

Psychische Erkrankung und Schulfähigkeit

Ingo Spitzcok von Brisinski

1 Gestaltung der Rahmenbedingungen

1.1 Was ist eine psychische Erkrankung?

1.1.1 Definitionen

krank: mittelhochdeutsch kranc = schwach, schmal, schlank, schlecht, gering, nichtig, leidend, nicht, gesund

gesund: westgermanisch 1) voll leistungsfähig, krankheitsfrei (Körper), 2) förderlich, die Gesundheit verbessernd (Nahrungsmittel, Lebensweise), 3) natürlich, richtig, gesunde Ansichten
(*Sprachbrockhaus*)

Definitionen Gesundheit

- *WHO (1948)*: „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, welcher mehr ist als Abwesenheit von Krankheit und Gesundheit“
- *WHO heute*: Gesundheit als „positiver funktioneller Gesamtzustand im Sinne eines dynamischen biopsychologischen Gleichgewichtszustandes, der erhalten bzw. immer wieder hergestellt werden muß“
- *T. Parson, Medizinsoziologe*: Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert (Sozialisation = Einordnungsprozess in die Gesellschaft, Normen- und Werteübernahme) worden ist.
- *S. Freud*: „Gesundheit ist die Fähigkeit lieben und arbeiten zu können.“

Definitionen Krankheit

- Eine Krankheit ist eine Störung der körperlichen und/oder seelischen Funktionen, die einen Grad erreicht, der die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden eines Lebewesens subjektiv oder intersubjektiv wahrnehmbar negativ beeinflusst.
- Sozialversicherungsrechtlich wird unter Krankheit das Vorhandensein einer Störung verstanden, die eine Behandlung im Sinne von medizinischer Therapie und Krankenpflege erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Gesundheit und Krankheit als Dichotomie vs. Kontinuum:

- Für die Medizin als Wissenschaft besitzt die Zweiteilung (Dichotomie) der Begriffe „gesund“ und „krank“ nur begrenzte Geltung.
- Für die Medizin als Handlungssystem ist es dagegen unerlässlich, eine klare Grenze zwischen „gesund“ und „krank“ zu ziehen.

Definition Behinderung

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX) § 2 (1)).

1.1.2 Was ist eine psychische Erkrankung?

- Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen sind als ein Zustand gestörter Lebensfunktionen zu verstehen, der den Betroffenen entscheidend daran hindert, an den alterstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen.
- Die auftretende Symptomatik wird multifaktoriell bedingt, u.a. durch die körperliche Disposition und die psychische Vulnerabilität des Kindes oder Jugendlichen sowie durch externe psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren.

Eine psychische Erkrankung kann Abweichungen zeigen von der

- zeitlichen Norm (z. B. Einnässen, Einkoten)
- qualitativen Norm (z. B. Stottern)
- quantitativen Norm (z. B. zu wenig Sprechen bei frühkindlichem Autismus oder zuviel Angst bei einer Schulphobie)
- funktionellen Norm (z. B. Essfähigkeit von anorektischen Patienten wird nicht genutzt)

Die Stabilität kann sehr unterschiedlich sein:

- Autismus besteht z. B. oft lebenslang
- Einnässen hört meist spätestens im Erwachsenenalter von selbst auf

Es kann ein Wandel der Symptome auftreten: Bei ADHS kann die Bewegungsunruhe in der Pubertät verschwinden, jedoch eine Suchterkrankung neu hinzukommen, so dass rasche und konsequente Behandlung erforderlich ist.

Risikofaktoren und Schutzfaktoren

- Intrapersonale Risikofaktoren: genetische Störungen, Schwangerschafts- oder Geburtsschäden, frühkindliche Erkrankungen oder Missbildungen sowie Teilleistungsstörungen
- Intrapersonale protektive Faktoren: Intelligenz, Interessenbildung, Kontakt- und kommunikative Begabung sowie Ressourcen zur Selbsthilfe
- Extrapersonale Risikofaktoren: abnorme Belastungen z.B. durch Deprivation, Trennungs- oder Verlusterlebnisse, Gewalt etc.
- Extrapersonale protektive Faktoren: stabiler familiärer Rahmen, der Geborgenheit und Vertrauen vermittelt, günstiges Wohnumfeld, gute schulische Bedingungen

1.1.3 Krankheit – Klassifikationen

- ICD-10 der WHO (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision)
- Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS)
- DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)

1.1.3.1 ICD-10 unterscheidet folgende Gruppen psychischer Störungen:

- F0 organische und symptomatische psychische Störungen
- F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 affektive Störungen
- F4 neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung (IQ < 55)
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

1.1.3.2 Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters

- Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom (F0-F6, F84, F9)
- Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen (F80-F83)
- Achse 3: Intelligenzniveau (F7)
- Achse 4: körperliche Symptomatik
- Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

1.2 Hypothesen generieren und Maßnahmen ableiten

Konstruktivismus

Wahrnehmung ist immer aktiv und subjektiv. (Vor-)Information verändert Wahrnehmung und Theorie. Jede Sichtweise wird beeinflusst von persönlicher Wahrnehmung, persönlichen Erfahrungen (praktisches Wissen) sowie Allgemeinwissen und Fachwissen (Theoriewissen)

1.2.1 Hypothesen generieren: Ein Beispiel

- Bewegungsunruhe könnte ein Zeichen sein, dass ADHS vorliegt
- Bewegungsunruhe könnte ein Zeichen sein, dass Hochbegabung vorliegt
- Bewegungsunruhe könnte ein Zeichen sein, dass das Kind einen starken inneren Konflikt hat
- Bewegungsunruhe könnte ein Zeichen sein, dass das Kind zuviel fernsieht
- Bewegungsunruhe könnte ein Zeichen sein, dass der Unterricht zu langweilig ist
- Bewegungsunruhe könnte ein Zeichen sein, dass der Lehrer nicht genügend Autorität bzw. pädagogisches Geschick hat

1.2.2 ... und Maßnahmen ableiten

- Welche sinnvollen Maßnahmen lassen sich aus den Hypothesen ableiten?
- Sind die Maßnahmen umsetzbar?
- Wie schnell sind Verbesserungen zu erwarten?
- Werden die Verbesserungen durch eine Maßnahme allein ausreichend stark sein?

1.3 Klärung von Anliegen und Auftrag

- Zunächst Anliegen des Schülers und seiner Eltern erfragen, um das Terrain, auf das sich Veränderungsprozesse beziehen sollen, abzustecken. Ggf. Befragung weiterer Beteiligter
- Der Auftrag entsteht aus dem von Schüler, Eltern, Therapeut/Arzt und Lehrer im Konsens festgelegten Fokus von Lernen und Verhalten.
- Ein bestimmtes Anliegen kann sich allerdings auch als Teil eines Problemmusters erweisen und daher im Laufe einer Beschulung verändern.
- Der Wandel von Anliegen und Themen ist im Verlauf therapeutischer/beraterischer Prozesse üblich. Dies sollte jedoch explizit und auf Initiative von Patienten und erfolgen, zumindest jedoch in Übereinstimmung.

Klärung und Erarbeitung von Zielen und Zielerreichungskriterien

- Aufstellung möglichst konkreter Ziele
- Wie sollen die Ziele erreicht werden?
- „Woran würden sie erkennen, dass ihr Problem (z. B. durch ein Wunder) gelöst oder ihr Anliegen erfüllt wäre? Was würden sie dann tun und empfinden, woran würden relevante Bezugspersonen es erkennen, woran unbeteiligte Dritte?“
- Ziel-Rangordnung erstellen nach Wichtigkeit und Machbarkeit
- Da Ziele sich im Laufe von Therapien/Beratungen verändern können, werden sie im Therapie- bzw. Beratungsverlauf immer wieder überprüft.
-

1.4 Gesetzlicher Auftrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gemäß ICD-10 sowie Suizidalität mit nichtoperativen Methoden.
- Gutachtenerstellung zu § 35 a KJHG, Strafrecht, Umgangrecht, Erziehungsfähigkeit, Glaubwürdigkeit, PsychKG, § 1631 b BGB, Betreuung, Behinderung

1.5 Selbstverständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Prävention, Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter mit nichtoperativen Methoden sowie Beratung bzw. Behandlung der Familie unter Einbeziehung pädagogischer Aspekte
- Ausschluss psychischer Störungen bei Opfer und Täter wenn Bullying/Mobbing auftritt

1.6 Grenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Personalstärke (Wartezeiten, Haus- und Schulbesuche, Häufigkeit und Dauer der Untersuchungs- und Behandlungskontakte)
- Es muss stets die wirtschaftlichste Behandlungsform gewählt werden (ambulant geht vor teilstationär, teilstationär vor vollstationär, Behandlungsdauer so kurz wie möglich, nur so lange wie unbedingt nötig)
- Behandlung gegen den Willen des Kindes oder der Eltern nur mit gerichtlicher Genehmigung (außer im akuten Notfall)
- Nur mit Krankheit verbundene Leistungen werden von der Krankenkasse finanziert

1.7 Kooperationsmodelle Schule – KJP

- Optimal: Der Lehrer kommt zum Erstgespräch und im weiteren Verlauf hin und wieder mit dazu
- Telefonate sind weniger interaktiv als Runden zu 3 oder mehr Personen, aber interaktiver als nur schriftliche Informationen
- Schriftlich frei formulierte Informationen & ausgefüllte Fragebögen sind besser als Infos aus 2. Hand
- Regelmäßige gemeinsame Treffen, Arbeitskreise und Tagungen (z. B. Kompetenznetzwerk ADS, Tagung „Arzt und Lehrer“) verbessern das gegenseitige Verständnis
- Beratung über „anonymes“ Kind ist in der Regel möglich

1.8 Schulfähigkeit

ist nicht gegeben bei

- akuter Psychose
- akuter Suizidalität
- lebensgefährlichem Ernährungszustand (Anorexie)
- schweren aggressiven Übergriffen, wenn weitere zu befürchten sind

1.9 Akute Krisen, geplante Maßnahmen

- Oftmals lassen sich akute Eskalationen vermeiden, wenn frühzeitig auf eine KJP-Untersuchung hingewirkt wird
- KJP-Abteilungen und Kliniken stehen für sofortige Untersuchung rund um die Uhr zur Verfügung. Sofortige stationäre Aufnahme erfolgt jedoch nur, wenn eine akut behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vorliegt oder ausgeschlossen werden muss und bei akuter Suizidalität
- Ob nach Abklingen des akuten Aufnahmearbeitstitels weiter stationär behandelt wird, hängt auch von der aktuellen Belegung ab
- Geplante stationäre Aufnahmen sind in der Regel der bessere Einstieg, da im ambulanten Vorgespräch der Auftrag in Ruhe geklärt werden kann und der Behandlungserfolg auch von der aktuellen Zusammensetzung der Patientengruppe abhängt
- Aggressivität, Prostitution oder Weglaufen sind für sich allein genommen keine Krankheiten, so dass ggf. keine stationäre Aufnahme erfolgt.

1.10 Der Schüler war in der KJP und kommt wieder

- Kontakt zwischen Schule und KJP noch während des stationären Aufenthalts, um Entwicklung der Symptomatik einschätzen zu können
- Entlassungszeitpunkt bei Eltern oder KJP erfragen
- Mit der Klasse über das Thema sprechen?
- Besondere Vorkehrungen treffen (Infos fürs Lehrerkollegium, ggf. personelle Verstärkung, binnendifferenzierende Maßnahmen, besondere Maßnahmen/Absprachen hinsichtlich Schulpausen und Schulweg, engmaschige Gesprächstermine mit Familie und Telefonate mit KJP einplanen, regelmäßige Weitergabe der aktuellen Infos an Kollegium, usw.)

2 Störungsspezifische Aspekte

2.1 ADHS

Definition

ADS = Aufmerksamkeitsdefizitstörung / Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom - psychische Störung, die mit vermehrter Ablenkbarkeit einhergeht.

Typ 1: Aufmerksamkeitsstörung mit *vermindertem* Bewegungsdrang (Hypoaktivität) oder ohne Auffälligkeiten im Bewegungsdrang (ADS)

Typ 2: Aufmerksamkeitsstörung mit *vermehrtem* Bewegungsdrang (Hyperaktivität) und impulsivem Verhalten (**ADHS**, Hyperkinetisches Syndrom)

Typ 3: Gemischte Form von 1. und 2.

Die Abkürzung „ADS“ wird für Typ 1 oder als Obergriff für alle drei Typen verwendet. Wir verwenden „ADS“ nur für Typ 1 und „ADHS“ für Typ 2 und 3. Die Diagnose „ADS/ADHS“ geht aus von einer ausgeprägten Störung mit erheblichem Leidensdruck.

Häufigkeit

Ca. 5% der Allgemeinbevölkerung, pro Klasse in der Regelschule 1 - 5 Schüler. Jungen sind häufiger von ADHS betroffen, bei Mädchen findet sich häufiger ADS. 30 – 50% der Kinder mit ADS/ADHS haben Verhaltensstörungen, 20 – 30% eine Angststörung, 30% affektive Störungen und 20 – 25% eine zusätzliche Lernschwäche. Rund 20% haben mindestens 2 Begleitstörungen. Schüler mit ADHS zeigen häufiger aggressive Verhaltensstörungen. Kinder mit ADS ohne Hyperaktivität erscheinen tagträumerisch, zum Teil eher träge.

Ursachen, Auslöser, Folgen

Neurobiologische Faktoren spielen eine wichtige Rolle, psychosoziale Faktoren können den Verlauf der Störung jedoch wesentlich beeinflussen. Es gibt bisher kein biologisches Untersuchungsverfahren, mit dem sich ADS/ADHS bei einer Person zweifelsfrei feststellen lässt. Die Diagnose ist nicht immer einfach zu stellen, da gibt keine scharfe Grenze zwischen ADHS und dem, was man ‚lebhaftes Temperament‘ nennt gibt, Übergänge sind fließend. Schwierig ist die genaue Abgrenzung zu anderen Störungen und Krisen, da ADHS häufig mit sozialen Problemen wie Dominanzstreben, aggressiven Tendenzen und Störverhalten einhergeht. Betroffene bekommen schnell Wutausbrüche und haben eine geringere Frustrationstoleranz. ADS/ADHS stellt keine allumfassende Diagnose der Persönlichkeit dar, sondern beschreibt lediglich einen Teil der Fähigkeiten eines Menschen. So kann ein Mensch, der unter ADS/ADHS leidet, durchaus hochbegabt oder lernbehindert, integriert oder Außenseiter sein.

Je nach Situation, in der sich der Jugendliche befindet, kann ADS/ADHS weniger oder stärker ausgeprägt sein und z.T. nicht oder extrem auffallen. Die meisten Probleme haben die Jugendlichen in größeren Gruppen bei Anforderungssituationen im Leistungsbereich, wenn sie in der Schulklasse zuhören oder selbstständig arbeiten müssen. Je länger solche Anforderungssituationen andauern, desto schwieriger wird es. Dagegen gibt es in Einzelsituationen und bei Aktivitäten, die der Jugendliche gut kann (z. B. Computerspiele), oft weniger Probleme. In neuen Situationen verhalten sich Betroffene häufig unauffällig. Werden

dann die Aufgaben uninteressant, zu leicht oder zu schwer, steigt die Gefahr der Ablenkbarkeit. Eine große Bedeutung dafür, ob eine Situation problematisch wird, hat die Anwesenheit und das Agieren von Erwachsenen. Wenn sie streng und konsequent sind, "die Zügel kurz halten", in der Nähe sind, dann gibt es oft weniger Schwierigkeiten, die Situation wird nicht als Problem fördernd empfunden.

Bei ADS/ADHS bestehen Auffälligkeiten in der Regel von Geburt an, allerdings zeigen sich die Symptome oft erst im späteren Kindes- und Jugendalter. Ob und wann sich behandlungsbedürftige Probleme entwickeln, hängt von den Defiziten in Aufmerksamkeit und ggf. Impulskontrolle und Bewegungskontrolle ebenso ab wie von den sonstigen Stärken und Schwächen der betroffenen Person und seines psychosozialen Umfelds. Viele Defizite können durch Ressourcen anderer oder auf anderem Gebiet kompensiert werden.

Im Jugendalter vermindert sich die motorische Unruhe meist. Die Aufmerksamkeitsstörung bleibt jedoch in der Regel bestehen. Etwa $\frac{3}{4}$ bleiben auch noch als Erwachsene auffällig. Bei ADHS kommt es häufiger zu Dissozialität und Kriminalität sowie Alkohol- und/oder Drogensucht.

ADS/ADHS beeinträchtigt häufig die Ausbildung. Ein fehlender Schulerfolg beeinflusst die spätere wirtschaftliche und soziale Lebensführung erheblich. Viele Menschen mit ADS/ADHS sind aber auch sehr kreative, spontane, intelligente und originelle Persönlichkeiten.

| Anzeichen für | | |
|--|--|--|
| Aufmerksamkeitsstörung | Hyperaktivität | Impulsivität |
| <p><i>Arbeitsstil:</i> Bearbeitung von Aufgaben häufig unorganisiert und ohne Umsicht, Flüchtigkeitenfehler und Unvollständigkeit, Arbeitsmaterial liegt verstreut herum, ist verloren gegangen, wird nachlässig behandelt,</p> <p><i>Aufmerksamkeit:</i> Aufmerksamkeitschwierigkeiten bei der Durchführung von Aufgaben oder beim Spielen über längere Zeit,</p> <p><i>Ausdauer:</i> Probleme Aufgaben zu Ende zu führen, häufiger Wechsel von einer nicht zu Ende geführten Tätigkeit zur nächsten; Vermeidung bzw. Unwillen bei Tätigkeiten, die über längeren Zeitraum Aufmerksamkeit, geistige Anstrengung, Organisation oder hohe Konzentration erfordern (z.B. Hausaufgaben oder Schreibarbeiten),</p> <p><i>Äußerer Eindruck:</i> häufig geistig abwesend, scheinen nicht zuzuhören oder das gerade Gesagte nicht gehört zu haben,</p> <p><i>Konzentration:</i> leichte Ablenkbarkeit durch neben-sächliche Reize, häufige Unterbrechung laufender Arbeiten, um unbedeutenden Geräuschen zu lauschen oder belanglose Ereignisse zu verfolgen, die andere gewöhnlich mühelos ignorieren; Vergesslichkeit (Verabredungen verpassen oder Schulmaterial vergessen),</p> <p>Sozialverhalten: Unaufmerksamkeit durch häufiges Wechseln des Gesprächsthemas, anderen nicht zuhören, sich nicht auf Gespräch konzentrieren können, nicht auf Einzelheiten achten, Regeln von Spielen oder Aktivitäten nicht befolgen.</p> | <p>Herumzappeln und Herumrutschen auf dem Stuhl, in unpassenden Situationen übermäßig Herumlaufen, Probleme, ruhig einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen, scheinen immer "auf Achse" oder "getrieben" zu sein, häufiges und übermäßiges Reden, bei ruhigen Tätigkeiten übermäßig laut,</p> | <p>Ungeduld, Schwierigkeit Reaktionen zurückzuhalten, mit Antworten herausplatzen, bevor die Frage ganz gestellt ist, nicht abwarten können, bis man an der Reihe ist, andere häufig unterbrechen / stören Bemerkungen machen, ohne an der Reihe zu sein, zu unpassender Zeit Gespräche anfangen, Unfälle durch Impulsivität (z.B. Gegenstände umwerfen, in Leute hineinlaufen) sowie zur Beschäftigung mit potenziell gefährlichen Aktivitäten, ohne auf mögliche Konsequenzen zu achten (z.B. Skateboard fahren auf rauem Gelände)</p> |

Bewährte Konzepte für die Schule

Viele Unterrichtskonzepte und -methoden, die offenere Gestaltung von Unterrichtsstunden und eine Erweiterung der Methodenvielfalt anstreben, sollen Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Teamfähigkeit der Schüler in besonderem Maße fördern. Dabei orientiert sich

das Anspruchsniveau im Unterricht an den Fähigkeiten der Mehrheit der Schüler einer Klasse. Schüler mit ADS/ADHS sind aber gerade im Hinblick auf Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Teamfähigkeit besonders stark beeinträchtigt, so dass ein erhöhtes Risiko für Überforderung besteht.

Freiarbeit setzt voraus, dass Lehrer erhöhtes Vertrauen in die Fähigkeiten der Schüler haben hinsichtlich sinnvoller Nutzung der angebotenen Freiräume. Schüler mit ADS/ADHS benötigen aber in der Regel ein erhöhtes Maß an Vorgaben, Fremdsteuerung und engmaschiger Kontrolle statt erweiterter Freiräume, mit denen sie meist nur schwer umgehen können.

Bewährt hat sich ein freundlich-zugewandter, konsequent-direktiver Erziehungsstil. Erforderlich ist dabei ein hohes Maß an Außensteuerung mit engmaschigen Kontrollen, unmittelbarer Rückmeldung über erwünschte und unerwünschte Verhaltensweisen und sofortigen Konsequenzen. Große Freiräume und frühes Einfordern von Selbstständigkeit überfordern.

Zur Orientierung und Einschätzbarkeit ist Konsistenz unverzichtbar. Je weniger auf Negatives hingewiesen und je mehr gutes Gelingen bemerkt und verstärkt wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Jugendliche anstrengungsbereit und motiviert bleibt. Individuelle und störungsbedingte Stärken und Schwächen müssen akzeptiert werden. Lob sollte nicht erst für gute Ergebnisse, sondern bereits für Anstrengungsbereitschaft gegeben werden. Überschwängliches Lob sollte man jedoch zu vermeiden, da dadurch die realistische Selbsteinschätzung des Betroffenen erschwert wird. Appelle nützen kaum, Bloßstellungen müssen unterlassen werden.

Es ist hilfreich Augenkontakt suchen, ggf. eine Schulter zu berühren, aufs Heft zu zeigen. Jugendliche mit ADS/ADHS haben oft eine Schwäche in der auditiven Wahrnehmung, sie können akustisch vermittelte Informationen schwerer differenzieren und speichern als visuelle Informationen. Material, das von mehreren Sinnen aufgenommen werden kann, bleibt oft viel besser im Gedächtnis hängen.

Bei Schülern mit ADHS muss der erhöhte Bewegungsdrang berücksichtigt werden. Eine vollständige Unterdrückung von Körperbewegungen führt unweigerlich zur Erhöhung innerer Spannung. Sinnvoll ist Kritzeln lassen, Aufgaben geben, bei denen Bewegung erlaubt ist, z.B. Tafelwischen, Material einsammeln oder austeilen, Botengänge, ggf. einen zweiten Platz in der Klasse zuteilen, eine Runde um den Schulhof laufen lassen, usw.. Bewegungsmöglichkeiten sollten regelmäßig aber auch anlassbezogen gegeben werden: Wenn Lehrpersonen bei einem Schüler Spannungen erkennen, können sie ihn darauf hinweisen, ein Papier in den Papierkorb zu bringen o. ä., damit er Bewegung bekommt, bevor er stört.

Schüler mit ADS/ADHS haben ein Bedürfnis nach zahlreichen und intensiven Reizen, deshalb sollte Unterricht möglichst interessant und abwechslungsreich gestaltet werden. Hektik sollte allerdings vermieden werden. Strukturierte Abläufe und Rituale verhelfen dem Jugendlichen zu mehr Sicherheit. Neue Anforderungen und Aufgabenstellungen müssen klar abgesetzt, fließende Übergänge sollten vermieden werden. Das Überprüfen, ob die Aufgabenstellung richtig verstanden wurde, z. B. durch Wiederholen lassen, kann Frustrationen und Ärger vermeiden.

Manchmal ist eine gekürzte Aufgabenstellung sinnvoll, wenn der Schüler die Thematik zu verstehen scheint, jedoch zu unruhig oder unaufmerksam für den kompletten Umfang der Aufgabe ist. Anweisungen sollten knapp und einfach gehalten werden: Klare, eindeutige, regelmäßige Vorgaben in kurzen Zeiteinheiten sind leichter umzusetzen als freie Arbeit über längere Zeit. Oft hilft das Zerlegen in erreichbare Teilziele und kleine Lernportionen verbunden mit häufigem Wiederholen. Um Leistungsinselförderung zu fördern, kann eine Auswahl verschiedener Aufgaben angeboten werden, so dass der Schüler sich die Aufgabe herauspicken kann, die am besten zu seinen Lernmethoden und seiner Begabung passt. Anspruchsvolle Aufgaben werden oft erfolgreicher bewältigt, wenn sie in einem ruhigen nicht ablenkenden Raum stattfinden. Eventuell müssen Arbeitspensum und methodische Vielfalt reduziert werden, da viele unterschiedliche Übungsformen den Schüler eher verwirren, als dass sie helfen.

Unterstützung beim Organisieren und Strukturieren

Schülern mit ADS/ADHS benötigen viel und wiederholt Hilfe beim Organisieren und Strukturieren, auch beim Aus- und Einpacken des benötigten Schulmaterials. Nur das für die aktuel-

le Betätigung nötige Material darf jeweils auf dem Tisch liegen. Hinweise zum zeitlichen Ablauf der einzelnen Arbeitsschritte sowie frühzeitige Hinweise des Lehrers, wenn der Schüler in seiner Aufmerksamkeit abdriftet, sind hilfreich. Eine Sitzposition nahe am Lehrer, alleine an einem Tisch oder neben einem ruhigen Kind ist sinnvoll. Weniger geeignet sind Sitzpositionen an Gruppentischen, in der Ecke eines U's oder am Fenster.

Schüler mit ADHS neigen dazu, sich gegen Regeln zu verhalten, wenn sie unbeaufsichtigt sind, weswegen engmaschige Aufsicht wichtig ist. Wenn es in der Schule zu konflikthafter Eskalation kommt, ist es besser, eine Pause zu machen: Auseinandersetzungen bei hohem Erregungsniveau sollten vermieden werden, denn der Jugendliche mit ADHS ist dann in der Regel nicht erreichbar. Impulsive Ausbrüche sind oft nicht persönlich gemeint, sondern Ausdruck geringen Selbstbewusstseins, zum Teil auch störungsbedingt. Es sollte versucht werden, positiv auf den Schüler einzugehen, bei Verweigerung nicht zu moralisieren, sondern ruhig und fest die Anweisung wiederholen, sowie den Blick für die positiven Seiten des Schülers zu behalten.

Jugendliche mit Hyperaktivität verärgern durch ihr Verhalten oft ihre Geschwister, Eltern, Lehrer und Mitschüler. Der Jugendliche spürt dann deren Erschöpfung und Ablehnung, was das Selbstbewusstsein negativ beeinflusst. Dieser Teufelskreis muss durchbrochen werden. Positive Seiten zu sehen, den Jugendlichen wertzuschätzen und anzunehmen ist wichtig. Es ist z. B. hilfreich, sich zu sagen „Er nervt nicht absichtlich. Gehe den Konflikt mit Bedacht an.“ Zur Verbesserung des Selbstbewusstseins ist es gut, Fähigkeiten positiv zu sehen: Jugendliche mit ADHS sind nicht nur hyperaktiv, sondern auch aktiv und temperamentvoll. Sie sind nicht nur impulsiv, sondern auch energisch, engagiert, reaktionsschnell und spontan.

Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften und Eltern

Wenn ein Kind mit ADS/ADHS positiv auf konsequente Erziehung in der Schule reagiert, liegt es nahe, die Eltern anzuregen, auch zu Hause konsequenter zu sein. Für manche Familien ist das auch tatsächlich ein Weg, die Probleme des Jugendlichen zu verringern.

Es gibt aber auch Eltern, die versuchen bereits, so konsequent wie möglich zu sein. Doch reicht die Konsequenz nicht aus, obwohl sie ihr Bestes geben: Sie können einfach nicht dauerhaft konsequenter sein, so wie ein schlanker Mensch nicht Boxweltmeister im Superschwergewicht werden kann. Für das Kochrezept ‚konsequenterer Erziehung‘ fehlt eine wichtige Zutat. Das bedeutet: Das Rezept muss abgewandelt, oder es muss ein ganz anderes Rezept gewählt werden, denn: *Ist es sinnvoll, rheinischen Sauerbraten kochen zu wollen, wenn kein Rindfleisch zur Verfügung steht?*

Auch gibt es Eltern, die ihre eigene Erziehung als zu streng empfunden und sich vorgenommen haben, dies bei ihren Kindern anders zu machen. Diese Eltern sind der Ansicht, bereits konsequent genug zu sein. Wenn nun Lehrer ihnen vermitteln, konsequenter in der Erziehung zu sein, mag es geschehen, dass sie diese „bittere Medizin“ im Beratungsgespräch zunächst schlucken. Wenn sie aber das Rezept zu Hause nachkochen, wird es nicht schmecken. Und Gerichte, die nicht schmecken, kocht man nur ein Mal.

Schließlich gibt es Eltern, die sich situationsbedingt (z. B. Todesfall in der Familie oder Trennung) vorübergehend nicht in der Lage sehen, konsequenter zu erziehen. Zu einem späteren Zeitpunkt sind sie es aber durchaus.

Bei der Elternarbeit ist weiterhin zu beachten, dass aufgrund familiärer Häufung in ca. 55% ein Elternteil (manchmal auch beide Eltern) ebenfalls unter ADS/ADHS leidet. Hier stellt die Erwartung an die Eltern, konsequent und strukturiert mit ihrem Kind umzugehen und ihm ein gutes Vorbild zu sein, eine Überforderung dar.

Behandlung

Führen pädagogische Maßnahmen mit Einbeziehung der Eltern innerhalb einiger Monate nicht zu ausreichendem Erfolg, sollte den Eltern empfohlen werden, ihr Kind kinder- und jugendpsychiatrisch untersuchen zu lassen. Führt ambulante Behandlung nicht zu ausreichendem Erfolg, kommen tagesklinische oder vollstationäre Therapie in Betracht. Wissenschaftliche Studien belegen, dass eine speziell auf ADS/ADHS zugeschnittene Behandlung wirksamer ist als eine unspezifische. Eine spezifische ADS/ADHS-Behandlung (einschließlich Me-

thylphenidat) vermindert zudem das Risiko einer oft mit ADS/ADHS verbundenen Suchtstörung. Es ist ein Kunstfehler, einem Menschen mit ADS/ADHS eine spezifische Behandlung vorzuenthalten.

Quantität und Qualität der behandlungsbedürftigen Probleme hängen ab vom Ausprägungsgrad der ADS/ADHS-Kernsymptomatik *und* von sonstigen Fertigkeiten des Betroffenen und seines sozialen Umfelds. Wichtig ist vor allem, den Stärken der Person Aufmerksamkeit zu widmen. Basis der Behandlung von ADS/ADHS sind Beratung des Betroffenen und seines sozialen Umfelds, pädagogische Maßnahmen, Psychotherapie (besonders Verhaltenstherapie) und etwa bei der Hälfte der Betroffenen medikamentöse Behandlung. Nach derzeitigem wissenschaftlichen Kenntnisstand ist Methylphenidat (z. B. Ritalin®, Medikinet®, Equasym®, usw.) die wirksamste Behandlungsmethode. Das heißt aber *nicht*, dass jeder mit der Diagnose ADS/ADHS automatisch Methylphenidat oder ein anderes Medikament bekommen muss. Wichtig: Standard-Methylphenidat-Präparate wirken nur 4 Stunden. Danach - meist zwischen 11 Uhr und 11.30 Uhr - ist oft eine zweite Dosis erforderlich, sofern nicht ein 8 bis 12 Stunden wirkendes Retardpräparat (z. B. Medikinet retard® oder Concerta®) oder Atomoxetin (Strattera®) eingesetzt wird. Wichtig ist auch, dem Kind bzw. Jugendlichen zu vermitteln, dass er nicht passiv einer Erkrankung ausgeliefert ist und auf ein Medikament „eingestellt“ wird, sondern dass das Medikament ein Werkzeug zur selbstverantwortlichen Bewältigung von Aufgaben für ihn darstellt. In der Regel ist alleinige medikamentöse Behandlung nicht ausreichend, vielmehr sind zusätzlich Beratung von Jugendlichen, Eltern und Schule sowie pädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen erforderlich. Kinder und Jugendliche mit ADHS bedürfen besonders intensiver und Kontext übergreifender Anleitung, Kontrolle und Rückmeldung.

Lehnen die Eltern eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung bzw. notwendige Behandlungsmaßnahmen ab, muss der Lehrer abwägen, ob zum Wohle des Kindes eine Benachrichtigung des Jugendamts in Betracht zu ziehen ist, unter Umständen auch gegen den Willen der Eltern. Im Zweifelsfall geht das Kindeswohl vor.

Literatur

Spitzcok von Brisinski I (1999) Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie - DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. Zeitschrift für systemische Therapie 17, 43-51

Spitzcok von Brisinski, I. (2001): Ist die Zukunft das Land, das der Station gehört? Oder ist die Station das Land, das niemandem gehört? Ethnologische und politische Metaphern zur Kontextgestaltung stationärer systemischer Kinderpsychotherapie. In: Rotthaus, W. (Hg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Carl Auer Verlag, Heidelberg, 278-298

Spitzcok von Brisinski I (2002a) Familientherapie - gemeinsam an einem Problem arbeiten. In: Knopp ML & Ott G (Hg.) Total durchgeknallt. Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 196-200

Spitzcok von Brisinski I (2002b) Risiken und Chancen der Computernutzung im Zusammenhang mit ADS/ADHS.

www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Kliniken/Viersen/Behandlung+Kids/Infos_Fachleute/Online_Artikel/adhs-computer.htm

Spitzcok von Brisinski I (2002c) Ritalin ist kein Selbstläufer – auch wenn die erste Hürde schnell genommen wird. Sonderpädagogik 32, 47-49

Spitzcok von Brisinski I (2003b) Asperger-Syndrom, AD(H)S, Hochbegabung - differentialdiagnostische Aspekte. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 13, 52-72. www.bkjpp.de/forum/for403/asperger-hochbegabung-ads.htm

Spitzcok von Brisinski I (2003c) Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für systemische Therapie 21, 157-167

Spitzcok von Brisinski I (2003d) Systemische Aspekte bei ADHS. www.systemisch.net/gedankenregister/hks-systemisch.htm

Spitzcok von Brisinski I (2003e) Tagesklinische und vollstationäre Diagnostik und Behandlung bei ADS und ADHS/HKS. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 13, 48-60. www.bkjpp.de/forum/for103/adhs-stationaer.htm

Spitzcok von Brisinski, I. (2005) Träumer - Zappelphilipp – Störenfried. ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen) in der Schule. Pädagogik 57(1), 45-50

Internet:

Kommentiertes Linkverzeichnis

www.kinderpsychiater.org/linksads.htm

2.2 Asperger-Syndrom

Definition: Das Asperger-Syndrom, benannt nach seinem Erstbeschreiber Hans Asperger, ist eine autistische Störung:

Beeinträchtigung der sozialen Interaktion *Eingeschränkte, sich wiederholende und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten*

(z. B. in nonverbalen Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik; in Beziehungen zu Gleichaltrigen; in der Fähigkeit, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen)

(z. B. umfassende Beschäftigung mit Interessensgebieten; starres Festhalten an Gewohnheiten oder Ritualen; stereotype und sich wiederholende Bewegungsmuster wie z.B. Klatschen, schnelle Wink- oder Flatterbewegungen)

Es liegt kein erheblicher allgemeiner Sprachrückstand vor und keine geistige Behinderung

Häufigkeit

0,2 bis 0,7% der Kinder im Schulalter (damit etwa zehnmal häufiger als frühkindlicher bzw. Kanner-Autismus). Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen.

Erscheinungsformen

Von einem Asperger-Syndrom wird nur gesprochen, wenn der Intelligenzquotient des Betroffenen oberhalb von 70 liegt. Menschen mit Asperger-Syndrom müssen also *nicht* überdurchschnittlich intelligent sein und Höchstleistungen auf einem Gebiet bringen, es kann auch eine Lernbehinderung vorliegen. Oft liegen testpsychologisch die verbalen Fähigkeiten oberhalb der nonverbalen. Probleme im Rechnen treten häufiger auf, Lese-Rechtschreibstörungen selten.

Beim Asperger-Syndrom liegt häufig zusätzlich eine Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Bewegungsunruhe vor, z. T. mit aggressiven Durchbrüchen und/oder provozierendem Verhalten verbunden. Gehäuft treten auch Ängste auf und zwanghaftes Verhalten, ab der Pubertät zusätzlich depressive Symptome und suizidale Gedanken. Bei manchen Schülern mit Asperger-Syndrom sind mutistische Symptome zu beobachten, manchmal treten auch Ticstörungen auf.

Ursachen

Es spielen vor allem genetische und andere neurobiologische Ursachen eine Rolle und nicht falsche Erziehung. Leider werden immer noch bei vielen Schülern ihre auffälligen Verhaltensweisen nicht als autistisch (an-)erkannt, sondern auf (vermeintliche) Erziehungsfehler zurückgeführt oder als schwere Lernbehinderung betrachtet.

Maßnahmen

Das Eingehen auf die individuellen Besonderheiten eines autistischen Schülers ist unverzichtbar, um die Probleme zu vermindern. Es ist sehr wichtig, sich über Erfolg versprechende Vorgehensweisen zu informieren und dieses Wissen auch an andere Menschen, die mit dem Schüler zu tun haben, weiter zu geben.

Menschen mit Asperger-Syndrom haben Schwierigkeiten, sich in andere Menschen und soziale Situationen einzufühlen. Die Interaktion wirkt einseitig. Sie verfügen kaum über Fähigkeiten, Freundschaften zu schließen. Sowohl in der sprachlichen als auch nichtsprachlichen Kommunikation (z. B. Schwierigkeiten in der Interpretation von Mimik und Gestik) haben sie Probleme. Soziale Regeln können sie häufig nicht verstehen und sie sind kaum flexibel, haben eine Abneigung gegen Veränderungen und beharren auf Routinen und Wiederholungen.

Schüler mit Asperger-Syndrom nehmen meist eine Außenseiterrolle in der Klasse ein, auch wenn sie nicht unbedingt von anderen geärgert bzw. gemobbt werden. Da die meisten betroffenen Kinder und Jugendlichen durchaus (und manche sogar sehr viel) reden und, zumindest zu Erwachsenen oder deutlich jüngeren Kindern, auch Kontakt aufnehmen, bleibt bei vielen die autistische Störung lange unerkannt. Oftmals wird nur festgestellt, dass das Kind oder der Jugendliche ‚aus dem Rahmen fällt‘.

Lebensgeschichte

Im Kindergarten spielen Kinder mit Asperger-Syndrom meist allein und gehen kaum tiefere Beziehungen zu Gleichaltrigen ein. Meist sind sie eher an Erwachsenen orientiert. Mit deutlich jüngeren Kindern können sie sich oftmals relativ gut beschäftigen.

In der Schule sind die meisten Kinder mit Asperger-Syndrom relativ gut in der Rechtschreibung und können Vokabeln gut auswendig lernen (vorausgesetzt, es liegt keine Lernbehinderung vor). Es fällt ihnen aber schwer, in Aufsätzen das Wesentliche zu erfassen, auf „den Punkt“ zu kommen. Nur die wenigsten mögen Sport.

Eng begrenzte Interessen sind bei Menschen mit Asperger-Syndrom häufig, wobei die Themen durchaus innerhalb weniger Monate wechseln können und Höchstleistungen in ihren Spezialinteressensgebieten nicht die Regel sind, aber vorkommen können.

Kinder und Jugendliche mit Asperger-Syndrom treffen sich gewöhnlich nicht aus eigenem Antrieb nachmittags mit Mitschülern. Sie laden auch keine Mitschüler zum Geburtstag ein. Oftmals sind sie anfangs in der Klasse durchaus nicht unbeliebt und einige Mitschüler versuchen, Kontakt aufzunehmen. Im Laufe der Zeit geraten jedoch viele in die Rolle des Sonderlings.

Manche Menschen mit Asperger-Syndrom sind beruflich sehr erfolgreich, manche gründen auch eine Familie, andere wiederum benötigen ihr Leben lang Unterstützung.

Auffälligkeiten im Sozialkontakt

Schüler mit Asperger-Syndrom reichen bei Begrüßung und Abschied meist die Hand, der Blick geht aber oft zur Seite. Einige Kinder haben bereits geübt, bei der Begrüßung dem Gegenüber in die Augen zu schauen, beim Abschied wird es aber oft vergessen. Vielen fällt es schwerer, auf offene Fragen zu antworten als auf geschlossene. Personen mit Asperger-Syndrom antworten oft verzögert, reagieren scheinbar auf manche Fragen gar nicht, oder antworten nicht mit ausreichendem Bezug auf die Frage.

Das Verhalten gegenüber Erwachsenen ist oft erheblich weniger auffällig als gegenüber Gleichaltrigen, so dass die Patienten zum Teil in der ersten Begegnung mit Erwachsenen relativ unauffällig wirken. Das Vermögen, sich in andere hineinzusetzen, ist oftmals nicht altersgemäß entwickelt, kann aber personen- und kontextbezogen sehr variieren. Auswendig gelernte Antworten können intuitives Verstehen vortäuschen.

Hohe Bullying-Raten sind bei Asperger-Syndrom beschrieben. Aufgrund der Beeinträchtigung der sozialen Interaktion besteht ein erhöhtes Risiko, zum Mobbing-Opfer zu werden.

Geeignete Formend der Beschulung

Schüler mit Asperger-Syndrom sitzen aufgrund ihres sehr ungleichmäßigen Begabungs- bzw. Fertigkeitenprofils schulisch „zwischen allen Stühlen“. Sie erscheinen skurril und lassen sich im klassischen Notensystem kaum einordnen. Sie schreiben Ende der Grundschulzeit womöglich fehlerfrei die schwersten Diktate, bringen beim Aufsatz aber kein Wort aufs Papier. Sie jonglieren möglicherweise mit gigantischen Zahlenketten, wissen aber nicht, wie viel das Doppelte von 50 Pfennigen ist. Sie zeichnen detailgetreu das Cockpit eines Space-Centers, können am Gruppentisch aber kein Brötchen schmieren. Hinsichtlich der schuli-

schen Eingliederung sind sie eine große Problemgruppe. Deutlich ist nur das, was sie brauchen: Förderung und Schutz. Je nach intellektuellem Niveau, Intelligenzprofil, Ausprägung sonstiger Stärken und Schwächen sowie sozialem (Förder-)Kontext kann also im Prinzip jeder Schultyp, Regelschule oder Förderschule der geeignete Förderort sein. Ausgeschlossen sind allerdings Förderschulen mit Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“, da eine geistige Behinderung per definitionem bei Asperger-Syndrom nicht vorliegen darf.

An Regelschulen ist der Einsatz speziell fortgebildeter Förderschullehrer des Sonderpädagogischen Dienstes sinnvoll. Es kann erforderlich werden, einen Integrationshelfer bzw. Schulbegleiter einzusetzen, der den betroffenen Schüler stundenweise oder während seines gesamten Schulalltages unterstützt. Integrationshelfer können z.B. eigens geschulte Sozialpädagogen, Zivildienstleistende oder Privatpersonen sein. Je nach länderspezifischem Schulrecht sind die Personalkosten für Integrationshelfer, die keinen Lehrerstatus haben, vom Schulträger oder als Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung im Rahmen der Eingliederungshilfe (das Asperger-Syndrom wird als seelische Behinderung anerkannt) vom Jugendhilfeträger bzw. Sozialhilfeträger zu tragen.

Z. T. erzielen Schüler mit Asperger-Syndrom in der Grundschule gute Ergebnisse, lassen aber in der weiterführenden Schule in ihren Leistungen merklich nach. Dies hat mit der anderen Art der Fähigkeiten zu tun, die der Lehrplan nun vorschreibt. Auf der weiterführenden Schule wird vorausgesetzt, dass die Schüler Fertigkeiten in Verständnis, Vorstellungsvermögen, Analyse, Teamarbeit und Problemlösung erwerben. Diese Gebiete sind bei einem Teenager mit Asperger-Syndrom oft nur schwach ausgeprägt.

Pädagogische Ansätze im Unterricht

Die Diagnose „Asperger-Syndrom“ ist für Lehrkräfte wichtig, weil mit der Autismus-Diagnose ein verändertes Denken Platz haben darf. Die Diagnose fordert sehr und macht zugleich gelassener. Autistische Kinder widersetzen sich unseren üblichen pädagogischen Fördertricks, und dennoch können wir sie nicht in ihren bizarren Strukturen verharren lassen. Die Diagnose schützt Lehrer vor allem davor, in Fallen zu tappen. Eine Falle liegt in den bestehenden Teilleistungsstärken der Asperger-Autisten. Die andere Falle, in die Lehrer ohne eine sichere Diagnose hineinstolpern können, ist die Unterschätzung des Symptoms. Ohne Diagnosekenntnis interpretieren gerade die gut meinenden Pädagogen die rigiden, ständig wiederholenden Sozial- und Kommunikationsmuster autistischer Kinder, ihre vermeintlichen Boshaftheiten, die beliebten Negationen („Schlechten Morgen“ statt „Guten Morgen“ sagen) möglicherweise auf der psychodynamischen Ebene. Das ist fatal, denn wer daraufhin nun drängende Gespräche oder gut gemeinte Klassenkonferenzen einberuft, wird bald enttäuscht oder verärgert erleben, wie der autistische Schüler sich selber nicht mehr aushalten kann, die Klasse auf ihn aggressiv wird und das pädagogische Engagement in entnervte Resignation umschlägt. Statt Konfliktstrategie-Übungen - die im Schulleben durchaus wichtig sind - und Gruppenanalysen zu tätigen, ist es bei Asperger-Autisten konfliktentschärfend, mit Gelassenheit und einem Schuss Humor - nicht Ironie - im Sinne des Symptoms ein wenig ‚mitzuspielen‘.

Die Intelligenz der Betroffenen erweist sich in der Einschätzung durch Lehrer, Mitschüler, Familie, Nachbarn, usw. oft als Problem. Nicht-Betroffene können sich kaum vorstellen, dass man über normale oder sogar in einigen Bereichen hervorragende Fähigkeiten verfügen kann, andererseits sich aber ungeschickt anstellt, einfachste Aufgaben nicht erledigen kann. Besonders schwer verständlich ist die Einschränkung der Fähigkeit von Menschen mit Asperger-Syndrom, sich in andere Personen hinein versetzen zu können.

Nicht selten finden sich aufgrund wiederholter Misserfolge Ängste, Schulunlust, skurrile Abwehrstrategien. Dann ist es wichtig, erst einmal Schutz zu gewähren, Schlimmeres zu verhindern und Sekundärschäden abzubauen. Dies verlangt konstanten Klassenlehrerbezug und höchste individuelle Zuwendung, was wiederum vor den anderen Schülern immer wieder begründet werden muss, um bei ihnen nicht Wut- oder Vernachlässigungsgefühle aufkommen zu lassen.

Ein Schüler mit Asperger-Syndrom benötigt u. U. mehr Zeit, um grundlegende Fertigkeiten zu lernen. Der Lehrer muss bereit sein, die Vorgehensweisen des Schülers zu prüfen, und darf sie nicht abwerten, nur weil sie sich von denen seiner Klassenkameraden unterschei-

den. Es ist sehr wichtig, nicht nur in Betracht zu ziehen, was der Schüler kann, sondern wie er etwas tut.

Der Einsatz computerunterstützter Unterrichts- und Fördermethoden hat sich bei autistischen Kindern und Jugendlichen bewährt. Kinder mit Asperger-Syndrom sind in erster Linie Individualisten und keine Teamarbeiter.

Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen

Wichtig ist das soziale Umfeld auf die Bedürfnisse des Schülers so abzustimmen, dass er eine Chance hat, sich seinen Fähigkeiten entsprechend zu entwickeln. Zunächst sollten vor allem Änderungen im Verhalten und in den Erwartungen von Familie und Lehrkräften erwartet werden, nicht jedoch im Verhalten vom betroffenen Schüler. Dies führt zu einer verbesserten Anpassung zwischen der Umgebung und den Bedürfnissen des Schülers:

- die Anforderungen an den betroffenen Schüler müssen besonders klar und pragmatisch sein.
- spontane Änderungen des Tagesablaufes sollten so weit wie möglich minimiert werden.
- Es ist sinnvoll, gelassen und geduldig an die Dinge heranzugehen, ohne allzu großen Erwartungsdruck.
- Bei fehlender Motivation sollten die Interessen des Schülers in die Aufgaben gebunden und die vorhandenen Interessen und Talente des Schülers möglichst genutzt werden. Spezielle Interessen erleichtern Gespräche, weisen auf Intelligenz hin, bringen Ordnung und Beständigkeit ins Leben und verschaffen Spaß und Entspannung.
- Autistische Menschen „fühlen sich mit Logik ein“. Es scheint, dass sie dazu eher logischen Verstand als die soziale Intelligenz nutzen. Soziale Fertigkeiten können sie zumindest teilweise mittels bewusster („technischer“) Übungen erlernen. Auch die Mitschüler können mithelfen, indem sie sich modellhaft verhalten und vormachen, was der Schüler mit Asperger-Syndrom zu tun hat.
- Menschen mit autistischen Problemen können einmal erlernte Vorgänge nur schwer von einer Situation auf eine andere übertragen. Sie müssen sich immer wieder neu mit der Welt auseinandersetzen, ohne auf die Sicherheit von Gewohntem zurückgreifen zu können.
- In der Regel können Fakten bzw. Regeln und Vorschriften gut behalten werden. Daher ist es sinnvoll, dem Schüler so, wie man z. B. Vokabeln lernt, immer wieder konkrete Bausteine und Verknüpfungen beizubringen. Ein Problem bleibt jedoch oftmals der Transfer auf unterschiedliche Kontexte. Der Schüler sollte ermuntert werden, einzugestehen, wenn er etwas nicht weiß. Metaphern und Redewendungen müssen erklärt werden.
- Auch wenn es nicht immer klar formuliert wird, so haben Schüler mit autistischen Problemen auch Wünsche nach Teilnahme am sozialen Leben. Es sollte Angebote geben, die soziale Kontakte im Kontext aktivitätsorientierter Gruppen, z.B. AGs erleichtern. Auch im Unterricht gibt es viele Möglichkeiten, in kleinen Gruppen als Team zu arbeiten.
- Auch Mitschüler brauchen Unterstützung: Klassenkameraden wissen oft nicht recht, wie sie auf das ungewöhnliche Verhalten reagieren sollen. Sie schauen auf den Lehrer, der es ihnen vormachen muss. Daher ist wichtig, dass der Lehrer Toleranz, Unterweisung in sozialen Fähigkeiten und Ermutigung praktiziert. Auch ist es wichtig zu erkennen und zu loben, wenn Klassenkameraden besonders hilfsbereit sind.
- Schüler mit autistischen Problemen zeigen oft verschiedene Formen provozierenden Verhaltens. Diese Verhaltensweisen sollten in Verbindung mit Fähigkeiten und Schwächen gesehen werden: Zum Beispiel ist das Aufspüren und Nutzen von Lücken im schulischen oder häuslichen System von Vorschriften und Regeln erst einmal eine Stärke und keine Bösartigkeit.
- Manches unerwünscht erscheinende Verhalten könnte vom Schüler eine (bewusst oder unbewusst) gefundene Lösung für ein anderes Problem sein: So kann das unaufgeforderte Verlassen des Unterrichts helfen, sozialen Stress zu kontrollieren, um

negativen Folgen zuvor zu kommen. Das Unterbinden eines kurzfristigen selbstgesteuerten Verlassens des Unterrichts hätte in diesem Fall mehr Nachteile als Vorteile.

- Schüler mit Asperger-Syndrom haben oft besondere Probleme mit den Pausen auf dem Schulhof, denn sie wissen nicht, wie sie mit der komplexen, wenig strukturierten Situation umgehen sollen. Die Aufsichtspersonen des Schulhofs müssen wissen, mit welchen Problemen er konfrontiert ist, und seine Einbeziehung fördern bzw. respektieren, wenn der Schüler allein sein will, ggf. ist es sogar sinnvoll, ihm das Verbleiben im Klassenraum zu gestatten.
- Dem Schüler ist meist durchaus bewusst, dass er im Klassenzimmer bestimmte Verhaltensregeln einhalten muss; er versucht daher, unauffällig zu sein und sich wie die anderen Schüler zu benehmen. Dieser Druck zur Anpassung und Selbstkontrolle kann zu einer enormen emotionalen Spannung führen, die erst losgelassen wird, wenn der Schüler nach Hause kommt. Es ist hilfreich, wenn der Lehrer eine Reihe entspannender oder allein zu tätiger Beschäftigungen kennt, denen sich der Schüler widmen kann, sobald er nach Hause zurückgekehrt ist.
- Schüler mit autistischen Problemen spielen oft lieber mit jüngeren Kindern als mit Gleichaltrigen, sie können mit den jüngeren Kindern erfolgreich konkurrieren, was gut ist für sein Selbstbewusstsein. Wenn versucht wird, Kontakte mit Gleichaltrigen zu unterstützen, sollten dabei unbedingt die Fähigkeiten der anderen Mitglieder dieser Gruppe beachtet werden.

Therapie

Liegt ein Asperger Syndrom vor, sind in der Regel autismusspezifische Beratung und Therapie sowie spezifische pädagogische Maßnahmen nötig. Bei allen Ähnlichkeiten, die Menschen mit Asperger-Syndrom aufweisen, gibt es dennoch eine enorme Spannweite hinsichtlich ihrer individuellen Stärken und Schwächen. Andererseits gibt es viele Behandlungsansätze, die bei nichtautistischen Personen hilfreich sind, oftmals bei aber bei Kindern und Jugendlichen mit Asperger-Syndrom nicht den erwünschten Erfolg bringen oder sogar schaden.

Nach heutigem Wissensstand kann keine Förder- oder Therapiemethode eine autistische Störung heilen. Viele Symptome können aber erfolgreich therapiert werden. Zudem kommt es auch spontan immer wieder zu Entwicklungssprüngen, auch wenn ein Großteil der Probleme langfristig die Betroffenen begleitet.

Die Therapie beinhaltet in der Regel folgende Bereiche:

- autismusspezifische Förderung und Therapie der betroffenen Person,
- Zusammenarbeit mit Bezugspersonen (Eltern, Geschwister, andere Verwandte und Bekannte) einschließlich Beratung und Informationen über die Störung,
- Zusammenarbeit mit Institutionen (Kindergarten, Schule, andere Therapeuten, usw.) einschließlich Beratung und Informationen über die Störung.

Durch intensive Einbeziehung von Bezugspersonen und Institutionen können Informationen über das Asperger-Syndrom und gezielte pädagogische bzw. therapeutische Hilfen die Situation für den betroffenen Menschen und sein Umfeld oft schon zu Beginn einer autismusspezifischen Therapie deutlich verbessern.

Altersabhängig kann die Suche nach bzw. die Entwicklung von beruflichen Möglichkeiten, die den besonderen individuellen Fähigkeiten angepasst sind, unterstützt werden. Hierbei müssen meistens Beschäftigungen vermieden werden, die intensive soziale Kontakte erfordern.

Methodisch werden verschiedene Verfahren eingesetzt, z. B. verhaltenstherapeutische Elemente (Bölte und Poustka, 2002), TEACCH (**T**reatment and **E**ducation of **A**utistic and related **C**ommunication handicapped **C**Hildren), Social Stories, Einüben sozialer Fertigkeiten, Rollenspiele, Elemente systemischer Ansätze, Gesprächspsychotherapie und Software zum Training des Erkennens von Emotionen aus der Mimik.

Zusätzlich zu pädagogischen und psychotherapeutischen Maßnahmen kann eine medikamentöse Therapie hilfreich sein. Bei unzureichendem Erfolg ambulanter Behandlung oder in

Krisensituationen ist u.U. eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung angezeigt.

Eine wichtige Ergänzung sind Maßnahmen der Selbsthilfe wie spezifische Elterngruppen, Selbsthilfegruppen und Elternratgeber. Im Internet existieren gute Websites und Mailing-Listen zum Asperger-Syndrom, die für Betroffene, Eltern, Pädagogen und Therapeuten sehr gewinnbringend sind.

Literatur

Attwood, T. (2005) Asperger-Syndrom: Wie Sie und Ihr Kind alle Chancen nutzen. 2., Aufl. Stuttgart: MVS Medizinverlage

Matoni, H. (2004): Ambulante Therapie bei Asperger-Syndrom in der „Autismus-Therapie-Ambulanz LiNie“. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 14(4), 45-56

Oelsner, W. (2000): Schulische Förderung von Kindern mit Asperger-Autismus. In: Pickartz, A., Hölzl, H., Schmidt, M. H. (Hg.) Autistische Menschen zwischen Jugend- und Behindertenhilfe. High Functioning Autism und Aspergersyndrom. Freiburg:123-143

Spitzcok von Brisinski, I., Hamburg, S., Schmolze, C., Rehwald, T. (1998) Solutions-focused systemic therapy in autism of Asperger type. In: IACAPAP (Hg.) 14. International Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions - Abstracts. Stockholm 1998, 268

www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Kliniken/Viersen/Behandlung+Kids/Infos_Fachleute/Online_Artikel/asperger-loesungsorientiert.htm

Spitzcok von Brisinski, I.: Softwareführer Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Sonderpädagogik. Asanger Verlag, Heidelberg, 1996

Spitzcok von Brisinski, I. (1999): Computergestützte Trainingsverfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 9(1), 70-78

www.rk-

viersen.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Kliniken/Viersen/Behandlung+Kids/Infos_Fachleute/Online_Artikel/computer-kinderpsychiatrie.htm

Spitzcok von Brisinski, I. (2003a) Dazugehören - Wie Kinder ihren Platz in der Klasse finden. Berlin: Cornelsen

Spitzcok von Brisinski, I. (2003b) Asperger-Syndrom, AD(H)S, Hochbegabung – differentialdiagnostische Aspekte. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 13(4), 52-72. www.bkjpp.de/forum/for403/asperger-hochbegabung-ads.htm

Spitzcok von Brisinski, I. (2005): Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 15, Heft 1, 83-120

Spitzcok von Brisinski, I. (2005): Das Asperger-Syndrom – eine autistische Störung. *Pädagogik*, 57, 6, 42-46

Vermeulen, P. (2002) „Ich bin was Besonderes“ Arbeitsmaterialien für Kinder und Jugendliche mit Autismus, Asperger-Syndrom. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Internet:

Kommentiertes Linkverzeichnis

www.kinderpsychiater.org/linksautism.htm

www.kinderpsychiater.org/maillinglist.htm

2.3 Störungen des Sozialverhaltens

- Abstimmung mit KJP, Eltern und Schule über gemeinsame, entschlossene Maßnahmen
- Vermehrte Präsenz, viel Außensteuerung, direktiv, Struktur
- Nur durchsetzbare Konsequenzen ankündigen
- Ggf. Verhaltenstherapie
- Ggf. unterstützend Medikation

Literatur

Haim Omer, Rita Irbauch, Arist von Schlippe (2005): Soziale Störungen und Gewalttätigkeit in der Schule. Lehrerinnen und Lehrer lernen gewaltfreien Widerstand. *Pädagogik*, 57, 2, 42-47

Omer, Haim; Schlippe, Arist von (2005): Autorität durch Beziehung. *Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung*. Vandenhoeck & Ruprecht

Omer, Haim; Schlippe, Arist von (2004): Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. Elterliche Präsenz als systemisches Konzept. Vandenhoeck & Ruprecht

Internet:

Untersuchung und Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens
www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-020.htm

2.4 Tourette-Syndrom

- Motorische und vokale Tics
- Obwohl die Tics unwillkürlich auftreten, können sie für begrenzte Zeit unterdrückt werden, wenn sie vom Schüler bemerkt werden
- Starke zeitliche Schwankungen und kontextabhängig, Verlauf daher nur über Monate beurteilbar
- Behandlung nur notwendig, wenn erheblicher Leidensdruck besteht oder der Schüler durch die Tics zum Außenseiter wird. Wichtig ist vor allem Beratung, ggf. Verhaltenstherapie und/oder Medikation
- Oft liegt zusätzliche ein ADHS und eine Zwangsstörung vor. Beides muss entsprechend behandelt werden.

Internet:

Untersuchung und Behandlung von Ticstörungen
www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-025.htm

Zahlreiche Informationen zum Tourette-Syndrom
www.tourette.de

2.5 Borderline-Störung, autoaggressives Verhalten, Traumatisierung

Die Borderline-Störung ist eine Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, wobei Impulsivität und Affektinstabilität im Vordergrund stehen. Für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung müssen mindestens 2 der folgenden Merkmale erfüllt sein:

- Mangelhafte oder fehlende Impulskontrolle
- Affektinstabilität
- Unzureichende Handlungsplanung
- Neigung zu aggressivem oder streitsüchtigem Verhalten
- Wutausbrüche, insbesondere wenn impulsives Verhalten behindert oder kritisiert wird.

Für die Borderline-Störung muss mindestens ein weiteres spezifisches Kriterium erfüllt sein:

- Unsicherheit über das eigene Selbstbild und die Identität sowie der "inneren Präferenzen" (einschl. der sexuellen)
- Intensives unbeständiges (in heterosexuellen Beziehungen häufig promiskuitäres) Beziehungsverhalten, das nicht selten Auslöser emotionaler Krisen ist
- Parasuizidale oder selbstverletzende Handlungen. „Ritzen“ bzw. „Schnippeln“ stellt oftmals nicht eine suizidale Handlung dar, sondern dient der Entspannung und/oder der Erlangung von Zuwendung.

Typische Vorgeschichte bzw. aktuelle Auffälligkeiten

- Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Impulsives Verhalten, Wut oder aggressive Durchbrüche sowie Selbstverletzungsverhalten und Selbstmordversuche
- Extreme, rasch wechselnde Stimmungsschwankungen
- Identitätskrisen bei inkonstanter Lebensplanung und häufigem Erleben von krisenhaften Situationen
- Depersonalisationserlebnisse, psychogene Gedächtnisverluste, Tranceerlebnisse.

Behandlung

Multimodales Vorgehen ist empfehlenswert, strukturierte Therapiemanuale sind "offenen" Therapieangeboten offenbar überlegen. Verhaltensmodifikatorische und pädagogische Vorgehensweisen stehen bei der Mehrzahl der Patienten im Vordergrund, während eine medikamentöse Behandlung im Allgemeinen als unterstützende und zeitlich begrenzte Maßnahme anzusehen ist.

Bei ausgeprägter Symptomatik ist häufig ein ambulantes Behandlungskonzept nicht ausreichend. Jugendliche mit Borderline-Persönlichkeitsstörung profitieren vielfach von der Überschaubarkeit und klaren Strukturierung einer psychiatrischen Station.

Kriterien für eine stationäre Behandlung sind:

- Eigengefährdung in Form einer bestehenden Suizidalität
- Selbstverletzendes Verhalten, Fremdgefährdung, Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, z.B. affektive Störungen, Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen, insbesondere "Dialektisch-Behavioral-Therapie" (DBT nach Linehan) und Psychodynamisch-konfliktorientierte Psychotherapie haben sich als effektiv erwiesen.

Kognitiv-verhaltensmodifikatorisches Vorgehen

- Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Einschätzung nahestehender Personen
- Erforschung der auslösenden Situationen für Affektauslenkungen und (selbstschädigende) Impulshandlungen
- Erlernen affektregulierender Verhaltensweisen
- Einübung eines Krisenmanagements zur Suizidprophylaxe und zur Prophylaxe auto-destruktiven Verhaltens
- Erlernen von Selbstkontrollmaßnahmen
- Kognitive Umstrukturierung und Abbau dichotomen Denkens
- Training sozialer Fertigkeiten

Psychodynamisch-konfliktorientierte Psychotherapie

- Aufbau oder Reorganisation des Selbstbildes und der Eigenintegrität
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit durch korrektive emotionale Erfahrung
- Einsicht in Zusammenhänge zwischen biographischen Erfahrungen und aktuellen konflikthaften Beziehungen
- Bewältigung akuter oder chronischer Traumata und Reifungskrisen
- Förderung ambivalenter Erlebnisfähigkeit

Beratung von Eltern und/oder Erziehungspersonen

- obligat für den Umgang mit dem und die Modifizierung des vom Jugendlichen gezeigten Problemverhaltens
- Bestehen Problem erhaltende Interaktionsmuster in der Familie, kann Familientherapie sinnvoll sein.

Medikamentöse Behandlung

- Eine Indikation zur Pharmakotherapie besteht bei ausgeprägten Impulskontrollstörungen bei massiven Angstzuständen bis hin zu psychotischen Dekompensationen sowie bei schwerwiegenden affektiven Ausnahmezuständen
- SSRI bei ausgeprägten affektiven Störungen und/oder Impulsivität einschließlich Fremd- und Autoaggression
- Carbamazepin bei starken Stimmungsschwankungen und Autoaggressivität
- Neuroleptika
- MAO-Hemmer beeinflussen Wut, Affekte und Impulskontrollstörungen positiv.
- Lithium, Carbamazepin oder Valproat können bei ausgeprägten impulshaften und aggressiven Symptomen eingesetzt werden

2.6 Suizidalität

Suizidale Äußerungen sollten stets ernst genommen werden, auch wenn der Betroffene plötzlich behauptet, es sei „nur ein Scherz“ gewesen. Es ist in der akuten Situation nicht sinnvoll, zwischen „appellativem Verhalten“ und „echten Selbstmordgedanken“ zu unterscheiden: Die Folgen suizidaler, auch appellativer Handlungen können auch ungewollt zu schweren Verletzungen oder zum Tode führen. Es sollte daher stets umgehend eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung durchgeführt werden, ggf. auch gegen den Willen des Kindes/Jugendlichen und/oder der Erziehungsberechtigten. Eine sofortige notfallmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung ist rund um die Uhr an allen Wochentagen möglich durch den Dienstbereitschaft habenden Arzt der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik bzw. Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses.

Internet:

Verzeichnis aller kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen
www.kinderpsychiater.org

Untersuchung und Behandlung

www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-031.htm

2.7 Sexueller Missbrauch

Sexueller Kindesmissbrauch bezeichnet sexuelle Handlungen mit, an oder vor Kindern durch eine wesentlich ältere Person. Dazu zählen sexuelle Handlungen mit Körperkontakt, Zeigen bzw. Herstellen pornografischer Fotos und Filme sowie Exhibitionismus. Sie sind missbräuchlich, da sie das Selbstbestimmungsrecht des Kindes verletzen und es einem erheblichen Risiko aussetzen (z. B. nachhaltige Störungen der psychosexuellen Entwicklung, Traumatisierungen, weitere psychische Störungen). Im Unterschied zu Sexualdelikten unter Erwachsenen spielt Einwilligung keine Rolle für die Beurteilung der Missbräuchlichkeit, da Kindern die geistige Reife fehlt. Auch kommt es vor, dass Kinder behaupten, dass sie „es“ auch gewollt hätten. Sie versuchen damit, ihre Machtlosigkeit und das Verhalten des Täters umzudeuten. Um sich bei innerfamiliärem Missbrauch das Vertrauen in die Eltern zu bewahren wird eine Erklärung gefunden, die die Eltern von jeder Schuld freispricht. Der Täter trägt jedoch allein die Schuld, nicht ein „verführerisches Kind“.

Kein sexueller Missbrauch liegt vor bei gleichrangigen Beziehungen unter Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Einverständnis.

Ein Verhalten kann je nach Kontext sexueller Missbrauch sein oder nicht: Wenn z. B. ein Vater immer schon mit seiner Tochter gebadet hat und sie Spaß daran hat, ist es kein sexueller Missbrauch, wenn er auch im Alter von 10 Jahren noch mit ihr badet. Zeigt die Tochter aber, dass sie es nun nicht mehr möchte, und tut er es dennoch, ist die Grenze überschritten. Haben Vater und Tochter lange nicht mehr zusammen gebadet bzw. sich nackt gesehen, erlebt es das Kind sicher als sexuellen Übergriff, wenn der Vater plötzlich mit dem Baden anfängt.

Sexueller Missbrauch beginnt meist im Kindergarten- und Grundschulalter. Die Dunkelziffer ist groß, weil die Opfer oft gefühlsmäßig mit dem Täter verbunden sind und die Täter ein Schweigegebot auferlegen. Innerfamiliärer Missbrauch wird viel seltener angezeigt und, wenn überhaupt, oft erst nach jahrelangem Bestehen. Wissenschaftliche Studien belegen, dass in Deutschland viele Kinder Opfer sexueller Gewalt werden. Ein Viertel der Täter sind Fremde, ein Viertel Familienmitglieder (Väter, Onkel, Brüder, Mütter, Tanten, Großväter) und etwa die Hälfte vertraute Personen außerhalb der Familie (Nachbarn, Sporttrainer, Pfarrer, Lehrer, Erzieher). Mädchen sind häufiger betroffen, jedoch ist mindestens jedes 10. Opfer in Deutschland ein Junge. Das Durchschnittsalter der Jungen liegt bei 10 - 12 Jahren. Ein Fünftel der Täter sind Frauen. Pädophile Täter bevorzugen meist Jungen in der Vorpubertät.

Folgen

Nicht jeder sexuelle Missbrauch führt zu schweren Störungen: Es gibt Kinder, deren Psyche fähig ist, zumindest weniger intensiven sexuellen Missbrauch ohne bedeutende Beeinträchtigungen zu verarbeiten. Nicht bei allen Kindern sind in direkter Folge Verhaltensauffälligkeiten festzustellen. Bei einigen Kindern zeigen sich die Schädigungen erst nach Jahren. Die Schädigungen sind um so größer, je enger die Beziehung zwischen Kind und Täter ist, je mehr Zwang und Gewalt der Täter anwendet, je massiver die sexuellen Übergriffe sind, je häufiger und länger der Missbrauch stattfindet und je jünger das Kind zu Beginn des Missbrauchs ist. Taten durch Bezugspersonen führen in der Regel zu schwereren Folgen als solche durch Fremdtäter, selbst wenn ausgeprägte Gewalt ausgeübt wurde.

Die elterlichen Reaktionen haben ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf die Verarbeitung des Missbrauchs: Je verständnisvoller und einfühlsamer die Eltern reagieren, desto eher werden die Folgen gemindert.

Die Opfer haben meist massive Schuldgefühle und sind verunsichert hinsichtlich ihrer geschlechtlichen und sexuellen Identität.

Notwendige Untersuchungen

Bei Verdacht auf sexuellem Missbrauch ist eine kinderpsychiatrische Untersuchung nötig. Befragungen zum Tathergang sind schwierig wegen später eventuell notwendiger Äußerungen zur Glaubhaftigkeit bei Gericht. Das Kind soll möglichst frei berichten, d. h. auf offene Fragen. Suggestive Fragen müssen unterbleiben.

Eine gynäkologische Untersuchung ist rasch geboten, wenn Spermaspuren gesichert oder Verletzungen an untypischen Stellen (Gesäß, Genitale, Innenflächen der Oberschenkel) bzw. sexuell übertragene Infektionen dokumentiert werden können.

Maßnahmen

Wenn der (vermutete) sexuelle Missbrauch erst wenige Stunden zurückliegt und mit Eindringen, Gewalt und/oder Absonderung von Körpersekreten des Täters verbunden war, ist eine frühestmögliche gynäkologische Untersuchung ggf. sinnvoll, um Verletzungen, Sperma und/oder andere Spuren zu sichern. Auch bei länger zurück liegendem Missbrauch ist eine gynäkologische Untersuchung ggf. sinnvoll, u. a. um das Vorliegen einer (vom Täter übertragenen) Geschlechtskrankheit auszuschließen bzw. zu behandeln. Insgesamt müssen die Untersuchungen aber stets sehr rücksichtsvoll durchgeführt werden, um eine sekundäre Traumatisierung zu verhindern.

Schuldvorwürfe gegenüber dem Täter sollten zunächst unterbleiben. Wichtiger sind Schutz und Sicherheit des Kindes.

Dem Kinder sollten keine falschen Versprechungen gemacht werden: Wenn ein Kind dem Zuhörer ein Geheimnis anvertraut und er Verschwiegenheit zusichert, wird er ohnmächtiger Mitwisser im Misshandlungssystem.

Vielen Kindern wurde von den Tätern Heimunterbringung angedroht. Diese Ängste müssen ggf. entkräftet werden. Interessen von Strafverfolgungsbehörden nach hoher Detailaufklärung müssen ggf. zurückstehen, wenn sie dem Kind nicht zugemutet werden können.

Es gibt keine Anzeigepflicht für sexuellen Missbrauch. Sobald Polizei oder Staatsanwaltschaft jedoch davon erfahren, muss ermittelt werden. Insofern bedeutet das Einschalten der Polizei eine weitgehende Entscheidung.

Tiefgehende Traumata müssen nicht immer intensiv durchgearbeitet werden, da dies die Betroffenen überlasten kann.

Internet:

Untersuchung und Behandlung: Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch
www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/028-034.htm

Zentrale Informationsstelle zur Prävention von sexueller Gewalt
www.zissg.de

Hilfe bei Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch
www.familienhandbuch.de/cmain/f_Programme/a_Angebote_und_Hilfen/s_441.html

Kontaktadresse

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Rheinische Kliniken Viersen, Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Tel. 02162/965000, Fax 02162/965038,
E-Mail Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de, Internet <http://www.rk-viersen.lvr.de>