

Abschlussarbeit

Psychologischer Berater

Thema

Unterstützende Beratungsarbeit bei einem chronischen und
verhaltensgestörten Krankheitsbild

(hier: Neurofibromatose in Verbindung mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-
Hyperaktivitätssyndrom)

Holger Deckwer

Deutsche Paracelsus Schule Chemnitz
Matrikel-Nr. 107988
November 2005

Gliederung

1. Warum Victor F.?
2. Was ist „Neurofibromatose“ (Morbus Recklinghausen)?
3. Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom
4. Psychosoziale Situation chronisch kranker Kinder
5. Anamnese
 - 5.1. Begriff
 - 5.2. Elternanamnese
 - 5.3. Anamnese von Victor
6. Das gesonderte Schülerhilfsprojekt
7. Einschätzung der Eltern über das gesonderte Schülerhilfsprojekt
8. Die Psychologische Beratung
 - 8.1. Aufgaben und Ziele eines Psychologischen Beraters
 - 8.2. Besonderheiten der psychologischen Beratung bei Kindern und Jugendlichen
9. Hilfestellungen und therapeutische Ansätze für Victor und seine Familie
10. Verhaltenstherapie als primäre Therapie bei Victor
11. Schlussbemerkungen
12. Literaturliste
13. Versicherung

1. Warum Victor F.?

Mein erster Kontakt zu Victor F. entstand durch meine Praktikumsarbeit an einer Schule für Erziehungshilfe hier in unserer Stadt. Ich hatte mir durch mein begonnenes psychologisches Studium an der Paracelsusschule einige theoretische Grundlagen und Kenntnisse in der Kinder-, Jugend- und Entwicklungspsychologie angeeignet und interessierte mich speziell für Verhaltensauffälligkeiten jeglicher Art bei Kindern und Jugendlichen. Somit konnte ich an dieser Förderschule auch in praktischer Hinsicht Einblick in den Unterricht und den speziellen Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen erhalten. Mein Ziel für diese Praktikumsarbeit ergab sich einerseits im Erleben von Verhaltensauffälligkeiten und Aggressionen und andererseits in der Analyse des Umgangs und der Interaktionen von Lehrern und Schulpsychologen mit deren Schülern und den diagnostizierten Auffälligkeiten.

Der Unterricht an dieser Schule wird meist in einem kleineren Klassenverband durchgeführt, d. h. dass ein Lehrer und eine weitere pädagogische Unterrichtshilfe den Unterricht mit 5 bis 10 Schülern gestalten, wobei dadurch intensiv das Ziel verfolgt wird, Aggressionen und weitere Auffälligkeiten abzubauen und durch ein spezielles Unterrichtsziel zu lenken oder zu ersetzen.

Victor besuchte diese Förderschule bis zur 3. Klasse aufgrund erheblicher Verhaltensauffälligkeiten, allerdings mit vielen Unterbrechungen, die krankheitsbedingt waren. Im August 2003 wurde durch die Schule für Erziehungshilfe, dem Kinderhilfsverein und dem Jugendamt der Stadt ein neues Schulmodell gestartet, in das Victor ab diesem Zeitpunkt integriert wurde.

Ich meldete mich parallel zu meiner Praktikumsarbeit an der Förderschule ebenfalls als Praktikant in diesem Projekt. Als Herausforderung ergab sich der Aspekt, dass dort die acht wahrscheinlich verhaltensauffälligsten Kinder und Jugendlichen unterrichtet wurden, die an der Förderschule als nicht mehr beschulbar galten. Victor war einer von ihnen.

Im Verlauf der ersten Wochen im Projekt entpuppte er sich als einer der aggressivsten Schüler, mit denen ich in meinen bisherigen Praktika zu tun hatte. Es waren nicht nur seine vielen Verhaltensauffälligkeiten, hinzu kam eine in diesem Ausmaß von mir noch nie beobachtete Form von kalkulierter und gezielt eingesetzter Aggression gegenüber den anderen Kindern und der Lehrerschaft. Als ich die Krankenberichte und die Schulakte von Victor gelesen hatte, wurde mir klar, dass der Junge eine besondere Entwicklung genommen hatte. Bei Victor lagen eine diagnostizierte Neurofibromatose Typ I (Morbus Recklinghausen) und eine hyperkinetische Störung (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom) vor. Dazu kamen noch differenzierte Formen der Störung im sozialen Handeln und emotionalen Erleben.

Diese Besonderheiten versuche ich in den nun folgenden Gliederungspunkten meiner Arbeit zu analysieren und möchte herausarbeiten, warum Victor diese Entwicklung genommen hat und welche Therapiemöglichkeiten ich als Psychologischer Berater habe und zur Anwendung kommen könnte.

2. Neurofibromatose (Morbus Recklinghausen)

Friedrich Daniel von Recklinghausen (1833-1910), mit dessen Namen das Krankheitsbild der Neurofibromatose verbunden ist, stellte in seiner Arbeit „Über die multiplen Neurome“ (1882) als erster heraus, dass es sich bei der Neurofibromatose um eine klinisch-pathologische Entität (Gegebenheit) handelt.

Von Recklinghausen entdeckte die enge Verflechtung nervaler und fibröser Elemente zunächst an einem frisch gefangenen Karpfen, beschrieb die Neurofibrome dann bei einer 55jährigen Frau und einem 47jährigen Mann, welche jeweils multiple Fibrome, aber auch zahlreiche Pigmentnaevi (Hyperpigmentationen) aufwiesen. Daneben fand von Recklinghausen tumoröse, unterschiedlich große Veränderungen auch an inneren Organen und in Röhrenknochen, sowie noduläre Auftreibungen an peripheren Nerven (Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark).

Im Laufe der nächsten Jahre und Jahrzehnte galt es als erwiesen, dass es sich bei der Neurofibromatose um eine Erbkrankheit handelt, bei der weiche fleischige Wucherungen von verändertem Nervengewebe auf der Haut und an anderen Körperteilen auftreten. Es ist jedoch auch Spontanmutation möglich.

Neurofibrome sind Wucherungen der myelinproduzierenden Schwammschen Zellen, sowie anderer Zellen, die periphere Nerven umgeben und schützen. Gewöhnlich setzen diese Wucherungen nach der Pubertät ein und sind als kleine Knötchen unter der Haut tastbar. Die Betroffenen haben außerdem mittelbraune Flecken, so genannte „Cafe-au-lait-Flecken“ auf der Brust, dem Rücken, am Becken, an den Ellenbogen und Knien. Diese Flecken können von Geburt an vorhanden sein oder sich infolge der Krankheit bilden. Im Alter von 10 – 15 Jahren erscheinen fleischige Wucherungen (Fibrome) unterschiedlicher Größe und Form auf der Haut. Weniger als 10, aber auch Tausende können auftreten. Bei manchen Betroffenen führen die Wucherungen zu Skelettveränderungen, z. B. Verkrümmung der Wirbelsäule, Rippendeformation, Vergrößerung der langen Knochen in Armen und Beinen und Knochendefekten im Schädel und um das Auge.

Es gibt keine Behandlungsmethode, mit der man die Neurofibromatose aufhalten oder heilen könnte. Einzelne Wucherungen können aber operativ entfernt oder durch eine Strahlentherapie verkleinert werden. Liegen die Wucherungen nah an einem Nerv, muss dieser in der Regel bei einer Operation mit entfernt werden.

Innerhalb des Morbus Recklinghausen existiert eine weit gefächerte Streubreite von Symptomen, deren Wertigkeit sowohl für das aktuelle Zustandsbild als auch für die Langzeitprognose von unterschiedlicher Bedeutung sind. Zudem können bei der Dynamik der Neurofibromatose innerhalb der ersten Lebensjahre immer neue bedeutungsvolle Erscheinungen hinzukommen, welche die aktuelle Situation und somit auch die Zukunftsaussichten des Kindes verändern können.

Bis 1990 kamen in der Bundesrepublik Deutschland auf 626 000 Geburten durchschnittlich 250 Geburten von Kindern mit Neurofibromatose.

3. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom

Lange Zeit galten hyperaktive Kinder einfach nur als „unerzogen“. In der heutigen Zeit geht man davon aus, dass hinter dem auffallenden und störenden Verhalten *nicht* schlechte Erziehung oder böse Absicht stecken, sondern eine Krankheit. Die impulsiven Kinder leiden an einer Wahrnehmungsstörung, genannt Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS). Und dieses Syndrom kann sich mit oder ohne Hyperaktivität zeigen.

Die Hauptmerkmale von ADS sind emotionale Impulsivität, anhaltende Unaufmerksamkeit und Handlungsimpulsivität. Mangelnde Verhaltenskontrolle, Handeln ohne Nachzudenken, nicht Abwarten können und kein planvolles Arbeiten sind Verhaltenseigenschaften, die in der Schule schnell zu Lernstörungen führen. Die Störung der Daueraufmerksamkeitsspanne, die ständige Ablenkung durch visuelle und akustische Reize (Reizreaktionsschwäche) vermindern die Lernleistung.

Das DSM IV (internationales diagnostisches Manual psychischer Krankheiten) fordert folgende diagnostische Kriterien für ADS mit Hyperaktivität:

Kriterien der Unaufmerksamkeit:

- Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit
- Störung der Daueraufmerksamkeit
- Schwierigkeit zuzuhören
- Organisationsschwierigkeiten
- Mühe, sich über längere Zeit geistig anzustrengen
- häufiges Verlieren und Verlegen
- leichte Ablenkbarkeit durch äußere Reize
- Nichtbemerken von wechselnden Aufgabenstellungen

Kriterien der Hyperaktivität und Impulsivität:

- ständige Unruhe in den Gliedmaßen
- Mühe, ruhig sitzen zu bleiben
- „Zappelphilipp“
- Schwierigkeit, ruhig zu spielen
- „Innerlich, wie von einem Motor angetrieben“
- Übermäßiges Reden
- Unmöglichkeit zu Warten
- Störendes Verhalten gegenüber anderen

Lange Zeit wurde das Phänomen „Hyperaktivität“ als Modediagnose abgetan und nur zu oft belächelt. Inzwischen halten die meisten Mediziner ADS für eine ernstzunehmende Krankheit, von der etwa fünf bis zehn Prozent aller Kinder betroffen sein sollen.

ADS wäre damit die häufigste psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter.

Die Kinder mit ADS brauchen acht- bis zehnmals mehr Zeit, um Regeln zu automatisieren und anzuwenden, nur ein Drittel bis die Hälfte der Informationen wird überhaupt aufgenommen.

Die Erforschung des ADS in den letzten zehn Jahren hat gezeigt, dass die Erkrankung viele Facetten haben kann. Das Herumzappeln oder Kippen auf dem Stuhl als sichtbares Merkmal spielt dabei nur noch eine untergeordnete Rolle. Viel gravierender ist die Tatsache, dass die Kinder und Jugendlichen häufig zusätzlich eine Lese-Rechtschreibschwäche haben, an emotionalen Störungen und an Störungen im Sozialverhalten leiden.

An vielen Universitäten versuchen Forscher der Ursache der Aufmerksamkeitsstörung auf die Spur zu kommen. Bei ihren Untersuchungen lassen sie Kinder mit und ohne ADS an Konzentrationstests teilnehmen. Gleichzeitig werden mit einem Kernspintomographen Aufnahmen vom Gehirn gemacht, also während der gedanklichen Aktion. Die ersten Ergebnisse dieser aktuellen Studie bestätigen die Hypothese, dass der Stoffwechsel im Gehirn am ADS beteiligt ist. Die Forscher stellten fest, dass einige entscheidende Hirnregionen bei den ADS-Patienten mangelhaft aktiviert werden, was schließlich zu einer Störung in der Weiterleitung von Reizen mündet. Wie bei vielen psychischen Erkrankungen spielt auch hier der Botenstoff Dopamin im Gehirn eine entscheidende Rolle. Es gibt von wissenschaftlicher Seite her wichtige Hinweise, dass im frontalen Bereich eine Dopamin-Unterfunktion vorliegt, die wahrscheinlich für das impulsive und ungesteuerte Verhalten verantwortlich ist. Dagegen liegt in den Basalganglien eine Dopamin-Überfunktion vor, die das hypermotorische Verhalten verursachen könnte.

Die betroffenen Kinder müssen behandelt werden, denn ihr auffallendes Verhalten prädestiniert sie geradezu für einen Entwicklungsweg, der ins soziale Abseits führen kann. Sie machen sich durch ihr chaotisches und impulsives Verhalten unbeliebt, bleiben häufig Außenseiter, die vielen Misserfolge beeinflussen das Selbstbewusstsein und oftmals werden diese Kinder auf Sonderschulen abgeschoben.

Neben Verhaltenstherapie und Elternt raining durch beispielsweise psychologische Berater empfehlen Kinderärzte und Spezialisten den gezielten Einsatz von Medikamenten aus der Gruppe der Stimulanzien. Als am wirksamsten hat sich im Laufe der Jahre die Substanz METHYLPHENIDAT erwiesen. Es ist ein Psychopharmakon, das unter dem Namen RITALIN immer häufiger verschrieben wird. Das Medikament gilt als konzentrations- und leistungsfördernde Substanz. Es greift in die Biochemie des Gehirns ein und gleicht die Dopamin-Unterversorgung aus. Dadurch ändert sich auch entscheidend das Verhalten der jungen Patienten.

Nach einer Wirkzeit von weniger als einer halben Stunde kann ein Kind mit ADS seine Emotionen besser kontrollieren, seine überschießenden Impulse gezielter steuern und vor allem in der Lage sein, sich zu konzentrieren. Methylphenidat, gut kontrolliert eingesetzt, ist eine große Hilfe für die Kinder und deren Familien und hilft dem Kind seine Ressourcen, die es in sich hat, auch wirklich zu nutzen und sie nicht durch chaotisches Fehlverhalten zu vergeuden. Viele betroffene Eltern haben in den letzten Jahren berichtet, dass nach der Einnahme von Ritalin Aggressionen ihrer Kinder schon nach wenigen Tagen kontrollierbarer wurden, die Konzentrationsfähigkeit sich merklich verbessert hätte und die Kinder im sozialen Umgang verträglicher waren.

Eines steht unwiderruflich fest: Stimulanzien heilen die Krankheit nicht, sondern mildern die Symptome.

Vernünftiger wäre es deshalb, an den Wurzeln der Krankheit anzusetzen. Doch über die Ursachen wissen die Forscher erstaunlich wenig. Die spektakulärsten Aufnahmen vom Inneren des Gehirns, die auf eine biochemische Störung hinweisen, sagen nichts über die Ursachen aus, sondern belegen bestenfalls eine Wechselwirkung zwischen Gehirnchemie und Verhalten. Und selbst, wenn sich die Annahme von der Stoffwechselstörung im Gehirn eines Tages hundertprozentig beweisen lässt, bliebe immer noch die Frage offen, wo diese Dysfunktion ihre Ursachen hat. Ist sie angeboren oder wird sie vielleicht als Folge äußerer Einflüsse in der Kindheit erst erworben?

Als Risikofaktoren für ADS sind Drogen- und Nikotinmissbrauch in der Schwangerschaft bekannt. Man weiß auch, dass Kinder, die zu früh oder mit Luftarmut auf die Welt kommen, für die Störung anfälliger sind. Das erklärt aber nur einen Bruchteil der ADS-Fälle. Immer stärker konzentriert sich die Wissenschaft auf die Genetik. Es hat sich gezeigt, dass diese hyperkinetische Störung gehäuft unter Geschwistern und in Familien auftritt. Die Wissenschaftler gehen von der Annahme aus, dass es eine deutliche genetische Komponente gibt, das es aber auch noch weitere Bedingungen geben muss, insbesondere Umwelt und Erziehungsbedingungen.

Einige Kinder haben eine genetische Anlage, die sie für ADS generell empfänglicher macht als andere. Ob sie aber tatsächlich diese psychische Störung entwickeln und wie stark sie ausfällt, hängt auch von den äußeren Umständen ab. Die Biochemie im Gehirn wird zweifellos durch die Gene geprägt, doch darüber hinaus reagiert der Hirnstoffwechsel ein Leben lang sensibel auf die Umwelt.

Unbestritten sind die Stimulanzien heute für viele betroffene Kinder ein Segen, weil sie ihnen einen halbwegs geregelten Entwicklungsweg ermöglichen. Trotzdem möchte man meinen, dass noch nicht alle Möglichkeiten zur Erforschung dieser Störung ausgenutzt worden sind. Die Vorarbeit, die die Wissenschaft, speziell die Neurologie, geleistet hat, sollte als Grundlage für Soziologen und Psychologen gelten, um genau dort weiter für die Erforschung dieser Krankheit anzusetzen.

4. Psychosoziale Situation chronisch kranker Kinder

a.) Körperliche Beschwerden

Ein Kind, das an einer chronischen Krankheit leidet, hat eine Vielzahl von psychosozialen Belastungen auszuhalten. Normalerweise braucht ein Kind keine Angst vor körperlichen Schmerzen zu haben, außer es erleidet einen Unfall, hat Zahnschmerzen oder akute Beschwerden bei einer Infektionskrankheit (z. B. Halsschmerzen). Kinder mit einer körperlich chronischen Krankheit müssen sich damit abfinden, ständig von Missempfindungen oder sogar Schmerzen bedroht zu sein.

b.) Familie

Für die meisten Eltern ist es ein Schock, wenn sie wahrnehmen oder davon in Kenntnis gesetzt werden, dass ihr Kind eine chronische Erkrankung hat. Das Mitleid mit dem Kind ist nur die eine Seite der Medaille: Eigene Hoffnungen, Sehnsüchte, Projektionen werden zunichte gemacht, wenn Mütter und Väter realisieren, wie beeinträchtigt ihr Kind ist. Geschwister müssen oftmals hinnehmen, dass ihre kranke Schwester oder ihr kranker Bruder im Mittelpunkt des Interesses der Familie steht. Das Alltagsleben ist überschattet von Rücksichtnahme sowie präventiven und therapeutischen Maßnahmen für das kranke Kind. Eine besondere Rolle spielt in diesem Zusammenhang das hyperaktive, aufmerksamkeitsgestörte Kind, das der Familie durch sein Verhalten zu Hause und durch Beschwerden über sein Verhalten aus Schule und Nachbarschaft jahrelang Konfliktstoff liefern kann.

Immer wieder ist die Krankheit Gesprächsgegenstand, strukturiert den Tagesablauf, beeinflusst Planungen in der Freizeit. Das betroffene Kind ist Auslöser und Verursacher dieser Reaktionen und fühlt sich dadurch eventuell sogar schuldig.

c.) Lebensqualität

Schmerzen oder Missempfindungen sind nicht das Einzige, was Kinder mit chronischen Erkrankungen beeinträchtigt. Ständig muss mit unangenehmen Reaktionen aus der Umwelt gerechnet werden. Manche Kinder können nicht heruntrollen, wie die anderen, da sie an körperlichen Missbildungen leiden. Immer begleitet sie die Angst, etwas falsch zu machen, immer die Sorge, mit ihren Problemen aufzufallen. Die Fürsorge der Eltern engt die Kinder meist noch mehr ein.

5. Anamnese

5.1. Begriff

Unter der Anamnese (aus dem griechischen: anamnesis =Erinnerung) versteht man die Erhebung der Krankengeschichte eines Patienten. Dabei handelt es sich um die Feststellung der Vorgeschichte einer Störung oder Krankheit genauso wie die Darstellung der bisherigen Entwicklung bis zum jetzigen Zeitpunkt.

Im klinischen Sinne geht es dabei darum, durch Auswertung vorhandener Fakten und Gesprächen mit dem Patienten und seiner Angehörigen ein möglichst exaktes Bild seiner Persönlichkeit, seiner Krankengeschichte sowie seines Lebensumfeldes zu erhalten.

5.2. Elternanamnese

Familienanamnestisch ist beim Vater von Victor eine Neurofibromatose Typ I diagnostiziert worden. Ersichtlich war dies durch auffallende Cafe-au-lait-Flecken, Neurofibrome, Lischknötchen der Iris und einer späteren Unterschenkelamputation mit einer Prothesenversorgung. Die Großmutter von Victor väterlicherseits und 4 Geschwister des Vaters waren ebenfalls erkrankt, wobei bereits 2 Geschwister an Neurofibromatose verstorben sind. Die Mutter von Victor leidet an einer Hüftgelenkdsdysplasie und Migräne, beim Bruder der Mutter traten epileptische Anfälle auf.

5.3. Anamnese von Victor

Während der Schwangerschaft war Victor eine Zwillingsanlage, allerdings kam es in der 7. Schwangerschaftswoche zu einer Fehlgeburt eines Feten. Die Geburt Victors erfolgte zu einem normalen Zeitpunkt. Victor wurde in seinem ersten Lebensjahr als Schreikind und aufgewecktes Baby beschrieben, das wenig schlief und keinen Körperkontakt zur Mutter suchte bzw. der Mutter zuließ. Nach 8 Monaten wurden die ersten Cafe-au-lait-Flecken am Rumpf festgestellt. Zu einer eindeutigen Diagnose von Neurofibromatose Typ I (Morbus Recklinghausen) kam es bei Victor kurz vor seinem ersten Geburtstag.

Zu einem späteren Zeitpunkt wurde in der damals einzigen deutschen Spezialklinik für Neurofibromatose in Hamburg bei Victor außerdem eine körperliche Retardierung diagnostiziert. Auffällig waren die multiplen Cafe-au-lait-Flecken und sich manifestierende Hyperaktivitäts- und Impulskontrollstörungen. Zudem habe ein aggressives Verhalten zu seiner Umwelt bestanden.

Ab Oktober 1996 besuchte Victor einen behindertengerechten Kindergarten mit einer Betreuung durch eine Sozialpädagogin, die insgesamt zwei Kinder zu beaufsichtigen hatte. Victor galt dort als sehr schwieriges Kind, das andere Kinder biss und ärgerte und niemals Ruhe fand. Sein Auftreten und sein Umgang wurden von den Erziehern und Pädagogen als sehr verhaltensauffällig eingestuft.

Mitte 1997 wurde wiederum in der Hamburger Klinik neben der Neurofibromatose eine erhebliche psychomotorische Unruhe und cerebrale Krampfanfälle diagnostiziert. Diese Krämpfe waren so genannte epileptische „Grand mal“ Anfälle, in Symbiose mit einem Initialschrei, Einnässen (Enuresis) und Zungenbiss. Weiterhin wurde eine orthopädische Problematik sichtbar, bei der es sich um eine Beinverlängerung links um 4 cm handelte. Im Vordergrund standen auch eine Hyperaktivität und eine im Allgemeinen verzögerte psychomotorische Entwicklung des Kindes.

Weitere Auffälligkeiten wurden von der Mutter im häuslichen Milieu beobachtet, als Victor zwischen viertem und fünften Lebensjahr teils autistische Züge annahm, in dessen Verlauf zu Hause keine Gegenstände umgestellt oder verändert werden durften. Beobachtet wurden ebenfalls monotone Handlungs- und Bewegungsabläufe, gelegentliche Automanipulationen an Genitale, Händen und Ohren, Autoaggressionen (Schläge an den Kopf), Zerreißen von Kleidungsstücken und Spielzeug. Außerdem sprach Victor zu diesem Zeitpunkt von einem imaginären Freund, für den er stets den Tisch deckte und der immer an seiner Seite war. Dies sprach im psychologischen Sinne wohl am ehesten für eine Funktion des „Hilfs-Ich“.

Ab September 1998 wurde Victor für 10 Wochen in ein psychiatrisches Klinikum eingewiesen. Der Auslöser für die Maßnahme war sein wiederholt massivst aggressives Verhalten im Kindergarten, wobei es nach Aussagen der Mutter auch zu gewollten Verletzungen von gerade sehr ruhigen und stillen Kindern in der Gruppe kam, die sich nicht zur Wehr setzen konnten.

Zu einem weiteren Krankenhausaufenthalt kam es dann nochmals im November 1999 für 3 Monate. Aus dem klinischen und psychologischen Befund der Station war zu entnehmen, dass Victor in allen Qualitäten altersgerecht orientiert und stets bewusstseinsklar reagierte. Für sämtliche Kontakt- und Beschäftigungsangebote war er unmittelbar zu begeistern, wenn auch selten andauernd und reizoffen. Victor versuchte eigenständig den Rahmen und die Bedingungen zu bestimmen. Nur unter anhaltender verbaler Anleitung, Motivation und Forderung konnten Beschäftigungsziele erreicht, wie auch alltagspraktische Handlungen erfolgreich beendet werden.

Eine Führbarkeit im stationären Regelsystem gelang nur mit Hilfe einer Einzelbetreuung und steter Kontrolle. Trotz Regel- und Normenkenntnis nahm er eine scheinbar bewusste Verweigerungs- und Oppositionshaltung ein.

Zum Teil schien Victor auch unmittelbaren Impulsen nach umgehender Bedürfnisbefriedigung zu folgen. Beständig bestimmten intensive Kompetenzklärungen die Begegnungen zwischen dem Jungen und Erwachsenen, wobei er ausdauernd und energievoll, auch fremd- und autoaggressiv, sowie drohend und paradox (die Situation für sich positivierend) agierte.

Auch innerhalb der therapeutischen Gruppe überwogen aggressive Auseinandersetzungen von Victor aufgrund unvermittelt tätlicher Übergriffe, gezielt störender Provokationen und Grenzüberschreitungen (Zerstören, Beschmutzen, Urinieren, Bespucken) seinerseits. Eine Gruppenfähigkeit war somit für ihn schwerlich zu erreichen.

In erster Linie schien Victor von körper- und erlebnisorientierten Einzeltherapien zu profitieren, wobei die Beziehungserklärung zum Therapeut immer Aktualität behielt. Er wirkte hierbei aber emotional ansprechbar, konnte auch Unsicherheiten und Ängste zeigen. Angesichts der schwierigen Strukturierung des Jungen und einer anamnestisch bekannten hilfreichen Wirkung der Ritalin-Medikation wurden Victor 3 x 10 mg Ritalin pro Tag verabreicht.

Wenige Tage vor seiner Entlassung teilte die Mutter ihren Trennungswunsch vom Kindesvater mit, als Ergebnis eines langwierigen Entscheidungsprozesses, was Irritationen und Trauer bei Victor auslöste. Eine gravierende Bedeutung des offensichtlich länger bestehenden Paarkonfliktes für die Verhaltensauffälligkeiten von Victor wurde von den Eltern allerdings eher negiert.

Während der stationären Behandlung fand durch die Stadtjugendärztin die allgemeine Schuluntersuchung statt. Eine Einschulung in eine Schule für Erziehungshilfe mit Einzelbetreuungsbedarf und Eingliederung in eine sozialpädagogische Tagesgruppe am Nachmittag wurden empfohlen.

Im August 2000 wurde Victor an eine Schule für Erziehungshilfe hier in der Stadt eingeschult. Auch hier kam es zu Verhaltensauffälligkeiten über das gesamte Schuljahr hinweg. Victor war in der Regel nur 2 Stunden am Tag beschulbar, dies auch nur mit individueller Betreuung einer pädagogischen Unterrichtshilfe.

Prognosen über seine weitere schulische Entwicklung konnten zu diesem Zeitpunkt nicht gegeben werden, da er einerseits über normale bis gute intellektuelle Fähigkeiten verfügt, andererseits keine sozialen Normen anerkannte und damit ohne ständige gezielte Hilfe nicht gruppenfähig war.

Zusätzlich bekam Victor ab Januar 2001 vom Kinder- und Jugendhilfeverein eine Sozialtherapeutin als Erziehungshilfe zugesprochen, die ihn nach dem Unterricht aus der Schule abholte und bis nachmittags im Verein betreute. Bei Victor baute sich durch den sehr innigen Kontakt zu dieser Frau eine enge soziale Bindung auf, die durch gegenseitige Achtung gekennzeichnet war. Leider verstarb die Therapeutin sehr plötzlich, so dass Victor wieder emotional in ein tiefes Loch fiel.

Aus medizinischer Sicht sei hier noch erwähnt, dass Victor ca. 6 Monate von diesem Schuljahr in Krankenhäusern und nach Operationen zu Hause verbrachte, weil einerseits sich ein verknöchertes Hämatom am Unterschenkel gebildet hatte und andererseits seine Beinlängendifferenz von 6 cm im Dezember 2000 auf 9 cm im April 2001 angewachsen war. Damit war wieder eine Operation nötig, bei der das Bein um 4 cm verkürzt und mit Platten stabilisiert wurde. Für Victor bedeutete diese notwendige Maßnahme 16 Wochen Gipsverband.

Diese gesundheitlichen Probleme manifestierten sich ebenfalls im zweiten und dritten Schuljahr, in denen Victor erneut über einen längeren Zeitraum keinem normalen Schulunterricht nachgehen konnte. Trotzdem erbrachte der Junge normale Schulleistungen, auch dem Umstand entsprechend, dass ihn seine Mutter zu Hause weiter beschult hat.

Im dritten Schuljahr erhielt Victor eine komplette Einzelbeschulung von einer Grundschullehrerin mit einem eigenen kleinen Klassenzimmer. Dadurch erzielte er seinen bis dahin besten Schulabschluss. Allerdings hatte der Junge durch den bis zu diesem Zeitpunkt erzielten Verlauf seiner Entwicklung nie die Möglichkeit, sich in einem Klassenverband zu integrieren. Im September 2003 kam Victor in das damals vom Jugendamt der Stadt und der Schule für Erziehungshilfe neu konzipierte „gesonderte Schülerhilfsprojekt“, das er bis zum jetzigen Zeitpunkt besucht.

Seit fünf Jahren hat die Mutter einen Lebensgefährten, der sich aktiv und intensiv an der Förderung und Entwicklung von Victor beteiligt. Beide haben zwischenzeitlich eine enge Verbindung zueinander, die jedoch nach wie vor von Höhen und Tiefen geprägt ist.

Victor hat 2 jüngere Geschwister (einen Bruder, 6 Jahre alt, eine Schwester, 1, ½ Jahre alt), die teilweise massiv unter Victors Verhalten leiden. Andererseits ist er hier zum Teil in der Lage und bereit, kurzzeitig Verantwortung zu übernehmen und zeigt auch emotionale Regungen gegenüber den Geschwistern, vor allem der Schwester gegenüber.

6. Das gesonderte Schülerhilfsprojekt

Die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarf im Bereich des emotionalen Erlebens und sozialen Handelns ist von ständigen Konflikten zwischen gesellschaftlichen Zuständen und Anforderungen und der eigenen Persönlichkeitsentwicklung geprägt. Entwicklungsstörungen, ungünstige soziale Lebensumstände und Krankheiten wirken sich zusätzlich negativ aus.

Infolge der individuellen psychischen und sozialen Problemlagen in Verbindung mit aggressivem Verhalten dieser Kinder und Jugendlichen ist ihre Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in schulischer und außerschulischer Hinsicht beeinträchtigt. Sie vermögen sich nur beschränkt oder gar nicht auf die Anforderungen und Belange ihrer Umgebung einzustellen. Die Schüler sind nicht in der Lage, zugunsten eines anderen zu verzichten. Sie suchen ständig Anerkennung und Liebe und zerstören diese wieder durch ihre Bindungslosigkeit und extrem provozierendes Verhalten.

Ein Teil dieser Kinder und Jugendlichen, hierzu zählen schulmüde und lerngestörte Schüler, entwickeln eine ausgeprägte Schul- und Unterrichtsdistanz. Auch nach Aufnahme an einer Schule für Erziehungshilfe verweigern oder boykottieren sie den Schulalltag. Ausgeprägte Formen von Defiziten in der Verhaltenssteuerung, geringe psychosoziale Belastbarkeit, soziale Gefährdung und zum Teil kriminelles Verhalten, eingeschränkte oder fehlende Gruppenarbeit sowie schwere Beschulbarkeit in Kleinklassen und Kleingruppen sind die Hauptmerkmale dieser betroffenen Schüler.

Um dieser Problematik Rechnung zu tragen, wird im „gesonderten Schülerhilfsprojekt“ eine Ganztagsbetreuung angeboten. Dazu wurde auf der Grundlage der Kooperationsvereinbarung für Bildung und Erziehung junger Menschen ein Kooperationsvertrag zwischen verschiedenen Ämtern und schulischen Institutionen unserer Stadt geschlossen. Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Kooperationsarbeit von Lehrern, Erziehern und Sozialpädagogen. Es leistet für Schüler mit schweren sozialen und emotionalen Störungen, die am normalen Schulsystem gescheitert sind und die neben der schulischen Förderung auch Eingliederungshilfe oder eine flexible Hilfe zur Erziehung benötigen, individuelle schulische und sozialpädagogische Unterstützung.

Im Projekt werden also Kinder mit einem erheblichen Förderbedarf im Bereich des Lernens und des emotionalen und sozialen Verhaltens betreut. Diese Schüler sollen in einer ihren Lebensumständen angemessenen Form ihrer Schulpflicht nachkommen und einen Schulabschluss erwerben können. Durch verschiedene Lernstationen aus den Bereichen Familie, Schule und lebenspraktischer Tätigkeit soll den Kindern und Jugendlichen in geeigneter Weise Bildung und Erziehung zuteil werden, die es ihnen ermöglichen, Entwicklungsdefizite aufzuholen und Verhalten positiv zu beeinflussen.

Es werden in einer den Lernbedingungen dieser Gruppe angemessenen praxis- und projektorientierter Form in enger Verbindung zur Lebenswirklichkeit und zur Arbeitswelt Lerninhalte der allgemein bildenden Schule und handlungspraktisch angeleitete Werkstattangebote vorgehalten.

Ziele der Kooperationsarbeit sind:

- Die Wiedereingliederung der Schüler in die Förderklasse oder allgemein bildende Schule
- Die Eröffnung alternativer Wege zur schulischen Qualifikation durch sozialpädagogische Methodik, personale Stabilisierung und handlungspraktische Orientierung
- Für den Teil der Jugendlichen, dem ein Erwerb eines Schulabschlusses nicht möglich ist, werden vielfältige organisatorische, kompetenzorientierte Formen des Lernens außerhalb des formalen schulischen Rahmens angeboten

Primäres Bildungs- und Erziehungsziel für die bis zu 8 im Projekt integrierten schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen ist eine Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit jedes einzelnen, damit der Schüler künftig wieder in einem Klassenverband unterrichtet werden kann. Dazu ist das Zusammenwirken von formeller, nichtformeller und informeller Bildung unabdingbar. Ein heil- und sozialpädagogisches Angebot ist im Rahmen einer Ganztagesbetreuung mit schulischer Förderung eng verflochten.

Die Angebotsschwerpunkte im Projekt konzentrieren sich neben der schulischen Förderung, bei der bedarfsgerechter Kernunterricht mit aufbereiteten Lehrplaninhalten vermittelt wird und andere individuelle Unterrichtsmethoden erprobt werden, vor allen Dingen auch auf spezielle Aktivitäten zur Förderung sozialer Handlungsweisen. Komplettiert werden die Lerninhalte außerdem durch spezifische heilpädagogische Angebote aus den Bereichen Musik, Rhythmik und Kreativität. Besondere Beachtung findet auch die Thematik der Konfliktbewältigung, bei der es vorrangig um sofortigen Aggressionsabbau und den Einsatz von Entspannungstechniken geht. Ein weiteres Hauptaugenmerk liegt bei der individuellen Gestaltung handwerklicher Aktivitäten, genauso wie die Durchführung von Erlebnispädagogik (Zoobesuch, Museen u. a.) und ebenfalls die Einhaltung der engen Zusammenarbeit von Pädagogen und Elternhaus.

Das Kooperationsmodell findet nicht in einem Schulgebäude statt. Eine Unterbringung in einer Schule ist auf Grund der Zielstellung ungeeignet und kontraproduktiv. Im Projekt arbeiten neben 3 Lehrkräften außerdem ein Sozialpädagoge und eine staatlich anerkannte Fachkraft der Sozialen Arbeit. Zwingend notwendig erscheint ebenfalls die Anwesenheit eines speziell geschulten Psychologen.

7. Einschätzung der Eltern über das gesonderte Schülerhilfsprojekt

Zu Beginn des Projektes waren Mutter und Stiefvater (in Folge der Arbeit „Eltern“ genannt) von Victor sehr realistisch an die Problematik herangegangen. Da der Junge keinerlei Gruppenfähigkeit besaß, schien es die offenbar letzte Möglichkeit zu sein, einerseits gewisse schulische Leistungen zu erbringen und andererseits bei Abbau der Konzentrationsleistung eine gezielte Beschäftigung zu garantieren. Außerdem musste ebenfalls beachtet werden, dass durch das Nachlassen der Wirkung des Medikamentes Ritalin eine ausgleichende Bewegung im Laufe des Tages gewährleistet sein sollte.

Die Mutter und Victors Stiefvater wussten, dass ihr Sohn zeitlebens beeinträchtigt bleiben wird und sahen im gesonderten Schülerhilfsprojekt eine Art letzte Chance.

Nach einer gewissen Zeit kamen den Eltern die ersten Bedenken. Diese äußerten sich dahingehend, dass Victor immer fauler wurde. Er bekam Probleme beim Kopfrechnen und anderen mathematischen Aufgabenstellungen, die er in den vorherigen Schuljahren nicht hatte. Seine orthografischen Kenntnisse und sein Schriftbild verschlechterten sich immer mehr.

Es stellte sich heraus, dass es in den ersten Wochen im Projekt fast unmöglich war, einen gezielten Unterricht für alle anwesenden Schüler umzusetzen. Da es auch für die meisten Lehrkräfte, die aus Sozialpädagogen, Lehrern und Heilpädagogen bestehen, eine große Herausforderung war, die sie meistens an die Grenzen ihrer Arbeit führte, konnte das ursprüngliche Konzept nicht detailliert durchgesetzt werden. Hinzu kommt die Tatsache, dass das Hauptaugenmerk der pädagogischen Hilfe für die Schüler vorerst darin bestand, Grundsteine für eine gezielte soziale und emotionale Entwicklung zu legen. Die meisten Kinder sollten lernen, einkaufen zu gehen, ohne beispielsweise Leute zu beschimpfen und nichts aus den Regalen zu stehlen.

Damit bekam der schulische Aspekt einen zweitrangigen Stellenwert, was sich dann auch bei Victor bemerkbar machte. Die Eltern mussten sich also mit dem Projekt arrangieren, da es sonst keinerlei Alternative für ihren Sohn gab.

Nach vielen Gesprächen mit der Projektleitung und gegenseitigem Verständnis kam es dann zu einigen strukturellen Veränderungen im schulischen Bereich, ein positiver Aspekt, der großen Anteil an Victors Entwicklung hatte.

8. Die psychologische Beratung

Definition der Beratung

Beratung ist in ihrem Kern jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraumes versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können.

Beratungsverhältnis

Das Beratungsverhältnis ist eine freiwillige Beziehung zwischen einem professionellen Helfer (Berater) und einem beratungsbedürftigen System (Klient), in welcher der Berater versucht, dem Klienten bei der Lösung aktueller und potentieller Probleme behilflich zu sein. Die Beziehung wird von beiden Seiten als zeitlich befristet angesehen. Außerdem ist der Berater ein Außenstehender, das heißt, er ist nicht Teil des hierarchischen Machtsystems, in welchem sich der Klient befindet. (Lippit)

Man kann drei Aspekte der Beratung unterscheiden:

1. Institutioneller Aspekt – hier geht es um die Frage nach den Trägern der Beratung

Berater	Beratene/Klient
Beratersystem	Klientsystem
Fachkompetenz	Problemkenntnis
Beratungssystem	

2. Funktioneller Aspekt – hier ist es die Frage nach der Tätigkeit des Beraters, der **Interaktion** zwischen Berater und Klient. Zum einen Beraten, Helfen, Anregen, Intervenieren und im weiten Sinne auch Behandlung und Therapie

3. Instrumenteller Aspekt – Betrachtung der Methoden und Instrumente, die zur Anwendung kommen

8.1. Aufgaben und Ziele eines Psychologischen Beraters

➤ **Aufgaben eines Psychologischen Beraters:**

Der Psychologische Berater behandelt keine Krankheiten, er übt daher auch keine erlaubnispflichtige Behandlung aus. Er bietet eher eine Vielzahl unterschiedlicher psychologischer Verfahrensmöglichkeiten von Problemlösungen an, wobei er sich vielfältiger psychotherapeutischer Erkenntnisse und Methoden bedient.

Ein künftiger Psychologischer Berater sollte sich folgende Fragen stellen:

- Wie kommuniziere ich?
- Bin ich in der Lage zu konfrontieren?
- Kenne ich die Vielzahl der Urteilsfehler?
- Welche Vorurteile habe ich?
- Bin ich offen für Gesprächsangebote aus meiner Umwelt?
- Wie setze ich richtig Lob ein?
- Was kann ich noch nicht so gut?

Ein Berater muss wissen, dass bei einem Gespräch Zuhören Priorität besitzt und das es nicht für jedes Problem eine sofortige Lösung gibt.

Psychologisch beraten heißt Hilfe zur Selbsthilfe geben!

➤ **Ziele des Psychologischen Beraters:**

- Ressourcenanalyse, Ressourcenerweiterung und gezielte Ressourcennutzung
- Klärung und Bewältigung von Ressourcenunsicherheit
- Förderung der Konfliktlösung
- Hilfe zur Selbsthilfe

„Das Höchste, was Beratung sich heute als Ziel setzen kann, ist, dem Ratsuchenden zu eigener Klarheit zu verhelfen, ihm das, worum es wirklich geht, bewusst zu machen, ihm zu helfen, eine Entscheidung zu finden, mit sich selbst zu Rat zu gehen, eine Rangordnung der Ziele für sich zu setzen, ihn zum Denken, zum Nachdenken, zur Überlegung zu bringen, ihm deutlich zu machen, dass die Führung des Lebens nichts ist, was als Produkt einer einfachen Entscheidung dastehen kann, sondern was eine vorherige Reflexion voraussetzt, was ein Mitsichzurategehen zulässt, ja fordert“ (Hennis, 1963)

➤ **Qualitätskriterien zur Erreichung der Ziele:**

-Prägnanz der Situation, d. h. Klarheit der Zielsetzung, Rollen, Arbeitsweisen, Dauer u.a.

-Evaluation als gemeinsames Feststellen und Nachdenken über Wirkungen und Nebenwirkungen der Beratung und der Prozesse, die in der Beratung ablaufen

- Echtheit, Empathie und Akzeptanz, also auch Glaubwürdigkeit und Professionalität des Beraters, dessen stärkste Kompetenz auch die Sinnorientierung und die Verbindlichkeit sind

>Anlässe für Beratung:

- Eine Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs-, Problem-, Konflikt- oder Krisensituation und der Wunsch des Beratenen nach Bearbeitung und Lösung des Konflikts und möglicherweise gleichzeitigem Widerstand gegen Veränderung

>Formen der Beratung:

- Sehr gut ausgebildete Psychologische Berater sind gesuchte Leute in sozialen und karitativen Einrichtungen, Kuranstalten, Kliniken, kommunalen Organen, Wirtschaftsunternehmen und privaten Stiftungen

Beratungsformen, die dabei zum Tragen kommen, sind: **Erziehungsberatung, Ehe- und Partnerschaftsberatung, Beratertätigkeiten bei jeglicher Form von Abhängigkeit, Berufsberatung, Beratung einer Selbsthilfegruppe, Sexualberatung, Entspannungstraining, Verhaltenstraining oder auch Gefangenenbetreuung**

>Nützliche Grundannahmen eines Psychologischen Beraters:

1. Wir können andere Menschen nicht von außen kontrollieren und verändern, sondern sie nur ein Stück auf dem Weg der Selbständerung begleiten
2. Jeder Mensch konstruiert sich seine eigene innere Wirklichkeit. Keine davon ist „richtiger“ oder „falscher“ als die andere
3. Symptome sind kein Zufall. Sie sind sinnvoll und haben für den Betroffenen eine Funktion
4. Symptome entstehen in der Zeit und sind auch in der Zeit veränderbar. Sie sind **keine** festen Persönlichkeitsmerkmale
5. Primär sollte man immer versuchen Stärken herauszuarbeiten, statt sich endlos in seinen Defiziten zu verlieren

8.2. Die Besonderheiten der psychologischen Beratung von Kindern und Jugendlichen

Durch die besonderen Bedingungen der Abhängigkeit sind Kinder und Jugendliche umgeben von Leuten, die etwas **mit** ihnen machen wollen oder **aus** ihnen machen wollen oder **für** sie machen wollen.

Das ist der Normalzustand, der bei Kindern mit chronischen Erkrankungen oder ADS dadurch noch überboten wird, dass dann noch mehr Leute aus ihrer Sichtweite für die Kinder und Jugendlichen etwas machen!

Der psychologische Berater oder Therapeut läuft stets Gefahr als verlängerter Arm elterlicher und gesellschaftlicher Autorität missbraucht zu werden. Dies vor allem dort, wo die Eltern dem Therapeuten sympathisch sind, wo ihm die elterlichen Normen einleuchten oder wo er auch abhängig ist von der Finanzierung.

Gleichzeitig hängt für den Therapeuten ein Stück eigenes Selbstwertgefühl daran, von den Eltern akzeptiert zu sein und nicht nur von den Kindern und Jugendlichen.

Aber von den Eltern akzeptiert zu sein, beinhaltet oft auch, ihnen ein Kind nach ihren Vorstellungen zu formen.

Von der Grundhaltung ausgehend hat ein psychologischer Berater also nur dann eine Chance, wenn er neu, fremd, anders ist, als alle anderen, für die Eltern, wie auch für das Kind. Damit hängt auch zusammen, dass entgegen oft geäußertem Zweifel gilt: in jedem Fall ist das Kind oder der Jugendliche in der Therapie zur Selbsthilfe zu bringen.

Es ist also das Ziel des psychologischen Handelns mit den Klienten, soweit wie möglich zu erreichen, dass diese sich selbst nach den Bedingungen ihres Handelns befragen lernen und bestimmen lernen, welchen Weg sie gehen oder vermeiden wollen.

Unter dem familientherapeutischen Gesichtspunkt steht jedenfalls fest: die Erziehung zur Selbsthilfe gilt in gleicher Weise für das Kind und für die Eltern.

Diese Zielstellung beinhaltet, dass ich sowohl dem Kind, als auch den Eltern als Partner verpflichtet bin und wenn ich nicht sicher bin, dass ich beiden dienen kann, sollte ich die Eltern mit ihrem Kind zu einem anderen Berater oder Therapeuten schicken.

Entscheidend ist auch der Aspekt, in wie weit mein Wissen, meine Erfahrung und mein Können in die jeweilige Beratung oder Therapie einwirken können. Fühle ich mich qualifiziert genug oder ist mir der finanzielle Aspekt meines Tuns wichtiger, indem ich ohne ausreichendes Wissen und langjährige Praktika (Erfahrungsgewinn) versuche, in einer eigenen Praxis zu therapieren?

9. Therapeutische Ansätze und Hilfestellungen für Victor und seine Familie

Victors Mutter und sein Stiefvater haben jahrelang alle Informationen über NEURO-FIBROMATOSE und ADHS akribisch zusammengetragen und ständig aktualisiert. Diese Unterlagen über den gesamten Krankheitsverlauf widerspiegeln auch ein Bild der Entwicklungsgeschichte des Jungen. Nur wenn diese Unterlagen wie Arztbriefe, schulische Testergebnisse und Informationen, psychologische Untersuchungen, Zeugnisse und natürlich eigene Beobachtungen zum Verhalten von Victor vollständig sind, können nach meinem Ermessen als Psychologischer Berater weitere geeignete Fördermöglichkeiten diskutiert und beschlossen werden.

Bei der Vielzahl der Gespräche, die ich in Bezug auf meine Arbeit mit Victors Mutter und seinem Stiefvater geführt habe, entstand schon nach kurzer Zeit der Eindruck von einem intelligenten und kompromissbereitem Elternhaus, welches sich im jahrelangen Kampf mit der schweren Krankheit und den Verhaltensauffälligkeiten des Jungen bewährt und gefestigt hat.

Ich möchte hier an dieser Stelle betonen, dass Victor schon eine Vielzahl von Therapiemöglichkeiten in Anspruch genommen hat und ich jetzt zu diesem Zeitpunkt nicht als Psychologischer Berater auftreten will, der Victors Therapiewelt revolutionieren möchte. Da ich aber diesen Jungen schon mehrere Jahre kenne, in einem meiner Praktika betreut habe und zu seinem Elternhaus einen guten Kontakt pflege, möchte ich mit allen Beteiligten die bisherigen Therapien und Hilfepläne analysieren und diskutieren, um auch im weiteren Verlauf meine eigenen Ideen und Vorschläge einbringen zu dürfen, die Victor und seiner Familie eine weitere eventuelle Hilfe und Unterstützung bringen könnten.

Ich werde in meinen weiteren Ausführungen einige Hilfestellungen und Therapiemöglichkeiten aufzeigen, die in Victors Fall schon zur Anwendung kamen oder aber den Eltern weitere Perspektiven ermöglichen könnten. Die meisten der Therapiemöglichkeiten sind von den Grundsätzen her selbstverständlich für viele Arten von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter anwendbar.

Laut Baer und Nietzel (1991) kann man bei verhaltensgestörten und aggressiven Kindern nur schwer langfristig stabile Verhaltensänderungen erreichen. So brechen 50 - 55 % der Kinder die Therapie vorzeitig ab oder beginnen sie erst gar nicht. Je jünger die Kinder und je geringer die Anzahl der betroffenen Lebensbereiche, desto erfolgreicher ist eine Therapie (Cicchetti, Toth & Bush, 1998; Loeber, 1988, 1990). Behandlungsverfahren sollten deshalb möglichst früh ansetzen, da im weiteren Verlauf zum einen schwerwiegendere Verhaltensprobleme auftreten und zum anderen sekundäre Probleme entstehen können (Loeber, 1988, 1990). Infolge der vielfältigen aufrechterhaltenden Bedingungen sollten komplexe Behandlungsstrategien angewendet werden (Luiselli, 1991).

Aggressives Verhalten ist immer multifaktoriell bedingt. Zu den Risikofaktoren, die die Kinder im Allgemeinen und Victor speziell mitbringen, gehören einerseits eine teils verzerrte Wahrnehmung der Umwelt und im Fall Victor auch ein mehr oder weniger ungünstiges Erziehungsverhalten. Dies zeigt sich bei ihm dadurch, dass zum einen Mutter und Stiefvater die Unumgänglichkeit therapeutischer Hilfe erkannten und schätzen gelernt haben, andererseits durch den gesetzlich geregelten Umgang Victors mit seinem leiblichen Vater ihm der Eindruck vermittelt wird, dass er keinerlei Hilfe bedarf und die von Mutter und Stiefvater angenommenen und geforderten Hilfen eher eine Behinderung darstellen. Dieser Umstand wirkt sich aus meiner Sichtweise erschwerend aus.

Für Victor und seine Familie können folgende Therapien und Verfahren zur Anwendung kommen, welche ich als Psychologischer Berater mit dem Stand meines jetzigen Wissens empfehlen kann und würde:

A. Verhaltenstherapie für aggressive Kinder

Da Victor seit seiner frühen Kindheit durch aggressives Verhalten aufgefallen war und dieses Verhalten zu jedem Zeitpunkt seiner Entwicklung in vielen Lebensbereichen (Kindergarten, Schule, Elternhaus und Freundschaften) häufig und vielschichtig auftrat und noch weiter auftritt, halte ich den Aspekt einer gezielten Verhaltenstherapie bei ihm unter Berücksichtigung aller anderen folgenden Trainingsprogramme und Therapien als primär. Daher gehe ich auf diese Form der Therapie später noch gezielter ein.

B. Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren, deren Anwendung sich bei verhaltensgestörten oder chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durchgesetzt haben, sind:

- Progressive Muskelrelaxation
- kombinierte- oder kognitive Entspannungsverfahren
- imaginatives Verfahren
- Autogenes Training
- Biofeedback

Natürlich ist neben dem therapeutischen Ziel der Entspannung die Symptomatik und das Alter des Kindes sowie seine Ansprechbarkeit auf der physiologischen und kognitiven Ebene zu berücksichtigen. Für Victor halte ich ein imaginatives Entspannungsverfahren für geeignet. Bei diesem geht es um Vorstellungsbilder, die in Geschichten integriert sind. Ein solches Entspannungsverfahren stellen die Kapitän-Nemo-Geschichten dar. Hierbei handelt es sich um eine bildgetragene Kurzentspannungsmethode.

Diese Geschichten sind als Fortsetzungsgeschichten konzipiert und in sie sind die Schwere- und Wärmeübungen des Autogenen Trainings als kognitive Entspannungsinstruktionen integriert.

Imaginative Techniken sind deshalb gut für Victor geeignet, da sie:

- eine geringere Anforderung an die Konzentration stellen
- Fantasietätigkeit von Kindern im Alltag ansprechen und
- eine hohe Attraktivität für Kinder besitzen.

C. Therapeutische Trainingsprogramme zum Abbau von Verhaltensauffälligkeiten

Victor soll lernen, seinen Mitmenschen (Eltern, Lehrern, Mitschülern, Freunden etc.) angemessener entgegenzutreten. Da aggressive Kinder die Handlungen anderer meist als gegen sich gerichtet und feindselig erleben, reagieren sie häufig vorschnell und unangemessen. Die folgenden Trainingsprogramme würde ich mit Victor individuell durchführen, andererseits wäre auch das Verhalten mit mehreren verhaltensauffälligen Kindern in einer kleinen Gruppe trainierbar, da der Aspekt der gezielten Konfliktlösung in der Gruppe zum Tragen käme.

Ärgerkontrolltraining:

Mit Victor im einzelnen oder in der Gruppe würden wir trainieren, wie die äußeren Ereignisse (z. B. gefoppt werden) von den eigenen Bewertungen der Kinder (ärgerliche Gedanken oder Anspannung) zu unterscheiden sind. Damit würde ich versuchen, den Kindern einen „kühleren“ Blick auf die Sache zu vermitteln. Es soll gelernt werden, Alternativen zu verärgertem Verhalten zu finden, mit sich selbst zu reden, um Ärger zu kontrollieren („ganz ruhig bleiben“, „ich denke jetzt erst einmal nach, was ich tun könnte“ etc), einen bestimmten Plan zu entwerfen, wie man auf Provokationen reagiert, und einen Zusatzplan zu entwerfen, falls man zur Durchführung des ersten Planes zu verärgert ist.

In den Übungen werden Situationen durchgesprochen, in denen Victor sehr ärgerlich war. Dabei muss sich herauskristallisieren, was ihn so ärgerlich gemacht hat und wie er dabei reagiert hat. Ganz besonders wichtig ist dabei, dass er erkennt, wie sein Körper die Erregung signalisiert hat (z.B. schwitzen, angespannte Muskeln, ein heißes Gefühl steigt hoch etc.). Damit soll gezeigt werden, wie das Kind entgegensteuern kann, bevor es die Kontrolle verliert. Die unerwünschten Konsequenzen unkontrollierten Verhaltens sind somit aufzeigbar.

Selbstbehauptungstraining:

Victor soll lernen, sich angemessen zu behaupten, damit er auf sein aggressives Verhalten verzichten kann. Hier kann man mit Bildergeschichten arbeiten, bei der Gruppenarbeit können auch Erlebnisse der Kinder im Rollenspiel nachvollzogen werden. Anstelle des früheren negativen Verhaltens soll positives Verhalten eingeübt werden.

Konflikt- und Problemlösungstraining:

Hierbei soll Victor oder die die Gruppe lernen, ein Problem genau zu benennen, mehrere mögliche Lösungen zu finden, die kurz- oder langfristigen Folgen der Lösungen abzuschätzen und mögliche Schwierigkeiten vorher zu erkennen, Hierzu kann ich mit den Kindern verschiedenen Rollenspiele mit möglichen Konfliktsituationen durchspielen. Die Spieler geben dabei ihre Gedanken laut wieder, um mir als Therapeuten Einblick in ihr Vorgehen zu geben. Außerdem würde ich verschiedene Situationen vorspielen lassen und dabei die Lösungsschritte einzeln vorstellen.

Kommunikationstraining:

Kommunikation ist die Voraussetzung für jedes Miteinander und notwendig, um Freundschaften zu entwickeln. Victor soll lernen, andere zu seiner Person zu befragen, Informationen über sich selbst zu geben, den Anderen in ein Gespräch einzubeziehen, dabei die eigene Rolle im Auge zu behalten und angemessenes nonverbales Verhalten zu zeigen (Augenkontakt, Körperhaltung u. ä.). Eine Methode, dies zu trainieren, ist die „Fernseh-Talkshow“. Hier kann ich als Therapeut mit Victor und einem anderen verhaltensauffälligen Kind die Situation durchspielen, dass einer der Talkmaster ist und der andere den Gast spielt: Der Talkmaster sollte nun dem Gast das Gefühl vermitteln, willkommen zu sein, etwas über die Interessen des Gastes erfahren und dem Gast etwas über die eigenen Interessen erzählen. Bei dieser Methode sollen die Kinder lernen, sich in andere Personen einzufühlen, Kompromissbereitschaft zu zeigen und sich an ausgehandelte Verhaltensregeln zu halten.

Damit Victor diese neuen Einsichten und Verhaltensweisen leichter auf den Alltag übertragen kann, ist es besonders wichtig

- dieses Training regelmäßig und so lange wie möglich beizubehalten, zumindest einmal pro Woche für die Dauer eines Schuljahres
- möglichst viele Beispiele aus dem Alltag zu verwenden und vielseitige Erfahrungen als Berater anzubieten
- einzelne Aufgaben gezielt umzusetzen (z. B. ein Kind zu sich nach Hause einladen)
- immer wieder Auffrisch-Sitzungen vorzusehen
- Außerdem sollte sichergestellt werden, dass Victor für neues positives Verhalten gelobt wird. Deshalb würde ich Eltern und Lehrer über Aufgaben und Ziele ständig informieren, damit sie den Jungen in seinen Bemühungen unterstützen können.

Bei Kindern wie Victor laufen viele Erfahrungen, anscheinend ohne Eindruck auf sie zu hinterlassen, wie an einer Regenhaut von ihnen ab. Was für andere Kinder eine nachdrückliche Erfahrung darstellt, hinterlässt bei ihnen kaum Spuren. Es dauert deshalb länger, bis sie sich an Spielregeln halten oder ein bestimmtes Problemverhalten unterlassen. Bei diesen Kindern ist es deshalb umso wichtiger, Lob und Anerkennung gezielt einzusetzen.

D. Elternberatung

Eine chronische Erkrankung im Kindesalter, wie hier im Fall Victor, führt unweigerlich zu einer familiären Belastung. Das resultierende Bewältigungsverfahren hängt von verschiedenen Familienmerkmalen ab, insbesondere von verfügbaren Ressourcen, die geeignet sind, Belastungen abzufedern. Solche Ressourcen können zum Beispiel eine gute soziale Unterstützung von Freunden und Nachbarn sein oder auch das Bewusstsein, in der Familie schon einmal Krisen erfolgreich überwunden zu haben. Übersteigen die Belastungen allerdings die Selbsthilfekräfte der Familie, kommt es zu einem ineffektiven Bewältigungsverhalten. Dieses kann sich bei den einzelnen Familienmitgliedern in unterschiedlichen Symptomen manifestieren, beispielsweise in einer erhöhten Ängstlichkeit, in depressiven Verstimmungen oder Verhaltensauffälligkeiten.

Als Psychologischer Berater und Vertrauter der Familie von Victor kann ich Situationen schaffen, in denen alle Familienmitglieder ihre Probleme im Umgang mit der Erkrankung ansprechen können und offene Gespräche nicht verneinen. Des Weiteren würden wir gemeinsam überlegen, wie Freunde, Bekannte und Mitschüler am besten über die Krankheit des Kindes aufgeklärt und mitleidige und abweisende Reaktionen dieser Personen vermieden werden können. Durch dieses Vorgehen soll ein Abbruch außerfamiliärer Sozialkontakte möglichst verhindert und die Unterstützung der sozialen Umwelt angeregt werden.

Durch die Vielzahl meiner Gespräche mit der Familie von Victor war und ist zu erkennen, dass die Eltern (Mutter und Stiefvater) im Laufe der Jahre ein sehr gutes Problembewältigungsverhalten konzipiert haben. Bei meinen Besuchen fiel mir stets das ruhige und ausgewogene Klima auf, in dem sich die komplette Familie bewegte. Hektik oder Probleme bei der Kommunikation traten kaum auf, jedes Familienmitglied hat sein persönliches Rückzuggebiet mit ausreichend Freiräumen.

Die Mutter von Victor hatte vor Jahren schon die Möglichkeit erkannt, mit ebenfalls betroffenen Eltern von Kindern mit Neurofibromatose in einer Elterngruppe zu kommunizieren. Elterninitiativen bieten viele Vorteile:

- Eltern fühlen sich durch den Kontakt mit ebenfalls Betroffenen in ihren ganz speziellen Problemen verstanden und angenommen.
- Die eigene Situation wird entscheidend relativiert, wenn sie entdecken, dass andere Eltern ähnliche Erfahrungen wie sie selbst gemacht haben.
- Das Selbstbewusstsein der Eltern wächst, sie können ihre Interessen und die des Kindes besser vertreten.
- Es können wichtige Informationen (beispielsweise über relevante Gesetze, Behandlungsmöglichkeiten etc.) ausgetauscht werden.
- Die Eltern können sich dadurch gegenüber Institutionen (Schulämter, Ministerien) besser behaupten. Ansonsten werden sie nämlich mit ihrem „Problemkind“ oft in die Defensive gedrängt.

E. Elterntraining

Elterntraining hat sich bei der Behandlung massiver Verhaltensauffälligkeiten sehr bewährt. Sutton (1992) führte Eltern aggressiver Kinder in die Grundlagen der sozialen Lerntheorie ein. Sie sollten lernen:

- sich nicht einseitig auf die problematischen Verhaltensweisen zu konzentrieren, sondern auch angemessenes Betragen wahrzunehmen und dieses zu verstärken,
- Wirkungsweisen, wie Belohnungsentzug und Wiedergutmachung (z. B. Ersetzen der umgestoßenen Vase) effektiv einzusetzen,
- Eindeutige und klare soziale Regeln aufzustellen und
- diese Fertigkeiten generell, nicht nur im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten, anzuwenden.

Im Gespräch mit den Eltern von Victor waren wir uns einig, dass verhaltensauffällige Kinder wie er jemanden brauchen, der hinter ihnen steht, ihnen Mut macht, über ein Tief hinweghilft. Es muss jemand sein, der dem Kind vermittelt, dass es nicht ungeschickt, nervig, dumm oder störend ist. Dies ist nach meiner Meinung eine der wichtigsten Botschaften für Victor. Und genau diese Zielstellung haben Mutter und Stiefvater von Victor verinnerlicht, eine Tatsache, die bei weitem nicht für alle Eltern dieser Kinder zutrifft.

Die Eltern von Victor stehen oft unter Stress. Allzu vieles stürmt auf sie ein. Schließlich liegen noch andere Dinge an: Der Beruf verlangt Einsatz und Zeit, die Geschwister sollen auch zu ihrem Recht kommen, der Haushalt muss organisiert werden und etwas Freizeit wäre auch nicht schlecht.

Victors Eltern schaffen dies zu einem Großteil nur, weil sie sich im Umgang mit den Auffälligkeiten ergänzen und bei der Bewältigung vieler Schwierigkeiten eine Einheit bilden. Der andere Aspekt, den ein guter Psychologischer Berater vorschlagen kann und mit dem Victors Eltern schon arbeiten, lautet: **agieren statt reagieren!**

Es müssen Strategien entwickelt werden, um zu verhindern, dass einen die Alltagsschwierigkeiten überrollen. Wenn sich solche Strategien erst einmal etabliert haben, klappt der Alltag im Laufe der Zeit immer besser.

Agieren statt reagieren nützt aber auch dem verhaltensgestörten Kind: Es wird nicht nur weniger Misserfolge haben und seltener in Schwierigkeiten geraten, sondern auch mit den anderen besser zurechtkommen, erfolgreicher sein und mehr Selbstvertrauen fassen. Diese Tendenz hat sich bei Victor klar herauskristallisiert und wird später noch genauer beschrieben.

Hier noch einmal 3 Schwerpunkte für Elterntrainings:

1. Den Eltern soll praktisches Wissen über die Störung vermittelt werden. Sie müssen lernen, die Verhaltensstörung als Handlungsbeeinträchtigung zu sehen.
2. Die Eltern lernen, positive Verhaltensansätze ihres Kindes zu verstärken, ablenkende Bedingungen auszuschalten und strukturierende Hinweise zu geben.
3. Konflikte sollen im Voraus vermieden werden, Situationen, die schwierig werden könnten, müssen gut vorausgeplant sein. Erwartungen und Aufforderungen müssen klar formuliert sein.

10. Verhaltenstherapie als primäre Therapie für Victor

Ich möchte hier an dieser Stelle speziell die Verhaltenstherapie für das Kindes- und Jugendalter behandeln, da ich sie für Victors weitere Entwicklung unabdingbar halte. Teilaspekte eines gezielten Verhaltenstrainings habe ich ja schon im Gliederungspunkt 9 C tangiert und erläutert, so dass ich hier noch einmal über den komplexen Ansatzpunkt der Verhaltenstherapie, aber auch über gezielte Ansatzpunkte bei der Arbeit mit Victor sprechen möchte.

Victors schulische und emotionale Entwicklung konnte ich, wie schon beschrieben, über einen längeren Zeitraum hinweg verfolgen. Durch meine Praktika in der Schule für Erziehungshilfe und im gesonderten Schülerhilfsprojekt, in denen ich den Jungen teilweise individuell betreut habe, wurden mir seine gute Intelligenz, seine außergewöhnlich schnelle Auffassungsgabe, aber auch seine Konzentrations- und Aufmerksamkeitschwäche und vor allen Dingen sein aggressives Verhalten bewusst. Diese aggressive Verhaltensstörung zieht sich wie ein roter Faden durch seine bisherige Entwicklung. Aus diesem Grund halte ich eine gezielte Verhaltenstherapie für sehr wichtig.

Diese Therapie geht davon aus, dass Entwicklung und Aufrechterhaltung von Störungen viel mit dem Lernen von unangepasstem Verhalten zu tun hat. Therapeutische Angebote richten sich deshalb vorrangig darauf, dem Kind ein neues erfolgreiches Lernen für die Schule und Umwelt zu ermöglichen. Dabei werden Erkenntnisse genutzt, die zeigen, dass wir hauptsächlich solche Verhaltensweisen beibehalten, die zu einem positiven Ergebnis führen bzw. geführt haben und Verhaltensweisen unterlassen, die uns Ärger, Bestrafung und Misserfolge einbringen.

Diese Gesetzmäßigkeiten macht sich die Verhaltenstherapie zunutze. In den letzten Jahren wurden verschiedene Therapien neu entwickelt und überprüft (Barkley 1990, Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder und Lauth und Schlotke 1997, Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern).

Das Kind soll dabei lernen:

- sein eigenes Verhalten zu steuern (z. B. nicht gleich dem ersten Impuls folgen usw.)
- sich Gedanken über eine Aufgabe oder eine soziale Situation zu machen (z. B. Was liegt vor? Was wäre eine gute Lösung?)
- beim Lösen von Aufgaben genauer hinzuschauen, genauer hinzuhören und die Informationen wirklich aufzunehmen.

Petermann und Petermann entwickelten ein verhaltenstherapeutisches Training zur Verbesserung des Arbeits- und Sozialverhaltens bei Jugendlichen. Innerhalb von Einzel- und Gruppensitzungen sollen die Jugendlichen lernen, Probleme in verschiedenen Lebensbereichen bewusst anzugehen, anstatt apathisch oder gar aggressiv zu reagieren.

Folgende Therapieziele werden angestrebt:

- die Selbstwahrnehmung,
- Selbstkontrolle und Ausdauer der Jugendlichen zu verbessern,
- ihr Einfühlungsvermögen in Andere zu stärken,
- ein stabiles Selbstbild aufzubauen,
- mit dem eigenen Körper und Gefühlen angemessen umzugehen,
- auf Kritik sowie Lob angemessen zu reagieren und
- mit Misserfolgen leben zu lernen.

Diese Fertigkeiten werden in Diskussionen erarbeitet, in anschließenden Rollenspielen eingeübt und mittels Verhaltensübungen im Alltag vertieft.

Für mich als Psychologischen Berater und meiner Arbeit mit Victor bedeutet dies, dass ich nur mit ihm konsequent arbeiten kann, wenn ich diese Basisfunktionen mit ihm einübe und dies auch im Einklang mit seinem Elternhaus und dem gesonderten Schülerhilfsprojekt abstimme. Durch Gespräche mit einzelnen Pädagogen dieses Projekts weiß ich von einem gut abgestimmten Wechsel von Fördermaßnahmen und Therapieansätzen, die Victors aggressives Verhalten im Schulalltag auf ein Minimum reduzieren sollen. Diese Therapieansätze sind zum Beispiel das Schaffen von Erfolgserlebnissen im Lernverhalten, eine klare Struktur des Schultages, positives Verstärken, Interaktion- und Rollenspiele, bewusstes Wahrnehmen von positivem Verhalten, offenen Gesprächen in der Gruppe und Teamarbeit.

Trotzdem ist Victor zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund seiner weiterhin bestehenden Auffälligkeiten nicht in einem normalen Klassenverband beschulbar. Seine Konzentrationsschwäche und seine Verhaltensauffälligkeiten erfordern weiterhin vor allem auch individuelle therapeutische Hilfe.

Victor sollte lernen, erst innezuhalten und nachzudenken, bevor er etwas tut. Er muss lernen, sich selbst zu „instruieren“. Dazu würde ich im Training mit ihm mit Signalkarten arbeiten, die von der Symbolik her die Worte „innehalten“, „Nachdenken“ und „Was ist der richtige Weg?“ verdeutlichen. Dadurch soll ein verzögertes und überlegteres Vorgehen trainiert werden. Somit muss ich als Berater und Therapeut mit Victor Situationen des täglichen Lebens diskutieren, in denen er erkennt, wo Reaktionskontrolle gut wäre und welche Erfahrungen er damit machen würde. Diese Dialoge mit dem Kind müssen nach meiner Meinung immer so angelegt sein, dass das Kind die Schlussfolgerung für sich selbst zieht, denn schließlich ist seine Einsicht notwendig, um eine Veränderung zu erzielen.

Es sollte auch versucht werden, bei diesen Trainingsprogrammen wenig Fehler zu machen, da ich als Therapeut dem Kind ja zeigen soll, worauf es bei der Verhaltenskontrolle ankommt. Victor lernt von mir somit positives Verhalten, um es in möglichst vielen Alltagssituationen anwenden zu können. Dies alles setzt natürlich voraus, dass das Kind Vertrauen zu mir als Therapeut hat und ich gut geschult im Umgang mit diesen aufmerksamkeitsgestörten und verhaltensauffälligen Kindern bin. Dies alles funktioniert auch nur, wenn der Kontakt zum Elternhaus problemlos greift.

Im Fall von Victor stellt meine Beziehung zur Mutter und zum Stiefvater geradezu eine Idealsituation dar. Ich als Therapeut nutze die Erfahrungen der Eltern im täglichen Umgang mit ihrem Sohn, da sie ja schon seit Jahren mit den Gegebenheiten der Krankheit leben und viele Aspekte und die gesamte Bandbreite der Situation bis ins Kleinste kennen. Trotzdem sind die Eltern von Victor über jede Art von therapeutischer Hilfe dankbar und stehen weiteren intensiven, individuellen Trainingsmaßnahmen jederzeit aufgeschlossen gegenüber.

Es hat sich im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen allerdings noch ein Prinzip bewährt, welches ich zwar hier erst am Ende erwähne, aber mit der Durchführung von Verhaltenstherapien unumstößlich im Einklang steht.

Beim Training mit diesen Kindern ist der Einsatz eines Belohnungssystems, welches sowohl bei der Therapie als auch in der Schule und im häuslichen Bereich angewendet werden sollte und wird, ein positiver Aspekt, um wohlwollendes Verhalten und kleine Fortschritte beim Verhalten der Kinder zu belohnen. Dabei tritt der Effekt ein, dass ich als Berater oder Therapeut erwünschtes Verhalten gezielt belohnen kann. In der Schule für Erziehungshilfe und im gesonderten Schülerhilfsprojekt wird mit dem so genannten „Tokensystem“ gearbeitet, bei welchem den Kindern und Jugendlichen auf einer Punktetafel genau veranschaulicht wird, wie der momentane Stand ihres Verhaltens ist.

Bei Victor würde ich in der Therapie für jeden Schritt in die richtige Richtung eine Wertmarke verteilen. Diese Marken werden nach genau festgelegten Regeln überreicht oder bei grobem Fehlverhalten auch wieder abgezogen. Die so gesammelten Marken können später gegen kleine Belohnungen (Naschereien, Spielzeug u. ä.) eingetauscht werden. Somit kann ich in Zusammenarbeit mit den Eltern das Arbeiten mit den Wertmarken auch zu Hause bei Victor weiterführen und habe dabei eine korrekte Rückmeldung, wenn er zu Hause gesammelte Marken für gutes Verhalten bei mir in der Trainingstherapie einlösen kann und umgekehrt die Eltern sehen, wie viele Wertmarken er in der Therapie gesammelt hat.

Damit sind eventuelle Fortschritte bei einem verhaltensgestörten Kind gut analysierbar und für das Kind sichtbar, da es ja lernen soll, positives Verhalten gezielt einzusetzen.

Ich habe eingehend versucht, über psychologische Beratung, über therapeutische Hilfestellungen und speziell über die Verhaltenstherapie gezielte Ausführungen zu machen und halte, was die klaren Ziele einer psychologischen Betreuung von Victor angeht, folgende zusammenfassende Punkte als herausragend:

1. Prävention und Reduktion von Belastungen
2. Erhöhung der familiären Integration
3. Selbstinstruktion vorgeben
4. Förderung der Krankheitsbewältigung
5. Anleitung zur Selbsthilfe
6. Aufbau prosozialer Fertigkeiten und Werthaltungen

11. Schlussbemerkungen

„Es tut mir weh, wenn andere Leute glücklich sind!“ Was mag ein Kind im Alter von ca. 8 Jahren zu einer solchen Aussage bewogen haben? Was denkt und fühlt dieser Junge in Anbetracht seiner schweren chronischen Krankheit in Verbindung mit seinen Aufmerksamkeits- und Verhaltensdefiziten?

Es hat sich für mich im Umgang mit Victor und bei dieser Abschlussarbeit natürlich die Frage gestellt, warum er so ist, wie er ist. Als Psychologischer Berater oder Therapeut sollte man natürlich immer durch eine Anamnese eine Ursachenforschung betreiben, was ich in dem hier vorliegenden Fall nach den gegebenen Möglichkeiten auch getan habe. Allerdings kann ich an den genetischen und psychosozialen Gegebenheiten nichts ändern.

Für einen Psychologischen Berater muss sich eine ganz andere Frage stellen, nämlich, wie kann ich dem Jungen und seiner Familie helfen, wie kann ich sie unterstützen, ihnen therapeutischen Beistand leisten. Ein wohl angepasstes, ruhiges und ausgeglichenes Kind ist im Allgemeinen immer beliebt. Wenn aber nun ein Kind wie Victor eine motorische Unruhe oder eine Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörung hat und zu explosiven Affekthandlungen mit aggressiven und destruktiven Handlungen neigt, dann ist dieses Kind des Öfteren eine große Belastung für die Familie und die Umwelt. Für Victor ist es wichtig, dass alle Verantwortlichen, die Eltern, Pädagogen, Therapeuten und Ärzte weiter besonders eng und abgestimmt zusammenarbeiten. Es ist auch sehr zu wünschen, dass Victors leiblicher Vater endlich einen reelleren Einblick in die soziale und psychische Entwicklung seines Sohnes nimmt, um nicht das langfristig zu zerstören, was die Menschen, die dem Jungen wirklich helfen wollen, mühevoll erarbeitet und aufgebaut haben.

Im schulischen Bereich ist es der Wunsch der Mutter und des Stiefvaters, dass Victor weiter im gesonderten Schülerhilfsprojekt bleibt. Sie wissen, dass ihr Kind das Ziel einer Gruppenfähigkeit und eines positiveren Verhaltens, wenn überhaupt, nur dort erlernen kann. Hier fühlt sich Victor integriert und anerkannt. Er hat Spaß am Lernen. Dies ist umso wichtiger in Anbetracht der Tatsache, dass, falls sich seine Krankheit verschlechtern sollte, der Junge ans Bett gefesselt sein würde.

Es war und ist für meine berufliche Entwicklung ein glücklicher Umstand, Victor und seine Familie kennen gelernt zu haben. Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt mit allen noch in freundschaftlichem Kontakt und würde bei einer speziellen Anfrage der Eltern jederzeit meine soziale und therapeutische Hilfe anbieten.

Ich habe versucht, Victor als einen ganz besonderen Jungen zu beschreiben, der immer mit meiner Unterstützung als Psychologischer Berater und Freund rechnen kann.

12. Literaturverzeichnis

Neurofibromatose im Kindesalter

Burkhard Köhler – Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 1990

Aktuelle Medizin/Neurofibromatose

V. F. Mautner – MMV Medizin Verlag GmbH München, 1992

MSD Manual Handbuch Gesundheit

Robert Berkow – Merck&Co, Inc., 1995

Chronische Erkrankung als Problem und Thema in Schule und Unterricht

Prof. Dr. Karla Etschenberg - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Irren ist menschlich

Klaus Döner/Ursula Plog – Psychiatrie Verlag, 1982

Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie

Franz Petermann – Hogrefe Verlag, 1995

Kinder, die anders sind

Gerda Jun – Verlag Volk und Wissen, 1984

Das A D S – Buch

E. Aust-Claus/P. M. Hammer – Oberstebrink Verlag GmbH, 2001

Rastlose Kinder, ratlose Eltern

Gerhard W. Lauth – Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH, 1999