



## **Das seelisch kranke Kind in der Schule**

aus: **FORUM 34** (Seite 5 - 20)

**Anorexie - Bulimie - Hyperaktivität - Aufmerksamkeitsstörung - Zwangserkrankung**

*Fortbildungsseminar der Schulstiftung am 04. und 05. Juli 2001*

*Gerald Kiefer*

In der Vorstellungsrunde zu Seminarbeginn brachten die 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Erwartungen an die Veranstaltung zum Ausdruck.

Es wurden vor allem drei Wünsche formuliert:

- informiert zu werden über die Hintergründe der Erkrankungen und ihre Symptome,
- sensibilisiert zu werden für die besondere Situation des psychisch kranken Schülers,
- gestärkt zu werden für einen angemessenen Umgang mit dem seelisch kranken Kind.

### **1. Psychische Störungen in der Schule erkennen (Einführungsreferat)**

**Prof. Dr. Hildburg Kindt, Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg**

Die "Lotsenfunktion" für unser Lehrerfortbildungsseminar übernahm Frau Prof. Dr. Kindt. Sie verwies zunächst auf die Bedeutung des Dialogs zwischen Pädagogen und Kinderpsychologen.

Zwischen dem noch gesunden und dem schon kranken Bereich gibt es eine große, graue Überschneidungszone, in der Lehrer und Mediziner auf einander angewiesen sind und von einander lernen können.

"So schlimm ist das noch nicht." "Das wächst sich aus!" "Wenn der nicht gestört ist,..." - Lehrer stehen oft vor Situationen, in denen sie nicht genau wissen, ob und wie sie bei Konfrontation mit verhaltensauffälligen Schülerinnen oder Schülern eingreifen sollen, müssen oder dürfen. Gerade in dem Überschneidungsbereich von "normal" und "krank" sind sie auf den Mediziner als "Lotsen" oder "Dolmetscher" angewiesen. Der Dialog mit dem Jugend- oder Kinderpsychologen

kann auf den Lehrer angstbefreiend wirken, das Gespräch mit dem "Fachmann" kann ihn ein Stück weit von seiner Unsicherheit befreien.

Eine Schule kann aber weder diagnostische noch therapeutische Anstalt sein. Schule ist eine Einrichtung, die Lebenswirklichkeit abbildet - Leben in all seinen Möglichkeiten, also auch gesunde und kranke Prozesse.

Unterricht kann als Möglichkeit aufgefasst werden, dem Leben nachzuspüren und Antworten auf Lebensfragen zu geben. (Das ist etwas ganz anderes als Wissensvermittlung!) Im Unterricht begegnen wir "Störungen". Was auffällt, ist nicht Krankheit, sondern Bedrückung, Schwäche, Anderssein, Störung.

Störungen haben Signalfunktion. Wir können fragen: "Wofür steht das, was da auffällt?". Wir sollten aber unbedingt beachten, dass nicht alles was stört, auch "gestört" ist.

Auf der anderen Seite gibt es die "auffällige Unauffälligkeit", Sprachlosigkeit, Zurückgezogenheit, Isolation. Achten sollten wir daher nicht nur auf das Laute und Unruhige.

Um ein Verhalten frühzeitig zu erkennen, das "aus der Ordnung fällt", bedarf es der Achtsamkeit und Wachsamkeit. Wenn wir uns Fragen stellen wie "Was fällt mir auf?" oder auch "Was stimmt hier nicht?", dürfen wir in unserer Wahrnehmung durchaus subjektiv sein und müssen nicht versuchen zu "quantifizieren". (Wie soll man auch Psychopathologisches messen?) Es gilt für Lehrerinnen und Lehrer, ihre Wahrnehmung, wie Schüler mit sich, mit ihren Mitmenschen und mit ihrer Umwelt umgehen, zu schulen und auf sie zu vertrauen.

Frau Prof. Dr. Kindt ermutigte die Seminarteilnehmer in der abschließenden Diskussion, authentische und spontane Reaktionen zu zeigen und sich auf ihren "gesunden Menschenverstand" zu verlassen. Durch ein (vorgetäushtes) psychologisches Fachwissen von Kollegen sollten sie sich nicht blenden oder gar entmutigen lassen. Wichtig sei es, im Kollegium gerade über Selbstverständlichkeiten zu reden, weil über Selbstverständliches in der Regel nicht geredet wird. Oftmals herrsche daher kein Konsens, wie man mit den Schülern pädagogisch arbeiten möchte. Entscheidend bei der Thematisierung von Problemen, z.B. dem Gespräch über verhaltensauffällige Schüler, sei eine Atmosphäre des Vertrauens und der Diskretion. - "Wird ein solcher Konsens an einer Institution nicht hergestellt, so gibt es eigentlich nichts, was der Einzelne nicht falsch machen könnte."

## **2. Das innere Geiseldrama - In Ängsten und Zwängen gefangen**

**(Zwangserkrankungen bei Jugendlichen)**

**Dr. Christopher Göpel, Oberarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrie am ZI Mannheim**

### **Was sind Zwangserkrankungen?**

Zwangshandlungen und Zwangsgedanken sind von harmlosen Ritualen, selbstaufgelegten Regeln und "magischem Denken", die wohl ein jeder von uns kennt und die auch in den Entwicklungsphasen vieler Kinder auftreten (z.B.

bestimmte Abläufe des Zubettgehens) zu unterscheiden. Von Zwangsstörungen spricht man, wenn bestimmte Handlungen oder Gedanken über einen längeren Zeitraum derart häufig auftreten, dass die betroffene Person darunter leidet. Auch wenn das eigene Handeln als negativ und ziellos erlebt wird, kann es nicht erfolgreich abgewehrt werden.

Häufige Zwangshandlungen sind: Waschwänge, Kontrollzwänge, Wiederholungszwänge, Rituale, um Verunreinigungen zu vermeiden, Zählzwänge, exzessives Horten und Sammeln.

Zwangsgedanken können auftreten in Form von Befürchtungen hinsichtlich Schmutz, Keimen (z.B. Aids) oder Umweltgiften (z.B. Amalgam) oder Befürchtungen, dass etwas Schlimmes passieren könnte (Feuer, Tod, Krankheit). Auch Zwangsgedanken mit religiösen Inhalten treten häufiger auf.

Ein rationeller Diskurs über die Realitätsferne des Denkens oder Handelns ist mit den zwangskranken Patienten nicht möglich! Zwangshandlungen laufen stereotyp ab und können stundenlang anhalten (z.B. Waschrituale). Die hieraus resultierende gesellschaftliche Isolation führt zu einem enormen Leidensdruck. Der Betroffene schwankt zwischen Widerstand gegen die als sinnlos erlebten Handlungen und ihren Ausführungen zur Zwangsreduktion.

### Zwangsstörungen im Schulalter

- 2/3 aller Zwänge treten ortsgebunden nur zu Hause auf.
- 90% aller betroffenen Eltern fühlen sich durch die Zwänge ihrer Kinder tyrannisiert.
- 2/3 der erkrankten Kinder sind prämorbid sozialängstlich, trennungsängstlich oder kontaktgestört.
- I.d.R. vergehen 4 bis 6 Monate, bevor Eltern die Zwänge ihrer Kinder bemerken.
- Die Häufigkeit des Auftretens von Zwangsstörungen im Schulalter liegt bei ca. 1%.
- Die Erkrankungsdauer liegt zwischen 6 Monaten und 6 Jahren.
- 1/3 aller Störungen im Erwachsenenalter beginnen vor dem 16. Lebensjahr.
- Geschlechterverteilung im Jugendalter: Jungen 2- bis 6-mal häufiger als Mädchen;
- Verteilung im Erwachsenenalter: Männer und Frauen in etwa gleiche Häufigkeit.

Wichtig ist anzumerken, dass viele repetitive, ritualisierte oder abergläubische Verhaltensweisen im Kindesalter Elemente einer normalen Entwicklung und somit nicht behandlungsbedürftig sind.

Nicht zu den Zwangsstörungen gehören auch zwanghafte Persönlichkeitsstörungen wie Unentschlossenheit, übermäßige Vorsicht, Perfektionismus, Pedanterie oder Rigidität. Weitere Beispiele für zwanghaftes Verhalten ohne Vorliegen einer Zwangserkrankung sind das zwanghafte Grübeln bei depressiven Störungen oder der zwanghafte Umgang mit Nahrung bei der Anorexie.

Zwangsgedanken werden stets als eigene Gedanken erlebt. Hieran kann bei der Diagnose eine Psychose ausgeschlossen werden, bei welcher der Patient erlebt, dass ihm Gedanken von außen eingegeben werden.

## Woran können Lehrer/innen Schüler mit Zwangsstörungen im Unterricht erkennen?

Ein möglicher Hinweis auf das Vorliegen einer Zwangsstörung kann es sein, wenn der Schüler

- abwesend wirkt, mit sich selbst beschäftigt oder angespannt ist,
- aufbrausend und ungehalten reagiert, wenn er angesprochen oder gestört wird,
- sehr lange für einfache Tätigkeiten (z.B. Händewaschen) braucht,
- vor sich hin murmelt,
- desinteressiert an sich und anderen ist,
- leicht aus dem Konzept zu bringen ist,
- Gegenstände "ohne Sinn" berührt.

(In der Geschichte "Die Mackenplage" in dem autobiografischen Buch "Nackt" von David Sedaris hat ein Schüler den Zwang, den Lichtschalter im Klassenzimmer mit der Zunge zu berühren und kann es auf dem Schulweg nicht unterlassen, seine Schritte zu zählen und am Briefkasten zu lecken.)

## 3. Mager- und Brechsucht bei Schülerinnen - Sind die Lehrer/innen machtlos?

(Bulimie und Anorexie)

Dr. Marianne Klein, Obrigheim

Die **Anorexia nervosa** ("Magersucht") ist die jugendpsychiatrische Erkrankung mit der höchsten Todesrate (12%)!

### Epidemiologie

- Es ist etwa jedes 200. Mädchen betroffen (Häufigkeit: 0,5 - 0,7%).
- Bei etwa 10% der Betroffenen beginnt die Erkrankung schon vor Eintritt der ? Menstruation. (Sie kann sich schon bei 8 - 12-Jährigen mit oppositionellem Essverhalten anbahnen.)
- Die Geschlechterverteilung Mädchen zu Jungen zeigt ein Verhältnis von 20 : 1.

### Klinisches Erscheinungsbild

- Der Body Mass Index (BMI) der Betroffenen ist kleiner als 17,5 infolge selbsterbeigeführter Gewichtsabnahme.

(BMI bei Normalgewicht: 19 - 25; BMI bei Übergewicht: größer als 30)

$BMI = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße}^2 \text{ (m}^2\text{)}$

- Ursache der Gewichtabnahme ist eine quantitative und qualitative Nahrungseinschränkung ("Immer weniger, immer trockener, immer roher.")
- Das Gewicht wird (in 90% der Fälle) zusätzlich reduziert durch eine starke Steigerung sportlicher Aktivitäten und körperlicher Bewegung mit z.T. zwanghaftem Charakter.
- Eventuell wird die Gewichtsreduktion durch Erbrechen und den Gebrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern beschleunigt.
- Die Betroffenen haben phobische Angst vor einer Gewichtszunahme und das Gefühl zu dick zu sein (Körperschemastörung).

- Bei den Mädchen treten hormonelle Störungen auf. Folgen sind das Ausbleiben der Monatsblutung, das Nichteintreten der ersten Monatsblutung, Minderwuchs, u.a.
- Mit zunehmendem Gewichtsverlust kommt es zu Muskelschwäche, Haarausfall, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Interesselosigkeit, Stimmungs labilität und sozialem Rückzug.
- Komplikationen bei extremen und langanhaltendem Untergewicht können sein: Herzrhythmusstörungen, Störungen im Mineralhaushalt, Osteoporose, plötzlicher Herztod.

### Pathogenetische Faktoren

o genetische:

Es existiert ein erhöhtes Risiko beim Vorliegen von Essstörungen oder Depressionen in der Familie

o soziokulturelle:

Anorexie tritt v.a. in Industrienationen auf.

o familiäre:

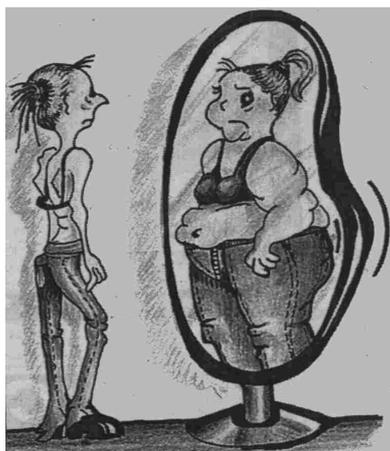
- sehr restriktiver, normorientierter Erziehungsstil
- hoher Leistungsanspruch in der Familie
- Modellverhalten (z.B. Diät der Mutter oder eines anderen Vorbilds)

o individuelle:

- hoher Leistungsanspruch des Kindes
- geringes Selbstwertgefühl
- Störung der Autonomieentwicklung
- vorbestehende Gewichtsstörung (oft: Übergewicht)

o verstärkende:

- gestörter Hunger-Regulationsmechanismus
- untergewichtsbedingte depressive Symptome
- Körperschemastörung verstärkt sich bei sinkendem Gewicht
- (zunächst) positive Rückmeldungen der Umwelt.



*Karikatur einer 17-jährigen Schülerin*

**Therapie-** Stationäre Therapie ist angezeigt bei einem BMI kleiner als 16, beim Vorliegen körperlicher Komplikationen und wenn bei ambulanter Therapie innerhalb eines Monats keine Gewichtszunahme erzielt werden kann.

- Untauglich ist der Versuch einer primären Therapie des Befindens ohne die Essstörung anzugehen, in der Hoffnung, dass sich diese später "alleine" reguliere, wenn die Konflikte gelöst sind.

### Verlauf

- Todesrate: 12% (oft im 3. Lebensjahrzehnt infolge "Raubbaus am Körper")  
- Früherkrankungen sind prognostisch günstiger, da sie meist oppositionellen Charakter haben und weniger persönlichkeitsnah sind als Späterkrankungen.

- Gewichtsnormalisierung: in 50-70% der Fälle

- Normalisierung des Essverhaltens: in 50% der Fälle

Ca. 50% der Mädchen mit Anorexie werden später keinen Partner, keine Familie, keine Kinder haben.

Die **Bulimia nervosa** ("Ess-Brech-Sucht") tritt häufiger als die bekanntere Magersucht auf!

### Epidemiologie

- Es existiert eine noch deutlichere Geschlechtsasymmetrie als bei der Anorexie.

- Die Auftretenshäufigkeit für das klinische Vollbild liegt bei 1-2% im Jugendalter und im frühen Erwachsenenalter; nach anderer Quelle bei 2,8% mit steigender Tendenz.

- Die Bulimie tritt häufig in Kombination mit Depressionen, Alkohol und/oder Drogenmissbrauch oder mit auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. emotionale Instabilität) auf.

- Im Gegensatz zur Anorexie ist bei der Bulimie in der Vorgeschichte gehäuft ein sexueller Missbrauch zu eruieren.

### Klinisches Erscheinungsbild

- ständiges Beschäftigtsein mit Gewicht und Essen; evtl. Planung von Essanfällen,

- heimliches Essen bzw. Schlingen von bis zu 30.000 Kcal innerhalb kurzer Zeit,

- anschließend meist selbstinduziertes Erbrechen,

- eventuell Hungerphase als "Strafe",

- starke Schuldgefühle und Peinlichkeit bezüglich des Essverhaltens,

- evtl. Stehlen und Lügen zur Durchführung der Essattacken,

- Maßnahmen, um dickmachende Effekte zu vermeiden (Erbrechen, Abführmittel),

- das Gewicht ist variabel; oft große Gewichtsfluktuationen in kurzer Zeit,

- körperliche Begleiterscheinungen sind das Ausbleiben der Monatsblutung,

Elektrolytentgleisungen mit Herzrhythmusstörungen, Muskelkrämpfe bis epileptische Anfälle, Karies und Mundwinkelentzündungen durch die Magensäure beim Erbrechen,

- häufige Begleiterscheinungen sind Depression, Persönlichkeitsstörungen, Dissozialität

- es liegt eine Körperschemastörung vor.

### Pathogenetische Faktoren

- Die Krankheitsursachen sind identisch mit denen bei der Anorexie.

- Eine Anorexie kann sich zu einer Bulimie entwickeln.

- Zuweilen dienen gleichaltrige Mädchen als Modell. Das belegt das z.T.

epidemische Auftreten der Bulimie in Klassen oder Peergroups.

Therapie

- Eine Therapie ohne Eigenmotivation bzw. Leidensdruck der Betroffenen hat keine Aussicht auf Erfolg.

Verlauf

- In 30 - 90% der Fälle zeigt die Bulimie einen chronisch intermittierenden Verlauf, d.h. es gibt immer wieder wechselnde Phasen, in denen die Krankheit zurück- bzw. verstärkt in Erscheinung tritt.

- Bulimiekranken haben später oft depressive Erkrankung oder Persönlichkeitsstörungen (erhöhte Selbstmordrate).

- Die Suchterkrankung der Ess- und Brechanfälle führt später vermehrt zur Entwicklung eines Substanzmissbrauchs; oft ist es Alkoholismus.

**Frühe Anzeichen für das Vorliegen einer Essstörung**

**Anorexie**

- Nahrungseinschränkung: Weglassen von Fleisch und fettreichen Nahrungsmitteln, Auslassen von Mahlzeiten mit Ausreden

- fanatischer Bewegungsdrang

- Gewichtsabnahme

- Häufiges Fragen "Bin ich zu dick?" trotz sichtbarer Gewichtsabnahme

- sozialer Rückzug kombiniert mit schulischer Leistungssteigerung

**Bulimie**

- Die Jugendliche isst gemeinsam mit der Familie kaum etwas, nimmt aber nicht ab oder sogar zu

- starke Gewichtsschwankungen in kurzer Zeit

- Nahrungsmittel zu Hause verschwinden auf ungeklärte Weise

- Die Jugendliche geht nach dem Essen sofort zur Toilette.

**Unbedingt in der Schule zu vermeiden sind...**

- das Zurschaustellen von übergewichtigen Kindern,

- das Ignorieren von starker Gewichtsabnahme (Nicht tuscheln, sondern ansprechen!),

- Kommentare, die den Schlankeitswahn stützen,

- das Verstärken von zwanghaftem Leistungsverhalten. (Lieber Leistungsdruck rausnehmen und dafür Spaß und Flexibilität fördern!)

**4. Ständig in Aktion - überaktiv und unkonzentriert**

**(Hyperaktive Kinder in der Schule)**

**Dr. Margarete Imhof, Institut für pädagogische Psychologie, Universität Frankfurt**

**Was ist Hyperaktivität?**

Hyperaktive Kinder kennen wir wohl alle. Entweder aus dem eigenem Erleben im Unterricht - es sind die Kinder, die nicht stillsitzen können, die immer eine Extraeinladung brauchen, sprunghaft sind und nichts zu Ende bringen - oder von den Figuren im Kinderbuchklassiker "Der Struwwelpeter" von Dr. Heinrich

## Hoffmann:



*Zappel-Philipp*



*Hanns Guck-in-die-Luft*

Die **drei Kernsymptome** bei Hyperaktivität sind

### **1. Aufmerksamkeitsschwierigkeiten**

Die Kinder lassen sich durch alles ablenken und haben nur eine sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne.

### **2. Motorische Schwierigkeiten**

Die Kinder beherrschen den Unterschied zwischen "schnell" und "langsam" nicht (z.B. beim Rennen), sie zeigen oft stereotype Bewegungen und haben auch feinmotorische Probleme (z.B. mit der Schrift).

### **3. Impulsivität**

Die Kinder können Reaktionen nicht zurückhalten.

Diese Symptomatik hat zahlreiche **Konsequenzen für das erkrankte Kind:**

- In der Selbstwahrnehmung:

Die Kinder merken, dass sie "anders" sind, dass die anderen besser sind. Sie erleben, dass sie nicht Herr ihrer Verhaltensweisen sind. ("Es ist als wären lauter kleine Zappel Männer in mir.")

- Probleme im Leistungsbereich:

Die Kinder haben Wissenslücken infolge ihrer Aufmerksamkeitsstörung und Verständnisschwierigkeiten. Sie zeigen ein geringes Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit.

- Probleme im emotionalen Bereich:

Die Kinder überschätzen sich oft ungeheuer. Sie nehmen sich Aufgaben über ihrem Niveau vor, so dass der Misserfolg vorprogrammiert ist. Sie fühlen sich wertlos und ungeliebt. Sie merken, wenn man sie "abgeschrieben" hat und nichts Positives mehr von ihnen erwartet. Sie besitzen eine geringe Frustrationstoleranz und sind emotional labil ("zwischen himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt").

- Probleme im sozialen Bereich:

Die Kinder ecken oft an. Sie haben nur wenige Freunde und werden ausgeschlossen.

Die **Reaktionen** der Eltern, Mitschüler/innen und Lehrer/innen auf das Verhalten des Kindes sollen hier nur stichwortartig skizziert werden:

### **Lehrer/innen**

Lehrer/innen erleben, dass hyperaktive Kinder manchmal erstaunliche Leistungen erbringen können. Sie ziehen daraus die Konsequenz, dass sie durchaus können, wenn sie nur wollen. Dieser Schluss ist falsch. Es ist wegen den Konzentrationsschwierigkeiten hyperaktiver Kinder geradezu charakteristisch, dass ihnen ein und dieselbe Aufgabe einmal ordentlich gelingt und bei nächster Gelegenheit misslingt. Das hyperaktive Kind kann manchmal - manchmal aber nicht.

- Lehrer/innen urteilen daher häufig über den hyperaktiven Schüler,..
- er kann, wenn er will,
- er ist nicht dumm, aber faul,
- er zerstört meine Pläne,
- er braucht stets Sonderzuwendung.

(Interessanterweise reagieren Hyperaktive "normal", wenn sie die ganze ungeteilte Zuwendung haben - aber auch, wenn sie in einer für sie neuen Umgebung sind.)

### **Mitschüler/innen**

Für sie ist der Hyperaktive der Störenfried, Klassenkasper und Spielverderber. (Hyperaktive haben große Probleme, sich Regeln zu merken, z.B. Gesprächsregeln, Regeln im Sportunterricht oder bei Gesellschaftsspielen.)

### **Eltern**

- sind genervt und haben Schuldgefühle wegen ihrer Wut auf das Kind,
- haben Schuldgefühle wegen ihrer "schlechten Erziehung",
- fürchten die ständigen Auseinandersetzungen mit den Lehrer/innen,
- sind immer unruhig und auf dem Sprung ("Was hat er nun schon wieder angestellt?!")

**Festzuhalten bleibt an dieser Stelle:**

**Die Hyperaktivität und das Aufmerksamkeitsdefizit sind nicht...**

- Zeichen mangelnder Intelligenz,
- Auswirkung von Willensschwäche,
- Ausdruck von Provokation,
- Resultat von Erziehungsfehlern.

Lehrer sollten mit dem Urteil "Hyperaktiv!" sehr zurückhaltend sein, denn die Diagnose kann nur ein Schulpsychologe, Kinderarzt oder Kinderpsychiater stellen. Mit einem Diagnoseverdacht ausschließlich auf der Basis eigener Verhaltensbeobachtungen im Unterricht müssen sich Lehrkräfte zurückhalten. Viele Verhaltensweisen, die typisch sind für hyperaktive Kinder, treten auch bei anderen Kindern in einer normalen Entwicklung auf, z.B. verstärkt in Krisenzeiten. Bisweilen zeigen auch hochbegabte Kinder die Symptome Hyperaktiver, da sie im Unterricht oftmals unterfordert sind und sich langweilen.

Der Lehrer kann bei der Diagnose aber behilflich sein, indem er Arbeitsproben des Schülers sammelt und zur Verfügung stellt. Hyperaktive Kinder drücken beim

Schreiben vielfach extrem fest auf. Die ersten Zeilen eines Textes gelangen ihnen noch ordentlich, dann gleitet die Schrift immer mehr ins Unleserliche ab. Ferner kann der Lehrer dem Psychologen aus seinen Erfahrungen berichten, z.B. in welchen Situationen das Verhalten problematisch ist und in welchen Situationen akzeptabel.

Das Geschlechterverhältnis Jungen : Mädchen liegt bei der Hyperaktivität ungefähr bei 3 : 1.

In der Diskussion um die Ursachen der Hyperaktivität gibt es "fast nichts, was noch nicht vorgeschlagen wurde": genetische Faktoren, Neurotransmitterstörungen, minimale cerebrale Disfunktion, Medienkonsum, Nahrungsmittelenverträglichkeit, eine schlechte Erziehungskompetenz der Eltern, usw. Sicher ist, dass es nicht nur eine Ursache für dieses Phänomen gibt. Angeborene Verhaltenstendenzen, familiäres Umfeld und individuelle Erfahrungen wirken wahrscheinlich zusammen.

Hyperaktivität "wächst sich nicht aus" - oder genauer: die Überaktivität kann nachlassen, die Aufmerksamkeitsproblematik bleibt. Die Kinder werden wohl ruhiger, z.T. gibt es sogar ein Abgleiten in eine Hypoaktivität. Im Erwachsenenalter ist auch eine gewisse Tendenz zur Depressivität festzustellen. Die Risikobereitschaft hingegen bleibt wie auch das Suchen nach dem "emotionalen Kick". Daher besteht eine erhöhte Gefahr des Drogenkonsums.

Die Therapie zielt auf eine Verbesserung der Fähigkeit zur Selbststeuerung, auf die Entlastung aller Beteiligten und darauf, dass das betroffene Kind lernt, mit seiner Überaktivität und seinen Konzentrationsschwierigkeiten umzugehen.

Psychotherapeutische Maßnahmen (Verhaltenstherapie, Entspannungstraining, Familientherapie) können, um die größten Probleme - z.B. bei Risikoverhalten des Kindes - zu reduzieren und um das Kind zugänglich und arbeitsfähig zu machen, durch Medikamente unterstützend begleitet werden. Die Verordnung von Medikamenten darf aber keine singuläre Maßnahme sein.

Was hyperaktive Kinder lernen müssen, ist Selbstregulation.

Die erforderlichen pädagogischen Maßnahmen im Unterricht zur Förderung dieser Kompetenz lassen sich unter folgenden sechs Begriffen fassen:

### **Struktur**

Strukturen sind das A und O: Das Kind braucht klare Regeln und Aufgaben, es ist in vielen Bereichen auf Steuerungshilfen von außen angewiesen, so bei der Zeiteinteilung, bei der Aufgabebearbeitung, bei der Organisation des Tagesablaufs.

Komplexe Aufgaben müssen in Einzelaufgaben zerlegt werden, die Arbeitsdurchführung muss überwacht werden. Das Kind braucht Rituale und einen verlässlichen Zeitablauf. Die Dauer von Arbeitszeiträumen sollte den Kindern mitgeteilt werden. Eine deutlich sichtbare Uhr kann bereits helfen, die Zeitstruktur sichtbar zu machen. Dem Lehrer muss das Kunststück einer Gratwanderung zwischen Struktur geben und Gängelung gelingen.

### **Stimulation**

Das Kind braucht Zusatzstimuli. Rechtschreibübungen auf buntem statt auf weißem Papier können schon eine kleine Hilfe sein - die Kreativität der Lehrkraft ist gefragt. Hyperaktive Kinder kommen mit einer Aufgabe besser zurecht, wenn sie

Gelegenheit haben, körperlich aktiv zu sein. Die Empfehlung lautet daher, Bewegungsräume zu schaffen oder zuzulassen. (Auch viele Erwachsene kritzeln beim Telefonieren ins Telefonbuch.) Die Hände des Kindes können sich z.B. mit Handschmeichler oder Softbällen beschäftigen, Bewegungsticks, die nicht stören wie z.B. das Spitzen von Bleistiften oder das Sortieren von Bildern können erlaubt werden. Die Konzentration auf die Hauptaufgabe gelingt so besser. Die Umsetzung in Bewegung und das Lernen mit allen Sinnen (das Hantieren mit konkretem Material) sind wirkungsvolle Stimuli. Schon Pestalozzi berichtete, dass Kinder beim Geschichten erzählen ruhiger zuhörten, wenn sie nebenbei Wolle zupften.

### **Strategie**

Lehrer/innen können dem Kind Modell für ein sinnvolles Arbeitsverhalten sein. Der Lehrer kann bei der Gestaltung seines Unterrichts durch gezieltes Modellverhalten Hinweise auf effiziente Arbeitsstrategien geben z.B. in Aufgabensituationen durch "lautes Denken". Eine Lehrerin kann z.B. nach dem Abschluss einer Aufgabe zusammen mit den Kindern reflektieren, welche Vorgehensweise gewählt wurde und wieso diese erfolgreich (oder nicht erfolgreich) war. Strategien zielen darauf ab, die Impulsivität der Kinder zu reduzieren.

### **Standards**

Regeln z.B. der Gesprächsführung werden im Klassenverband besprochen und begründet. Es sollte klar sein, welche Verhaltensweisen eine Überschreitung bedeuten und was die Konsequenzen sind. Das hyperaktive Kind braucht v.a. positive Rückmeldungen, keine Rückmeldung über Verhaltensweisen, die es unterlassen soll - die hört es jeden Tag hundert mal. Es braucht auch eine positive Rückmeldung für ein gelungenes Verhalten, das von anderen Schülern selbstverständlich erwartet wird. ("Kinder gerecht behandeln, heißt, sie ungleich behandeln.") Bisweilen kann weniger das Produkt seiner Arbeit als seine Anstrengung und Bemühung gelobt werden. Das Lob darf nicht global sein. Wichtig ist, dass das Kind sofort gelobt wird. Das Kind braucht direkte Rückmeldungen auf konkrete Ereignisse. ("So wie du das von der Tafel abgeschrieben hast, sieht das übersichtlich aus.")

### **Sozialklima**

Hinsichtlich der Schaffung eines günstigen Sozialklimas steht wiederum das Einhalten von verbindlichen Regeln im Klassenverband im Vordergrund. Gesprächsregeln müssen konsequent eingehalten werden. Der Umgang mit der Meinung anderer, mit Unterbrechungen und Störungen muss eingeübt werden.

### **Sport**

Für hyperaktive Schüler ist es förderlich, wenn bewegungsmäßige Entlastungen im Verlaufe eines Schulvormittages geschaffen werden. Kreative Lehrer finden auch Gelegenheiten, um Bewegung (motopädagogische Elemente) in den eigenen Unterricht einzubauen.

Die Bandbreite der Vorschläge zur Förderung hyperaktiver Schüler ist groß. Nicht alle Ansätze greifen bei allen Kindern gleich gut. Kreativität der Beteiligten ist gefragt. Die Einzelmaßnahmen sollten aber konsequent durchgehalten werden. Die meisten Maßnahmen zeigen keine "Sofortwirkung". Langer Atem und Geduld sind erforderlich.

*Die Zusammenfassung des Vortrags von Frau Dr. Imhof beruht auf einer Referatmitschrift*

*und ihrem Fachaufsatz "Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität im Unterricht - was man wissen sollte und was man tun kann" in "Lehren und Lernen", Heft 7/8; Juli/August 2000 (Zeitschrift des Landesinstituts für Erziehung und Unterricht LEU in Stuttgart, Neckar-Verlag).*

## **5. "Geschichten" aus einer Schule für Kranke**

### **Maja Dilger, Lehrerin an der Schule für Kranke am Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim**

Die Referentin Maja Dilger unterrichtet an der "Schule für Kranke in längerer Krankenhausbehandlung" am Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim. Sie erteilt - zusammen mit zehn Kolleginnen und Kollegen - Unterricht für Kinder aller Altersstufen und Schularten (Grund-, Haupt-, Sonder-, Real-, Berufs-, Gesamtschulen und Gymnasien), die in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik stationär oder teilstationär behandelt werden.

Für die Aufnahme eines Kindes in die Klinik kann es die unterschiedlichsten schulbezogenen Kriterien geben:

- Schulangst (Angst vor der Schule),
- Schulphobie (Im Gegensatz zur Schulangst bezieht sich die Schulphobie nicht auf die Schule an sich, sondern entwickelt sich aus einer Trennungsangst, z.B. Angst vor der Trennung von den Eltern.),
- unerklärlicher Leistungsabfall,
- Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit,
- schwere Legasthenie oder Dyskalkulie,
- Störungen im Sozialverhalten,
- Mutismus (Stummheit ohne organischen Defekt),
- Überreaktionen aufgrund von Unter- bzw. Überforderung, u.a.

Der Unterricht an der Schule für die Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik soll ...

- Lernlücken schließen,
- Lernlücken während des Klinikaufenthaltes vermeiden,
- den Anschluss an den Lernstoff der Heimatschule herstellen.

Die Lehrkräfte beobachten und bewerten...

- das Lern- und Arbeitsverhalten der Kinder (Konzentration, Ausdauer, Lernvermögen, Leistungsstand,..),
- und das Sozialverhalten der Kinder (gegenüber Erwachsenen, Mitschülern und in der Gruppe).

Sie müssen die Zukunftsperspektiven der Schüler (Frage der Rückschulung) richtig beurteilen können. Diese können liegen in...

- einer Rückführung an die Heimatschule,
- der Auswahl einer neuen Schule,
- einem veränderten Bildungsgang.

Der Klassenlehrer der Klinikschule erstellt einen ausführlichen Schulbericht für die aufnehmende Schule.

Erstaunlich sind die kreativen Leistungen mancher der seelisch kranken Kinder, die Frau Dilger über längere Zeiträume in ihrem Unterricht betreute und begleitete.

Die 13-jährige Sarah macht sich in einem Gedicht selbst Mut, den pechschwarzen Tunnel hinter sich zu lassen und an das Licht zu gelangen.

Du da,  
in dem Tunnel ohne Ende,  
in der pechschwarzen Röhre,  
ohne Beginnen, ohne Enden.  
Schau' doch mal,  
du da!

Du da,  
schau' doch mal heraus  
aus deinem Tunnel,  
sieh' die Blumen, wie sie blühen  
und die Sonne, wie sie scheint!  
Sieh' die Vögel, wie sie fliegen,  
immer wieder himmelwärts!  
Und hoff' doch mal,  
du da!

Du da,  
hoff' doch mal,  
dass du herauskommst  
aus diesem Tunnel, dieser Röhre,  
diesem Weg ohne Ende,  
dieser Schwärze ohne Lichtblick,  
ohne Hoffnung, ohne Glück.  
Und glaub' daran,  
du da!

Du da,  
glaub' daran,  
dass du es kannst, dass du es schaffst,  
dass du diesen Mut besitzt,  
herauszukommen an das Licht.  
Und das weiß ich,  
du da!

Du da,  
ich weiß es,  
ich weiß, du kommst heraus ans Licht.  
Ich weiß, du hast den Mut zum Leben,  
für deine Hoffnung, für dein Glück.  
Und das kannst du,  
du da!

Das Verhalten mancher Kinder und Jugendlichen in der Schule stellt je nach Typ und Schwere der vorliegenden Störung hohe Anforderungen an die Lehrkräfte.

Ein Kind mit einem **Aufmerksamkeitsdefizit**

- hört nicht zu,
- ist abgelenkt,
- ist unorganisiert,
- ist vergesslich,
- arbeitet nicht fertig.

Ein Kind mit **Hyperaktivität**

- zappelt,
- steht oft auf,
- wechselt Beschäftigungen,
- ist wie getrieben.

Ein Kind mit hoher **Impulsivität**

- kann nicht warten,
- unterbricht,
- redet viel,
- hat schon gehandelt.

Diese drei Beispiele verdeutlichen, dass durch die genaue Beobachtung eines verhaltensauffälligen Schülers die Lehrkraft dem Behandlungsteam wichtige Hinweise auf die Art des vorliegenden Problemverhaltens geben kann. Gemeinsam können die Ziele und Maßnahmen der erforderlichen Verhaltensmodifikation diskutiert und beschlossen werden.

An der Schule für Kranke wird mit einem "Punkteplan" gearbeitet, um die gewünschten Verhaltensänderungen zu erfassen und zu verstärken. Verhaltenskriterien, die auf der Schulkarte jedes Schülers aufgelistet sind und nach denen Belohnungspunkte vergeben werden, sind z.B.

- Pünktlichkeit bei Schulbeginn bzw. Raumwechsel,
- Vollständigkeit und Verfügbarkeit der Schulmaterialien,
- Erledigung der Hausaufgaben,
- Mitarbeit im Unterricht,
- Zuhören und ausreden lassen,
- unnötige Diskussionen und Verhandlungen unterlassen,
- verbale Provokationen unterlassen,
- körperliche Aggressionen steuern,
- Ausweichverhalten unterlassen ("Ich will aber lieber....")
- Bereitschaft zeigen, Neues lernen zu wollen.

Für die Erledigung der Hausaufgaben gibt es feste Regeln, deren Einhaltung jedem Schüler ans Herz gelegt werden kann. Sie lauten in Stichworten:

- gleiche Zeit (möglichst bald nach der Schule),
- gleicher Ort,
- Störfaktoren und Ablenkungen ausschalten,
- Dauer festlegen.

Frau Dilger stellte den Seminarteilnehmern einen Katalog von Kriterien vor, wie Aufforderungen wirkungsvoll erteilt werden können, um die Kinder wirklich zu erreichen:

- Aufforderung nur dann, wenn sie auch durchsetzbar ist,
- Ablenkung verringern,
- Aufmerksamkeit herstellen,
- Formulierung als Aufforderung, nicht als Bitte,
- immer nur eine Aufforderung geben,
- Aufforderung wiederholen lassen,
- in der Nähe bleiben, um zu schauen, ob der Schüler der Aufforderung nachkommt.

Frau Dilger verriet den Seminarteilnehmern auch ihre **zehn wichtigsten Regeln** für das Verhalten der Lehrkraft vor den Schülern. Die Beachtung dieser Empfehlungen ist sicherlich nicht nur an einer Schule für psychisch kranke Kinder von großer Nützlichkeit:

- **Verhaltenserwartung den Schülern bekannt machen!**
- **Leistungserwartung den Schülern nennen!**
- **Aufforderungsregeln beachten!**
- **Auf "Motzen" nicht eingehen!**
- **Widerstand erkennen und nicht zulassen!**
- **Anstrengungsbereitschaft verstärken!**
- **Loben in kleinen Dosen!**
- **Im Eklat eingreifen!**
- **Verhalten nicht persönlich nehmen!**
- **Jeden Tag neu anfangen!**

Neben diesen allgemeinen Regeln gab Frau Dilger Empfehlungen für die krankheitsspezifische Förderung von seelisch kranken Schülerinnen und Schülern. Diese methodischen Grundsätze lauten für die einzelnen Krankheitsbilder stichwortartig und in Auszügen wie folgt:

### **Hyperkinetisches Syndrom (HKS)**

- Lehrer als strukturgebende Autorität
- Rituale
- klare Struktur
- klare und eindeutige Aufforderungen
- Selbstinstruktionstraining

### **Gestörtes Sozialverhalten (SSV)**

- klare Struktur
- deutliche Grenzen
- Rituale
- klare Aufforderungen
- Eigenverantwortung

### **Depression**

- Lust an einer Sache wecken
- Anfangsangebot nicht an Leistung oder Unterrichtsinhalten orientiert

- Lehrpersonal muss sich zurücknehmen

### **Psychosen**

- sanfte Eingliederung
- schrittweise vorsichtige Belastung

### **Anorexie**

- Destrukturierung
- Bereitschaft zur Offenheit gegenüber kreativen Prozessen erzeugen
- Entlastung von Verantwortung
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Förderung des intuitiven Erlebens

Frau Dilger vermittelte den Seminarteilnehmern in ihrem sehr engagiertem und lebendigen Vortrag einen Einblick in ihre besondere Situation als Lehrkraft einer Schule für seelisch kranke Kinder und Jugendliche.

Dabei gab sie den anwesenden Kolleginnen und Kollegen aber auch Empfehlungen zur Unterrichtsgestaltung und zur "Lehrerrolle", die als Impulse für unsere Arbeit an den Stiftungsschule sehr fruchtbar sein können.

Von großer Wichtigkeit ist es, ein seelisch krankes Kind in seinem Glauben an sich, sein Vermögen und seine Kräfte zu stärken, denn "Leben ist, wenn man an sich glaubt", wie die 12jährige Charlotte formuliert, nachdem sie ein Mandarinenbäumchen beim Keimen und Wachsen beobachtet hat.

**Erst nichts,  
dann ein bisschen  
und immer mehr,  
bis man mit bloßem Auge sieht, wer -  
sich dahinter verbirgt.  
Ein kleines Lebewesen, ein grünes,  
es beginnt der Lauf des Lebens.  
Aber eigentlich begann dieser schon ganz am Anfang,  
auch wenn man es deutet als Nichts;  
es ist Etwas, so klein es auch ist.  
Leben heißt nicht, etwas zu sein oder etwas zu haben.  
Leben ist, wenn man an sich glaubt.  
Aber noch mal ein bisschen zurück an den Anfang,  
den es eigentlich gar nicht gibt:  
denn der Anfang ist das Ende der Unendlichkeit.**

**6. Anhang:  
Kontaktadressen, Internetseiten und Buchempfehlungen**

*Zum Abschluss dieser Dokumentation unserer Fortbildungsveranstaltung möchte ich dem Wunsch vieler Seminarteilnehmer/innen nach einer Zusammenstellung von Kontaktadressen, Internetangeboten und empfehlenswerten Büchern zum Thema nachkommen*

### **1. Materialien zum Themenbereich "Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern"**

#### **Bücher:**

- Nur eine Phase?

Cora Neuhaus, Corona Schmid

dtv-Taschenbuch Nr. 36219 (2001); 19,50 DM, 247 Seiten, mit vielen Fallbeispielen!

- Irgendwie anders: Kinder, die den Rahmen sprengen

Jan-Uwe Rogge, Bettina Mähler

rororo-Taschenbuch Nr. 60966 (2001); 17,90 DM, 155 Seiten, mit umfangreicher Adressenliste (Verbände, Beratungsstellen, Schulen)

### **2. Materialien zum Thema "Zwangserkrankungen"**

#### **Bücher:**

- Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom.

Angela Scholz, Aribert Rothenberger

Vandenhoeck & Ruprecht Verlag (2000); 222 Seiten; 29,80 DM

#### **Anschriften:**

- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (DGZ)

Postfach 1545

49005 Osnabrück

#### **Internetadressen:**

- <http://www.zwaenge.de> (DGZ)

- <http://www.zwang.ch>

- <http://www.verrueckt.de> (von Betroffenen gemacht und betreut)

### **3. Materialien zum Thema "Essstörungen"**

#### **Bücher:**

- Was sind Ess-Störungen?

Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund

Beltz-Taschenbuch Nr. 827 (2000); 18,00 DM

- Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen

Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund, Norbert Mai

Beltz-Taschenbuch (1999); 269 Seiten; 22,00 DM

- Essen will gelernt sein. Ess-Störungen erkennen und behandeln

Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund

Beltz-Taschenbuch (2000); 206 Seiten; 25,00 DM

- Alice im Hungerland. Leben mit Bulimie und Magersucht  
Marya Hornbacher  
Ullstein-Taschenbuch (2001); 491 Seiten; 17,50 DM

#### **Internetadressen**

- <http://www.hungrig-online.de>
- <http://www.magersucht-online.de>
- <http://www.bulimie-online.de>
- <http://www.streichholz-ev.de> (Selbsthilfegruppe)

#### **4. Materialien zum Thema "Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsstörungen"**

##### **Bücher:**

*(Weitere Buchempfehlungen finden Sie auf den Internetseiten des BV-AH e.V.)*

- Das hyperaktive Kind und seine Probleme  
Cordula Neuhaus  
Urania-Verlag (1999); 240 Seiten; 20,00 DM

- Rastlose Kinder, ratlose Eltern  
Gerhard Lauth, Peter Schlotke, Kerstin Naumann  
dtv-Taschenbuch (2000); 207 Seiten; 17,50 DM

- Das A.D.S-Buch  
Dr. Elisabeth Aust-Claus (Kinderärztin), Petra-Marina Hammer (Psychologin)  
Oberstebrink-Verlag (1999); 319 Seiten; 38,00 DM

- Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS)  
Henryk Holowenko (Erziehungspsychologe)  
Beltz-Verlag (1999); 119 Seiten; 20,00 DM

##### **Anschriften:**

- Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität e.V. (BV-AH e.V.)  
Postfach 60  
91291 Forchheim

- Bundesverband Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.  
Postfach 41 07 24  
12117 Berlin

##### **Internetadressen**

- <http://www.ads-hyperaktivitaet.de> (Webseiten der Elterngruppe Frankfurt)
- <http://www.osn.de/user/hunter/badd.htm> (BV-AH e.V.)
- <http://www.auek.de> (Arbeitskreis Überaktives Kind e.V.)