

Verhaltensstörungen inklusive

Arbeitsweisen bei Verhaltensstörungen behinderter Schüler und Schülerinnen.

Autor: Dr. Ingo Kretschmer, Antoniushaus gGmbH, Hochheim a.M.

Veröffentlicht in: Bogner, D., Maring, B., (Hrsg): Inklusion in Schulen praktizieren. Carl-Link-Verlag, 2014, S.138-150

Zusammenfassung

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen wirken sich oft stärker aus als pädagogische Anweisungen, Unterrichtsregeln und Schulordnungen, sonst wären es keine manifesten Störungen. Diese Herausforderungen lassen sich meist nur im kollegialen Verbund mehrerer Fachkräfte und nur mit den beteiligten Familien über längere Zeiträume hinweg mit fachgerechten Arbeitsweisen verändern. Störungen sind häufig schulformunabhängig, deswegen werden sie in inklusiven Schulen ebenso auftreten wie in anderen Schulen auch.

Im vorliegenden Beitrag werden die wichtigsten und erfahrungsgemäß erfolgreichsten Arbeitsweisen beschrieben. Dabei wird besonderer Wert gelegt auf Fachwissen über Zusammenhänge von Verhaltensstörungen und Körper- und Mehrfachbehinderungen von Kindern und Jugendlichen. Dieses wird unter dem Stichwort „Psychoedukation“ im Abschnitt 3.3. ausgeführt. An den Anfang werden Vorgehensweisen gestellt, wie man Verhaltensstörungen und –schwierigkeiten verbindlich feststellen und von unklaren Auffassungen, z.B. von „originellem Verhalten“, abgrenzen kann. Die Arbeit mit Störungen erfordert in ganz besonderer Weise ein gemeinsames Verständnis aller Beteiligten, um was es geht.

Im Sinne einer möglichst einfachen Darstellung wird hier für die Bezeichnungen von männlichen und weiblichen Personen und Berufen die männliche Form gewählt.

1. Was sind Verhaltensschwierigkeiten und Verhaltensstörungen?

Als Verhaltensschwierigkeiten werden hier belastende, schädigende, den Unterricht störende Handlungsweisen verstanden, die noch nicht den Grad einer diagnostizierten psychischen Störung oder Verhaltensstörung erreicht haben. Typisches Beispiel ist die

Veränderung eines zuvor emotional eher ausgeglichenen Verhaltens hin zu einem stark wechselhaften, aggressiv-aufbrausenden oder häufig provozierenden Verhalten, mit dem ein Schüler andere „aufmischt“ und streckenweise den Unterricht „sprengt“. Ein anderes Beispiel ist Mobbing.

Verhaltensstörungen sind von vorübergehenden Schwierigkeiten zu unterscheiden. „Störung“ wird hier als verfestigte, dysfunktionale Veränderung (engl.: disorder) verwendet. Alle sozialrechtlich anerkannten psychischen Störungen und Verhaltensstörungen sind in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgelistet, und zwar im Kapitel V, F0-F9 (vgl. Online-Version: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/>). Diese klassifizierenden Diagnosen stellen in der Regel Fachärzte oder Psychologen. Im Anhang findet sich eine Tabelle mit den Störungsklassifikationen und den zu erwartenden Häufigkeiten dieser Störungen bei körper- und mehrfachbehinderten Schüler und Schülerinnen (Tabelle 1) .

Die definierenden Merkmale von psychischen Störungen sind beobachtbare Störungen im Verhalten. Es gibt keine klassifizierte psychische Störung, die sich nicht in einem normabweichenden Verhalten äußert. Verhaltensstörungen und psychische Störungen bezeichnen deswegen weitgehend dieselben Sachverhalte. In diesem definierten Zusammenhang sind auch die Begriffe „Beeinträchtigung“ und „Störung“ gleichbedeutend. Entsprechend kann man ebenso von Verhaltensbeeinträchtigung sprechen.

Die klassifikatorische Diagnose (ICD) kann durch eine fachwissenschaftlich anerkannte pädagogische Diagnose ergänzt oder ersetzt werden. Hier wird diejenige pädagogische Diagnostik (Handlungsanleitung 1) herangezogen, die seit über 20 Jahren Bestand hat und als aktueller Standard in der Hochschulausbildung gilt: „Verhaltensstörung ist ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe

nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann.“ (N. Myszker 2005, 45, zitiert in C. Hillenbrand 2008, 30).

Handlungsanleitung 1: Pädagogische Diagnostik zur Feststellung einer Verhaltensstörung

1. Besteht das auffällige Verhalten seit mehreren Monaten?
2. Passt das Verhalten nicht zur Situation oder bewirkt es falsche oder destruktive Konsequenzen in der Situation?
(Fehlanpassungen des Handelns an die Situation)
3. Schränkt das auffällige Verhalten Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten ein?
4. Belastet das auffällige Verhalten soziale Interaktionen und Beziehungen, so dass der/die Schüler/in selbst leidet oder andere leiden?
5. Gibt es Zusammenhänge des Verhaltens mit körperlichen Funktionsstörungen (hirnorganische, hormonelle, genetische u.a. somatische Beeinträchtigungen)? Und/ oder gibt es Zusammenhänge mit besonders belastenden, dauerhaften Lebensbedingungen (schwere Verlustkrise, streng strafender und missachtender Erziehungsstil der Eltern u.a.)?
6. Konnte das auffällige Verhalten mit üblichen pädagogischen Mitteln bisher nicht zufriedenstellend verändert werden?

Werden alle Fragen 1 – 6 mit „ja“ beantwortet, dann geht es im Sinne der pädagogischen Definition um eine verfestigte Verhaltensstörung, die einer interdisziplinären Behandlung bedarf. Werden nur die Fragen 1-4 mit „ja“ beantwortet, dann ist eher von einer Verhaltensschwierigkeit auszugehen. Der Schweregrad der Schwierigkeiten oder Störung kann dann noch für die individuelle Situation beschrieben werden.

In einem zweiten Schritt der pädagogischen Diagnostik müssen die sechs Fragen inhaltlich genauer beantwortet werden, so dass die wesentlichen konkreten Bedingungen und ihre Zusammenhänge erkennbar werden. Speziell Frage 5 steuert viel zum inhaltlichen Verständnis von Störungen bei. Die Handlungsanleitung 2 bietet weitere diagnostische Hilfestellung an, mit der die meisten sozialen Störungsbedingungen gesucht und gefunden werden können (Kretschmer, 2004).

Handlungsanleitung 2: Abklärung der häufigsten Stressoren, die mit störenden Verhaltensschwierigkeiten in Wechselwirkung stehen:

- Gibt es Geborgenheitskonflikte? Ist das Bedürfnis nach einem geborgenen Platz in der (schulischen) Welt, bzw. das Bedürfnis nach sicheren sozialen Bindungen eingeschränkt oder wird es durch aktuelle Belastungen bedroht? (Umzug, schulische Umstufung, Trennung der Eltern, Geburt eines Geschwisters, sozialer Ausschluss von der Peer-Group, streng-straftender und emotional zurückweisender Erziehungsstil usw.)
- Gibt es Entwicklungskonflikte? Entsprechen die realen Anforderungen und die Entwicklungserwartungen, die an das Kind gestellt werden, nicht den tatsächlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Kindes oder seinen verfügbaren Entwicklungsressourcen? Ahnt oder erlebt das Kind, dass es „auf einen falschen Weg oder in eine falsche Richtung geschickt wird“? (Chronische sozial-emotionale oder kognitive Über- oder Unterforderungen, Fehleinschätzungen der erreichbaren Ziele oder machbaren Schullaufbahnen usw.)
- Gibt es Methodenkonflikte? Wirken bestimmte pädagogische Arbeitsweisen und Umgangsformen problemeskalierend? Leiden die Beteiligten unter ungünstigen Vorgehensweisen, z.B. unter zu widersprüchlichen oder zu einseitigen Kommunikationen und Regelungen? Das Risiko für Methodenfehler im Umgang mit störenden Verhaltensschwierigkeiten ist hoch, weil auch Fachleute im Umgang mit hartnäckiger Störung leicht "angesteckt" werden und ihrerseits in Handlungsschwierigkeiten geraten.

2. Wie können pädagogische Prozesse bei Verhaltensstörungen gesteuert werden?

Die Steuerung der Arbeit mit Verhaltensschwierigkeiten und Störungen wird hier an den übergeordneten Leitlinien der Salutogenese orientiert. Diese Leitlinien dienen zur Erhaltung oder Wiederherstellung von psychosozialer Gesundheit (Salutogenese) und sind nachweislich für die erfolgreiche Behandlung psychosozialer Störungen und Gesundheitsprobleme geeignet (Bengel u.Strittmatter, 2001).

Demnach müssen alle Vorgehensweisen so ausgewählt und durchgeführt werden, dass sie den drei salutogenetischen Prinzipien gerecht werden:

Erstens wird ein gemeinsames Verständnis der Sachlage erreicht oder verbessert.

Zweitens werden machbare Maßnahmen entwickelt, die im Schulalltag praktikabel sind.

Drittens werden Klärungen von Sinn und Zweck dieser Arbeit erreicht, d.h. es werden Werte dieser besonderen Pädagogik erfahren und gesichert.

Der erste Prozess ist auf ein gemeinsames Verständnis der Störung und die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten gerichtet. Meilensteine sind hierbei die Einrichtung einer Helferallianz (Handlungsanleitung 3), die Erstellung einer pädagogischen Diagnose (Handlungsanleitungen 1 und 2) und einer hilfreichen Information der Beteiligten (Psychoedukation, s. 3.3). Psychoedukation meint eine sorgfältige Verständigung darüber, um welche Verhaltensstörungen oder –schwierigkeiten es genau geht, welches Hintergrundwissen es dazu gibt und was man speziell bei diesen Störungen professionell tun kann. Dieser erste Prozess dauert häufig zwei bis drei Monate.

Der zweite Prozess betrifft die Machbarkeit und Absicherung der längerfristigen Hilfe- und Fördermaßnahmen. Wichtige Meilensteine sind eine realistische Terminplanung für Helfertreffen, Sofortmaßnahmen bei aggressiven, gefährdenden Störungen (Handlungsanleitungen 5 und 6), die Einrichtung eines kollegialen Unterstützersystems, z.B. in Form von Intervision oder Fallsupervision. Und vor allem geht es um die Durchführung von den ausgewählten Maßnahmen zur Veränderung der Schwierigkeiten oder Verhaltensstörungen. Eine zentrale Maßnahme ist die Entwicklung einer therapeutisch wirkenden pädagogischen Bindung (Handlungsanleitung 4). Die Dauer dieses zweiten Prozesses hängt von vielen Faktoren ab. Nicht selten benötigt man dafür mindestens ein Jahr, in vielen Fällen sind Langzeitmaßnahmen erforderlich.

Der dritte Prozess betrifft übergeordnete Aspekte von Sinn und Zweck der Arbeit mit Verhaltensstörungen im Unterricht. Ziel ist eine wachsende Akzeptanz und Bewältigungskultur dafür, dass psychische Störungen

und Verhaltensstörungen ein Bestandteil der anspruchsvollen inklusiven Pädagogik sind. Die Werte dieser anstrengenden Arbeit, die relativ häufig Phasen des Scheiterns einschließen, müssen meistens mühsam entwickelt und immer wieder neu gestärkt werden. Niemand kann erwarten, dass eine solche Akzeptanz von selbst entsteht.

Entscheidende Meilensteine dieses Prozesses sind Qualifizierungen einzelner Kollegen/innen, die als Experten Verantwortung übernehmen und sich aktiv bestimmter Störungen annehmen. Sie wirken als Vorbilder bzw. Multiplikatoren für diese professionellen Herausforderungen. Ohne solche engagierten und qualifizierten Kollegen geht es nicht. Erforderlich sind auch praxis- und lösungsorientierte pädagogische Tage und Konferenzen, die informierend und motivierend im Kollegium wirken.

2.1 Beispiel für eine salutogenetische Prozesssteuerung

Ein nachweislich erfolgreiches und zugleich praktikables Programm zur Veränderung von Mobbing in der Schule legen Blum & Beck (2010) vor. Sie gehen mit den Schülern so vor, dass auf Schuldzuweisungen und Problemorientierung verzichtet wird. Stattdessen werden mit den beteiligten Schülern konsequent die Konfliktbedingungen und die problemlösenden Alternativen erkundet und geklärt. Dies entspricht dem ersten Prozess: Gestaltung eines gemeinsamen Verständnisses der Ausgangslage und Lösungsperspektiven. Dann werden Maßnahmen ergriffen, mit denen die Beteiligten in die Rollen von Problemlösern und Unterstützern gebracht werden. Die ursprünglichen Störenfriede bekommen in ihrer Peer-Group in den neuen Rollen Anerkennung und praktizieren gelingendes Sozialverhalten. Dies entspricht dem zweiten Prozess: machbare Maßnahmen mit verändernden Wirkungen werden umgesetzt. Diese lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise wird in der Schule in Konferenzen und Elternabenden besprochen und erfolgreiche Veränderungen werden gewürdigt. Dies entspricht dem dritten Prozess: Sinn, Zweck und Werte der Veränderung von Mobbing werden kommuniziert und sind Bestandteil des positiven Arbeitsklimas der Schule.

3. Welche pädagogischen Maßnahmen sind besonders effektiv?

Natürlich sind viele, unterschiedlichste Vorgehensweisen bei Verhaltensstörungen im Unterricht möglich. Die große Vielfalt versteht sich aufgrund der sehr individuellen Entstehungen und Verläufe der

Verhaltensbeeinträchtigungen von selbst. Sehr differenzierte und anregende Informationen über mögliche Maßnahmen findet man im therapeutischen Bereich, z.B. unter den Stichworten „Verhaltensanalyse“ und „Verhaltensmodifikation“ in aktuellen verhaltenstherapeutischen Konzepten. Erfahrungsgemäß gibt es einige Vorgehensweisen, die in fast allen Prozessen unverzichtbar sind und im engeren Sinne auch pädagogische Arbeitsweisen darstellen. Diese werden im folgenden skizziert.

3.1 Helferallianzen

Die Helferallianz ist ein Zusammenschluss von Beteiligten, welche die bestehende Verhaltensstörung mildern oder lösen wollen und können. Wenn möglich, dann sollte der betreffende Schüler wenigstens zeitweise aktiv in die Helferallianz einbezogen werden. In der Handlungsanleitung 3 werden die wesentlichen Schritte konkretisiert (vgl. Kretschmer u. Würkert, 2000).

Handlungsanleitung 3: Organisation einer Helferallianz

Je nach dem Schweregrad und den inhaltlichen Zusammenhängen sollten in die Helferallianz die dafür geeigneten Helfer einbezogen werden. Die vorliegende Anleitung bezieht sich auf eine größere interdisziplinäre Helferallianz bei einer schwer veränderbaren Verhaltensstörung.

- Ein/eine Initiator/in (meistens die Klassenleitung) lädt alle ein, die von dem Problem betroffen sind und die es verändern können. Das sind in der Regel die Sorgeberechtigten, die zuständige therapeutische Fachkraft, ggf. ein Integrationshelfer oder bestimmte Kollegen/innen, wenn möglich eine zuständige psychologische und ärztliche Fachkraft. Ein engagiertes Mitglied der Runde (meist Lehrer oder Psychologe) übernimmt die Organisation und Moderation der Helferallianz.
- Der Moderator sorgt dafür, dass als erstes ein psychoedukativer Austausch über alle wichtigen Informationen zu der Verhaltensstörung stattfindet. Er leitet die Beteiligten an, dass ein gemeinsames, konkretes Ziel gesetzt wird. Dazu gehören realistische Festlegungen der erwünschten Veränderung und die machbare Terminierung der zukünftigen Helferkonferenzen. Zum

Abschluss der ersten Helferkonferenz legen die Beteiligten fest, wer welche Maßnahmen übernimmt und mit wessen Unterstützung sie durchgeführt werden. Dies wird protokolliert.

- Zu den vereinbarten Terminen trifft sich die Allianz. Es wird besprochen, welche Schritte umgesetzt werden konnten und welche Wirkungen diese zeigen. Gegebenenfalls müssen gemeinsam neue Ziele oder Maßnahmen abgesprochen werden. Es ist unrealistisch, dass externe Ärzte und Psychologen regelmäßig bei den Helferkonferenzen dabei sind. Sie müssen aber vom Protokollanten einbezogen werden (Email-Kontakt).
- Die Beteiligten arbeiten in dieser Allianz solange zusammen, bis das gemeinsam formulierte Ziel erreicht ist. Erfahrungsgemäß sind die ersten 2 -3 Helferkonferenzen in einem Abstand von ca. 6 Wochen erforderlich. Dann folgen Termine nach Bedarf in größerem Abstand. Die Helferallianz muss nach unserer Erfahrung mindestens ein Jahr aktiv sein, vorher werden selten tragfähige Lösungen erreicht.

Die Einbeziehung des Schülers in die Allianz bedeutet auch für ihn eine wichtige Musterunterbrechung. Er ist nicht mehr Teil des Problems, sondern Teil der Lösung. Er bekommt ganz konkrete, machbare Aufgaben, die zur Lösung des gemeinsamen Ziels beitragen. Vor allem erlebt er, dass alle beteiligten Erwachsenen zusammenarbeiten, damit es ihm und seinen Mitschülern besser geht. Die Einbeziehung hat natürlich meistens enge Grenzen, sie ist dennoch erforderlich und gehört zum Erfolgskonzept der Helferallianz.

3.2 Pädagogische Bindung mit therapeutischen Wirkungen

Viele Kinder zeigen sehr starke Aufmerksamkeitsprobleme, sind motorisch überaktiv und ihr Sozialverhalten wirkt oft unpassend oder desorganisiert. Sie pendeln sprunghaft zwischen konstruktivem und destruktivem Beziehungsverhalten hin und her. Bei diesen Kindern wird entsprechend oft die Vermutung „ADS“ oder „ADHS“ geäußert. In den letzten Jahren wird dieses sprunghafte Beziehungsverhalten und die unstete Leistungsfähigkeit zunehmend auch unter dem Blickwinkel von frühen Störungen der Bindungsfähigkeiten betrachtet. Sogenannte „unsicher“ oder „desorganisiert“ gebundene Kinder haben

Verhaltensmuster entwickelt, die sozial sehr belastend sind und die innerlich sehr verfestigt, also langfristig stabil sind.

Zum Verständnis und zum Umgang mit Bindungsstörungen legt Brisch (2010) im deutschsprachigen Raum umfangreiche Erklärungen und pädagogisch-therapeutische Handlungsmöglichkeiten dar. Langfristige Verhaltensschwierigkeiten, die mit Bindungsstörungen zusammenhängen, können nur mit sogenannten „bindungsbasierten“ pädagogischen Hilfen beeinflusst werden (vgl. Brisch, 2010, 126). „Bindungsbasierte“ Hilfen sind Maßnahmen, die genau die günstigen Entwicklungsbedingungen für vertrauensvolle, zuverlässige Beziehungen berücksichtigen. Die meist aggressiven Verhaltensschwierigkeiten der Schüler werden in dem Zusammenhang vorrangig als Reaktion und Abwehr auf ungesicherte Bindungen verstanden. Eine Veränderung der Verhaltensschwierigkeiten erfordert also zwingend den Aufbau einer sehr stabilen, zuverlässigen Bindung, die alle jene kleineren und größeren „Katastrophen“ im Sozialverhalten des betreffenden Schülers übersteht (Handlungsanleitung 4).

Handlungsanleitung 4: Bindungsbasierte pädagogische Arbeit

Das pädagogische Bindungsangebot für desorganisiert oder unsicher handelnde Schüler sollte folgende Eigenschaften beinhalten, die zugleich therapeutische Wirkungen haben.

- Der Lehrer schließt ein Bindungs-Bündnis mit dem betreffenden Schüler und den wichtigsten Bezugspersonen in seinem sozialen Umfeld. Es muss langfristig geplant und mit den beteiligten Personen sorgfältig erklärt und am besten schriftlich vereinbart werden. Der Lehrer muss in seiner Bindungsarbeit die Unterstützung der Personen im Umfeld des Schülers erfahren. Der Schüler muss merken, dass die Bindung mit dem Lehrer auch von anderen gewollt und zugesichert wird.
- Der Lehrer ermöglicht durch seine eigenen, wiederkehrenden (eventuell ritualisierten) Bindungsangebote, dass das Kind konstruktive Bindungsmuster erleben und sich aneignen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn das Kind in Stress- und Versagenssituationen gerät. Dann praktiziert der Lehrer konstruktiv anleitendes, lösungsorientiertes Bindungsverhalten. Dieser Aspekt weicht im Erleben vieler Lehrer am weitesten von einer üblichen

Lob-und-Tadel-Erziehung ab. Denn dieses Bindungsverhalten verlangt vom Lehrer, dass er bei stressigen Verhaltensschwierigkeiten des Schülers nicht mit emotional negativem und stresssteigerndem Anweisen oder Strafen reagiert. Stattdessen ist eher ein emotional neutrales, also situationsorientiertes und lösungsorientiertes Anleiten in kleinen und machbaren Schritten für den bindungsgestörten Schüler erforderlich.

- Der Lehrer verstärkt in diesem Rahmen emotionale Äußerungen und soziale Handlungen des Schülers, die Weiterentwicklungen bzw. Verhaltensbesserungen darstellen.
- Der Lehrer bespricht Problemverhalten mit dem Schüler dann, wenn dieser sich sicher fühlt und zuhören kann. Diese Gespräche zielen auf die Fähigkeiten des Schülers, mit denen er sich mehr und mehr von seinen eigenen verinnerlichten destruktiven Bindungsmustern distanzieren kann.

3.3 Psychoedukation

Eine entscheidend wichtige Maßnahme ist eine sach- und fachgerechte Information über das diagnostizierte Störungsbild und die Behandlungsmöglichkeiten. Diese informierende und orientierende Arbeit hat zum Ziel, die Beeinträchtigung in der Schule besser bewältigen zu können. Es geht also um Sachwissen, mit dem man etwas anfangen kann. Es geht um Handlungswissen, das aus Hilflosigkeit oder Aktionismus herausführt hin zu mehr planmäßigem und auch gelassenerem Umgang mit der meistens aufregenden Störung. Alle diese Aufklärungs- und Anleitungsmaßnahmen bei psychischen Störungen und Verhaltensbeeinträchtigungen nennt man Psychoedukation.

Psychoedukation ist ein Gemeinschaftswerk von Eltern, Lehrern, Therapeuten, Psychologen und Ärzten. Jeder überblickt einige Aspekte, zusammen gelangt man zu einer tragfähigen Wissens- und Handlungsgrundlage. Aufgrund dieser Anforderung ist es unverzichtbar, für die Behandlung von schwergradigen Verhaltensstörungen in der Schule interdisziplinäre Helferallianzen zu bilden. Die folgenden Abschnitte liefern wichtiges Sachwissen über die Zusammenhänge von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen. Im Sinne von

Psychoedukation werden Grundlagen für den Umgang mit diesen Bedingungsbeziehungen geschaffen.

3.3.1 Zusammenhänge von Körperbehinderungen und Verhaltensstörungen

Es besteht eine hohe Komorbidität von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen. Sehr viele körperliche Beeinträchtigungen hängen direkt mit Funktionsablaufstörungen im Gehirn zusammen. Funktionelle Störungen des zentralen Nervensystems kommen in körperlichen und oft zugleich auch in Verhaltensstörungen zum Ausdruck. Myschker (1993, 59) spricht deswegen von einer „obligaten Mehrfachbehinderung“ im körperlichen und im seelischen Bereich. Typisch dafür ist beispielsweise eine Infantile Cerebralparese (frühkindliche Entwicklungsstörung des Gehirns), die körperlich in einer Halbseitenlähmung und psychisch in vermindertem Antrieb und beeinträchtigter Aufmerksamkeit (ADS) zum Ausdruck kommt. Die psychischen Beeinträchtigungen sind hier mit der Körperbehinderung neurophysiologisch und/oder genetisch gekoppelt.

Eine umfassende Darstellung einer großen Gruppe der obligaten Mehrfachbehinderungen, nämlich der genetischen Syndrome, legt Sarimski (2003) vor. Er beschreibt die körperlichen und psychischen Auswirkungen, die auf genetische Besonderheiten zurückgeführt werden können. Die psychischen Besonderheiten bei bestimmten genetischen Konstellationen bezeichnet Sarimski auch als „Verhaltensphänotypen“ dieser Syndrome. Sehr wichtig ist die Erkenntnis, dass die psychischen und Verhaltensstörungen, die mit Körperbehinderungen und genetischen Besonderheiten zusammenhängen, sehr stark variieren können.

Im Unterschied dazu gibt es körperliche und seelische Beeinträchtigungen, die zunächst unabhängig von einander sind. Es handelt sich hierbei um eine seelische Erkrankung eines vormals seelisch gesunden, körperbehinderten oder geistig behinderten Menschen. Myschker nennt diese Konstellation „non-obligate Mehrfachbehinderung“. Obligate und non-obligate Verhaltensstörungen müssen natürlich unterschiedlich behandelt werden.

Eine Untersuchung (Kretschmer, 2012, unveröffentlicht) an einer Förderschule für körper- und mehrfachbehinderte Schüler/innen zeigt ein sehr drastisches Ergebnis: 82% der diagnostizierten

Verhaltensstörungen hängen direkt mit den Körperbehinderungen zusammen und sind also auf frühkindliche Entwicklungsstörungen, genetische Syndrome sowie andere Schädigungen des zentralen Nervensystems zurückzuführen. 16% der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen sind auf chronische Krankheiten oder Behinderungen zurückzuführen, die besonders hohe psychische Belastungen darstellen, wie z.B. fortschreitend zum Tode führende Erkrankungen der Muskulatur. Nur bei 2% der diagnostizierten Störungen fanden sich keinerlei Zusammenhänge mit den bestehenden körperlichen Behinderungen.

Die psychologische Therapieforschung hat die Gruppe der körper- und mehrfachbehinderten Menschen kaum im Blick. Üblich ist bei der Frage nach den Therapiemöglichkeiten für psychische Störungen die nähere Untersuchung der äußeren Lebensumstände und der inneren Stress- und Konfliktbewältigung. Diese Auslöser und Verstärker psychischer Probleme sind bei behinderten Menschen natürlich auch gegeben, oft in verschärfter Form. Gehäuft brechen Verhaltensstörungen in Umbruchphasen auf: Schulanfang, Umstufung, Wechsel von Mitschülern und Lehrerteam, Schulende (Kretschmer, 2004). Außerdem sind die meisten Entwicklungsaufgaben und Lebensprobleme mit den gegebenen Beeinträchtigungen nur mit sehr viel mehr Anstrengungen zu meistern und häufiger vom Scheitern bedroht. Lebensfragen der Kinder und Jugendlichen sind: Finde ich Freunde? Wie bin ich liebenswert oder attraktiv für eine Paarbeziehung? Wie soll ich es schaffen, dass sich meine Eltern nicht so viele Sorgen um mich machen? Ist mein Platz in der Schule wirklich sicher – kann ich genug dafür leisten? Alle diese Entwicklungsaufgaben bringen behinderte Kinder und Jugendliche schneller an ihre Bewältigungsgrenzen und stellen somit ein höheres Risiko für Angst-, Belastungs-, Zwangs-, Ess-, Sozialverhaltensstörungen und andere Verhaltensbeeinträchtigungen dar.

3.3.2 Häufigkeiten behinderungsbedingter Verhaltensstörungen

Über die Häufigkeiten von Verhaltensstörungen bei körperbehinderten Schüler/innen gibt es seit einigen Jahren genauere Zahlen. Insgesamt gesehen treten psychische und Verhaltensstörungen bei ca. 15% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland in den ersten 18 Lebensjahren auf (Myschker 2005,79). Dagegen müssen bis zu 45% der körperbehinderten und chronisch kranken Kinder und Jugendlichen

psychische Störungen bewältigen, die für die Beschulung relevant sind (Noeker und Petermann, 1998, S. 522). Dieser hohe Wert wurde mehrfach bestätigt (Kretschmer, 2004,35). Eine Häufigkeitsverteilung der unterschiedlichen Störungsbilder bei körper- und mehrfachbehinderten Schülern findet sich in Tabelle 1.

Die Zahl der behinderten Schüler mit psychischen Störungen steigt seit Beginn unserer Erhebungen 1988 ununterbrochen leicht an. Diese Tendenz hängt neben anderen Faktoren damit zusammen, dass mehr Kinder nach einer Risikofrühgeburt mit komplexen Behinderungen überleben, dass mehr Kinder nach schwersten Erkrankungen des zentralen Nervensystems und durch Reanimationen überleben, dass mehr Kinder mit schweren vorgeburtlichen Beeinträchtigungen überleben. Im inklusiven Unterricht ist deswegen auch in Zukunft mit einer ansteigenden Rate von besonderem Hilfebedarf für psychische Störungen zu rechnen.

4. Welche Sofortmaßnahmen können bei aggressiven Verhaltensstörungen ergriffen werden?

Bei Verhaltensstörungen in der Schule fallen aggressive Erregungszustände, sogenannte „Ausraster“, mit Sachbeschädigungen und Körperverletzungen ganz besonders ins Gewicht. Erfahrungsgemäß handelt es sich dabei überwiegend um „expressive Aggressionen“. Das schädigende oder zerstörerische Verhalten ist also als Ausdruck akuter emotionaler Not erklärbar. Weiter oben beschriebene starke innere Konflikte oder Stressoren führen zu Affekthandlungen, die kaum kontrolliert und zu wenig verbalisiert werden können. Bei selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensstörungen steht der Schutz aller Beteiligten an erster Stelle.

Für diese „brandheißen“ Verhaltensschwierigkeiten werden exemplarisch zwei deeskalierende Arbeitsweisen vorgestellt, das sogenannte „Cool-down“ und das „Pädagogische Time-out“ (Handlungsanleitungen 5 und 6). Die beiden Arbeitsweisen führen zu Beruhigungen von akuten Erregungszuständen. Sie verhindern so weitere Schäden und tragen zur Sicherung der Beteiligten bei. Sie sind keine Konfliktlösungen im engeren Sinne. Dennoch werden sie zum Schluss dieses Beitrags beschrieben, weil sie machbare und wirkungsvolle Teilschritte in umfangreicheren Veränderungsprozessen sind. Sie machen das

pädagogische Grundprinzip deutlich: Die aggressiv verhaltensgestörten Kinder und Jugendlichen werden damit in die Lage versetzt, zunehmend selbständiger ihr Problemverhalten begreifen, besprechen und kontrollieren zu können.

Handlungsanleitung 5: Cool-down

Wenn Schüler in akuten Konfliktsituationen die Nerven verlieren und „ausrasten“, dann hat das häufig damit zu tun, dass sie von Wut, Angst oder anderen Affekten überwältigt werden. Die Macht dieser Affekte verstehen sie in den Momenten meistens selber nicht und sie können diese dann auch nicht in Worte fassen. Sie agieren statt dessen die Affekte aggressiv aus. Cool-down ist eine Methode, Kontrolle über Affekte zu bekommen. Der Lehrer, der den tobenden Schüler begleitet, bleibt körperlich möglichst ruhig, achtet darauf, dass keine Verletzungen und Sachbeschädigungen entstehen. Die Hauptaufgabe besteht darin, dass der Lehrer mit seiner Beobachtung und seinem Einfühlungsvermögen herausbekommt, welcher Affekt oder welches Gefühl den Schüler antreibt. Dann unterstützt der den Schüler, dieses Gefühl in Worten auszudrücken. Es geht um die Umwandlung des affektiven Agierens in sprachliches und somit verständliches Ausdrucksverhalten.

Im ersten Schritt des Cool-down muss man erspüren und entdecken, welches Gefühl der identifizierte Aggressor in dem Moment **n i c h t** direkt ausdrücken oder kommunizieren kann.

Schlüsselfragen:

Welches bedrückende oder schwer erträgliche Gefühl kann man hinter dem aggressiven Ausdruck ahnen?

Was könnte im Moment seine größte Angst oder Scham oder Trauer oder Schuld oder Hilflosigkeit oder persönliche Verletzung sein?

Der nächste Schritt besteht darin, mit dem tobenden Schüler in Kontakt zu treten. In einfacher, verständlicher Art und Weise spricht man das bislang nicht sprachlich ausgedrückte Gefühl an. Z.B.: „Bist du wütend, weil etwas nicht geklappt hat?“ Oder: „Ist jemand ungerecht zu dir gewesen?“

Wenn der tobende Schüler aufhorcht oder innehält oder spontan das ausgesprochene Gefühl bestätigt, dann wird damit die expressive Aggression bereits verändert. Das Verbalisieren und Verstehen setzt ein. Es sollten dann beruhigend noch mehr passende Worte angeboten werden, so dass der Schüler weiter darauf eingehen kann.

Im dritten Schritt muss emotionaler Halt gegeben werden. Dem schon etwas beruhigten Schüler wird ausdrücklich Erlaubnis für sein schweres Gefühl (nicht für das Ausagieren!) geben. Z.B.: „Das Gefühl verstehe ich jetzt besser... In der Situation kann man solche Gefühle bekommen... Ich kann gut verstehen, wenn dir das Druck macht.“ Wichtig ist, den aufgeregten Schüler auch körperlich in eine entspannte Haltung zu führen: Ortswechsel, hinsetzen, tief durchatmen,...

Handlungsanleitung 6: Pädagogisches Time-out

Das Time-out-Verfahren ist eine gute Möglichkeit, eine Aggressions Eskalation zu unterbrechen und die betreffende Person zu beruhigen. Es ist eine Methode der Kontrolle der impulsiven destruktiven Reaktionen und eine Hinführung zu angemesseneren kognitiven Prozessen. In dem Sinne bedeutet "Time-out" die Vermittlung einer Beruhigungs- und Denkpause. Time-out ist also keine Konfliktlösungsstrategie. Die Grundannahme dieser Arbeitsweise besteht darin, dass eine Person nur vorübergehend unfair wird und die vereinbarten Regeln wegen eines Kontrollverlustes überschreitet. Sie wird darin ernst genommen, und ihr wird zugemutet, selber dazu beizutragen, sich wieder zu fangen und selber das "Ausrasten" zu beenden. Genau für diese Stärkung der Selbstkontrolle ist das pädagogische Time-out gedacht, nicht als Bestrafung und auch nicht bloß als Ruhigstellung.

Das Time-out-Verfahren muss als Vertrag zwischen Lehrer und Schüler sorgfältig erarbeitet werden. Der Schüler mit den aggressiven Verhaltenstendenzen muss dabei zur konstruktiven Zusammenarbeit in der Lage sein. Der Schüler sollte ein Entwicklungsalter haben, das demjenigen eines Grundschülers in der dritten oder vierten Klassenstufe entspricht. Die folgenden fünf Schritte sind genau und vollständig durchzuführen.

1. Der Schüler muss im ruhigen Zustand bereit sein, eine Vereinbarung über den Umgang mit den beobachteten Aggressionen zu treffen. („Bist du bereit, mit mir jetzt darüber zu sprechen?“)
2. Die Regelüberschreitung, die nicht akzeptabel ist, wird geklärt. Das muss in klaren, unmissverständlichen Worten geschehen. Die betreffende Person muss die geforderte Verhaltensregel mit eigenen Worten nennen können oder aufschreiben. (Z.B.: "Jede Art von Schlagen ist hier verboten. Auch dann, wenn ich vorher geärgert wurde.")
3. Dann muss der Schüler selber sagen, was er braucht, um sein aggressives Verhalten stoppen zu können. Meistens ist das ein Zeichen, das ihm hilft, in eine Auszeit zu gehen. Der Schüler bekommt also ausdrücklich die Verantwortung dafür, an der Lösung mitzuarbeiten.
4. Die Worte und die Handlungen, mit denen sich der Schüler in seinen Aggressionen stoppen lässt, müssen genau erarbeitet werden. Der Schüler muss die Handlungen vormachen, damit Missverständnisse ausgeschlossen werden. Er kann sich später an seinen eigenen Vorschlag besser erinnern als an Empfehlungen anderer.
5. Es muss dann noch der Ort, die Dauer und die Art der Beendigung der eingelegten Auszeit vereinbart werden.

Es hat sich gezeigt, dass gerade bei der Behandlung von aggressiven Verhaltensproblemen positive Veränderungen erreicht werden (Kretschmer und Würkert, 2000). Der fachgerechte Umgang mit Verhaltensstörungen ist sehr lohnend, weil damit Beeinträchtigungen so verändert werden können, dass das Lernen, die Persönlichkeitsentwicklung und das soziale Leben insgesamt verbessert werden.

Literatur

Bengel, J. u. Strittmatter, R., Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Was erhält Menschen gesund? Köln, 2001

Blum, H. u. Beck, D., No Blame Approach, Mobbing Intervention in der Schule, fairaend, Köln, 2010

Brisch, K.H., Bindungsstörungen, Klett-Cotta, Stuttgart, 2010

Hillenbrand, C., Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen, Reinhardt, München 2008

Kretschmer, I., Psychische Störungen behinderter Schülerinnen und Schüler, Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 7/8, 2004, S.35-42

Kretschmer, I. u. Würkert, B., Aggression und Rehabilitation, Report Psychologie Jg. 25, Nr.11-12, 2000, S. 734-740

Myschker, N., Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Kohlhammer, Stuttgart, 1995

Noeker, M. u. Petermann, F., Körperlich-chronisch kranke Kinder: Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung. In: Petermann, F. (Hrsg), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, Göttingen, Hogrefe Verlag, 1998

Sarimski, K., Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome, Hogrefe, Göttingen, 2003

Tabelle 1: Psychische Störungen und die Häufigkeiten in einer Förderschule für körper- und mehrfachbehinderte Schüler

F 06/07	Psychische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Schädigung, Funktionsstörung oder Erkrankung des Gehirns. Bsp: F07.2 organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma	13 %
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Bsp: F12,13 Störungen durch Cannabinoide und Sedativa	1 %
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Bsp: F23.0 akute polymorphe psychotische Störung ohne	2%

	Symptome einer Schizophrenie.	
F3	Affektive Störungen. Bsp: F32.1 mittelgradige depressive Episode	2 %
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen. Bsp: F43.25 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	21 %
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Bsp: F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen	3 %
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Bsp: F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	1 %
F 7	Intelligenzminderung. Bsp: F71.1 Mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensauffälligkeit, die Beobachtung oder Behandlung erfordert.	18 %
F 8	Entwicklungsstörungen. Bsp: F 81.3 kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (Lese-, Rechtschreib-, Rechenstörungen)	15 %
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Bsp: F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.	12 %

Tabelle. 1: Verteilung der ICD-10 Diagnosen bei 190 körper- und mehrfachbehinderten Schüler/innen einer Förderschule in den letzten 8 Jahren. Die allgemeine Klassifikation ist fett gedruckt, anschließend wird jeweils ein spezifiziertes Beispiel aufgeführt. Falls Schüler mehrere ICD-10 Diagnosen haben, ist jeweils diejenige psychische Störung gezählt worden, die als die dominanteste klassifiziert wurde. 13% der gemeldeten Verhaltensstörungen wurden nicht klassifiziert bzw. konnten nicht zugeordnet werden.