

Vgl. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 7/8 2004, 35-42  
**Psychische Störungen behinderter Schülerinnen und Schüler**

**Die Entwicklungen psychischer Störungen von behinderten Schülerinnen und Schülern werden in zwei umfangreichen Langzeitstudien in Deutschland untersucht. Der Autor berichtet von den Ergebnissen. Aufgrund der gewonnenen Daten werden inhaltliche Zusammenhänge zwischen der stärkeren psychischen Vulnerabilität von Lernenden einerseits und schulischen Normalisierungsfordernungen und normativen Bedeutungen von Stärkenperspektiven (Empowerment u.ä.) anderseits vermutet.**

### **Psychische Störungen bei Sonderschülerinnen und Sonderschüler**

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen treten bei 7%-15% aller Kinder und Jugendlichen in den ersten 18 Lebensjahren auf (vgl. Remschmidt, 1998). Bei Körperbehinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ist die Rate 2-3 Mal höher. Demnach haben zwischen 15%-45% dieser Gruppe Störungen zu bewältigen, die für die Schulung relevant sind (vgl. Noeker & Petermann, 1998). Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen liegt die Prävalenzrate beim 3-4fachen der Norm (vgl. Dilling, 1999). Demnach haben 20%-60% der intellektuell beeinträchtigten Menschen zusätzlich mit psychischen Störungen zu tun. Sander und Endermann (1997) weisen nach, dass 30% der geistig behinderten Menschen in helfenden Einrichtungen unter psychischen Störungen leiden, die behandelt werden müssen. Die Autoren nennen keinen Zeitraum, auf den sich diese Rate bezieht, so dass von einer Stichtagerhebung auszugehen ist.

In einer eigenen, streng kontrollierten Langzeitstudie finden wir bei 43% der mehrfach beeinträchtigten Schülerinnen und Schüler im Laufe ihrer gesamten Sonderschulzeit zumindest phasenweise erhebliche psychische Störungen und Verhaltensstörungen. Dieses Ergebnis liefert die vollständige Dokumentation der Entwicklungsverläufe aller 357 Schülerinnen und Schüler einer Sonderschule für Körperbehinderte. Die 6-19 Jahre alten Kinder und Jugendlichen haben meist mehrere Beeinträchtigungen zu bewältigen: Körperbehinderungen (Spastische Lähmungen, Querschnittslähmungen, Fehlbildungen des Skeletts usw.) und/oder Intelligenzminderungen und/oder chronische Krankheiten (Muskeldystrophien, Anfallsleiden usw.). Sie werden in Klassen für praktisch bildbare, für lernbehinderte und für Regel-Schülerinnen und Schüler der Grund- und Hauptschule unterrichtet. Ihre Sonderschulzeit dauert im Durchschnitt 11,5 Jahre. Die Langzeitstudie wird inzwischen über einen Zeitraum von 16 Jahren durchgeführt.

### **Definition und Verteilung**

Als gravierende psychische Störung und Verhaltensstörung werden hier maladaptive Verhaltensweisen verstanden, welche die Entwicklungs-, Lern-, Arbeits- und Interaktionsmöglichkeiten in der Schule so dauerhaft und schwergradig beeinträchtigen, dass sie nicht ohne zusätzliche psychologische und medizinische Hilfen bewältigt werden können (vgl. Hillenbrand, 1999). Sie umfassen beispielsweise auf der direkten Beobachtungsebene: anhaltende Schrei-Attacken, dauerhaftes Weglaufen, Einkoten, Selbst- und Fremdgefährdungen usw. Die hier erfassten Störungen sind zusätzlich von Fachleuten mit einer F-Kodierung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) klassifiziert. Nähere Aufschlüsselungen beschreibt Kretschmer (2001, S. 217-228).

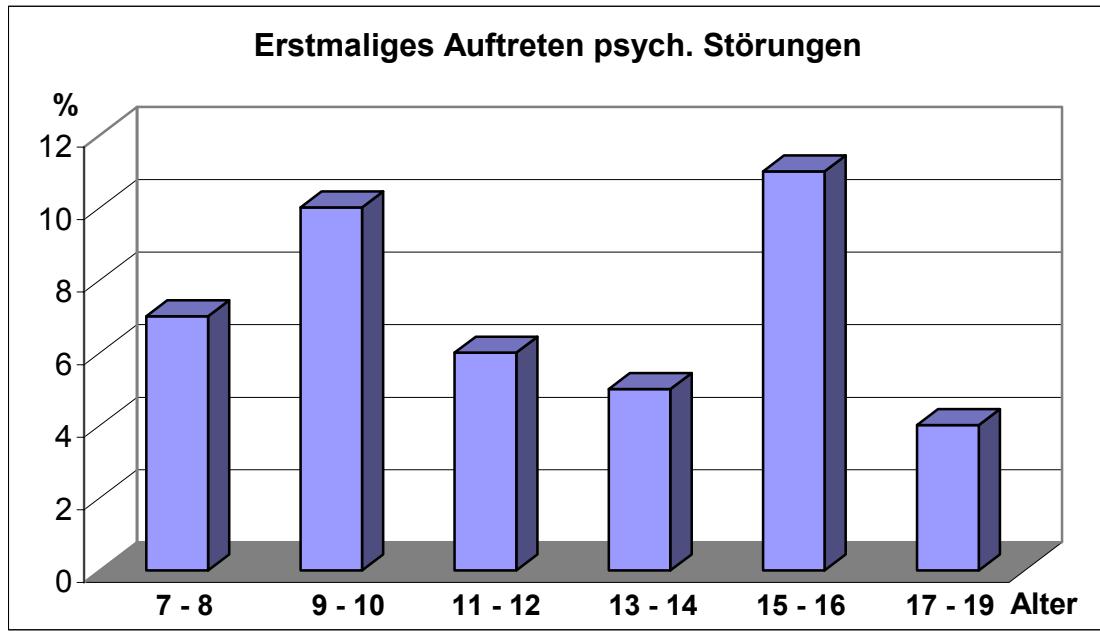
Die Gesamtpopulation der untersuchten Sonderschülerinnen und -schüler mit psychischen Störungen zeigt folgende Verteilung von ICD-10 Diagnosen (Tabelle, S. XX).

<b>F4</b>	<b>Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen.</b> Bsp: F43.25 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	<b>34 %</b>
<b>F 06/07</b>	<b>Psychische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Schädigung, Funktionsstörung oder Erkrankung des Gehirns.</b> Bsp: F07.2 organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma	<b>14 %</b>
<b>F7</b>	<b>Intelligenzminderung.</b> Bsp: F71.1 Mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensauffälligkeit, die Beobachtung oder Behandlung erfordert.	<b>13 %</b>
<b>F 8</b>	<b>Entwicklungsstörungen.</b> Bsp: F 81.3 kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (Lese-, Rechtschreib-, Rechenstörungen)	<b>13 %</b>
<b>F9</b>	<b>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.</b> Bsp: F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.	<b>12 %</b>
<b>F2</b>	<b>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen.</b> Bsp: F23.0 akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie.	<b>4%</b>
<b>F5</b>	<b>Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren.</b> Bsp: F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen	<b>4 %</b>
<b>F6</b>	<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.</b> Bsp: F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	<b>2 %</b>
<b>F3</b>	<b>Affektive Störungen.</b> Bsp: F32.1 mittelgradige depressive Episode	<b>2 %</b>
<b>F1</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.</b> Bsp: F12,13 Störungen durch Cannabinoide und Sedativa	<b>1 %</b>

Tab. 1: Verteilung der ICD-10 Diagnosen bei 154 behinderten Schülerinnen und Schüler. (Die allgemeine Klassifikation ist fett gedruckt, anschließend wird jeweils ein konkreteres Beispiel aufgeführt. Relativ häufig werden bei einer Person mehrere psychische Störungen diagnostiziert. Hier ist jeweils nur die Störung eines Schulkindes angegeben, die als die dominante klassifiziert wird.)

### Auftrittshäufigkeit

Eine Analyse der Auftrittshäufigkeiten von den psychischen Störungen in den einzelnen Schulbesuchsjahren führt zu statistisch signifikanten Unterschieden (Abbildung, S. XX). Zu den überzufälligen Steigerungen kommt es im 3. und 4. Schulbesuchsjahr sowie im 8. und 9. Schulbesuchsjahr. Eingehende Diagnostik mit allen Beteiligten, also mit den Schülerinnen und Schülern selber, ihren Eltern und Lehrpersonen und den beteiligten Erzieherinnen und Therapeuten, lässt mehrere generalisierte Schul- bzw. Förderkonflikte erkennen, in die meist mehrere der beteiligten Personen in diesen Schulbesuchsjahren stärker verwickelt sind.



*Abb. 1: Häufigkeiten von gemeldeten psychischen Störungen in den Altersgruppen der 7-8jährigen, 9-10jährigen usw. Erfasst ist die Gesamtpopulation einer Sonderschule im Zeitraum von 16 Jahren.*

## Generalisierte schulische Konflikte

### Dringender Leistungsfortschritt

Ein häufig geschilderter generalisierter schulischer Konflikt im dritten Schulbesuchsjahr wird von vielen als „dringende Fälligkeit eines entscheidenden Leistungsfortschritts“ umschrieben. In der Zeit stehen die so genannten Einstufungsgutachten an, die darüber entscheiden, ob ein Kind als Regelschul-, Lernhilfe- oder praktisch bildbarer Schüler weiterbeschult werden soll. In der Phase wächst der Druck am stärksten, noch mehr Lesen, Schreiben, Rechnen zu lernen, so dass das erwünschte und erhoffte Beschulungsniveau erreicht oder erhalten wird. Nach unseren Erfahrungen wünschen sich viele Kinder selber sehr sehnlich, so leistungsfähig werden zu können, wie ihre Eltern das von ihnen erwarten. Wahrscheinlich erstmals erleben die Kinder ausbleibenden kognitiven Leistungsfortschritt bewusst als existenzielle Notlage: „...Wenn ich nicht richtig rechnen und schreiben lerne, dann geht alles schief...“ Von diesem existenziell erlebten Druck werden häufig auch die professionellen Helfer emotional erfasst.

### Scheitern erwarteter Kompetenzen

Ein zweiter generalisierter Schulkonflikt wird von den Befragten als „Versagen schulischer Normen und Scheitern der erwarteten Lehrer- und Schülerkompetenzen“ umschrieben. Nach zwei bis drei Jahren fachlichen Bemühens wird erstmals deutlich, dass auch hoher Personaleinsatz und besondere pädagogische und didaktische Methoden von Fachleuten bei vielen Kindern nicht dazu führen, Schülerkompetenzen zu erreichen, die den üblichen Vorstellungen von Schulunterricht entsprechen. „Das Kind ist im Grunde gar nicht gruppenfähig und unterrichtsfähig. Eigentlich braucht es noch ein Nest und eine Babygruppe... Das hat doch nichts mit Unterricht zu tun, was wir hier machen!“ Dieser Konflikt wird dadurch verschärft, dass unter dem anstehenden Einstufungsdruck noch mehr Fördermaßnahmen in dieser Zeit ausprobiert werden. Mehr des Selben verschlechtert oft noch die Gesamtsituation

der Hilfegemeinschaft. Die Systemkritik zwischen Kolleginnen, Kollegen und Schulleitung nimmt zu. Nicht selten kritisieren Eltern in dieser Phase schärfer: „Ihr seid doch die Fachleute. Es gibt doch bestimmt noch Methoden, dass mein Kind diesen Schritt zum Rechnen packt!“ Schülerinnen und Schüler werden darin verwickelt und machen ihrerseits Druck: „Ich weiß nicht, ob die Schule hier für mich die richtige ist ... Meine Mama sagt, die (Lehrer) machen viel falsch.“ Die beteiligten Lehrpersonen sprechen häufiger davon, dass die schulische Situation für kognitiv schwache Kinder „überzogen“, „verfahren“, „auf falsche Ziele gerichtet“ ist.

### Veränderung der Beziehungsbedürfnisse

Als dritter generell wirkender Konflikt im 3. und 4. Schulbesuchsjahr wird meist die Veränderung der Beziehungsbedürfnisse genannt. Das anfangs in der Schulkasse wenig gegliederte Beziehungsgefüge entwickelt sich stärker auseinander. Geistig fitte Kinder tun sich mehr und mehr zusammen, um ohne pädagogische Führung ihren Interessen nachzugehen. Schwächere Kinder verlieren immer mehr den Anschluss, wenn die anderen Dinge unternehmen, bei denen sie nicht mithalten können. Eltern klagen verstärkt über die spürbare soziale Aufspaltung der Lerngemeinschaft und wollen verhindern, dass ihr Kind „nur noch mit Behinderten zusammen kommt.“ „Je mehr Behindertenhilfe desto weniger wird mein Kind ein normales Leben führen können“. Verluste der engen sozialen Eingebundenheit behinderter Schülerinnen und Schüler am Ende der Grundstufenzzeit belasten das ganze Unterstützungssystem zusätzlich.

### **Psychische Störungen älterer Schülerinnen und Schüler**

Eine besondere Schwächung der psychischen Gesundheit der mehrfach beeinträchtigen Schülerinnen und Schüler wird auch im 7. und 8. Schulbesuchsjahr deutlich. Wir möchten an dieser Stelle betonen, dass wir natürlich auch etliche psychische Störungen dokumentiert haben, die offensichtlich zeitlich und inhaltlich unabhängig von den genannten schulischen Konfliktentwicklungen sind. Es handelt sich dabei meist um Manifestierungen hirnorganischer oder anderer organogener Störungen oder um latent vorhandene Störungen, die irgendwann für die Beteiligten zu schwierig werden, ohne dass zu dem Zeitpunkt plausible Zusammenhänge deutlich zu erkennen sind.

### Verschärfung vor Ende der Schulzeit

Die 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schüler befinden sich etwa zwei Jahre vor dem Ende ihrer Sonderschulzeit. Erneut verschärfen sich die drei genannten generellen Konflikte gerade in dieser Phase. Es muss entschieden werden, ob die Schülerinnen und Schüler ihre kognitiven Leistungen noch so weit steigern können, dass sie einen Schulabschluss schaffen, der ihnen den Weg in eine Ausbildung und damit in eine berufliche Existenz öffnet. Auch in dieser Phase werden Leistungsgrenzen in besonderer Weise wieder zu existentieller Not. Und wieder fordern Eltern und professionelle Helferinnen und Helfer stärker, die schulischen Anstrengungen so zu erhöhen, dass das Ziel des Schulabschlusses doch noch erreichbar wird. Gleichzeitig steht die Skepsis und Kritik im Raum, dass diese Anstrengungen schulfachlich und schulorganisatorisch nicht ausreichend sind. Zusätzlich haben die 15- und 16-Jährigen neue Entwicklungsaufgaben im sozialen Bereich zu lösen. Paarbeziehungswünsche und veränderte Attraktivitätsnormen innerhalb der Peergroup belasten ihre bis dahin gewachsenen sozialen Einbindungen.

### Konfliktsituationen in einer beruflichen Schule

Wir haben vergleichbare schulische Konfliktsituationen auch in anderen Schultypen gefunden. Die Dokumentation von psychischen und Verhaltensstörungen einer gesamten Schülerschaft (N=581) einer Beruflichen Schule für Körperbehinderte zeigt Häufungsschwerpunkte bei den 17-18-jährigen, den 19-20-jährigen und den 25-26jährigen Schülerinnen und Schüler (Kretschmer, 2003). Bei den jüngeren Jahrgängen handelt es sich größtenteils um Lernende, die das ein- oder zweijährige Berufsgrundbildungsjahr mit einem Abschluss des Lernhilfezweiges oder mit einem schwachen Hauptschulabschluss beginnen. Überproportional viele dieser jungen Menschen sind mit dem neuen Entwicklungsschritt kognitiv oder psychosozial überfordert.

Die befragten Lehrpersonen können sehr genau die Widersprüche zwischen den schulischen Normen und den tatsächlichen Leistungsschwächen der Lernenden beschreiben. Es kommt in diesen Hilfegemeinschaften häufiger zu existenziell erlebten Spaltungen zwischen der Zielrichtung auf eine kaufmännische Ausbildung hin und der davon abweichenden Erfahrung, dass viele dieser Schülerinnen und Schüler im Rechnen und Schreiben so schwach sind, dass sie eigentlich in einer Werkstatt für behinderte Menschen einen geeigneteren Platz finden können. Und auch diese Altersgruppe hat wieder neue soziale Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Sie muss Ablösungsschritte von der Herkunftsfamilie leisten und mehr Selbstsorge und Selbstverantwortlichkeit praktizieren.

### Berufsfachschülerinnen und -schüler

Die Gruppe der 25-26-jährigen Berufsfachschülerinnen und -schüler ist ebenfalls eine Risikogruppe bezüglich psychischer Kränkungen. Sie sind bereits 18 bis 19 Jahre in diversen Schulen gefördert worden, und sie sind solange in der Schülerrolle behandelt worden. Die persönlichen Entwicklungsaufgaben hinsichtlich der Berufsreife und der Rollenfindung als Mann oder Frau in der Erwachsenenwelt sind in der Regel weit verzögert. Die Betroffenen berichten, dass der Druck zum Geld verdienen existenzieller erlebt wird, denn nach dem Abschluss der Berufsfachschule geht es immer noch nicht ans Geld verdienen, sondern dann steht die meist dreijährige Berufsausbildung erst noch an! Die fällige wirtschaftliche Existenz ist also auf Jahre hinaus weiterhin ungewiss.

### **Pädagogische Vorgaben und psychische Belastungen**

Bei der näheren Analyse der schulischen Bedingungen für die erhöhte psychische Vulnerabilität tauchen u.a. Belastungsgründe auf, die in aktuellen pädagogischen Vorgaben ihren Ursprung haben oder zumindest durch diese Prämissen verstärkt werden. Dazu zählen Normalisierungs- und Empowerment-Forderungen.

### Vorstellungen zur Berufsrolle von Lehrpersonen

Befragte Lehrpersonen beklagen mehr und mehr eine Überziehung ihrer Berufsrolle und eine pädagogische Begriffsverwirrung im Umgang mit behinderten Schülerinnen und Schüler. Exemplarisch führe ich dazu die Vorsätze der Lehrerrolle an, die Theunissen und Plaute (2002) auflisten, damit diese Lehrerrolle dem Empowerment-Ansatz gerecht wird: „Vertrauensperson, einfühlsamer Zuhörer und Partner, Begleiter, Assistent, Unterstützer, Mentor, teilnehmender Beobachter, Ansprechpartner, Co-Lernender, Berater, Ressourceninformant, Normenkritiker und Normenvermittler, Mitplaner, Mitkonstrukteur der Wirklichkeit, Enabler, Faciliator,

Auftragnehmer, Mitbestimmer und Moderator, Advocat, Dolmetscher, Vermittler, Selbstkritiker, demokratisch und kollaborativ Handelnder, menschlich, authentisch, sozial integrierend, sich überflüssig machend“ (S. 187).

Dies ist ein aktuelles Beispiel für ein offensichtlich überfrachtetes pädagogisches Konstrukt zur Förderung behinderter Schülerinnen und Schüler. Die anleitende, übende, orientierende und beurteilende Arbeit, die wesentlich die Lehrerrolle ausmacht, fehlt hier. Stattdessen werden viele und idealisierte Leistungsvorgaben in dieses Empowerment-Konstrukt gesteckt, welche die von mir befragten Lehrpersonen für uneinlösbar halten. Solche Vorgaben führen in der Praxis eher zu Verunsicherungen. Und pädagogische Laien können die Lehrpersonen leicht kritisieren, denn niemand kann sicher entgegnen, wann diese komplexen Anforderungen befriedigend erfüllt sind.

### Erwartungsdruck für Schülerinnen und Schüler

Exemplarisch führe ich außerdem kurz aus, wie für viele Schülerinnen, Schüler und ihre Eltern das emanzipatorisch gedachte Normalitätsprinzip in der Behindertenhilfe zur Verschärfung der hier beschriebenen schulischen Konfliktkonstellationen beiträgt. Der Erwartungsdruck auf die mehrfach beeinträchtigten Schülerinnen und Schüler wird enorm groß, wenn ihre Eltern und Lehrpersonen dies bei der Beschulung nicht politisch-emanzipatorisch sondern ganz konkret einfordern: „Mein Kind soll so normal leben können wie andere in der Gesellschaft auch!“ Die betroffenen Kinder verinnerlichen den oft unlösaren Lebenskonflikt, mit ihrer erheblichen Behinderung irgendwie normal werden zu müssen.

Nowak (2003) schreibt in ihrem Leitartikel zur beruflichen Eingliederung von Jugendlichen mit geistiger Behinderung: „Motivation, Wünsche, Stärken und Fähigkeiten einer Person sind wichtige Ausgangspunkte der Hilfe und nicht die Behinderung“ (S. 491). Die potentiell psychisch kränkende Wirkung von solchen Empowerment-Prämissen besteht darin, dass die realen Beeinträchtigungen und das reale Leid zu wenig betrachtet und berücksichtigt werden. Die persönlichen lebenslangen sozialen Abhängigkeiten, Hilfe- und Schutzbedürfnisse können dann nicht angemessen betraut, akzeptiert und in den individuellen Lebensweg integriert werden.

### Konflikte durch normative Betonung von Normalität und Empowerment

Die Konflikte der normativen Betonung von Normalität und Selbstbemächtigung werden schlagartig klar, wenn die ganz konkreten Alltagsprobleme von vielen behinderten Menschen nicht mehr genau genug betrachtet oder sogar abgespalten werden. Wenn z.B. übergewichtige, geistig behinderte Menschen von sich aus immer mehr essen wollen, und wenn diese ungesunden Gewohnheiten oder psychischen Beeinträchtigungen von einzelnen Helfenden im Betreuungsteam als wertvolle Selbstbestimmungen deklariert werden, dann kann diese Sichtweise das Betreuerteam spalten in diejenigen, die den Empowerment-Normen mehr Raum geben wollen und in diejenigen, die stärkere Anleitungen und Begrenzungen beim Essen für richtig befinden. Interessanterweise haben einige Träger jetzt doch den Mut, von dieser pädagogischen Entwicklung wieder ausdrücklich abzurücken. Beispielsweise heißt es in dem Flyer einer großen deutschen Einrichtung für behinderte Menschen unter der Überschrift „In der Geborgenheit selbstständig sein“: „...und die gleichzeitig vor Überforderung (auch durch den Normalisierungsgedanken) zu schützen sind“.

## **Lösungen für psychische Störungen in der Schule**

Die genannten Langzeitstudien liefern wichtige Aufschlüsse für den Umgang mit psychischen Störungen in der Schule. Die Auftrittshäufigkeiten für psychische Störungen gehen vor allem bei den 11-14-jährigen und 17-18-jährigen Sonderschülerinnen und -schüler deutlich zurück. In diesen Schulzeiten werden offensichtlich wichtige systemische Beruhigungen und klarere Orientierung für das gesamte pädagogische Unterstützungssystem erreicht.

### Phasen psychischer Gesundheit

Die psychisch gesünderen Schülerinnen und Schüler befinden sich in den 5. bis 7. und den 9. bis 11. Schulbesuchsjahren. In dieser Zeit werden mit Priorität genau die oben genannten Konflikte institutionell und pädagogisch-therapeutisch bearbeitet. Es wird die Einstufung auf der Grundlage der tatsächlich verfügbaren kognitiven Leistungsfähigkeit von außenstehenden Fachleuten diagnostisch begutachtet. Allen, auch den Eltern, werden diese Ergebnisse eingehend erklärt und institutionell spätestens ab dem 5. Schulbesuchsjahr durch neue Klassenbildungen sichtbar umgesetzt. Es werden für die schwächeren Lernenden homogenere und langfristiger angelegte Schulmaßnahmen und Fördermethoden angewendet. Es werden neue Gruppenbildungen gefördert, die den Lebensinteressen der Gruppenmitglieder untereinander eher entsprechen.

Im 9. bis 11. Schulbesuchsjahr werden die schwächeren Schülerinnen und Schüler gemeinsam klarer auf ihren Übergang in eine Werkstatt vorbereitet. Die stärkeren führen sich als homogenere Teilgruppen in den Lerngemeinschaften zum Schulabschluss. Die verbindende soziale Kraft der Peergroup-Steuerung entfaltet sich offenbar in den Teilgruppen konstruktiv. Neben diesen institutionell heilsamen Prozessen seien noch die im engeren Sinne psychotherapeutischen Hilfen genannt, die meist erst nach der akuten Krisenzeit greifen. Durchschnittlich nach 13-monatiger Behandlungszeit ist die psychische Stabilität meist wieder hergestellt (KRETSCHMER & WÜRKERT, 2000).

### Modell der Salutogenese

Eine relativ einfache und praktikable Orientierungshilfe für Lösungen der genannten schulischen Konflikte bietet das Modell der Salutogenese von Antonovsky, welches Bengel und Strittmatter (2001) auch in den schwachen und kritischen Seiten referieren. Insbesondere Höfer (2000) entwirft einen systematischen Zusammenhang zwischen dem salutogenetischen Modell und der Entwicklung einer gelingenden Identität, worin auch die gelingende schulische Identität eingeschlossen ist. Es geht um die Schaffung und Sicherung von „Verstehbarkeit“, „Machbarkeit“ und „Sinn“ der schulischen Situation von den behinderten Schülerinnen, Schülern und ihren Helferinnen und Helfern. Damit sollen die konflikträchtigen inneren Spaltungen der Schülerinnen und Schüler und ihrer Hilfegemeinschaft von Eltern, Lehrpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten überwunden werden. Alle müssen sich gemeinsam von unpassenden pädagogischen Vorsätzen lösen und ihre Arbeits-, Lern- und Lebenssituation so gestalten, dass folgende Fragen persönlich gut beantwortet werden können:

- **Verstehen** wir tatsächlich, was gerade los ist? Haben wir ein übereinstimmendes Verständnis von der Situation? Wie **verstehe** ich mich selber in dieser jetzigen, offensichtlich gestörten Situation?

- Wissen wir, was jeder von uns auf die Dauer bei diesen Störungen **machen** kann? Was ist für mich bei solchen psychischen Störungen überhaupt **machbar** und was nicht?
- Welchen **Sinn finden** wir, die Schülerinnen und Schüler mit psychischen Störungen weiterhin in unsere Hilfegemeinschaft zu integrieren? Welchen Sinn hat meine berufliche Beziehung zu diesem verhaltensauffälligen Kind? Welchen persönlichen Sinn oder Wert hat es für mich, in dieser Hilfegemeinschaft mit diesen Menschen weiter zusammen zu arbeiten?

Nach unseren Erfahrungen tragen sorgfältige Bearbeitungen dieser Fragen erheblich zur Lösung bzw. Veränderung von störenden und kränkenden Unterrichtsbedingungen bei, weil sie die gesundheitsfördernden Ressourcen von allen Beteiligten aufdecken und stärken.

Verfasser:

Dr. Ingo Kretschmer  
Am Grimmen 24  
D-65343 Eltville  
mail@ingo-kretschmer.de

#### Literatur

- BENGEL, J. & STRITTMATTER, R. (2001). Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F). Bern: Huber.
- HILLENBRAND, C. (1999). Einführung in die Verhaltengestörtenpädagogik. München: Ernst Reinhardt VERLAG.
- HÖFER, R. (2002). Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung. In WYDLER, H., KOLIP, P. & ABEL, T. (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim: Juventa.
- KRETSCHMER, I. (2001). Wenn die Seele nicht mitkommt – psychologischer Hilfebedarf und Rehabilitation. In Caritas Verband kath. Einrichtungen und Dienste für lern- und geistigbehinderte Menschen (Hrsg.), Wir gehen aufs Ganze. Freiburg: CBP Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie.
- KRETSCHMER, I. (2003). Heilende und kränkende Hilfesysteme. Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (Hrsg.), Hilfesysteme. Freiburg: CBP.
- KRETSCHMER, I. & WÜRKERT, B. (2000). Aggression und Rehabilitation. Report Psychologie Jg. 25 (Nr. 11/12), S. 734-740.
- NOEKER, M. & PETERMANN F. (1998). Körperlich-chronisch kranke Kinder: Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung. In Petermann; F. (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- NOWAK, E. (2003). Sozialpädagogisches Integrationsmanagement. Zeitschrift für Heilpädagogik Jg. 54 (Nr. 12), S. 488-497.
- REMSCHMIDT, H. (1998). Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Psychodiagnostik. In PETERMANN, F. (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- SANDER, J. & ENDERMANN, M. (1997). Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung im institutionellen Rahmen: Merkmale von Therapeuten und ihren Klienten. Report Psychologie Jg. 22 (Nr. 7), S. 493-499.
- THEUNISSEN, G. & PLAUTE, W. (2002). Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg: Verlag. Lambertus.