

Quenstedt, Fritz

Neurotische Kinder in der Sonderschule -Therapeutische Einflüsse und Probleme

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 8, S. 317-321

urn:nbn:de:bsz-psydok-30708

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescence)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohmi, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families)	308
<i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology)	154
<i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne)	28
<i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems)	317
<i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments)	82
<i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens)	239

Tagungsberichte

<i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg	322
<i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29. 10. 1983	159
<i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar	34

Ehrungen

Hans Robert Ietzner – 60 Jahre	105
Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag	244
Friedrich Specht zum 60. Geburtstag	322
Johann Zauner – 65 Jahre	323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

<i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant	325
<i>Arwiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern	36

<i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheumert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse	251
<i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen	292
<i>Corsini, R. J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie	105
<i>Davidson, G. C., Neale, J. M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch	325
<i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweißchen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	75
<i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien	165
<i>Friedrich, M. H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien	77
<i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder	163
<i>Herzka, H. St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag	165
<i>Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene	324
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie	199
<i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim	199
<i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse	292
<i>Maker, C. J.</i> : Curriculum Development for the Gifted	36
<i>Maker, C. J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted	36
<i>Minuchin, S., Fishman, H. Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken	161
<i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966	107
<i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung	200
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	37
<i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit	76
<i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung	38
<i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie	107
<i>Retz, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte	162
<i>Reukauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration	164
<i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen	325
<i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten	201
<i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbber-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie	198
<i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese	245
<i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differenzielle Gesprächspsychotherapie	198
<i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung	324
<i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst	291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme

Von Fritz Quenstedt

Zusammenfassung

Ausgehend von der stillschweigend akzeptierten These, daß Verhaltensstörungen zunehmen, wird aufgezeigt, wie sich in den letzten zehn Jahren ein Wandel von einer ausschließlich behavioristisch orientierten Verhaltenstherapie zu einer gleichfalls sozial-kognitiven Verhaltenstherapie in der Sonderschule für verhaltensgestörte Kinder vollzogen hat. Vor dem Hintergrund einer insbesondere qualitativen Zunahme von Verhaltensstörungen ist selbst die neubestimmte Verhaltenstherapie überfordert. Gerade um seelisch schwerst gestörte Kinder, solche mit z.T. manifesten Ich-Störungen zu behandeln, bedarf es medizinischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Hilfen in der Sonderschule, die nur von Fachkräften geleistet werden kann. Erste Anfänge, um sich zu solchen Fachkräften weiterzuentwickeln, haben Schulpsychologen und Sonderschullehrer vorgenommen, indem sie sich einer individualpsychologischen Zusatzausbildung in Psychotherapie unterzogen haben. Langfristig liegt hier eine Chance, den seelisch schwerst gestörten Kindern umfassendere therapeutische Hilfen anzubieten als bisher.

1. Verhaltenstherapie in der Sonderschule vor 10 Jahren

Die Diskussion über die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verhaltenstherapie spielt sich in der Sonderschule für verhaltensgestörte Kinder vor dem Hintergrund ab, daß Fachleute und Bildungsbehörden der These folgen, daß sich Verhaltensstörungen bei den Kindern in ihrer Quantität und Qualität gerade in den letzten Jahren verstärkt haben. Obgleich diese These auch im statistischen Sinne nicht einfach zu beweisen ist, wird ihre Richtigkeit vielerorts stillschweigend angenommen.

Die Sonderschule für verhaltensgestörte Kinder besuchen Kinder mit:

- seelischen Störungen,
- hirnorganischen Schädigungen (die nicht zur geistigen Behinderung führen),
- psychomotorischen Störungen (*Der Senator für Bildung*, 1976).

Nach Kluge (1975) werden Verhaltensstörungen definiert als:

- wiederholt von den gängigen Normen abweichendes Verhalten,

- Abweichungen von Vereinbarungen,
- Abweichungen mit massiven sozialen Folgen (z.B. Verwahrlosung).

Um insbesondere den unterschiedlichen seelischen Störungen verhaltensgestörter Kinder zu begegnen, bediente sich die Sonderschule noch vor zehn Jahren einer heute überholten Verhaltenstherapie. Befragte man die im pädagogischen Bereich tätigen Praktiker nach ihrer Meinung zur Verhaltenstherapie, dann erhielt man folgende Antwort: Verhaltenstherapie ist eine therapeutische Methode, die auf der modernen Lerntheorie des operanten Konditionierens (Skinner, 1974) und des klassischen Konditionierens (Pawlow, 1972) aufbaut. Durch gezielten Einsatz von Bekräftigungen kann man die gewünschten Verhaltensweisen entwickeln. Bei der Veränderungsprozedur geht man wie in einem psychologischen Experiment vor, auf einen bestimmten Reiz folgt eine bestimmte Reaktion.

Aus dieser Antwort gewinnt man den Eindruck, in der Praxis sei die Verhaltenstherapie zu einer verkürzten Technologie geworden:

- Die Verhaltenstherapie sei vom Praktiker außerordentlich schnell als Handwerkszeug zu erwerben, da sie sich scheinbar nur auf wenige handlungsanweisende Prinzipien stützt: Man verteilt Lob und Tadel, um das erwünschte Verhalten hervorzubringen.
- Die Verhaltenstherapie sei schnell einsetzbar, da es keiner aufwendigen Vorbereitung bedarf, um mit einem Versuch zur Veränderung des Verhaltens einer Person beginnen zu können (Belscher, 1979).

Es war dann wohl auch mehr die verkürzte Technologie der Verhaltenstherapie als die tatsächliche Zunahme von Verhaltensstörungen, die den Erfolg der Verhaltenstherapie in der Sonderschule in Frage stellte. Da eine ausschließlich behavioristisch ausgerichtete Verhaltenstherapie keine besonderen Therapieerfolge vorweisen konnte, sah die Sonderschule darin eine Bekräftigung ihrer Behauptung, daß Verhaltensstörungen zunehmen. Diese These entwickelte sich fast zu einer Ideologie der Sonderschule und forderte

eine Weiterentwicklung der behavioristischen Verhaltenstherapie. Erste Versuche einer Veränderung der Verhaltenstherapie wurden von den Sonderschulen unternommen. In Bremen wurde z.B. 1974/75 die Sonderschule für entwicklungsgestörte Kinder an der Fritz-Gansberg-Straße als Ganztagschule mit besonders umfangreichen Therapieangeboten auch an den Nachmittagen gegründet. Bereits die Namensänderung, „entwicklungsgestört“ statt „verhaltensgestört“, sollte auf die vermeintlich positiven Therapieerfolge der neuen Schule abzielen, denn mit der Verwendung des Begriffs „entwicklungsgestört“ verbindet sich die Hoffnung der Schule, daß die Störungen der Kinder entwicklungsbedingt und vorübergehend sein können und nicht wie bei Sonderschulen für verhaltensgestörte Kinder eher festgeschrieben werden. Im Rahmen dieser Vorstellung entwickelte die Sonderschule für entwicklungsgestörte Kinder ein neues Therapiekonzept, welches besondere Hilfen für seelisch gestörte Schüler versprach.

2. Darstellung des Therapiemodells der Sonderschule an der Fritz-Gansberg-Straße, Bremen

Das Therapiemodell der Sonderschule für entwicklungs- (synonym verhaltensgestörte) Kinder unterscheidet drei Ebenen:

Die *obere Ebene* des Therapiemodells kann von allen erziehenden Mitarbeitern der Schule ausgefüllt werden. Therapeutische Wirkungen können hier mehr oder weniger beabsichtigt werden. Die Haltung des Erziehers zeichnet sich durch akzeptierendes, wohlwollendes und wertschätzendes Verhalten aus. Therapeutische Wirkungen im Sinne einer Entlastung des Schülers können auch schon allein durch die Herstellung einer Situation – etwa im Spiel, Fehlen eines Leistungsdrucks – erreicht werden. Auf dieser Ebene hat auch die Einzelfallhilfe der Sozialarbeiter ihren Ort. Dabei stehen aber nicht die Schüler allein, sondern auch deren familiäre Bezugspersonen im Brennpunkt.

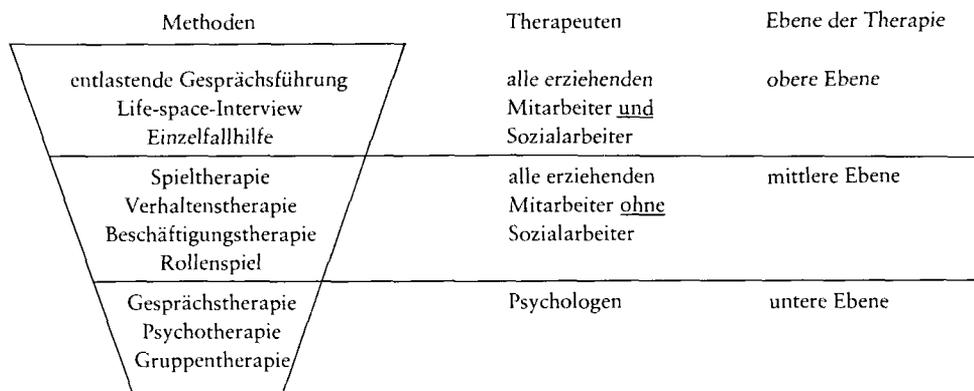


Abb. 1: Therapiemodell der Sonderschule an der Fritz-Gansberg-Straße

Die *mittlere Ebene* verweist auf weniger allgemeine, also mehr eingegrenzte therapeutische Methoden, die meist mit Hilfe medialen Einsatzes (Spielzeuge, Werkstücke, verbale und nicht-verbale Rollenanweisungen, Strichlisten bei Selbstbeobachtungen im Rahmen der Verhaltensmodifikation) auf indirekte Weise die jeweilige Störung angehen. Hier ist ein Psychologe wie im Falle der Verhaltensmodifikation nicht immer oder unbedingt erforderlich; auch Pädagogen oder Sozialpädagogen arbeiten mit besonderen Methoden auf dieser Ebene selbständig und als Hilfs-Therapeuten.

Die *untere Ebene* dieses Modells bezeichnet therapeutische Ansätze in reiner Form. Ihr Kennzeichen ist das methodenspezifische und direkte Angehen der jeweiligen Störung beim einzelnen Schüler oder in Gruppen. Diese in diesem Modell am stärksten eingegrenzten methodisch begründeten Eingriffe werden ausschließlich von Psychologen vorgenommen (*Der Senator für Bildung*, 1976).

2.1 Neubestimmung der Verhaltenstherapie

Die Schule an der Fritz-Gansberg-Straße in Bremen kann in ihrem Therapiemodell inzwischen auf eine weiterentwickelte Verhaltenstherapie zurückgreifen, die auch die Präferenz des Therapieangebotes der Schule auf der mittleren Ebene in bestimmter Weise rechtfertigt. Der Grund hierfür liegt in der veränderten Auffassung von Verhaltenstherapie. Die behavioristische Betrachtung ist heute nicht mehr wie noch vor 10 Jahren die einzige Sichtweise, sondern gerade Aspekte einer sozial-kognitiven Lerntheorie (*Bandura*, 1979) haben eine Veränderung der Verhaltenstherapie bewirkt. In der behavioristischen Betrachtung, wie sie eine Reihe von Jahren für die Verhaltenstherapie kennzeichnend war, wurde die externe Determiniertheit menschlichen Handelns betont. Diese Sichtweise brachte einige Gefahren und Verkürzungen mit sich. Beispielsweise wird bei der Verwendung des behavioristischen Analyserasters übersehen, daß menschliches Handeln zielorientiert ist. Die alternative, heute bevorzugte Sichtweise geht von der sozial-kognitiven Lerntheorie aus. Zwei wesentliche Punkte der sozial-kognitiven Lerntheorie sind hervorzuheben:

- Lernen wird als aktiver Informationsverarbeitungsprozeß aufgefaßt.
- Eine Person nimmt eher kognitive, symbolische Repräsentationen der Umgebung auf und nicht die physikalischen Merkmale der Umwelt.

In diesem Konzept werden externe Determinanten des Erlebens und Verhaltens nicht abgelehnt, aber es wird die wesentliche Bedeutung interner Determinanten aufgegriffen. Die neue Sichtweise läßt sich am Begriff der Verstärkung demonstrieren. Galt früher die Auffassung, Reaktionskonsequenzen als externe Ereignisse steuerten das Verhalten quasi automatisch, so ist diese Auffassung von Konditionierung heute zu ersetzen: der Begriff der Konditionierung ist nicht länger ein erklärender, sondern ein deskriptiver Begriff. Die im Konditionierungsvorgang beobachtete Veränderung des Verhaltens ist kognitiv vermittelt: die Person hat gelernt, die Konsequenzen ihres Handelns vorauszusagen; über die antizipierten Folgen

wird das Verhalten gesteuert. Die Person erkennt also eine instrumentelle Beziehung zwischen Handlung und Ereignis. Sie funktioniert auf eine Verstärkung hin nicht wie eine „mechanische Puppe“, indem sich die Verstärkung auf das Verhalten auswirkt, ohne daß das Bewußtsein einbezogen wird (*Belschner*, 1979).

2.2 Praktische Anwendung der Neubestimmten Verhaltenstherapie

Die Erkenntnisse der neuen Verhaltenstherapie werden in der Sonderschule für entwicklungsgestörte Kinder nicht nur in der Einzel-, sondern auch in der Gruppentherapie verwendet. Dabei lassen sich Gruppen-Verfahren im Rahmen der Verhaltenstherapie entsprechend dem Therapiemodell der Schule nur auf der mittleren, im allgemeinen durch Medieneinsatz gekennzeichneten Ebene durchführen. Ihr wesentliches Merkmal ist der ökonomische Einsatz: mehrere Schüler mit gleicher oder ähnlicher Symptomatik werden gleichzeitig therapiert. Für die Sonderschule für verhaltensgestörte Kinder eignen sich folgende Gruppenverfahren:

- Eine *systematische Entspannung* („Progressive Relaxation“) bei Kindern mit erhöhtem Erregungsniveau. Das Verfahren zielt (wie auch das mögliche autogene Training) auf eine Verminderung des Muskeltonus ab, um damit wiederum Reizbarkeit, nervöse Unruhe, Angst zu vermindern und Entspannung und Erholung zu ermöglichen. Der Einsatz dieses Verfahrens ist z.B. dann angebracht, wenn hohe Konzentration bei einer bestimmten Arbeit erwünscht oder erforderlich ist oder wenn ein Konzentrationstraining durchgeführt werden soll. Gelernt wird, Körperempfindungen wahrzunehmen und dabei Selbstbeobachtung zu üben. Die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung ist wiederum für die Ausübung von Selbstkontrolle (Selbststeuerung) erforderlich.
- Ein *Selbstbehauptungstraining* für unsichere, gehemmte Kinder: es wird beabsichtigt, sich eigene Ansprüche zugestehen zu können, sie zu äußern und situationsangemessen durchzusetzen. Das Training eignet sich vor allem zum Erlernen neuen sozialen Verhaltens. Die Durchführung erfolgt durchweg mit Hilfe des Rollenspiels und vom Lernprozeß her über das Lernen am Modell, durch Verstärkung und wiederholte Übung sowie durch das Einsicht vermittelnde Gespräch.
- Eine *Verhaltensmodifikation* im Rahmen einer Klasse oder in symptomorientiert zusammengesetzten Gruppen: gedacht ist hierbei an den Aufbau von Selbstkontrollverhalten, Aufmerksamkeitsverhalten, Meldeverhalten, Regeltraining (Eigentumsregel, Unverletzlichkeitsregel u.ä.).
- Eine weitere Form gruppentherapeutischer Arbeit an der Sonderschule für entwicklungsgestörte (= verhaltensgestörte) Kinder an der Fritz-Gansberg-Straße ist möglich durch einen Ansatz, der gesprächspsychotherapeutische und gruppenspezifische Elemente miteinander verbindet. In einem *Kommunikationstraining* ist dieses möglich. Es zielt darauf, die Kommunikationsfähigkeit der Schüler zu verbessern. Dabei ist zu denken an z.B.: (a)

seine eigenen Wünsche, Hoffnungen, Bedürfnisse in der Gruppe so darzustellen, daß die Kommunikation mit den übrigen Gruppenmitgliedern durch Nebenwirkungen nicht gestört wird (Kontaktaufnahme durch Schlagen wäre ein negatives Beispiel); (b) die Äußerungen von anderen besser aufnehmen können, indem besser zugehört und mehr nachgefragt wird.

Ein solches Kommunikationstraining hat ausgesuchte Trainingsformen und Übungen zum Inhalt, es ist trotz gruppenspezifischen Anteils stark gelenkt (*Der Senator für Bildung*, 1976).

2.3 Kritik des Therapiemodells

Die wohlgemeinte Aufblähung des Therapieangebots der neugegründeten Sonderschule für entwicklungsgestörte Kinder mit dem Ziel, den vermeintlich immer schwerer gestörten Schülern therapeutische Hilfen anzubieten, muß sich einer grundlegenden Kritik unterziehen:

- Mit Zunahme des Therapieangebots steigt auch die Zahl therapiebedürftiger Schüler.
- Mit der Zunahme des Therapieangebotes verändert sich das Verhältnis von Heilen und Fördern bzw. Therapie und Unterricht in der Sonderschule.
- Bietet die Schule Therapien auf drei Ebenen an, so bewerten sich die Therapien untereinander. Es schließt sich die Frage an, ob man schon bei einem entlastenden Gespräch von Therapie sprechen kann.
- Die Sonderschule bevorzugt in den Einzel- und Gruppenverfahren fast uneingeschränkt die behavioristisch orientierte und durch Anteile der sozial-kognitiven Lerntheorie ergänzte Verhaltenstherapie. Therapie findet beinahe nur auf der mittleren Ebene statt, kuriert Symptome, erreicht die Ursachen der Symptome nur mehr oder weniger zufällig und kann bestenfalls noch auf Störungen in der Wir-Beziehung, nicht aber auf Ich-Störungen der Schüler einwirken.

Gerade aus diesem Kritikpunkt ergibt sich, unterstellt man einmal eine tatsächliche Zunahme von Verhaltensstörungen, daß die Schule nicht in der Lage ist, seelisch besonders stark gestörten Schülern adäquate therapeutische Hilfen zu gewähren. Nun kann man einwenden, daß eine klare Abgrenzung von Krankheitsbildern durch die oftmals fließenden Übergänge von neurotischen und psychotischen Störungen bei verhaltensgestörten Kindern kaum vorzunehmen ist und die Störungen in der Sonderschule von Nichtfachleuten, d.h. in diesem Falle von Sonderschullehrern, lediglich auf der Symptomebene wahrgenommen werden und häufig als nicht so schwerwiegend erkannt werden wie sie wirklich sind (schließlich gibt es Kinder, die schon seit drei und mehr Jahren eine Verhaltenstherapie erhalten und deren Verhalten sich seitdem kaum positiv verändert hat). Selbst wenn man diesen Einwand berücksichtigt, so bleibt doch der Vorwurf, daß die Sonderschule Kindern mit starken seelischen Störungen, mit drohenden Krankheitsbildern wie Psychosen, Schizophrenien und Psychosomaten weder eine rechtzeitige Prävention noch eine ihrer Krankheit entsprechende Therapie und Behandlung anbieten kann.

3. Ich-gestörte Schüler mit Psychotherapie behandeln

Die Sonderschule ist mit der Behandlung Ich-gestörter Kinder allein überfordert. Eine auch noch so gut gemeinte sozial-kognitive Lerntheorie als Basis für die Verhaltenstherapie läßt den Wunsch des kranken Schülers nach einer Behandlung mit psychologischen Mitteln, nach einer ausgedehnten Therapeut-Patient-Beziehung nicht ersetzen. Zudem benötigen zahlreiche entwicklungsgestörte Schüler wichtige Medikamente, so z.B. Epileptiker, damit sie sich nicht beim Anfall verletzen. Die Medikamente werden nicht aus Schikane oder als Pillenkeule verabreicht, sondern sollen zunächst einmal für die Ruhigstellung besonders gefährdeter Schüler sorgen. Neben der medizinischen Behandlung dieser Schüler sollte eine längerfristige psychotherapeutische Betreuung einsetzen. Diese könnte selbstverständlich nur von Fachärzten, Psychoanalytikern und Psychotherapeuten, nicht aber von den Mitarbeitern der Sonderschule durchgeführt werden. Deshalb wäre es auch gerade unter Berücksichtigung der stillschweigend akzeptierten These von der Zunahme der Verhaltensstörungen sinnvoll, Ärzte, Psychoanalytiker und Psychotherapeuten zumindest stundenweise an der Sonderschule zu beschäftigen. Aber auch ohne die Fachleute muß die therapeutische Hilfe stark Ich-gestörter Schüler in der Sonderschule nicht wie bisher unzureichend bleiben. So hat die Schulleitung der Sonderschule für entwicklungsgestörte Kinder an der Fritz-Gansberg-Straße angeregt, daß sich die Kollegen nach und nach einer individualpsychologischen Zusatzausbildung in Psychotherapie unterziehen sollen. Im Unterschied zur Psychoanalyse zielt die Adlerianische Persönlichkeitstheorie auf: Ganzheit und Zielgerichtetheit der Persönlichkeit, private Logik, Gemeinschaftsgefühl als biologisches Grundbedürfnis und das sich daraus ableitende soziale Wertesystem auf der Basis der Gleichwertigkeit (*Schmidt-Hollmann*, 1982).

3.1 Kurzer Ausblick auf die Entwicklung der Therapien in der Sonderschule

Grundsätzlich ist den Sonderschulen eine Verstärkung der psychotherapeutischen Methoden, so z.B. der bereits vereinzelt praktizierten individualpsychologischen Psychotherapie auch im Hinblick auf die vermeintlich richtige These, von der Zunahme der Verhaltensstörungen, zu empfehlen. Zudem wird die theoretische Diskussion über die Methoden von Verhaltenstherapie und Psychotherapie in der Sonderschule für verhaltensgestörte Kinder neu angeregt, was für beide Methoden förderlich sein kann und für die stark Ich-gestörten Schüler zu einer hoffentlich verbesserten therapeutischen Betreuung führen wird. Sollte sich darüber hinaus die These von der Zunahme der Verhaltensstörungen bestätigen, so müßte die Sonderschule an der Fritz-Gansberg-Straße vermutlich eine neue Standortbestimmung vornehmen, die von der Schule weg – und zu einem Therapiezentrum hinführen würde.

Summary

Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems

Starting from the mutually accepted thesis that maladjustment is increasing, it is shown how a change has occurred in special schools for maladjusted children, within the past ten years, from an exclusively behavioristic oriented behaviour therapy to an equally social-cognitive behaviour therapy. Against the background of a qualitative increase in maladjustment, especially, even the newly appointed behaviour therapy is inadequate. In order to treat children who are psychologically most severely disturbed, like those with partly manifest I-disturbances, medical, psychoanalytical and psychotherapeutical help, which can only be given by specialists, is need in special schools. First steps in further developping themselves into such specialists have been undertaken by schools psychologists and teachers of special schools, by virtue of undergoing a supplementary education in psychotherapy which is psycho-individualistic orientated. In the long run, there is a chance here to offer to the psychologically worst disturbed

children more comprehensive therapeutical assistance than hitherto.

Literatur

Bandura, A. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta. – Belschner, W. (1979): Der Beitrag der Verhaltenstherapie zur Sonderpädagogik. In: Zschr. f. Heilpäd. 11, 729–746. – Der Senator für Bildung (1976): 1. Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Modellversuchs einer Sonderschule in Ganztagsform für psychodynamisch behinderte und verhaltensgestörte Kinder unter Einbeziehung der Einzelhilfe für die Familie (Sonderschule für entwicklungsgestörte Kinder an der Fritz-Gansberg-Straße). Bremen. – Kluge, K.J. (1975): Sie prügeln sich und leisten wenig (Verhaltensauffällige in Grund- und Hauptschule). Rheinstetten: Schindele. – Pawlow, J.P. (1972): Die bedingten Reflexe. München: Kindler. – Schmidt-Hollmann, I. (1982): Überlegungen zum Stellenwert und zur Indikation individualpsychologischer Kinderpsychotherapie. In: Beiträge zur Individualpsychologie, 2, 68–73. – Skinner, B.F. (1974): Die Funktion der Verstärkung in der Verhaltenswissenschaft. München: Kindler.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Soz.-Wiss., Dipl.-Päd. Fritz Quenstedt, Burhaver Straße 25, 2800 Bremen 1.