erfolgt eine Psychoedukation, Strategien zur Beruhigung, Entspannung und zum Stressmanagement werden vermittelt sowie Ressourcen aktiviert. Erst dann widmet man sich ggf. der Bearbeitung des Traumas, was nur speziell ausgebildete PsychotherapeutInnen durchführen können.

Doch auch Lehrkräfte können handeln, mit Kindern bei denen eine PTBS bekannt ist aber auch in akuten Situationen. Hierbei geht es vorrangig darum, dem Kind Ruhe und Sicherheit zu vermitteln. Versuchen Sie im Akutfall selbst Ruhe zu bewahren und das Kind zu re-orientieren. Zudem gilt es potenzielle Trigger, wie Knallgeräusche oder Kriegsspiele aber auch Konflikte und Stress zu vermeiden. Arbeiten Sie im Team, sprechen Sie nach Möglichkeit mit den Eltern und auch mit dem Kind und nicht über das Kind. Oft wissen auch die Kinder, was ihnen z.B. in einer Flashbacksituation hilft (z.B. vertraute Gegenstände in Reichweite zu haben).

Der Umgang mit traumatisierten SchülerInnen verlangt auch den Lehrkräften einiges ab. Sprechen Sie mit KollegInnen darüber, lassen sich Sie von der Schulpsychologischen Beratungsstelle unterstützen, nutzen Sie eigene Ressourcen zur Stressreduktion und denken Sie auch an die Möglichkeit einer eigenen Supervision – denn gesunde, mental stabile Lehrkräfte sind die beste Unterstützung für die Kinder.

Thema 4: Substanzmittelmissbrauch

Es erfolgt eine Unterscheidung zwischen legalen Substanzen/Drogen wie Alkohol, Tabak, Medikamente und illegalen Substanzen/Drogen: natürliche und synthetisch hergestellte Drogen.

In der psychologischen Klassifikation werden für verschiedenen Substanzen unterschiedliche Störungen genannt, z.B. eine akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom.

Bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland dominiert der Konsum legaler Drogen. Je früher Kinder mit dem Rauchen oder dem Alkoholtrinken (oder dem Drogenkonsum) beginnen, desto wahrscheinlicher werden eine Abhängigkeitserkrankung sowie gesundheitliche Folgeerkrankungen.

Zahlen aus dem Drogenbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2019:

- Jugendliche 12-17 Jahre: 8,3 % rauchen gelegentlich bis täglich – Tendenz fallend, 9,8% trinken mindestens einmal die Woche Alkohol, 10% haben schon einmal Cannabis konsumiert (1,6 konsumieren regelmäßig)
- Jugendliche und junge Erwachsene 18-25 Jahre: 29,8% rauchen gelegentlich bis täglich, 34% trinken mindestens einmal die Woche Alkohol und 37,8% haben Binge-Drinking-Erfahrungen, 42% haben schon einmal Cannabis konsumiert (6,9% konsumieren regelmäßig), abgesehen von Ecstasy mit 4% kommen andere illegale Drogen selten vor
- Erwachsene 18-59 Jahre: 19,3% nehmen mind. wöchentlich Schmerzmittel ein, in der jüngeren Altersgruppe (18-20) nehmen Frauen häufiger Schmerz-, Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel ein.

Das Problem sind gegenwärtig (noch) nicht eine hohe Zahl von Abhängigkeitserkrankten unter Jugendlichen, sondern der recht starke und auch in den meisten Fällen zunehmende und oft regelmäßige Konsum. Dieser birgt hohe Risiken für weitere Erkrankungen.

Kennzeichen einer Abhängigkeit: Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust, erfolglose Versuche, den Konsum zu reduzieren, hoher Zeitaufwand, Versagen bei Rollenfunktionen, fortgesetzter Gebrauch trotz psychischer und physischer Probleme.

Häufig treten weitere psychische Störungen auf - Diskussion um Drogenkonsum als Ursache oder Folge.

Ursachendiskussion und Risikofaktoren:

Theoretischer Hintergrund	Risikofaktoren
Neurobiologisch	<ul style="list-style-type: none"> – Aktivierung des Belohnungssystems → verstärkte Dopaminausschüttung → Gegenreaktionen verringern die Drogenwirkung → erneuter/verstärkter Drogen Konsum bzw. Entzugserscheinungen setzen ein – Hohe Rückfallgefahr durch dauerhafte Sensitivierung und neurophysiologische Umstrukturierung
Lernpsychologisch	<ul style="list-style-type: none"> – Reiz-Reaktions-Verknüpfungen – interne und soziale Auslösereize, – positive Verstärkung (sozial, neurobiologisch) – hohe Wiederholungsrate
Genetisch	<ul style="list-style-type: none"> – Neurophysiologische Spezifika
Stress/Belastung	<ul style="list-style-type: none"> – Erhöhte Vulnerabilität
Familie	<ul style="list-style-type: none"> – Vorbildwirkung, psychisch kranke Eltern, familiäre Probleme
Geschlechtsspezifisch	<ul style="list-style-type: none"> – Männer häufiger betroffen
Schichtspezifisch	<ul style="list-style-type: none"> – Sozial benachteiligte Schichten stärker repräsentiert

Psychotherapeutische Intervention z.B. bei Alkoholabhängigkeit:

- Entzug und Verhaltenstherapie
- Kontroverse Zieldiskussion: Abstinenz oder kontrolliertes Trinken?
- Programme für Jugendliche liegen zwar vor, Evidenzen sind im Vergleich zu Erwachsenen aber noch gering
- Erfolgsquoten allerdings insgesamt nicht zufriedenstellend

Große Bedeutung der Primärprävention, Rolle der Schule:

- Herausögern des Konsums, kompetenter Umgang mit legalen Substanzen, ggf. Früherkennung, Risiken illegaler Substanzen
- Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für Schulen (<https://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/>)
- Angebote der gesetzlichen Krankenkassen für Schulen (<https://www.gkv-buendnis.de/gesund-lebenswelten/schule/themen-und-inhalte/suchtprevention-in-der-schule/alkoholpraevention-in-der-schule/>)

Modul 3:

Schulische Prävention und Aufgaben von Lehrkräften im Kontext psychischer Gesundheit

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

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 für die Sekundarschule - Beispiele

PriMa, TOPP, Torera zur Prävention von Essstörungen (Berger, 2008)

- **Ziele:** Primärprävention von Magersucht, Bulimie, Fressattacken und Adipositas
- **Durchführung:** 9 Doppelstunden, PriMa für Mädchen und TOPP für Jungen in Klasse 6, Torera für Mädchen und Jungen in Klasse 7
- **Inhalte:** Auseinandersetzung mit gesunder Ernährung, Bewegung, Schönheitsidealen, Mobbing sowie Psychoedukation zu Essstörungen
- **Voraussetzung:** Kursleiterausbildung, Manual und Materialien
- **Evaluation:** liegt vor, PriMA reduziert Figurunzufriedenheit und erhöht Körperselbstwert, alle Programme bieten einen effizienten Einstieg in das Thema

Lars & Lisa zur Prävention von Depressionen (Pössel et al., 2004)

- **Ziele:** Aufbau funktionaler Kognitionen und sozialer Kompetenzen zur Reduktion von Belastungen (in der Pubertät)
- **Durchführung:** 10 Doppelstunden für Jugendliche von 12-16 Jahren (Schulklassen geschlechtergetrennt)
- **Inhalte:** Formulierung persönlicher Ziele, Zusammenhang zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten, Exploration und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, Selbstsicherheitstraining und Training sozialer Kompetenzen
- **Voraussetzung:** (externe) KursleiterIn mit fachrelevanten Vorkenntnissen; Manual
- **Evaluation:** liegt vor, Auftretenswahrscheinlichkeit depressiver Symptome reduziert bzw. ging bei sub-klinischen Jugendlichen zurück

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 3: 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)