

Marcus Eckert

Umgang mit psychischen Störungen im Unterricht

Klinisches Classroom Management

Mit E-Book inside

Beltz Verlag · Weinheim und Basel

Prof. Dr. Marcus Eckert war ursprünglich Lehrer und arbeitet als (klinischer) Psychologe. Von 2015 bis 2020 leitete er das Institut LernGesundheit. Seine Tätigkeit bestand hauptsächlich in der Durchführung gesundheitsbezogener, kommunikationspsychologischer Fortbildungen und Fortbildungen zum Umgang mit klinischen Störungsbildern. Zudem führt er Coachings und Supervisionen sowie wissenschaftliche Beratung von Gesundheitsakteuren durch. Seit 2020 hat er eine Professur für Psychologie, insbesondere Entwicklungs- und Schulpsychologie an der APOLLON Hochschule in Bremen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-407-83204-7 Print

ISBN 978-3-407-83205-4 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-407-83206-1 E-Book (epub)

1. Auflage 2022

© 2022 Beltz Verlag

in der Verlagsgruppe Beltz Weinheim und Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Victoria Larson

Satz: Datagrafix, Berlin

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Umschlagabbildung: aleksandarvelasevic

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

1. Warum klinisches Classroom Management? oder: eine Gebrauchsanweisung für dieses Buch	13
1.1 Warum Lehrer:innen sich mit psychischen Störungen auseinandersetzen sollten	14
1.2 Gebrauchsanweisung für dieses Buch	18
1.2.1 Wie sind die Kapitel aufgebaut?	19
1.2.2 Ressourcenorientierte Haltung	20
1.2.3 Warum Sie mit Diagnose-Vermutungen besonders vorsichtig sein sollten	20
1.2.4 Die sechs Raben und deren Funktion	22
2. Günstiges und ungünstiges Lernen in der Schule: Allgemeine Risiko- und Schutzfaktoren	24
2.1 Stress: Risiko, Herausforderung und Würze	25
2.1.1 Was ist Stress?	26
2.1.2 Embodiment: Niederschwellige Möglichkeiten, Stress im Unterricht zu reduzieren	29
2.1.3 Stress in der Entwicklung von Psychopathologien	33
2.2 Bindung und Beziehungsgestaltung	36
2.2.1 Günstige Kontextbedingungen schaffen	38
2.2.2 Korrigierende Erfahrungen ermöglichen: Vertrauen aufbauen und Beziehung gestalten	44
3. Angststörungen in der Schule erkennen und betroffene Schüler:innen unterstützen	57
3.1 Angst – Skizze einer hilfreichen Emotion	57
3.1.1 Die körperliche Reaktion bei Angst	58
3.1.2 Wie Angst unsere Wahrnehmung und unser Denken beeinflusst	60
3.1.3 Das Gefühl der Angst und deren Funktion	61
3.1.4 Angst als Ausdruck und als Form der Kommunikation	62
3.2 Wie Angststörungen im Allgemeinen entstehen und was sie aufrechterhält	63

3.3 Welche Angststörungen gibt es? Ein Überblick	66
3.3.1 Panikstörungen	68
3.3.2 Agoraphobie	69
3.3.3 Spezifische Phobien	70
3.3.4 Zwangsstörungen	72
3.4 Interventionen zum Umgang mit und zur Überwindung von Angststörungen	75
3.4.1 Validieren	76
3.4.2 Arbeit am Klassenklima	80
3.4.3 Den Körper nutzen	83
3.4.4 Mutproben bestehen und Selbstwirksamkeit stärken	86
3.4.5 Expositionsverfahren	88
3.4.6 Perspektivwechsel: Ressourcen im Blick	89
3.4.7 Geschichten sind gute Lehrmeister	90
3.5 Soziale Phobie	93
3.5.1 Symptome und Diagnose der Sozialen Phobie	94
3.5.2 Wie entwickelt sich eine Soziale Phobie, und was hält sie aufrecht?	95
3.5.3 Interventionen zur Überwindung und zum Umgang mit einer Sozialen Phobie	97
3.5.4 Beratung zum Umgang mit einer Sozialen Phobie	103
3.6 Emotionale Störung mit Trennungsängsten	104
3.6.1 Symptome und Diagnose der Emotionalen Störung mit Trennungsangst	104
3.6.2 Wie entwickelt sich eine Emotionale Störung mit Trennungsangst, und was hält sie aufrecht?	105
3.6.3 Interventionen zur Überwindung einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst	106
3.6.4 Beratung zum Umgang mit Trennungsängsten	108
3.7 Generalisierte Angststörung	109
3.7.1 Symptome und Diagnose der Generalisierten Angststörung	110
3.7.2 Wie entwickelt sich eine Generalisierte Angststörung und was hält sie aufrecht?	111
3.7.3 Interventionen zur Überwindung einer Generalisierten Angststörung	113
3.7.4 Beratung zum Umgang mit Generalisierten Angststörungen	115

4. Mit Depression bei Kindern und Jugendlichen umgehen	119
4.1 Das Störungsbild: Steckbrief und Entstehung	120
4.1.1 Diagnosekriterien: Was gibt Ihnen Hinweise darauf, dass eine Schüler:in eine Depression haben könnte?	121
4.1.2 Ein hilfreiches Depressionsmodell	125
4.2 Der Umgang mit Betroffenen und die Prävention: Classroom-Interventionen bei Depression	132
4.2.1 Umgang mit Verzerrungen der Aufmerksamkeit	132
4.2.2 Umgang mit kognitiven Verzerrungen	140
4.2.3 Umgang mit verzerrten Erinnerungen	150
4.3 Suizidalität: Erkennen und richtig handeln	152
4.3.1 Phasenmodell zur Entwicklung eines Suizids	152
4.3.2 Krisenintervention	157
5. Hyperkinetische und Aufmerksamkeitsstörungen im Unterricht einbinden	161
5.1 Steckbrief des Störungsbildes AD(H)S	161
5.2 AD(H)S als Ressource?!	166
5.3 Wie entsteht AD(H)S? Welche Risikofaktoren gibt es? Welche Ressourcen und Schutzfaktoren gibt es?	169
5.4 Welche Interventionsmöglichkeiten haben Sie als Lehrer:in?	170
5.4.1 Interventionen auf der Ebene der Schüler:in	171
5.4.2 Interventionen auf der Ebene der Klasse/ Lerngruppe	182
5.5 Das sollten Sie bei der Beratung und bei Elterngesprächen berücksichtigen	192
6. Störungen des Sozialverhaltens: Wenn gegenseitiges Verständnis und Kooperation schwerfallen	194
6.1 Steckbrief des Störungsbildes Störung des Sozialverhaltens	194
6.1.1 Prognose und Verlauf	195
6.1.2 Selbstfürsorge geht vor Fremdfürsorge	197

6.2 Ursachen, Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung	198
6.3 Störung des Sozialverhaltens als Ressource?	199
6.4 Interventionen und Beratung	200
6.4.1 Verhaltensänderungen durch operantes Konditionieren – oder: Werkzeuge nutzen, wenn sie zur Verfügung stehen	201
6.4.2 Grundannahmen des Ansatzes der Neuen Autorität	210
6.4.3 Die Säulen im Ansatz der Neuen Autorität	211
7. Traumafolgestörungen: Wenn Traumatisierungen in der Schule entstehen oder Schüler:innen mit Posttraumatischen Belastungsstörungen Hilfe brauchen	230
7.1 Wie ein Trauma entsteht	230
7.2 Steckbrief des Störungsbild Posttraumatische Belastungsstörung	233
7.3 Wenn Traumatisierungen in der Schule passieren: Psychische erste Hilfe und die Schritte danach	235
7.3.1 Psychische erste Hilfe	235
7.3.2 Wenn die Profis übernehmen	238
7.4 Umgang mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Unterricht	239
7.4.1 Bei dissoziativen Reaktionen und hohem Belastungserleben (z. B. durch Konfrontation mit Triggern)	240
7.4.2 Bei Triggern in der Schule oder der Klasse	240
7.4.3 Wenn die Schüler:in sehr schreckhaft ist...	240
7.4.4 Bei kognitiven Verzerrungen	241
7.4.5 Bei Wutausbrüchen oder riskantem Verhalten	241
8. Chancen und Grenzen im Umgang mit Essstörungen, stoffgebunden und stoffungebundene Süchte	243
8.1 Wie Dopamin unser Verlangen schürt	244
8.1.1 Der neuronale Unterschied zwischen Wollen und Mögen	245
8.1.2 Dopamin, Leistung und Anorexia Nervosa	247
8.1.3 Unregelmäßige Verstärkung	247

8.2	Steckbriefe der Störungsbilder	248
8.2.1	Essstörungen	248
8.2.2	Süchte	255
8.3	Intervention: Motivierende Gesprächsführung	265
9.	Schlussbetrachtung: Vermeiden Sie Selbst- und Fremdüberforderungen	270
9.1	Bleiben Sie im Austausch	271
9.2	Pausen einplanen – und auch machen	271
9.3	Gütemaßstäbe entwickeln	272
9.4	Denken Sie Lehrer:innen- und Schüler:innen-Gesundheit zusammen	273
Literatur		275

3 Angststörungen in der Schule erkennen und betroffene Schüler:innen unterstützen

Angststörungen kommen am häufigsten vor. Ihre Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen beträgt etwa 10 % (Schneider & In-Albon, 2010). Allerdings gibt es die verschiedensten Formen von Angststörungen. Ich habe acht Störungsbilder ausgewählt, die ich in einem Überblick vorstelle. Bevor wir uns jedoch die Störungsbilder genauer ansehen, werfen wir einen Blick auf die Emotion Angst (s. Abschn. 3.1). Diese Emotion ist nicht nur vollkommen unpathologisch, sondern sie hat für das Überleben der Menschheit eine entscheidende Rolle gespielt. Nach diesem versöhnlichen Blick auf die Angst schauen wir uns die Grundlogik von Angststörungen im Allgemeinen an (s. Abschn. 3.2), um die hier ausgewählten Angststörungen besser verstehen zu können. Im darauffolgenden Abschnitt bekommen Sie einen breiten Überblick über verschiedene Angststörungen (s. Abschn. 3.3). Zu Abschluss des allgemeinen Teils über Angst und Angststörungen schauen wir uns dann auch noch an, welche Möglichkeiten sich für den Umgang und zur Überwindung von Angststörungen bewährt haben (s. Abschn. 3.4).

Im Anschluss an den allgemeinen Teil stelle ich drei ausgewählten Störungen ausführlicher vor: die Soziale Phobie (s. Abschn. 3.5), Trennungsängste (s. Abschn. 3.6) und die Generalisierte Angststörung (s. Abschn. 3.7), weil sie im Setting Schule von besonderer Bedeutung sind. Jedes der drei Störungsbilder wird kurz beschrieben, so dass Sie eine genauere Vorstellung bekommen. Danach bekommen Sie Hinweise, woran Sie die Störungsbilder im Schulalltag erkennen können und diagnostische Hinweise und Kriterien. Wir besprechen auch, Möglichkeiten Sie in der Schule haben, betroffene Schüler:innen zu unterstützen, wie Sie Ihre »Verdachtsdiagnose« angemessen kommunizieren können und wie Sie betroffene Schüler:innen und deren Eltern beraten und diese bei der Suche nach professioneller Hilfe unterstützen können.

3.1 Angst – Skizze einer hilfreichen Emotion

Alle Emotionen, auch die scheinbar negativen oder unangenehmen, haben ihre Berechtigung. So auch die Angst. Angst ist eine Basisemotion, die der Menschheit das Überleben gesichert hat. Wenn unsere Vorfahren beispielsweise von Fressfeinden bedroht wurden, führte Angst zu einer Reihe hilfreicher automatischer Reaktionen.

Um Emotionen und deren Nutzen zu verstehen, hilft es, vier verschiedene Aspekte zu betrachten:

- Emotionen gehen mit einer körperlichen Reaktion einher
- Emotionen beeinflussen unsere Wahrnehmung und unser Denken
- Wir erleben Emotionen als Gefühle, d. h. sie steuern unser Verhalten (und motivieren uns)
- Wir drücken Emotionen aus, d. h. sie haben eine Kommunikationsfunktion

All diese Aspekte treffen auch auf die Emotion Angst zu. Schauen wir uns die Angst nun etwas detaillierter an.

3.1.1 Die körperliche Reaktion bei Angst

Wenn wir etwas sehen, benötigt die bewusste Wahrnehmung etwa 500 Millisekunden. Das Bild steht also erst eine halbe Sekunde, nachdem es unsere Augen erreicht hat, der Großhirnrinde für die Weiterverarbeitung zur Verfügung. Das ist sehr lange, wenn der Säbelzahn tiger aus dem Gebüsch springt. Viele Studien konnten zeigen, dass die Verarbeitungsgeschwindigkeit unserer Großhirnrinde zudem ziemlich gering ist. Bis wir bewusst auf einen Reiz reagieren, etwa einen Säbelzahn tiger, verstreicht noch weitere Zeit. Wenn wir also schnell reagieren müssen, weil wir in Gefahr sind, ist dieser Weg deutlich zu langsam.

Deswegen gibt es noch einen weiteren und deutlich schnelleren Weg: Eine neuronale »Abkürzung«: Ein Teil der Informationen unserer Augen laufen über den Thalamus direkt zur Amygdala. Die Amygdala ist unser Gefahren- und Stresszentrum im Gehirn. Die Amygdala liegt in einem entwicklungsgeschichtlich älteren Teil unseres Gehirns. Dort werden die visuellen Informationen viel schneller verarbeitet als in der Großhirnrinde, die für bewusstes und analytisches Denken und für Planen zuständig ist.

Sobald Gefahr droht, aktiviert die Amygdala eine Reihe körperlicher Prozesse, die uns auf zwei mögliche Reaktionen vorbereiten: Auf Kampf oder auf Flucht. Eine starke Ausschüttung der Neurotransmitter (Botenstoffe) Adrenalin und Noradrenalin sorgen dafür,

- dass erstens das Herz schneller und stärker pumpt, so dass die Muskeln besser mit Blut versorgt werden.
- dass sich die kleinen Adern in unserer Haut oder in den äußeren Extremitäten zusammenziehen. Dadurch wird der Blutdruck erhöht und wir sind bei äußeren Verletzungen besser geschützt.
- dass drittens die Bronchien weit gestellt werden, so dass wir mehr Sauerstoff aufnehmen können.
- dass viertens die Nervenimpulse schneller zu den Muskeln geleitet werden, so dass wir schneller rennen und besser kämpfen können.
- und auch dafür, dass unsere Pupillen sich weiten, so dass wir mehr Informationen in kürzerer Zeit aufnehmen können.

Zugleich nimmt die muskuläre Grundspannung in unserem Körper zu. Das führt zu einer erhöhten Kampf- oder Fluchtbereitschaft. Beim Kämpfen oder Fliehen unter Angst werden die Weiterleitung und Verarbeitung von Schmerzreizen deutlich reduziert. Das hat den Vorteil, dass wir die Flucht oder den Kampf nicht wegen großer Schmerzen aufgeben und somit unser Leben gefährden. Interessanterweise führt Angst jedoch zu einer erhöhten Schmerzsensibilität, wenn wir nicht kämpfen oder fliehen.

Eine weitere hilfreiche Konsequenz der angstbedingten Noradrenalin ausschüttung ist eine bessere »Lernfähigkeit«. Noradrenalin unterstützt die Neuerschaltung von Nervenzellen. Durch das Neuerschalten von Nervenzellen verbindet unser Gehirn z. B. zwei Ereignisse. Das spielt bei der Furchtkonditionierung eine große Rolle (s. Kasten 3.1 »Furchtkonditionierung«).

Diese Fähigkeit unseres Gehirns, unter Angst besonders schnell zu lernen, kann sehr hilfreich sein. Gehen wir gedanklich einmal zurück zu unseren Vorfahren in der Steinzeit. Stellen Sie sich bitte einmal vor, diese hören bestimmte Geräusche, und kurz darauf springt ein Fressfeind aus dem Gebüsch. Sofort wird die automatische körperliche Angstreaktion aktiviert, und unsere Vorfahren fliehen. Wenn sie das nächste Mal ganz ähnliche Geräusche hören, aktiviert der Körper ganz automatisch die Angstreaktion und bereitet auf die Flucht vor. Dieses erlernte »Frühwarnsystem« könnte der entscheidende Überlebensvorteil sein. Wir müssen den Zusammenhang von angstauss lösenden Reizen (z. B. den Geräuschen) und der entsprechenden Reaktion (Fluchtbereitschaft) nicht vielfach üben, sondern meistens reicht eine einzige Erfahrung aus. Damit diese Verknüpfung gelingt, ist die Ausschüttung von Noradrenalin in unserem Gehirn notwendig.

Wie wir später noch sehen werden, ist es genau diese hilfreiche Eigenschaft unseres Gehirns, unter Angst besonders schnell zu lernen, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen eine entscheidende Rolle spielt. Nur so viel schon jetzt: Wenn eine Schüler:in in Mathe Angst davor hat, sich zu blamieren, steigert die Angst die Lernfähigkeit der Schüler:in. Nur leider lernt sie mit großer Wahrscheinlichkeit nicht, wie Mathe funktioniert, sondern dass Mathe gefährlich ist. Zukünftig reicht es, wenn die Mathelehrer:in in ihre Richtung schaut, um eine Angstreaktion auszulösen. Und dummerweise führt die Angstreaktion dazu, dass sie nicht mehr so gut logisch denken kann. Denn die Aktivität der Großhirnrinde wird unter Angst reduziert (s. o.).

Exkurs: Furchtkonditionierung

In der Forschung wird häufig ein zunächst neutraler Reiz präsentiert (z. B. ein Bild) und sofort darauf ein Reiz, der eine Schreckreaktion auslöst (z. B. ein lauter Knall). Nachdem beide Reize einige Male nacheinander präsentiert wurden, reicht es in der Regel schon aus, nur noch das Bild (also den zuvor neutralen Reiz) zu präsentieren, um eine Angstreaktion auszulösen. Die Angstreaktion wird häufig durch die Veränderung des Herzschlages gemessen. Die Furchtkonditionierung trägt zu der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen bei.

Kasten 3.1: Furchtkonditionierung

Eine weitere körperliche Reaktion, über die wir noch gar nicht gesprochen haben, ist das sogenannte Erstarren. Wenn unser Gehirn zu der Einschätzung kommt, dass wir weder durch Kampf noch durch Flucht eine Überlebenschance haben – uns also keinerlei Bewältigungsressourcen zur Verfügung stehen –, dann erstarrt unser Körper. Wir erleben uns nahezu als bewegungsunfähig. Physiologisch lässt sich das durch die Aktivierung unseres parasympathischen Nervensystems erklären. Aus Sicht der Evolution ist diese Reaktion als Schutzreaktion zu verstehen: Ein potenzieller Fressfeind nimmt uns weniger wahr oder hält uns für tot – und damit nicht mehr als attraktive Beute. In sozialen oder leistungsbezogenen Situationen ist diese Reaktion meistens nicht angemessen: Wir werden starr vor Angst. Besonders bei der psychischen Traumatisierung spielt diese Reaktion eine große Rolle (s. Kap. 7).

3.1.2 *Wie Angst unsere Wahrnehmung und unser Denken beeinflusst*

Wer große Angst hat, kann oft keinen klaren Gedanken mehr fassen. Das haben wir bereits oben besprochen: Die körperliche Angstreaktion reduziert die Aktivität der Großhirnrinde (s. o.). Aber Angst führt noch zu anderen spannenden Veränderungen in der Wahrnehmung und im Denken.

Wer Angst hat, nimmt bedrohliche Reize besonders intensiv und besonders schnell wahr. Angst führt auch dazu, dass uneindeutige Reize eher als bedrohlich bewertet werden. Wir werden also vorsichtiger. In Umwelten, in denen Fressfeinde wahrscheinlich sind, ist das eine hoch adaptive und funktionale Reaktion. Sie rettet Leben. In vielen Kontexten führt diese Reaktion jedoch zu Schwierigkeiten. Wenn die Schüler:in im Matheunterricht Angst davor hat, sich zu blamieren, nimmt sie die Mimik der Lehrer:in vielleicht besonders intensiv wahr und sieht in ihr möglicherweise schon einen abwertenden Blick, obwohl die Lehrer:in sich nur konzentriert.

Sind wir ängstlich, fokussiert sich unsere Aufmerksamkeit auf den angstauss lösenden Reiz. Wenn der angstauss lösende Reiz der Fressfeind ist, ist es meistens positiv, den nicht aus dem Blick zu verlieren. Ist der angstauss lösende Reiz jedoch eine gedankliche Vorstellung, kann das die Tendenz zum Grübeln verstärken. Dies kann zur Entstehung und Aufrechterhaltung generalisierter Angststörungen beitragen (s. Abschn. 3.7.2). Wenn Personen sozial ängstlich sind, kann es zu einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit kommen. Eine Schüler:in könnte dann ihren Aufmerksamkeitsfokus darauf richten, dass sie beim Sprechen rot wird und dass ihre Stimme zittert. Das könnte die soziale Angst verstärken. So ein Teufelskreis findet sich beispielsweise bei der sozialen Phobie (s. Abschn. 3.5.2).

Unser Gedächtnis funktioniert kontextabhängig. Wenn wir ängstlich sind, erinnern wir Ereignisse besser, die wir erlebt haben, als wir ebenfalls ängstlich waren. Wir erinnern uns also besser an Gefahren und unsere Reaktionen. Vor dem Hintergrund realer Bedrohungen, in denen Kampf oder Flucht die angemessene Reaktion wäre, kann das sehr hilfreich sein. Allerdings hat das Phänomen der kontextabhängigen Erinnerung vielfach einen ungünstigen Nebeneffekt: In Situationen, in denen wir Angst

haben, erleben wir uns meistens nicht besonders ressourcenvoll. Das kann dazu führen, dass wir unter Angst kaum einen Zugang zu unseren mentalen Ressourcen und unserem Erfolgsgedächtnis bekommen. Diese Ressourcen könnten der Angst entgegenwirken können. Nur leider kommen wir unter Angst nicht an sie heran. Um diesen Effekt zu überwinden, gibt es Strategien, die ein Umlernen begünstigen (s. Abschn. 3.4).

3.1.3 Das Gefühl der Angst und deren Funktion

Angst bewahrt uns vor Gefahren, sie macht uns vorsichtig. Wir nehmen – auch schon kleinere – Gefahrenreize schneller und intensiver wahr, wenn wir Angst haben. Und wir reagieren auch sehr viel schneller auf diese Reize, als wenn wir nicht ängstlich sind.

Wir nehmen Emotionen als Gefühle wahr. Die Gefühlskomponente einer Emotion ist für unser bewusstes Erleben so etwas wie ein Kompass. Weil Emotionen entwicklungsgeschichtlich betrachtet »ältere Programme« sind, benötigen sie nicht so viele mentale Ressourcen bei der Verarbeitung von Informationen – also bei der Orientierung, Einordnung und Bewertung des Erlebten. Diese Gefühlskomponente informiert uns schnell und »schlägt« uns sofort Handlungsweisen vor. Diese »vorgeschlagenen« Handlungsweisen nehmen wir als Handlungsimpuls wahr. Je stärker eine Emotion ist, desto zwingender fühlt sich der Handlungsimpuls für uns an (Tice, Bratslavsky, & Baumeister, 2001). Wer Angst empfindet, erlebt vielfach den Impuls zu fliehen, sich zu verstecken, kleinzumachen oder eine Situation zu vermeiden. In der Regel haben wir die Wahl, ob wir dem Impuls folgen oder gegen unseren Impuls handeln. Ist die Angst zu groß, fehlt meistens das Gefühl, sich entscheiden zu können.

Angst fühlt sich unangenehm an. Deswegen vermeiden wir zukünftig Situationen und Umgebungen, in denen Angst auftreten könnte. Auch das Vermeidungsverhalten kann einerseits wichtig und angemessen sein, weil es die Person schützt. Andererseits ist es das Vermeidungsverhalten, das wesentlich zur Entstehung einer Angststörung beiträgt und diese aufrechterhält.

Impuls: Die Angst würdigen



Sie kennen Angst aus unterschiedlichen Situationen. Suchen Sie Situationen oder Gelegenheiten, in denen das Erleben von Angst hilfreich oder angebracht war. Es geht in diesem Impuls also darum, Angst zu würdigen.

- (1) Erinnern Sie sich an eine oder mehrere Situationen, in denen Angst Sie vorsichtig gemacht hat. Wann war das nützlich, hilfreich oder angemessen?
- (2) Angst aktiviert unseren Körper und macht unsere Reaktionen schneller. Wann haben Sie das einmal als hilfreich, nützlich oder angemessen erlebt?

- (3) Angst führt manchmal dazu, dass wir bestimmte Situationen, Orte oder Gelegenheiten vermeiden. Manchmal ist das angemessen und manchmal nicht. Erinnern Sie sich an Situationen, in denen es hilfreich, nützlich oder angemessen war, dass Sie etwas aus Angst vermieden haben?

Sprechen Sie mit einer vertrauten Person über diese Aspekte. Vielleicht erfahren Sie auch interessante Sichtweisen von dieser Person.

*Angst ist der Preis, den wir für unsere Beweglichkeit zahlen.
Pflanzen und Steine haben keine Angst.*

Hans Kudzus

3.1.4 Angst als Ausdruck und als Form der Kommunikation

Betrachten wir Emotionen noch einmal entwicklungsgeschichtlich: Unsere Vorfahren in der Steinzeit haben in kleinen Gruppen zusammengelebt. Für das Überleben der Gruppe war es wichtig, dass potenzielle Bedrohungen so schnell wie möglich kommuniziert wurden. Die Emotion Angst löst typische Körperhaltungen und eine typische Mimik aus. In der Regel reißen wir die Augen weit auf und spannen unsere Mundpartie an (s. Abb. 3.1).



Abbildung 3.1: Die Emotion Angst

In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass wir, wenn wir Angst sehen, häufig auch mit Angst reagieren. Ein Witz besagt, dass man nicht schneller rennen muss als der Tiger, sondern nur schneller sein muss als der Langsamste der Gruppe. Und dass dieser Witz wohl ein Körnchen Wahrheit enthält, ist augenscheinlich. Deswegen ist es hilfreich, dass unser Körper sich automatisch auf Angst einstellt, sobald er Angst bei anderen registriert. Horrorfilme und Thriller machen sich so etwas zu Nutze: Sie zeigen Schauspieler mit weit aufgerissenen Augen – und es verfehlt in der Regel nicht seine Wirkung.

Warum aber spüren wir die Angst der anderen? Wie funktioniert das?

Erstens scheinen in unserer Amygdala viele Bilder gespeichert zu sein, die für uns mit Gefahr verknüpft sind. Wenn wir weit aufgerissene Augen und ein angespanntes

Gesicht sehen, wird es sofort als Zeichen für Gefahr gewertet: Unsere Amygdala wird aktiv und fährt den Körper in Alarmbereitschaft. Zweitens führen Spiegelneuronen dazu, dass wir die Haltungen und Bewegungen unserer Mitmenschen in unserem Gehirn simulieren oder tatsächlich unbewusst in eine ähnliche Körperhaltung gehen. Und Körperhaltungen, die durch das Gefühl von Angst ausgelöst werden, lösen wiederum – wenn wir sie einnehmen – auch das Gefühl von Angst aus.

Experiment: Eine Angsthaltung einnehmen



Machen Sie einmal die Mimik nach, die in Abbildung 3.1 dargestellt ist: Augen aufreißen, Kiefer anspannen, Zähne leicht aufeinanderbeißen und Mundwinkel leicht nach hinten ziehen.

Nehmen Sie dazu noch einmal schützend die Hände vor Ihr Gesicht, spannen Sie Ihren Nacken an und beugen Sie sich dabei leicht im Sitzen nach vorne.

Können Sie sich vorstellen, dass diese Haltung die Bereitschaft Ihres Körpers steigert, sich wirklich zu erschrecken oder zu gruseln? Wie müssten Sie Ihre Haltung noch verändern, damit das unbehagliche Gefühl von Angst in Ihnen größer wird?

Wie wir später sehen werden, setzen an der Kopplung von Körperhaltung und Emotion Interventionen zur Überwindung von Angsterleben an (s. Abschn. 3.4). Diese Interventionen folgen dem sogenannten Embodiment-Ansatz. Der Vorteil dieses Ansatzes liegt darin, dass er absolut handlungs- und lösungsorientiert in der Schule erfolgreich angewendet werden kann.

3.2 Wie Angststörungen im Allgemeinen entstehen und was sie aufrechterhält

Nachdem wir im vorangegangenen Abschnitt die Emotion Angst zunächst sehr unpathologisch betrachtet haben, wenden wir uns nun der Grundlogik von Angststörungen zu. Es gibt die verschiedensten Angststörungen, die sich teilweise erheblich unterscheiden. In diesem Abschnitt geht es darum, ein gemeinsames Grundmuster dieser Störungen zu skizzieren. Dadurch fällt es leichter, die möglichen Interventionen zu verstehen und einzuordnen (s. Abschn. 3.4).

Ein gängiges Modell zur Erklärung von Angststörungen ist das lerntheoretisch fundierte Zwei-Faktoren-Modell nach Mowrer (Margraf & Schneider, 2003). Dieses Modell ist zwar nicht vollkommen unumstritten, aber für unseren Zweck liegt der Vorteil dieses Modells jedoch in seiner Anschaulichkeit.

Das Modell geht davon aus, dass Angststörungen in zwei Phasen entstehen: In der ersten Phase steht die Furchtkonditionierung (s. Kasten 3.1) im Mittelpunkt. Ein zunächst neutraler Reiz wird zum Auslöser von Angst. Im Falle einer Sozialen Phobie

könnte beispielsweise das Sprechen vor anderen zum Auslöser von Angst werden, nachdem eine Person wiederholt erlebt hat, dass sie von anderen beim Sprechen ausgelacht wurde. Nach einiger Zeit reicht eine Aufforderung zum Sprechen bereits aus, um alle körperlichen und kognitiven Angstsymptome (wie Schwitzen, erhöhter Herzschlag, unangenehmes Gefühl etc.) auszulösen. Und das auch, wenn die Personen nicht anwesend sind, die bei den vorherigen Malen gelacht haben. Das Sprechen selbst ist jetzt zum Angstausröser geworden – und allein die Erwartung, dass ein Sprech Anlass auf die Person zukommt, löst jetzt schon Angst aus. Wir sprechen von Erwartungsangst.

Allerdings erklärt diese Verknüpfung noch nicht die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Angststörung. Denn wenn die Person nun trotz ihrer unangenehmen Erfahrung und trotz der Erwartungsangst spricht und wiederholt gute Erfahrungen macht, löst sich die Verbindung von Sprechen und Angst. Dann könnte ein Umlernen stattfinden.

Im Falle einer Angststörung kommt es jedoch nicht zu diesem Umlernprozess. Dafür verantwortlich ist nach Mowrer der zweite Faktor: Das operante Konditionieren. Wenn die Erwartungsangst dazu führt, dass die Person das angstbesetzte Verhalten vermeidet, bewirkt diese Vermeidung eine Reduzierung der Angstsymptome. Und diese Reduzierung wirkt – ohne dass wir es wollen – als Verhaltensverstärker. Das Verschwinden oder Abebben der Angstsymptome »belohnt« die Person für das Vermeidungsverhalten. Wir sprechen von negativer Verstärkung. Dadurch tritt mit großer Wahrscheinlichkeit das Vermeidungsverhalten zukünftig häufiger auf.

Das Vermeidungsverhalten wiederum hat zwei ungünstige Einflüsse: Erstens nimmt es der Person die Möglichkeit zum Umlernen und damit zur Überwindung der Angstkopplung (z. B. Sprechen als Angstausröser). Zweitens stärkt und stabilisiert das Vermeidungsverhalten die Erwartungsangst. Aus subjektiver (meist nicht bewusster) Perspektive baut sich in etwa folgende Logik auf: »Wenn ich etwas derart vermeide – und sich das Vermeiden richtig anfühlt (das tut es, denn schließlich wurde es verstärkt), dann muss dieses Verhalten, das ich vermeide, mit ziemlicher Sicherheit gefährlich sein.«

Eine rationale Prüfung, ob dieses Verhalten tatsächlich gefährlich ist, findet entweder nicht oder nur unzureichend statt. Ein Grund dafür besteht darin, dass die oben beschriebene Logik vielfach nicht bewusst erlebt wird – wenngleich sie meistens bewusstseinsfähig ist. In der Regel nehmen Angstpatienten nur das Ergebnis dieser Logik wahr: Sie haben auf unerklärliche Weise einfach Angst. Ein weiterer Grund dafür, dass die rationale Prüfung häufig nur unzureichend stattfindet, besteht darin, dass bereits eine gedankliche Auseinandersetzung die Amygdala (s. Abschn. 3.1) und damit verbunden auch Angsterleben aktiviert. Und das wiederum wird vermieden. Auch diese Vermeidung mit der Auseinandersetzung führt in der Regel zu einer negativen Verstärkung (s. o.).

Wenn Personen trotzdem rational prüfen, ob das Verhalten tatsächlich gefährlich ist, erleben sie nicht selten eine kognitive Dissonanz: Rein rational finden sie keine Gründe dafür, dieses Verhalten (z. B. das Sprechen vor anderen) zu vermeiden.

Trotzdem erleben sie, dass sie es immer wieder tun – und dass es ihnen scheinbar nicht gelingt, sich zu überwinden. Diese Erfahrung macht in der Regel noch zusätzlich Angst, weil sie als Kontrollverlust erlebt wird.

Viele gutmeinende Lehrer:innen, Pädagog:innen oder Eltern versuchen den Kindern oder Jugendlichen mit solchen logisch scheinenden Ratschlägen helfen zu wollen: »Du brauchst doch keine Angst zu haben, keiner wird dich auslachen, wenn du dein Referat hältst.« Dieser Rat kann vielleicht einer schüchternen Schüler:in helfen. Bei einer Schüler:in mit einer Sozialen Phobie kann er jedoch dazu führen, dass diese sich selbst als unzulänglich erlebt: »Ich weiß, dass meine Lehrerin recht hat – und trotzdem schaffe ich es nicht, in der Öffentlichkeit zu sprechen. Mit mir stimmt etwas ganz grundlegend nicht.« Welche Möglichkeiten Sie als Lehrer:in haben, hier zu intervenieren, das zeige ich allgemein im nächsten Abschnitt und speziell auf die Soziale Phobie bezogen im Abschnitt 3.5.3.

Impuls: Das kenne ich auch von mir



Auch wenn Sie keine Angststörung haben, kennen Sie es bestimmt, dass gut gemeinte Ratschläge oder Tipps nicht immer hilfreich sind – und manchmal sogar das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit aktivieren oder verstärken.

(1) Suchen Sie zwei bis drei Situationen, in denen Sie sich »unlogisch« verhalten und von anderen gutgemeinten Tipps bekommen haben, die Ihnen aber nicht geholfen haben.

(Beispiel: Viele Menschen fürchten sich, Spinnen anzufassen – obgleich diese in unseren Breitengraden eher harmlos sind.)

Wie haben Sie die Tipps oder Ratschläge der anderen erlebt? Wie ging es Ihnen dabei?

(2) Überlegen Sie jetzt einmal, was Ihnen persönlich geholfen hätte. Was hätten andere sagen oder tun können, damit Sie sich besser fühlen?

Anmerkung: Ihre Antwort ist für Sie wahr – allerdings besitzt sie in aller Regel keine Allgemeingültigkeit für andere.

Deswegen sprechen Sie einfach einmal mit verschiedenen Personen über diese beiden Fragen und hören gut zu, was für diese Personen unangenehm war – und was hilfreich gewesen wäre.

In der klinischen Psychologie werden vielfach sogenannte Teufelskreis-Modelle konstruiert, um Störungen zu erklären. Einen Teufelskreis möchte ich Ihnen jetzt vorstellen (s. Abb. 3.2):

Im Abschnitt 3.1 haben wir gesehen, dass Angst (also die Aktivierung der Amygdala) dazu führt, dass wir besonders sensibel für die Wahrnehmung von Gefahren sind und dass wir uneindeutige Situationen oder Hinweisreize tendenziell eher als Gefahr interpretieren. Diese Einschätzung aktiviert wiederum die Amygdala und stabilisiert dabei die Angst. Es gibt jedoch verschiedene Möglichkeiten, diesen

Teufelskreis zu durchbrechen. Einige niederschwellige Interventionen werden im Abschnitt 3.4 dargestellt.

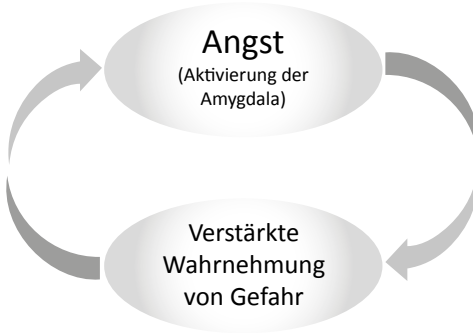


Abbildung 3.2: Teufelskreismodell

Vielleicht stellen Sie sich nach den Ausführungen bis jetzt die Frage, wann die Emotion Angst eigentlich hilfreich ist, wann im Alltag etwas unbrauchbar und ab wann sie Störungscharakter im klinischen Sinne hat. Wir stellen im nächsten Abschnitt die verschiedenen Angststörungen vor. Aber so viel schon jetzt: Damit eine angstbezogene Störung als klinische Störung gelten kann, muss sie entweder klinisch bedeutsames Leid verursachen oder die soziale oder berufliche Funktionsfähigkeit stark einschränken.

Zwei Beispiele für klinisch bedeutsames Leid von Angst

Wenn eine Schülerin sich beispielsweise ständig starke Sorgen macht und darunter ihre Lebensqualität deutlich leidet, weil sie nicht mehr gut schlafen kann, ist das Kriterium des klinisch bedeutsamen Leides erfüllt.

Ein Schüler vermeidet es, aus Angst zur Schule zu gehen und bleibt deswegen zu Hause (Absentismus). Er selbst leidet (warum auch immer) nach seiner eigenen Aussage nicht darunter, zu Hause zu bleiben. Allerdings beeinträchtigt die Angst seine soziale und »berufliche« Funktionsfähigkeit in einer Weise, so dass man hier sicherlich von einer klinischen Beeinträchtigung sprechen kann.

Kasten 3.1: Zwei Beispiele, wann eine angstbezogene Störung als klinisch bedeutsam eingeschätzt werden kann.

3.3 Welche Angststörungen gibt es? Ein Überblick

Es gibt zwei international anerkannte Klassifikationssysteme für psychische Erkrankungen: Das DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der fünften Auflage) und die ICD 11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems in der elften Auflage, in deren Kapitel F die psychischen Erkrankungen beschrieben werden. In diesen beiden Manualen, die sich

in weiten Strecken ähneln, werden die Kriterien beschrieben, nach denen beurteilt wird, ob und welche psychische Erkrankung vorliegt.

In diesem Abschnitt orientieren wir uns an der Klassifikation des DSM 5, da die klinische Forschung sich stärker am DSM 5 orientiert. Ich stelle Ihnen aus diesem Klassifikationssystem eine Auswahl von acht Angststörungen vor (s. Kasten 3.3). Vier dieser Störungsbilder skizzieren wir in den Abschnitten 3.3.1 bis 3.3.5 kurz, so dass Sie einen Überblick bekommen. Drei dieser Störungsbilder stellen wir in einzelnen Abschnitten ausführlicher vor (s. Abschn. 3.5 bis 3.7). Diese Störungen habe ich ausgewählt, weil sie im Setting Schule eine bedeutende Rolle spielen. Die Posttraumatische Belastungsstörung, die auch zu den Angststörungen zählt, wird im Kapitel zu Trauma und Traumafolgestörungen (s. Kap. 7) wegen ihrer komplexen Bezüge zum Setting Schule ausführlicher besprochen.

Überblick über verschiedene Angststörungen

- Panikstörung
- Agoraphobie
- Generalisierte Angststörung
- Emotionale Störung mit Trennungsangst
- Soziale Phobie
- Spezifische Phobien
- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Weitere Angststörungen (die hier nicht näher beschrieben werden)

Kasten 3.3: Angststörungen, die wir besprechen

Bevor wir uns jedoch einzelne Angststörungen ansehen, betrachten wir allgemeine Merkmale hochängstlicher Schüler:innen. Diese können Ihnen als Orientierung im Schulalltag dienen. Wenn Sie bei einer Schüler:in mehrere Merkmale zugleich erkennen, könnte das ein Anzeichen dafür sein, dass diese Schüler:in hochängstlich ist. Nach Rost & Schermer (2006) zeigen hochängstliche Schüler:innen

- eine geringe schulbezogene Selbstwirksamkeit,
- ungünstiges Arbeitsverhalten, Lernstile und Lernstrategien
- gesteigerte Hilflosigkeit, Unsicherheit, geringeres Selbstwertgefühl
- reduzierte Leistungen und schlechtere Zensuren in mehreren Fächern sowie bei Testverfahren
- sie sind öfter sozial isoliert und werden von den Peers weniger geschätzt
- attribuieren Leistungserfolge external und Misserfolge internal und leiden daher mehr unter Misserfolgen und Rückmeldungen
- fehlen häufiger und sind häufiger krank
- werden von den Eltern und Lehrkräften als problematisch wahrgenommen und in ihrer Leistungsfähigkeit unterschätzt.

3.3.1 Panikstörungen

Symptome einer Panikstörung

Panikstörungen zeichnen sich vor allem durch das unvermittelte Auftreten von Panikattacken aus. Panikattacken gehen mit dem intensiven Erleben vitaler Symptome wie Herzrasen, Schwitzen, Atemnot oder Engegefühl in der Brust einher. Schwindel, Benommenheit, Übelkeit oder Brustschmerzen können eine Panikattacke ebenfalls begleiten. Betroffene haben oft Todesängste, weil sie beispielsweise glauben, einen Herzinfarkt zu haben (Schneider, & Margraf, 2009). Kinder nehmen diese Symptome vielfach intensiver und noch bedrohlicher als Erwachsene wahr und reagieren mit Schreien oder Weinen (Butcher, Mineka, & Hooley, 2009).

Da diese Symptome als sehr bedrohlich erlebt werden, bilden sich Ängste vor weiteren Panikattacken aus, die vollkommen unerwartet auftreten können (Schneider, & Margraf, 2009). Diese Ängste werden Erwartungsängste genannt und können die Lebensqualität und die schulischen Leistungen erheblich beeinträchtigen.

Auftreten und Verbreitung

Panikstörungen kommen mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit (Prävalenz) von 11 % relativ häufig vor. Es sind etwa doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. Bei Kindern tritt diese Störung eher selten auf, nimmt aber im Jugendalter und im jungen Erwachsenenalter zu. Es gibt Hinweise darauf, dass Generalisierte Angststörungen von Kindern oder Trennungsängste von Kindern sich in der Pubertät in Panikstörungen verwandeln können.

Diagnostische Abklärung

Die diagnostische Abklärung sollte zwingend durch einen Arzt erfolgen, um tatsächliche somatische Erkrankungen auszuschließen. Für die Diagnose ist das mehrfache Auftreten von Panikattacken notwendig, das Vermeiden von Situationen, die mit Panikattacken assoziiert sind und Ängste vor weiteren Panikattacken, die sich stark einschränkend auswirken.

Behandlung

Bei Kindern und Jugendlichen werden Panikstörungen meistens mit einer Kombination aus angstreduzierenden Medikamenten (meistens Benzodiazepine oder Antidepressiva) und kognitiver Verhaltenstherapie behandelt.

Was können Sie als Lehrer:in tun?

Wenn eine Panikattacke zum ersten Mal in der Schule auftritt, müssen andere Krankheiten durch einen Arzt unbedingt ausgeschlossen werden.

Ist Ihnen bekannt, dass die Schüler:in an einer Panikstörung leidet, besteht die beste Unterstützung für diese Schüler:in darin, dass Sie ggf. für die Schüler:in da sind und diese durch die Panikattacke nicht in eine Situation gerät, für die sie sich im Nachhinein schämen muss oder die ihr unangenehm ist. Gut wäre es also, wenn Ihnen der Spagat gelänge, einerseits so gut wie möglich zu entkatastrophisieren und Ruhe und Normalität auszustrahlen. Andererseits sollten Sie versuchen, der Schüler:in das Gefühl zu geben, dass Sie die Schüler:in und ihre Ängste ernstnehmen: Die Schüler:in erlebt Todesangst bei gleichzeitig fehlender organischer Ursache. Da kann sich schnell das Gefühl einstellen, andere glauben, sie »stelle sich nur an« oder simuliere. Das ist meistens mit starken Schamgefühlen verbunden. Durch Ihr ruhiges Ernstnehmen können Sie diesen Schamgefühlen entgegenwirken. Es kann der Schüler:in auch helfen, wenn Sie für sie da sind, mit ihr eventuell kurz rausgehen, ihr etwas zu trinken anbieten und ggf. mit ihr ruhig atmen.

Bedenken Sie bitte auch, dass das Auftreten einer Panikattacke bei Ihnen das Gefühl von Hilflosigkeit auslösen kann. Machen Sie sich klar, dass Sie nicht mehr tun können, als da zu sein. Die meisten Betroffenen berichten, dass sie es als sehr hilfreich erleben, wenn jemand für sie da ist. Setzen Sie sich nicht unter Druck.

3.3.2 Agoraphobie

Symptome der Agoraphobie

Die Agoraphobie wird umgangssprachlich (und nicht ganz zutreffend) auch als Platzangst bezeichnet. Eigentlich haben Betroffene Angst davor, hilflos zu sein bzw. Kontrollverlust zu erleben. Betroffene vermeiden beispielsweise große Plätze oder Menschenmengen, weil sie dort Angst haben, ausgeliefert zu sein oder die Kontrolle über ihren eigenen Körper, ihre Emotionen oder ihr Verhalten zu verlieren. Vielfach werden auch öffentliche Orte wie Kino, Bahn und Bus oder Konzerte als Angst auslösend erlebt und werden deswegen gemieden. Auch die Schule kann zu einem angst-besetzten Ort werden. Mitunter können Betroffene ihre eigene Wohnung nicht mehr verlassen. Die Agoraphobie geht mit starken Einschränkungen und massivem Verlust an Lebensqualität einher. Im Falle, dass die Angst vor Kontrollverlust sich auch auf die Schule bezieht, kann Absentismus eine Folge sein.

Auftreten und Verbreitung

Die Agoraphobie kommt mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit (Prävalenz) von 4 % eher seltener vor. Wie bei allen Angststörungen sind deutlich mehr Frauen als Männer betroffen. Bei Kindern tritt diese Störung sehr selten auf. Bei Jugendlichen

kann sie in Kombination mit Panikstörungen auftreten. Auch bei Erwachsenen findet sich diese Kombination häufig.

Diagnostische Abklärung

Die diagnostische Abklärung sollte – wie bei der Panikstörung auch – zwingend durch einen Arzt erfolgen, um tatsächliche somatische Erkrankungen wie beispielsweise Herzprobleme oder Schilddrüsenerkrankungen auszuschließen.

Die genaue Diagnose einer Agoraphobie wird in der Regel von einem Psychotherapeuten gestellt.

Behandlung

Die Therapie von Agoraphobie besteht in der Konfrontation mit typischen angstauslösenden Situationen (z. B. Kinobesuche). Die Patientin schätzt die Bedrohlichkeit vorher ein und im Nachhinein. So kann sie erleben, dass Erwartungsängste nicht zu treffen – und das Gehirn kann erfahrungsbasiert umlernen. Dieses Vorgehen sollte der Therapie vorbehalten sein. Oft wird die Psychotherapie noch durch die Gabe von angstreduzierenden Medikamenten ergänzt.

Was können Sie als Lehrer:in tun?

In der Schule können Sie vor allem zunächst die Ängste von Schüler:innen ernstnehmen und validieren (s. Abschn. 3.4.1). Dadurch erreichen Sie, dass die Schüler:in sich angenommen fühlt. Allein das reduziert ein wenig Angst und vor allem Schamgefühle. Und es öffnet Türen. Wenn die Schüler:in noch keine therapeutische Hilfe bekommt, könnten Sie (ggf. zusammen mit der Schulsozialarbeiter:in) in entsprechende Richtung beraten.

Wenn die Schüler:in bereits in Therapie ist, kann es zu ihren Therapie-Aufgaben gehören, sich in für sie bedrohliche Situationen zu begeben (Konfrontation) und korrigierende Erfahrungen zu machen. Auch dabei können Sie die Schüler:in unterstützen. Fragen Sie diese Schüler:in einfach, was Sie tun können. In der Regel werden die Therapieaufgaben zusammen mit der Therapeut:in so gut vorbereitet, dass die Schüler:in hier auskunftsfähig ist. Zudem erlebt sie sich selbst als kompetent, wenn Sie nachfragen. Das wiederum ist eine potenzielle Ressource bei der Überwindung von Angst.

3.3.3 Spezifische Phobien

Was ist eine spezifische Phobie?

Phobien zeichnen sich dadurch aus, dass die Angst mit konkreten Objekten verknüpft ist. Bei Spezifischen Phobien haben Personen vor einem einzelnen Objekt Angst. Sehr bekannt sind Spinnen-Phobien, Flugangst, Höhenangst usw. Auch die Soziale Phobie

(s. Abschn. 3.5) gehört zu den Phobischen Störungen. Allerdings ist der Angst auslösende Reiz bei der Sozialen Phobie nicht so klar umrissen (also so spezifisch) wie beispielsweise bei einer Spinnen-Phobie. Deswegen und aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für unser Zusammenleben bekommt sie eine eigene Kategorie.

Warum entwickeln sich spezifische Phobien nur vor bestimmten Objekten oder Situationen? Oder kann man vor allen Dingen eine Phobie entwickeln?

Man geht davon aus, dass sich im Laufe der Evolution eine Tendenz entwickelt hat, vor bestimmten Situationen oder Objekten schneller und vor anderen langsamer oder keine Ängste auszubilden. Wir sind sozusagen genetisch auf bestimmte Ängste vorbereitet. Das Fachwort heißt Preparedness: Unsere Vorfahren hatten dann besonders große Überlebenschancen, wenn sie schnell vor Spinnen Angst hatten. Denn viele Spinnen waren häufig sehr giftig.

Obwohl es in unseren Breitengraden eigentlich keine gefährlichen Spinnen gibt, ist diese Tendenz geblieben, vor Spinnen Ängste zu entwickeln. Steckdosen, die hingegen viel gefährlicher sind, lösen viel seltener phobische Ängste aus. Es sind keine klinisch bedeutsamen Steckdosenphobien bekannt. Dafür haben wir keine genetisch-evolutionäre Vorbereitung (Preparedness).

Betroffene reagieren in der Regel mit starken Angstgefühlen, mit Anstieg des Blutdrucks, mit höherer Herzfrequenz, mit Schwitzen usw. Aus stammesgeschichtlich-evolutionärer Perspektive ist das auch sinnvoll, weil die Person dadurch viel schneller und effektiver kämpfen oder fliehen kann.

Es gibt jedoch auch besondere Phobien – wie die vor Blut, Nadeln, Spritzen oder Verletzungen. Im Gegensatz zu anderen Phobien kann es bei diesen zu einem starken Abfall des Blutdrucks oder gar zur Ohnmacht kommen. Warum das besonders sinnvoll ist und sich im Laufe der Evolution durchgesetzt hat, ist nicht final geklärt. Aber man kann sich gut vorstellen, dass es hilfreich ist, bei drohendem Blutverlust seine Anstrengungen deutlich zu reduzieren.

Auftreten und Verbreitung

Spezifische Phobien treten mit etwa 13 % bei Frauen viel häufiger auf als bei Männern (4 %).

Diagnostische Abklärung

Damit wir von einer klinisch bedeutsamen Phobie sprechen, müssen einige Kriterien erfüllt sein. Mit anderen Worten: Nicht jede Angst vor einer Spinne ist auch gleich schon eine klinisch bedeutsame Störung. Damit eine Phobie diagnostiziert werden kann, ist eine starke Angst vor einem spezifischen Objekt (z. B. einem Tier) oder einer Situation (z. B. vor Höhe) notwendig, die immer oder fast immer und überall auftritt, wenn es zu einer Konfrontation mit diesem Objekt oder der Situation kommt. Dieser Zustand muss mindestens sechs Monate anhalten und starke Einschränkungen für die betroffene Person bedeuten oder klinisch bedeutsames Leid auslösen.

Behandlung

Die Behandlung spezifischer Phobien besteht in der Regel aus einer Expositionsbehandlung (s. Abschn. 3.4.5). Dabei setzt sich die betroffene Person dem angstauss lösenden Reiz aus, so dass das Gehirn die Möglichkeit erhält, die Verknüpfung mit der Angst zu lösen. Es wird also korrigierend gelernt bzw. umgelernt. Es gibt gestufte Konfrontationen mit dem Reiz, bei denen sich die Person zunehmend an den Reiz gewöhnt. Es werden beispielsweise erst kleine oder gemalte Spinnen gezeigt, dann größere. Auch der Abstand kann verändert werden. Erst aus der Ferne und dann immer näher.

Eine andere Möglichkeit ist die massive Konfrontation: Also gleich die Vogelspinne auf die Hand setzen. Dadurch wird zunächst sehr starke Angst ausgelöst. Da der Körper diese Angst jedoch nicht über einen sehr langen Zeitraum aufrechterhalten kann, reduziert sich die Angst, während die Vogelspinne noch auf der Hand sitzt. Jetzt lernt das Gehirn um und zukünftig wird die Spinne nicht mehr mit Angst verknüpft sein (und alle kleineren Exemplare auch nicht).

Diese Verfahren sind sehr wirksam. In seltenen Fällen werden auch angst-reduzierende Medikamente eingesetzt.

Was können Sie als Lehrer:in tun?

In der Schule haben Phobien selten Störwert. Deswegen brauchen Sie in der Regel auch nicht aktiv zu werden. Falls eine Schüler:in von einer (unbehandelten) Phobie berichtet, können Sie ihr Hoffnung machen, dass es wirksame Behandlungen gibt.

Auf Klassenfahrten können Phobien hingegen schon als beeinträchtigend wahrgenommen werden (z. B. Höhenangst, wenn eine Aussichtsplattform bestiegen wird). In diesem Fall sollten Sie die Angst respektieren und die Schüler:in nicht zu einer Konfrontation überreden.

3.3.4 Zwangsstörungen

Was sind Zwangsstörungen?

Zwangsstörungen zeichnen sich durch Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen aus. Zwangsgedanken lösen starke Ängste aus. Zwangshandlungen sind innere oder äußere Handlungen, die meistens darauf abzielen, die Ängste zu beseitigen oder zu reduzieren.

Ein typisches Beispiel für eine Zwangsstörung ist der Zwang zu kontrollieren, ob der Herd ausgeschaltet ist. Der Zwangsgedanke könnte so aussehen: »Ich bin mir gar nicht sicher, ob ich den Herd ausgeschaltet habe. Ich habe ihn bestimmt angelassen und denke nur, dass ich ihn ausgeschaltet habe.« Das würde die Angst auslösen, dass

das Haus abbrennt. Die Zwangshandlung bestünde dann darin, noch einmal in die Wohnung zu gehen und nachzusehen, ob der Herd tatsächlich ausgeschaltet ist.

Bis hierhin mag das noch vernünftig erscheinen. Wir alle kontrollieren hin und wieder, ob wir etwas vergessen haben. Bei einer Zwangsstörung würde der Zwangsgedanke allerdings sofort wieder auftreten und die betroffene Person würde erneut den Herd kontrollieren. Diese Prozedur wiederholt sich bei einer Zwangsstörung sehr häufig. Manchmal schaffen Betroffene es auch gar nicht mehr, ihr Haus zu verlassen. Es gibt die unterschiedlichsten Zwänge. Damit Sie einen Eindruck von der Vielfalt bekommen, finden Sie im Kasten 3.4 exemplarisch einige Zwänge.

Die Zwangshandlung reduziert die Angst und wirkt dadurch wie ein Verhaltensverstärker im Sinne einer negativen Verstärkung (s. Abschn. 3.2). Das führt dazu, dass sowohl der Zwangsgedanke als auch die Zwangshandlung häufiger auftritt, bis sie letztlich chronifizieren. Mit Zwängen gehen meistens sehr großes Leid und sehr starke Einschränkungen im Alltag einher. Beides, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, werden als nicht kontrollierbar erlebt, was die Angst häufig noch verstärkt.

Der Gedanke, verunreinigte und möglicherweise mit Krankheitserregern kontaminierte Hände zu haben, verursacht Angst. Zwanghaftes Waschen ist die Handlung, die zu einer Reduzierung der Angst führen soll (Waschzwang).

Einige Menschen haben Angst, sie könnten absichtlich jemand mit dem Auto anfahren, sie müssten es einfach tun. Deswegen vermeiden sie es, ins Auto zu steigen.

Andere Personen haben den Gedanken, jemanden mit dem Auto angefahren und dies nicht bemerkt zu haben. Sie fahren deswegen immer wieder die Stecken, die sie gefahren sind, mehrfach ab, um zu kontrollieren, ob dort jemand liegt, den sie angefahren haben.

Manche Menschen haben die Vorstellung, dass sie bestimmte Dinge denken, sagen oder tun müssen, um ein Unheil abzuwenden. Ein Beispiel dafür ist, dass ein Kind glaubt, nicht die Ritzen zwischen Gehsteigplatten berühren zu dürfen, weil ihm sonst etwas Schreckliches (häufig nicht näher definiert) passiere.

Religiöse Zwänge bestehen häufig in der Angst einer Person, sich sündig oder religiös-unmoralisch verhalten zu haben und dafür in die Hölle zu kommen. Die Zwangshandlung besteht beispielsweise in exzessivem Beten, Beichten und anderen religiösen Ritualen. Häufig vermeiden betroffene Personen Situationen, in denen sie unmoralisch handeln könnten.

Kasten 3.4: Beispiele für unterschiedliche Zwänge

Auftreten und Verbreitung

In Deutschland leiden knapp 4 % der Bevölkerung an einer Zwangsstörung. Meistens entwickeln sich Zwangsstörungen im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter. Bei Jungen und jungen Männern beginnt die Krankheit im Schnitt früher. Da über die Störung in der Bevölkerung relativ wenig bekannt ist, dauert es etwa zehn Jahre, bis Betroffene sich in therapeutische Behandlung begeben.

Die Krankheit verläuft schleichend und verschlimmert sich ohne eine wirksame Behandlung. Etwa bei zwei Dritteln der Erkrankten chronifiziert sich die Krankheit.

Diagnostische Abklärung

Die Diagnose wird vom Arzt oder vom Psychotherapeuten gestellt. Wichtig für eine Diagnose ist das Auftreten von Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen. Da es Zwangsstörungen gibt, bei denen Betroffene nur oder hauptsächlich Zwangsgedanken haben, und Zwangsstörungen, bei denen die zwanghaften Handlungen im Fokus stehen, muss nicht unbedingt beides vorliegen.

Für die Diagnose einer Zwangsstörung ist es erforderlich, dass die Betroffenen die Zwangsgedanken und die Zwangshandlungen als die eigenen erkennen. Es gibt Erkrankungen (z. B. Schizophrenie), bei denen Patienten glauben, dass sie beispielsweise von Außerirdischen ferngesteuert werden. Bei Zwangserkrankungen darf das nicht der Fall sein. Zudem dürfen weder die Zwangsgedanken noch die Zwangshandlungen als an sich angenehm empfunden werden.

Behandlung

Bei der Behandlung von Zwangserkrankungen wird eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und einer medikamentösen Behandlung empfohlen. Alleinige Medikamentenbehandlung ohne begleitende Psychotherapie ist wegen der hohen Rückfallquote nach dem Absetzen der Medikamente (90%) nicht empfohlen. Alleinige Psychotherapie ohne begleitende Medikamentenbehandlung hat immerhin noch eine Rückfallquote von 20%.

Der Kern der psychotherapeutischen Behandlung (kognitive Verhaltenstherapie) besteht in einer sogenannten Konfrontationsbehandlung mit Reaktionsverhinderung. Das bedeutet, dass die Patient:in sich den angstausslösenden Zwangsgedanken aussetzt (Konfrontation), ohne die Angst durch die nachfolgende Zwangshandlung zu reduzieren oder zu vermeiden (Reaktionsverhinderung). Dadurch entfällt erstens die verstärkende Wirkung der Angstreduzierung durch die Zwangshandlung. Zweitens wird die Patient:in feststellen, dass die befürchteten Konsequenzen nicht eintreten. So kann das Gehirn umlernen. Zudem werden eingeschliffene Automatismen von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen unterbrochen.

Eine Konfrontation kann in dem Beispiel von oben (Angst, den Herd anzulassen) folgendermaßen aussehen: Die Patientin kann den Auftrag bekommen, alle Platten des Herdes auf die erste Stufe anzuschalten, dann die Wohnung zu verlassen und einmal um den Block zu gehen. Zuvor fragt die Therapeutin, was die Patientin befürchtet. Nach der Konfrontation prüfen die Patientin und die Therapeutin gemeinsam, ob die befürchteten Konsequenzen eingetreten sind.

Bei bestimmten Zwangsgedanken (z. B. beim religiösen Zwang) ist eine unmittelbare Prüfung nicht möglich. Hier werden ausgefeilte Gesprächstechniken eingesetzt.

Was können Sie als Lehrer:in tun?

Die oben beschriebene Behandlung sollte der Psychotherapie vorbehalten bleiben. Was also können Sie tun? Ein wichtiger und hilfreicher Beitrag, den Sie leisten können, sind erste Aufklärungsgespräche. In der Regel werden betroffene Schüler:innen noch nicht in Behandlung sein, weil sie dieses Störungsbild nicht als behandelbare Krankheit erkennen. Die meisten glauben, dass sie komisch, unnormale oder schlecht sind. Vielfach ist die unerkannte Krankheit mit Scham besetzt. Es wird von vielen Patient:innen als entlastend empfunden, dass sie nicht alleine sind und dass es Möglichkeiten der Behandlung gibt. Es ist sicherlich eine gute Idee, aufzuklären, dass es eine solche Krankheit gibt und dass ein Arzt oder Psychotherapeut sie diagnostizieren und behandeln kann. Je früher die Krankheit entdeckt und behandelt wird, desto besser schlägt die Therapie an.

Es versteht sich von selbst, dass Sie dabei mit dem nötigen Fingerspitzengefühl vorgehen, um Scham und Gesichtsverlust der Schüler:in zu vermeiden. Hilfreich ist es, das wahrgenommene Leiden, die wahrgenommene Not anzusprechen, ohne die Verdachtsdiagnose zu äußern. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass Sie eine Geschichte konstruieren, in der die betroffene Schüler:in sich zwar wiedererkennen kann, aber nicht »ertappt« fühlt. In dieser Geschichte können Sie Lösungen anbieten:

»Lange dachte Anna, sie wäre mit ihrer Not vollkommen alleine und niemand sonst wäre so wie sie. Daran wäre sie fast verzweifelt. Irgendwann hat sie sich getraut, ihrer Ärztin davon zu erzählen. Das war eine gute Idee, weil es tatsächlich eine Behandlung für Annas Probleme gibt. Und sie hat erfahren, dass es auch anderen so geht wie ihr.«

Holen Sie sich gerne Unterstützung von der Schulsozialarbeiter:in, Schulpsycholog:in oder der Beratungslehrer:in.

3.4 Interventionen zum Umgang mit und zur Überwindung von Angststörungen

Angststörungen sowie die Möglichkeiten, sie zu überwinden bzw. mit ihnen umzugehen, sind gut erforscht. Es gibt eine Reihe wirksamer Interventionen, von denen hier die wichtigsten vorgestellt werden. Die meisten dieser Interventionen werden in der Psychotherapie eingesetzt.

Obgleich Schule kein therapeutisches Handlungsfeld ist, stelle ich Ihnen einige dieser Intervention vor. Der Grund dafür ist einfach und plausibel: Um Angst zu überwinden, muss man sie überwinden – und um mit ihr umzugehen, muss man mit ihr umgehen. Und das in der Regel dort, wo die Angst auftritt. Wenn Schüler:innen ihre Angst im Kontext Schule überwinden möchten, kann es nur hilfreich und nützlich sein, wenn Sie – als Lehrer:in – diese Schüler:innen dabei begleiten. Und für diesen Anlass stelle ich Ihnen Strategien, Techniken und Impulse zu Verfügung. Ich lade Sie explizit nicht ein, psychotherapeutisch zu arbeiten und damit Psychotherapie zu ersetzen.

Vielmehr hoffe ich, Sie zu ermutigen und zu befähigen, in Ihrer Rolle als Co-Therapeut:in, die Sie als Lehrer:in ohnehin immer mal wieder sind, möglichst bewusst, professionell und sicher handeln zu können. Sie begleiten Schüler:innen, die Angst davor haben, ihr Referat zu präsentieren, die Angst vor anderen Menschen haben und alleine in der Ecke stehen, oder die aus lauter Sorge vor der nächsten Klassenarbeit nicht mehr schlafen können. Und um diese Schüler:innen zu begleiten, sie zu ermutigen, aber sie auch in professionelle Hände zu übergeben, gebe ich Ihnen die in diesem Abschnitt einige Methoden an die Hand.

3.4.1 Validieren

Validieren bedeutet, die Sichtweise der Schüler:in bzw. deren Perspektive zu verstehen und zunächst anzunehmen. Das Gegenteil wäre eine Form von Bagatellisieren oder ein Abtuen der erlebten Realität der Schüler:in. Ein Beispiel für das Gegenteil von Validieren wäre es, wenn Sie beispielsweise sagen: »Du brauchst hier doch nun wirklich keine Angst zu haben, das ist doch albern. Hier wird dir nichts passieren.«

Validieren bedeutet aber nicht, dass Sie uneingeschränkt der Sichtweise der Schüler:in zustimmen (Beispiel: »Ja, es ist tatsächlich sehr wahrscheinlich, dass du hier in der Schule die Kontrolle verlierst.«). Vielmehr bedeutet Validieren, das ernst zu nehmen, was unser Gegenüber sagt. Dahinter steht die Haltung: »Unabhängig davon, ob ich es genauso sehe, hat mein Gegenüber gute Gründe für seine Sichtweise.« Wenn man diese Haltung einnimmt, erhöht sich bei der Interaktionspartner:in das Gefühl, verstanden und wahrgenommen zu werden. Man könnte beispielsweise sagen: »Und weil du solche Angst hast, dass du in der Schule einen emotionalen Zusammenbruch haben könntest, fällt es dir sehr schwer, überhaupt noch zur Schule zu kommen. Wenn ich diese Angst hätte, würde es mir auch schwerfallen, in die Schule zu kommen.« Diese Aussage löst in der Regel erstens ein Gefühl von Verstanden-Werden aus, wenn man hier nicht nur mechanisch vorgeht. Zum Zweiten löst dieser Satz eine Zustimmung aus: »Ja, so ist es«. Wer sich verstanden und angenommen fühlt, wer das Gefühl hat, dem Gegenüber zustimmen zu können, der ist häufig auch eher bereit und in Lage zu vertrauen. Das begünstigt die Bereitschaft, die Sichtweise seines Gegenübers auch zu berücksichtigen und sich ggf. auf kleine Experimente einzulassen. Hier finden Sie die Dynamik des Bindungs- und Explorationsverhaltens wieder (s. Abschn. 2.1): Wird die Bindung als sicher wahrgenommen, kann ein Mensch seine Umgebung erkunden und Wagnisse eingehen. Gerade beim Umgang mit oder bei der Überwindung von Angststörungen ist dieses Wechselspiel von Bindungs- und Explorationsverhalten wichtig. Ein Schlüssel hierfür kann das Validieren sein, denn es stärkt das Vertrauen und die Bindung.

Die meisten Menschen kennen das Validieren, ohne es je so genannt zu haben. Wenn wir Kummer haben und eine Freundin uns so zuhört, dass wir uns verstanden und angenommen fühlen, macht sie häufig das, was wir validieren nennen: Sie schenkt uns ihre Zeit und ihre volle Aufmerksamkeit. Sie versteht uns und zeigt das

auch. Und vor allem nimmt sie unsere Sichtweise an, denkt sich in uns hinein und speist uns nicht mit Ratschlägen ab.

Am besten lernen wir das Validieren, wenn wir uns Situationen und Gelegenheiten in Erinnerung rufen, in denen wir bereits validiert haben (ohne es zu wissen). Der untenstehende Impuls hilft Ihnen dabei.

Impuls: Validieren



- (1) Erinnern Sie sich einmal an ein Gespräch, in dem Sie von Ihren Sorgen erzählt haben und sich dabei so richtig verstanden gefühlt haben. Was hat Ihre Gesprächspartnerin gesagt, getan oder was hat sie vielleicht auch unterlassen, so dass Sie sich ernstgenommen und verstanden gefühlt haben? Notieren Sie zunächst einmal, was für Sie hilfreich war.
- (2) Bitten Sie einmal eine Freundin oder Ihre Partnerin, sich an ein Gespräch zu erinnern, in dem Sie dieser Freundin/Partnerin das Gefühl gegeben haben, ernstgenommen und verstanden zu werden.
 - (a) Fragen Sie einmal, was Sie Hilfreiches gesagt, getan haben. Vielleicht haben Sie ja auch etwas unterlassen (z. B. bohrend Fragen zu stellen), das förderlich war.
 - (b) Können Sie sich noch an die Situation erinnern? Welches Gefühl hatten Sie, als Sie sich so hilfreich verhalten haben?
- (3) Fragen Sie einmal verschiedene Personen, wann Sie sich besonders gut verstanden fühlen. Was ist ihnen wichtig? Worauf können sie gut verzichten?

Der Unterschied zwischen privatem und professionellem Handeln besteht darin, dass Sie im professionellen Kontext gezielt eine entsprechende Haltung einnehmen können und diese durch entsprechende Strategien stützen. Anders als im Privaten geht es im Beruf nicht um die Frage, ob man eine Person so sympathisch findet, dass man ihr wohlwollend gegenübertritt und ihr seine wertschätzende Aufmerksamkeit schenken möchte – oder auch nicht.

Es geht vielmehr um die Frage, wie dies gelingen kann. Dazu brauchen Sie vor allem eine Haltung. Um diese Haltung einzunehmen, kann es hilfreich sein, sich die Ergebnisse des Impulses (s. oben) bewusst zu machen. Und es bedarf Strategien und Techniken, die Sie weiter unten lernen und erproben können. Allerdings werden die Techniken und Strategien vollkommen unauthentisch wirken, wenn sie ohne die entsprechende Haltung geschehen.

Eine Technik des Validierens besteht darin, der Gesprächspartnerin seine volle Aufmerksamkeit zu schenken und das zu spiegeln, was man von dem Gespräch wahrgenommen hat – verbal wie nonverbal. Man kann dabei einfach das zurückspiegeln, was man gehört hat.

»Ich war stocksauer!« – »Ok, du warst also wirklich wütend.«

Man kann aber auch spiegeln, indem man die Modalitäten wechselt. Das bedeutet, dass Sie beispielsweise aus einer »kognitiven Aussage« (»Die haben mich zu Unrecht

beschuldigt!«) den emotionalen Gehalt herausarbeiten und spiegeln («Und deshalb bist du wütend«). Dieser Ansatz zielt darauf ab, dass die Gesprächspartnerin sich wahrgenommen und verstanden fühlt. Zudem erzeugt diese Technik eine Ja-Haltung

Ein Beispiel

- Schülerin: Und ich glaube, dass die anderen das ganz schön peinlich fanden, was ich gesagt habe.
- Lehrerin: Du hast also Angst, dass die anderen schlecht über dich denken könnten?
- Schülerin: Ja. Und mit denen werde ich bestimmt nichts mehr machen.
- Lehrerin: Dir ist es sehr unangenehm, wenn andere schlecht über dich denken. Ist das so?
- Schülerin: Ja.
- Lehrerin: Und deswegen machst du lieber nichts mehr mit den anderen und bleibst alleine.
- Schülerin: (schluckt) Ja
- Lehrerin: Das ist ganz schön doof, oder?

Sie können dieses Beispiel so lesen, dass es lächerlich und trivial wirkt – oder dass es einführend wirkt. Was macht den Unterschied aus?

Es geht übrigens beim Validieren nicht darum, die Angst zu verändern – sondern nur darum, der Gesprächspartnerin ein Gefühl des Verstanden-Werdens zu vermitteln. Sie müssen auch nicht mit allem übereinstimmen oder gar zustimmen.

Experiment: Erproben Sie das spiegelnde Validieren



Wenn Teilnehmer:innen in meinen Workshops das Spiegeln üben, haben sie häufig Vorbehalte. Sie befürchten, dass die Gesprächspartner:in sich durch das Wiederholen überhaupt nicht ernst genommen fühlt. Das ist häufig auch so, wenn man das sehr mechanisch macht. Eine gute Idee ist es deswegen, zunächst ein Gefühl und ein Interesse für die Gesprächspartnerin aufzubauen (als aktuell spürbare Haltung). Erst aus dieser Haltung heraus beginnen Sie das Spiegeln. Probieren

Sie beide Varianten aus und experimentieren Sie so lange, bis es sich für Sie stimmig und für Ihre Gesprächspartner:in echt und hilfreich anfühlt. Es geht um mehr als reine Technik! Suchen Sie sich dafür eine Gesprächspartner:in, die mit Ihnen das Spiegeln üben möchte. Spielen Sie ein kleines Rollenspiel: Ihre Gesprächspartner:in erzählt etwas, das sie bewegt (das kann auch erfunden sein). Spiegeln Sie einmal, was Sie wahrnehmen. Probieren Sie verschiedene Varianten:

- Spiegeln sie einmal nur ganz technisch und mechanisch.
- Bevor Sie zu spiegeln beginnen, versetzen Sie sich zuerst in das Gefühl, dass Sie für Ihre Gesprächspartner:in gerne da sind und dass es Sie interessiert, was Ihre Gesprächspartner:in auf dem Herzen hat. Erst dann beginnen Sie das Rollenspiel, in dem Sie auch nur spiegeln, also keine Ratschläge geben oder inhaltliche Nachfragen stellen.

- (c) Überlegen Sie gemeinsam, welche Haltung, welche Stimmung (vielleicht auch welcher Blick) das Gefühl des Ernstgenommen-Werdens und des Sich-Verstanden-Fühlens verstärkt. Probieren Sie es aus. Variieren Sie nur das Nonverbale und Paraverbale. Am besten, indem Sie innere Bilder und eigene Gefühle verändern.

Auswertung: Wann war es für Sie stimmig? Wann fühlte sich Ihre Gesprächspartnerin ernstgenommen und ehrlich verstanden?

Eine weitere »Technik« zum Validieren besteht darin, einen Zusammenhang zwischen der Situation, der Reaktion und den vermuten Motiven und Überzeugungen der Gesprächspartnerin herzustellen. Dabei unterstellen wir grundsätzlich positive (mindestens nachvollziehbare) Motive.

Beispiel nach einem Konflikt zwischen Schüler:innen in einem Gespräch mit einer der Schüler:innen:

Lehrerin: Du wolltest das also nicht auf dir sitzen lassen?
 Schülerin: Ja, die muss wissen, dass man so nicht mit mir umgeht!
 Lehrerin: Du denkst, dass man sich sofort wehren muss, um cool zu sein.
 Schülerin: Ja
 Lehrerin: Wenn du denkst, man ist nur cool, wenn man sowas nicht auf sich sitzen lässt, dann kann ich verstehen, warum du das gemacht hast. Ich darf das natürlich nicht richtig finden und das finde ich auch nicht, aber aus deiner Sicht ist es erst einmal verständlich.

Innere Classroom-Intervention: Das Gute hinter dem Schlechten sehen



Das Validieren ist nicht nur für den Umgang mit Angst hilfreich, sondern auch im Umgang mit Schuld, Scham und Ärger. Wir können besonders viel über das Validieren lernen, wenn wir uns mit Schuld und Ärger auseinandersetzen. Erproben Sie in den nächsten Wochen einmal folgende Grundhaltung: Machen Sie sich jedes Mal klar, wenn Sie sich über eine Schüler:in ärgern, dass alle Menschen auf der Welt stets versuchen, Leid zu vermeiden und ihr Glück zu mehren.

Selbst wenn die Wege dafür manchmal etwas unglücklich gewählt sind, so ist das Grundbedürfnis doch verständlich. Fragen Sie sich, was ist das nachvollziehbare Motiv oder der menschlich verständliche Grund für die offensichtliche Fehlhandlung dieser Schüler:in. Was passiert mit Ihnen und der Beziehung zu der Schüler:in, wenn Sie sich das konsequent einige Zeit vor Augen halten und auch richtig spüren?

Diese Haltung ist im Alltag meistens gar nicht so leicht. Sie hilft aber beim Validieren sehr gut. Auch bei Ängsten, denn auch da geht es manchmal um Scham, um Ärger oder um Schuld.

Das Validieren hat großen therapeutischen Wert, auch bei Angststörungen. Im Kontext Schule – in dem nicht therapeutisch gearbeitet wird – kann das Validieren sich erstens für die Beziehungsgestaltung als hilfreich erweisen. Gute und vertrauensvolle Beziehungen sind gerade bei Angststörungen wichtig (s. Abschn. 2.1).

Zweitens kann das Gefühl, verstanden, ernstgenommen und nicht verurteilt zu werden, sehr entlastend wirken. Die Befürchtung, von niemandem verstanden und möglicherweise sogar verurteilt zu werden, kann Angststörungen aufrechterhalten. Angst ist besonders im Jugendalter schambesetzt. So etwas »hat man nicht«. Und das heißt auch, dass man mit Ängsten häufig alleine ist.

Drittens wird das Leiden einer Schüler:in möglicherweise erst durch eine validierende Haltung offensichtlich. Und erst, wenn ein Leidensdruck sichtbar wird, können Sie der Schüler:in zu therapeutischen Angeboten raten – oder im Zwischenschritt ein Gespräch mit der Schulsozialarbeiterin anbahnen.

Weil das Validieren auch für den Umgang mit anderen psychischen Störungsbildern und Auffälligkeiten großen Wert besitzt, werden wir auch in den weiteren Kapiteln darauf zurückkommen bzw. auf diesen Abschnitt verweisen.

3.4.2 *Arbeit am Klassenklima*

Das Klassenklima hat einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Schulängsten und Angststörungen (Wolfradt, 2006). Ist die Atmosphäre in der Lerngruppe belastet, fördert dies den sozialen Rückzug bzw. den Ausschluss von Schüler:innen, es steigert die Angst zu versagen oder beschämt zu werden und reduziert die Selbstwirksamkeitserwartung. Ein gutes Klassenklima hingegen fördert die Selbstwirksamkeitserwartung (von Grätz, 2015) und reduziert die Angst davor zu versagen oder beschämt zu werden. Zudem zeichnet sich ein gutes Klassenklima dadurch aus, dass es in deutlich geringerem Ausmaß zu Cliquenbildung und dem Ausschluss einzelner Schüler:innen kommt (Saldern, 1992). Die Arbeit am Klassenklima ist ein Schutzfaktor – nicht nur bei Angststörungen. Und ganz nebenbei: Ein gute und angstfreie Lernatmosphäre verbessert die Leistung aller Schüler:innen.

Anders als bei den anderen Interventionen in diesem Kapitel wird auf die Förderung des Klassenklimas nicht detailliert eingegangen. Es werden nur grundlegende Ansätze skizziert und ggf. auf weiterführende Literatur verwiesen. Das machen wir, weil wir den Rahmen dieses Buches nicht sprengen wollen und weil es viele sehr gute Publikationen zu diesem Bereich gibt.

Sie als Lehrer:in haben durch Ihre Haltung und durch Ihr Verhalten in der Klasse bereits einen Einfluss darauf, wie sich das Klassenklima entwickelt. Weitere Einflussmöglichkeiten liegen darin, wie in der Klasse Lernprozesse gestaltet werden, wie viel Mitgestaltungsraum es für die Schüler:innen gibt, ob und wie eine Interaktionskultur etabliert wurde (z. B. im Rahmen eines Klassenrats) und wie mit dem Aufstellen von Regeln, deren Umsetzung und Verstößen gegen diese umgegangen wird.

Welche Haltung ist förderlich für ein gutes Klassenklima?

Wahrgenommene Gerechtigkeit: Schüler:innen – wie die meisten anderen Menschen auch – sind sehr sensibel dafür, ob eine Person aus ihrer Sicht gerecht handelt und gerecht urteilt. Empfinden Schüler:innen ihre Lehrer:in als gerecht, fällt es ihnen auch leichter, unangenehme Dinge wie schlechte Noten oder viel Arbeit zu akzeptieren. Man unterscheidet zwischen zwei Formen der Gerechtigkeit: Verteilungsgerechtigkeit und Verfahrensgerechtigkeit.

Verteilungsgerechtigkeit bedeutet im Kontext Schule, dass alle Schüler:innen sich an die gleichen Regeln halten, die gleiche Menge Aufgaben machen, für die gleiche Leistung die gleichen Noten bekommen und dass sie alle die gleiche Aufmerksamkeit und Förderung bekommen. Im Kontext Schule ist das manchmal nicht ganz einfach. Denken Sie nur daran, dass im Rahmen von Inklusion Schüler:innen unterschiedlich behandelt werden müssen (individuelle Förderung, teilweise sogar unterschiedliche Bewertungskriterien). Schüler:innen fordern seit jeher (also auch schon vor der Inklusion) unterschiedlich viel Aufmerksamkeit ein, bekommen für unterschiedliche Dinge Anerkennung.

Und das ist auch gut so, aber wir brauchen einen anderen Maßstab für wahrgenommene Gerechtigkeit: die Verfahrensgerechtigkeit. Es bekommt nicht jeder das Gleiche, aber alle (ungeachtet von Status oder Sympathie) bekommen beispielsweise nach dem gleichen Verfahren Aufmerksamkeit oder Sie haben je nachdem, wo die Schüler:in steht, andere Erwartungen und verstärken auch andere Dinge. Hier hilft häufig die Metapher, dass einige Menschen Brillen benötigen, dass es aber niemand als ungerecht empfindet, dass einige Schüler:innen mit dieser Sehhilfe ausgestattet im Unterricht sitzen. Solange das Verfahren als gerecht wahrgenommen wird (»unsere Lehrerin fördert jeden so, wie er es braucht und sie es kann«), wirkt sich das positiv auf das Klima aus.

Erfahrungsgemäß fordern Schüler:innen häufig von sich aus Verteilungsgerechtigkeit – und erfahrungsgemäß haben sie Verständnis für Verfahrensgerechtigkeit, wenn man transparent damit umgeht und vor allem sich die Zeit nimmt, mit den Schüler:innen zu reden.

Welche Merkmale der Unterrichtsorganisation wirken sich positiv auf das Klassenklima aus?

Mitsprache, Mitgestaltung und Wahlmöglichkeiten haben bei gleichzeitiger Verantwortungsübernahme eine positive Wirkung. Hierzu existiert eine Menge brauchbarer praxisorientierter Literatur. Die Etablierung eines Klassenrats ist beispielsweise ein Schritt in diese Richtung.

Kooperative Lernsettings und entsprechende Aufgaben- und Unterrichtsorganisation fördern das Klassen- und Lernklima, da hier bewusst positive Abhängigkeiten mit Mitgestaltung und Erfolgserleben gekoppelt werden. Das wiederum stärkt die Selbstwirksamkeitserwartung. Folgende Literatur ist hier zu empfehlen:

Literaturtipps:

GREEN, N., & GREEN, K. (2005). KOOPERATIVES LERNEN IM KLASSENRAUM UND IM KOLLEGIUM. SEELZE: KALLMEYER.

KLIPPERT, H. (2019). TEAMENTWICKLUNG IM KLASSENRAUM. BELTZ.

Im Kapitel 5 zu AD(H)S werden aus diese beiden Ansätzen Classroom-Interventionen abgeleitet.

Classroom-Intervention: Kooperative Selbstentwicklung

Eine besondere Form kooperativen Lernens ist die Kooperative Selbstentwicklung. Die Schüler:innen finden sich in Dreiergruppen – den sogenannten Erfolgsteams – zusammen (Eckert, Tarnowski, & Mertens, 2019). Die zentrale Idee ist, dass sich die Schüler:innen gegenseitig coachen. Dabei nehmen Sie wechselseitig die Rollen der **Selbstentwickler:in**, der **Berater:in** und der **Wächter:in** ein. Durch gut aufgearbeitete Materialien gelingt es Schüler:innen ab etwa der siebten Jahrgangsstufe, selbstwirksamkeitsstärkende Entwicklungsziele zu finden und diese in ihrem Alltag umzusetzen.

Die Ziele können schulbezogen sein (z.B. »Ich möchte mich häufiger melden.«), das Miteinander betreffen (z.B. »Ich möchte respektvoller mit anderen umgehen.«) oder die eigene Freizeitgestaltung betreffen (z.B. »Ich möchte ein Instrument lernen.«). Die Erfahrung zeigt, dass Schüler:innen (durch die Selbstbestimmung) Ziele wählen, die für sie angemessen sind. Die Schüler:innen erleben Gemeinschaft und Erfolg, sie erleben Selbstverantwortung – aber sie erleben auch, dass Scheitern dazugehört und dass Aufstehen und aus dem Scheitern lernen können immer eine gute Option ist. Dadurch wird die Selbstwirksamkeitserwartung gesteigert und das Klassenklima deutlich verbessert. Das wirkt beides dem Angsterleben entgegen.

Gut ausgearbeitete Materialien finden Sie im Manual zum Training Stark im Stress für Jugendliche und vor allem in dem Begleitheft für Lerngruppen. Im Downloadbereich finden Sie eine Anleitung für Schüler:innen, die auch im Training Stark im Stress eingesetzt werden.

Bewertung und Fehlerfreundlichkeit haben einen direkten Einfluss auf das Klassenklima. In der Regel wird die Leistung der Schüler:innen an sozialen oder kriterialen Bezugsnormen gemessen: Also die Zensur anhand vorher definierter Kriterien oder an der Verteilung der Noten im Klassenspiegel vergeben. Oft orientieren sich die Kriterien auch an der erwarteten Kompetenzverteilung der Klasse. Das Problem, das bei einer Orientierung an der sozialen Bezugsnorm entsteht, ist, dass es zwingend Verlierer geben muss. Und das wirkt sich auf das Klima aus.

Am günstigsten ist eine individuelle Bezugsnorm: »Im letzten Text hattest du erst fünf Aufgaben richtig. Heute sind es schon sieben.« Dadurch wird der Fokus verschoben und echte Lernfortschritte rücken in den Blick (selbst, wenn das für die Bewertung von Klassenarbeiten manchmal schwierig ist. Aber es gibt immer Lösungen, wenn man es möchte). Zudem kann man mit Schüler:innen eine fehlerfreundliche Haltung einüben. Fehler geben Hinweise darauf, wo man sich verbessern kann – und deswegen müssen sie gemacht werden. Eine solche Haltung hat, wenn sie authentisch gelebt wird, einen günstigen Einfluss auf leistungsängstliche Schüler:innen.

Allerdings wird Leistungsangst oft durch einen perfektionistischen Grundanspruch an sich selbst mitverursacht und aufrechterhalten. Hier muss eine fehlerfreundliche Haltung bei den Schüler:innen erst aufgebaut werden. Dies können Sie in der Schule zwar unterstützen, manchmal aber nicht alleine bewerkstelligen, ohne dass die Schüler:in in einer Psychotherapie lernt, den Anspruch an sich selbst ein wenig zu senken.

3.4.3 Den Körper nutzen

Atmen

Die Emotion Angst beeinflusst unsere Atmung und unsere Atmung hat wiederum einen Einfluss auf unser Angsterleben. Wenn wir schnell und unruhig atmen, werden wir ängstlicher. Wenn wir ruhig atmen, wird damit unser Parasympathikus aktiviert – also der Teil unseres vegetativen Nervensystems, der für Ruhe und Erholung zuständig ist. Dieser ist vielfach der »Gegenspieler« von Angstzuständen (Aktivierung des Sympathikus).

Classroom-Intervention: Strohhalmatmung

Eine einfache und sehr gute Übung, die Sie mit ängstlichen Schüler:innen durchführen können, ist die Strohhalm Atmung. Die Schüler:in atmet durch die Nase ein. Beim Ausatmen formt sie die Lippen so, als hätte sie einen Strohhalm, durch den sie ausatmet. Dann lässt sie ihre Luft aus den Lungen durch diesen imaginären Strohhalm ausfließen. Bei jüngeren Kindern kann man zunächst auch einen realen Strohhalm benutzen. Wichtig dabei ist, dass die Luft nicht ausgepresst wird. Diese Übung aktiviert extrem schnell den Parasympathikus.

Schüler:innen, die ängstlich sind – beispielsweise vor einem Referat oder einer Prüfung – können diese Übung anwenden.

Entspannung

Angsterleben geht mit erhöhter Anspannung einher. Inzwischen gibt es viele Studien, die eine angstreduzierende Wirkung von Entspannung gut belegen (Brunyé, Mahoney, Giles, Rapp, Taylor & Kanarek, 2013). Es gibt verschiedenen Arten von Entspannungsverfahren. Besonders prominent sind die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Fantasiereisen und das Autogene Training nach Schultz. In der Regel wirken all diese Verfahren sehr gut. Allerdings sollten Sie bei der Anwendung berücksichtigen, dass nicht alle Menschen gleich gut auf Entspannung ansprechen. Auf einen kleineren Teil der Bevölkerung wirken Entspannungsverfahren eher unangenehm.

In unserem Downloadbereich finden Sie eine Audiodatei mit einer Progressiven Muskelentspannung. Diese können Sie Ihren Schüler:innen gerne anbieten. Dieselbe Entspannungsdatei finden Sie auch auf unserer App zum Buch Stress- und Emotionsregulation für Jugendliche (Eckert, Tarnowski, & Mertens, 2019). Die App steht kostenlos im App-Store oder bei Google-Play unter dem Namen »LernGesundheit« zur Verfügung.

Körperhaltung

Emotionen gehen mit Tendenzen zu bestimmten Körperhaltungen einher. Beispielsweise neigen Personen, die sich sehr stark ärgern, eher dazu, sich größer zu machen, die Hände zu Fäusten zu ballen oder auch ein ärgerliches Gesicht aufzusetzen. All das machen sie nicht willentlich. Bei Angst duckt man sich eher, macht sich klein oder geht in eine Hab-Acht-Stellung. Eine typische Angstmimik ist das weite Aufreißen der Augen.

Das bewusste Einnehmen einer entgegengesetzten Körperhaltung und das Aufsetzen einer entgegengesetzten Mimik führen in der Regel zu einer Reduzierung von Angsterleben. Allerdings reicht es meistens noch nicht, nur mechanisch eine Körperhaltung einzuüben. Vielmehr hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Schüler:in zu fragen, wie sie beispielsweise dastehen würde, wenn sie das Referat vollkommen sicher und souverän halten würde. Eine solche Als-Ob-Haltung unterstützt bei dem Finden einer hilfreichen Körperhaltung.

Mit dieser kann dann weitergearbeitet werden, indem die Schüler:in nun sich selbst daran erinnert oder erinnert wird, mit dieser Haltung in typischerweise Angst auslösenden Situationen zu experimentieren.

Auch hier handelt es sich um Einladungen. Wenn die Schüler:in das Wagnis nicht eingehen möchte, sollte die Entscheidung letztlich bei ihr liegen.

Experiment: Erproben Sie das körperliche Gegenregulieren



- (1) Suchen Sie nach alltäglichen Situationen, in denen Sie Ihren Ärger oder Ihre Angst gerne verändern würden.

Ein Beispiel:

Sie würden bei einer Schüler:in gerne etwas gelassener reagieren und sich nicht so schnell provozieren lassen.

- (2) Überlegen Sie jetzt, wie Ihre Körperhaltung wäre, wenn Sie so gelassen (oder wie auch immer) reagieren würden, wie Sie es gerne wollten.
- (3) Stellen Sie sich jetzt die Situation vor und nehmen Sie die förderliche Körperhaltung ein. Seien Sie gespannt, was sich verändert.
- (4) Nachdem Sie auf diese Weise probegehandelt haben, experimentieren Sie mit der Körperhaltung im Alltag.

Classroom-Intervention: Körperhaltungen bei Präsentationen

Bei vielen Schüler:innen lösen das Halten von Präsentationen vor der ganzen Gruppe Angst und Stress aus. Diese Classroom-Intervention dient dazu, den Schüler:innen ein Werkzeug zur körperlichen Regulation von Angst bei Präsentationen an die Hand zu geben. Als Zielgruppe ist hier die ganze Lerngruppe vorgesehen. Diese Intervention kann jedoch auch für die Arbeit mit Kleingruppen für die Einzelarbeit mit ängstlichen Schüler:innen mühelos angepasst werden.

Produktinformation

Geben Sie den Schüler:innen im Sinne der Transparenz und Akzeptanz zunächst Produktinformationen – also Hintergrundwissen über den Embodiment-Ansatz. Infos hierzu finden Sie in Abschnitt 2.1.2. Nach der Produktinformation werden die Schüler:innen eingeladen, eine kleine Präsentation vorzubereiten. Die Präsentationen sollten nicht länger als zwei Minuten dauern. Sie werden in Kleingruppen durchgeführt.

Präsentation 1

Die Schüler:innen sollen in den Kleingruppen nacheinander ihre Präsentation halten. Dabei werden sie eingeladen, absichtlich eine Körperhaltung einzunehmen, in der sie sich beim Präsentieren unsicher, ängstlich und/oder gestresst fühlen. Die Aufgabe ist dann zufriedenstellend erfüllt, wenn die Schüler:innen bemerken, dass sie beim Präsentieren eher etwas unsicher, ängstlich oder gestresst sind. Durch diese paradoxe Anweisung, wird erstens das Unsicher-Sein, die Angst bzw. das Stresserleben als wünschenswert konnotiert. Normalerweise wird Unsicherheit, Angst oder Stresserleben als unerwünscht bewertet. Treten diese unerwünschten Zustände trotzdem auf (und das ist beim Präsentieren sehr wahrscheinlich), löst es weitere Angst- und Stressreaktionen aus. Zweitens wird damit auch das Berichten von Unsicherheits-, Angst oder Stresserleben in der nachgelagerten Reflexionsrunde (s. u.) begünstigt, denn durch die Arbeitsanweisung wird dies nicht als persönliche Schwäche bewertet.

Reflexion 1

Die Schüler:innen werden nun eingeladen, im Plenum darüber zu berichten, **wie** es ihnen gelungen ist, ihr Stresserleben, ihre Angst und/oder ihre Unsicherheit zu steigern. Ziel der Reflexion ist es, dass die Schüler:innen erleben, dass sie über das Variieren der Körperhaltungen einen Einfluss auf ihre Befindlichkeit haben. Der Grund, warum zunächst in die »unerwünschte« Richtung experimentiert wird, besteht darin, dass es den meisten leichter fällt, das Unerwünschte zu erzeugen. Allerdings – und das sollten die Schüler:innen als Take-Home-Message mitnehmen – geht es auch in die andere Richtung (s. Präsentation 2). Dieses Vorgehen nennt man Kopfstandtechnik und es stärkt in diesem Fall die emotionale Selbstwirksamkeitserwartung.

Präsentation 2

In diesem Schritt sollen die Schüler:innen eine Körperhaltung beim Präsentieren erproben, die zu mehr Selbstvertrauen und mehr Gelassenheit führt. Es kann die gleiche Präsentation wie in Präsentation 1 noch einmal verwendet werden. Die Übung wird erneut in Kleingruppen durchgeführt. Dabei ist es wichtig, die Schüler:innen darauf hinzuweisen, dass sie erstens experimentieren dürfen und sollen und dass zweitens auch kleine Verbesserungen ein Erfolg sind. Eine Alles-oder-Nichts-Tendenz (»entweder es ist gleich alles super entspannt oder es bringt nichts«) verstärkt in der Regel das Angst- oder Stresserleben. Deswegen liegen die mentale Haltung des Experimentierens und der Fokus auf kleine Fortschritte/ kleine Veränderungen. Das unterstützt das Erleben von Selbstwirksamkeit.

Reflexion 2

Die Schüler:innen werden nun eingeladen, im Plenum ihre hilfreichen Erfahrungen vorzustellen. In diesem Schritt geht es zunächst darum, den Fokus auf das zu legen, was hilfreich war und was das Erleben in die gewünschte Richtung verändert. Selbstwirksamkeitserleben entsteht vor allem dadurch, Fortschritte und Erfolge bewusst erlebt werden. Daher sollte zunächst nur das Gelingen fokussiert werden.

In einem weiteren Schritt können mögliche Schwierigkeiten besprochen werden. Ziel ist es, das Erfolgserleben zu fördern. Dabei können folgende Fragen zielführend sein:

- Möchte die Schüler:in selbst mehr Gelassenheit erleben?

Einige Schüler:innen haben wenig Veränderungsbedarf – das ist natürlich in Ordnung.

- Was war bis jetzt hilfreich?

Ein häufiges Problem ist, dass der Fokus auf dem Misslingen liegt. Diese Frage fokussiert das Gelingen.

- Was könnte die Schüler:in machen, damit es etwas schlechter wird? (Kopfstandtechnik anwenden) – Und wie könnte die Schüler:in dies nutzen, damit es besser wird?
- In welchen Situationen fiel es der Schüler:in leichter zu präsentieren (oder war sie gelassener)? Welche Körperhaltung hatte sie in der Situation

Hier wird vergangenes Erfolgserleben aktiviert – und damit die entsprechenden neuronalen Netzwerke. erinnern Sie sich an die Hebb'sche Lernregel (s. Kasten 2.1; Kap. 2). Damit wird auch aktuelles Gelingen wahrscheinlicher, weil die entsprechenden neuronalen Netzwerke aktiviert wurden.

Verstetigung und Gewöhnung

Damit das Regulieren von Angst, Stress und Unsicherheit hin zu Gelassenheit und Selbstwirksamkeit im Alltag verfügbar bleibt, sollten die Schüler:innen zeitnah häufig die Gelegenheit haben, dies zu praktizieren. Es bietet sich dabei auch an, den Inhalt der Präsentationen eher klein zu halten. So lernen die Schüler:innen ganz nebenbei, dass Präsentieren zum Erfolgserleben und zu mehr Selbstwirksamkeit führt, anstatt dass es stress oder angstbesetzt ist. Dieses Vorgehen lässt sich selbstverständlich auch auf andere Kontexte übertragen.

3.4.4 Mutproben bestehen und Selbstwirksamkeit stärken

Mut ist nicht, keine Angst zu haben – sondern etwas trotz wahrgenommener Angst zu tun. Wer an einer Angststörung leidet, vermeidet in der Regel das Aufsuchen bestimmter Orte (z. B. Kinos), das Erleben bestimmter Situationen (z. B. Partys) oder das Zeigen bestimmter Verhaltensweisen (z. B. öffentliches Sprechen). Die stufenweise oder vollständige Konfrontation wird Exposition genannt (s. Abschn. 3.4.5) und in der Therapie meistens sehr erfolgreich angewendet. In der Classroom-Intervention **Einladung zur Mutprobe** geht es nicht um eine Konfrontation im klassischen Sinne, sondern um die Stärkung der Selbstwirksamkeit, Angst generell überwinden zu können.

Classroom-Intervention: Einladung zur Mutprobe

Mutproben beziehen sich nicht auf das Vermeidungsverhalten, sondern sollen den Schüler:innen die Erfahrung ermöglichen, dass sie trotz erlebter Angst (hier ist nicht die pathologische Angst gemeint) eine Handlung ausführen und später darauf stolz sein können (Muth, & Seidel, 2006). Es geht vor allem um das Fördern der Selbstwirksamkeit. Das Durchführen von Mutproben zielt nicht nur auf ängstliche Schüler:innen ab, es kann präventiv eingesetzt werden.

Die Durchführung ist denkbar einfach: Die Schüler:innen wählen sich ein Verhalten, das für sie mit Angst besetzt ist, dass für sie aber nicht schädlich, im besten Fall sogar entwicklungsförderlich ist. Hier sind ein paar Beispiele für Mutproben:

- Sich im Unterricht beteiligen, wenn man eher gehemmt ist
- Sich für etwas Unangenehmes entschuldigen
- Jemandem etwas sagen, was man sich nicht traut, was einen aber erleichtern würde
- Um etwas bitten (z. B. beim Einkaufen)
- Kritik äußern
- Eine Spinne über die Hand laufen lassen
- In den dunklen Keller gehen (eher bei jüngeren Kindern)
- ...

Mutproben sind es jedoch erst, wenn das beschriebene Verhalten mit Angst einher geht oder als unangenehm erlebt wird.

Diese Intervention können Sie mit der ganzen Lerngruppe durchführen. Als hilfreich hat es sich bewährt, wenn regelmäßig im Plenum eine Möglichkeit besteht, seine Mutproben zu berichten. Die Schüler:innen berichten und hören sich zu. Dadurch bekommen sie Ideen oder werden ermutigt, selbst mutig zu sein.

Passen Sie das Wording unbedingt der Altersgruppe an, damit diese Intervention nicht lächerlich gemacht wird. Welchen Einstieg können Sie wählen, um möglichst viele gleich zu Beginn abzuholen und einzuladen?

Innere Classroom-Intervention: Machen Sie selbst einmal Mutproben im Alltag

Wir alle kennen Situationen, vor denen wir uns fürchten oder die uns unangenehm sind. Zusätzlich zu den äußeren Stressoren (z. B. Spinnen auf die Hand nehmen) gibt es auch innere Stressoren. Einige Menschen bekommen schweißnasse Hände, wenn sie »Nein!« sagen sollen und nicht den Erwartungen anderer entsprechen. Andere erleben Stress, wenn sie nicht 150%ig vorbereitet in eine Situation gehen. Wieder andere befürchten, nicht alles perfekt zu machen, und weitere vermeiden es auf jeden Fall, unpünktlich zu sein.

Erweitern Sie Ihren Handlungsspielraum, indem Sie sich einen inneren oder äußeren Stressor suchen, den Sie überwinden. Sagen Sie hin und wieder gezielt »Nein!«, wenn Ihnen das schwerfällt. Kommen Sie absichtlich hin und wieder etwas zu spät, wenn Sie chronisch überpünktlich sind.

Es geht hier um Mutproben und um die Erweiterung Ihres Handlungsspielraums. Erfahren Sie an sich selbst, wozu Sie Ihre Schüler:innen einladen und ermutigen. Mutproben im Alltag sind oft nicht so einfach. Und wenn Sie das selbst hin und wieder erleben, können Sie die Leistungen der Schüler:innen möglicherweise besser würdigen.

3.4.5 Expositionsverfahren

In der kognitiv-verhaltensorientierten Psychotherapie werden bei Angststörungen hauptsächlich Expositionsverfahren eingesetzt. Es gibt verschiedene Ansätze. Ihnen allen gemein ist, dass die betroffene Person sich dem angstbesetzten Reiz aussetzt, die Angst aushalten, bis sie zurückgeht oder gar verschwindet, und dass sie so die Möglichkeit zum Umlernen hat.

Grundlegend unterscheidet man, ob die Konfrontation mit dem Angstreiz real (in vivo) oder in der Vorstellung der Patient:in (in sensu) stattfindet. Es gibt angst-auslösende Reize, die sich schwer zu therapeutischen Zwecken herstellen lassen (z.B. traumatische Erlebnisse). Hier eignet es sich besonders, in der Vorstellung der Patientin zu arbeiten. Generell gilt aber, dass eine reale Konfrontation meistens effektiver ist.

Eine weitere Unterscheidung ist, wie massiv die Patientin von Anfang an mit dem Angstreiz konfrontiert wird. Es gibt gestufte Expositionsverfahren (z.B. die systematische Desensibilisierung), bei denen sich die Patientin nach und nach an den Angstreiz (z.B. enge Räume) gewöhnt. Massive Konfrontation mit dem Angstreiz (wie beispielsweise das Flooding) soll dafür sorgen, dass die Patientin so lange einem starken Angstreiz ausgesetzt ist, bis der Körper diese Angstreaktion nicht mehr aufrechterhalten kann. Dann setzt automatisch eine Entspannungsreaktion ein, während die Patient:in weiterhin dem Angstreiz ausgesetzt ist. Dadurch lernt das Gehirn um.

Man kann gestufte Expositionen sowohl in der Vorstellung als auch real durchführen. Das gleiche gilt für massive Konfrontationen. Wichtig bei allen Expositionen ist es, die Vermeidungsreaktion zu unterbinden, damit das Umlernen nicht beeinträchtigt wird. In der Classroom-Intervention **Gestufte Exposition** wird ein Verfahren genutzt, das im Setting Schule möglich ist. Wichtig dabei ist die Freiwilligkeit und ausreichend Zeit. Bewährt hat es sich, diese Intervention in Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeit und der Klassenlehrer:in durchzuführen.

Classroom-Intervention: Gestufte Exposition

Für die Schule sollte in der Regel eher ein gestuftes Verfahren wie die systematische Desensibilisierung eingesetzt werden. Wichtig dabei ist es, dass erstens die Schüler:in vollständig über den Ablauf informiert ist und freiwillig zustimmt – und dass Sie sich zweitens als Unterstützung für diese Schüler:in begreifen, aber nicht in eine therapeutische Rolle gehen. Besonders geeignet ist diese Intervention beispielsweise bei Schüler:innen, die Angst davor haben, Referate zu halten.

Schritt 1: Angstsкала entwickeln

Entwickeln Sie gemeinsam mit der Schüler:in einen Stufenplan. Darin beschreibt die Schüler:in verschiedenen Stufen, die für Schüler:in eine Steigerung der Angst bedeuten. Lassen Sie die Schüler:in jede Angst-Stufe auf einer Skala von 1 bis 10 eine oder mehrere Referenzsituationen finden.

Die erste Stufe würde keine Angst bedeuten. Auf dieser Stufe wäre die Schüler:in z.B. nur beim Zuhören, wenn sie sicher wäre, selbst nichts sagen zu müssen. Die zweite Stufe

könnte z. B. im Sprechen in vertrauten Kleingruppen bestehen. Hier ist die Angst üblicherweise bei 2 (und damit aushaltbar). Eine mittlere Stufe wäre vielleicht das Vorlesen der Hausaufgaben (Angstwert bei 6) und die letzte Stufe wäre das freie Halten von Reden vor sehr großen Sälen (Angstwert bei 10). Das freie Referat vor der Klasse wäre vielleicht bei Stufe 8.

Es kann hilfreich sein, die Stufenskala über die Zielstufe hinaus zu definieren. Das Ziel wäre in diesem Beispiel das Halten von Referaten vor der Klasse. Wenn es noch »schlimmere« Angst-Stufen gibt, suggeriert das automatisch: »Es geht schlimmer«. Zudem kann es für die Schüler:in bei der Zielsetzung hilfreich sein, wenn Sie fragen: »Wie wäre leicht wäre es wohl für dich, Referate zu halten, wenn das Reden vor der ganzen Schule nur noch eine 6 bekäme?« Hier durch würde suggeriert: »Der Angstwert ist veränderbar.«.

Schritt 2: Gegenregulation üben

Die Schüler:in übt ein Entspannungsverfahren ein oder nimmt eine Körperhaltung ein, die beispielsweise mit Gelassenheit und Souveränität assoziiert ist (s. Abschn. 3.4.3). Zur Einübung eines Entspannungsverfahren stehen Audios zur Progressiven Muskelentspannung im Downloadbereich zur Verfügung (s. Abschn. 3.4.3). Sie können auch die Classroom-Interventionen **Strohhalmatmung** zur Angstregulierung über eine Atemtechnik oder **Körperhaltungen bei Präsentationen** zur Nutzung von Embodiment-Techniken einsetzen.

Schritt 3: Konfrontation und Umlernen in der Vorstellung

Die Schüler:in wählt eine Angstsituation der unteren Stufen aus (z. B. das Sprechen in vertrauten Kleingruppen) und stellt sich diese Situation lebendig vor. Dabei ruft sie die eingeübte Entspannung ab, praktiziert die Strohhalmatmung oder nimmt die sichere Körperhaltung ein. Das übt sie so lange, bis keine Angst mehr auftritt.

Sie können die Schüler:in dabei unterstützen, indem Sie nach jeder Durchführung fragen, was sich jetzt verändert hat. Dadurch lenken Sie den Fokus auf die Veränderung.

Schritt 4: Konfrontation und Umlernen in der Realität

Dann erprobt die Schüler:in das in der Vorstellung Geübte in der realen Kleingruppenarbeit. Bestenfalls geben Sie häufig kleine Gelegenheiten dazu und reflektieren mit der Schüler:in zwischenzeitlich die Erfolge. Das macht die Schüler:in bis zur vollkommenen Angstfreiheit unter realen Bedingungen.

Schritt 5: Same-Procedure – Anforderung steigern

Ist im Schritt vier Angstfreiheit (annähernd) aufgetreten, wird die gleiche Prozedur mit einer Angstsituation einer höheren Stufe durchgespielt. Der Ausgangs-Angstwert dieser neuen Situation sollte zwar spürbar höher liegen, allerdings sollten die Schritte auch nicht zu groß gewählt werden. Hierfür macht es Sinn, den Stufenplan zwischenzeitlich immer wieder zu prüfen und ggf. anzupassen.

3.4.6 Perspektivwechsel: Ressourcen im Blick

Die Emotion Angst geht mit der Tendenz einher, Bedrohungen stärker wahrzunehmen bzw. Situationen eher als bedrohlich einzuschätzen. Da Erinnern kontextspezifisch ist, neigen Personen, die Angst haben, dazu, ihre eigenen Bewältigungsressourcen zu unterschätzen (Rossi, 1993). Zudem reguliert die Emotion Angst die

Aktivität der Großhirnrinde (z. B. des präfrontalen Kortex) herab. Das heißt, unsere kognitiven Leistungen und unsere Kreativität sind beeinträchtigt.

Wenn man diesen Tendenzen willentlich entgegenwirkt, beeinflusst man zugleich das Angsterleben. Wer sich in Angstsituationen seine Ressourcen bewusst macht, reduziert meistens die Angst. Wer bewusst die Aktivität des präfrontalen Kortex steigert, reduziert ebenfalls das Angsterleben. In diesem Abschnitt werden Strategien vorgestellt, die darauf abzielen, die eigenen Ressourcen in den Blick zu nehmen und dabei präfrontale Hirnaktivitäten zu steigern. Die vorgestellten Strategien sind im Setting Schule gut einsetzbar. Besonders geeignet sind sie zum präventiven Einsatz.

Classroom-Intervention: Eigene Erfolge und eigene Kompetenzen bewusstmachen

Schüler:innen, die regelmäßig angehalten werden, eigene Erfolge und die daran beteiligten Kompetenzen zu benennen, trainieren (präventiv) einen schnelleren mentalen Zugriff auf eigene Ressourcen.

Laden Sie die Schüler:innen einer Lerngruppe täglich ein, auf die letzten 24 Stunden zurückzublicken. Die Schüler:innen schreiben zunächst alles auf, was ihnen in diesem Zeitraum gelungen ist. Danach werden die Schüler:innen eingeladen, aufzuschreiben, welche Kompetenzen Sie eingesetzt haben, um diese Erfolge zu erreichen.

Es empfiehlt sich, eine Zeitvorgabe von 90 Sekunden für jede Teilaufgabe zu machen. Dadurch wird erstens der Fokus stärker auf die Ressourcen gelenkt und Ablenkungen eher ausgeblendet. Zweitens entsteht bei vielen das Gefühl, sie hätten noch mehr schreiben können, hätten sie noch mehr Zeit gehabt. Das ist günstiger, als wenn die vorgegebene Zeit länger wäre und die Schüler:innen den Eindruck bekämen, ihnen fiele zu eigenen Ressourcen viel zu wenig ein. Weichen Sie jedoch dann von der Zeitvorgabe ab, wenn diese für Ihre Schüler:innen nicht passt.

Im nächsten Abschnitt erfahren Sie mehr darüber, wie man Geschichten konstruieren kann, die ermutigen, die Lösungen anbieten und Reflexionen ermöglichen. Auch diese Geschichten sind Einladungen.

3.4.7 Geschichten sind gute Lehrmeister

Seit jeher erzählen Menschen Geschichten. Geschichten unterhalten nicht nur, sie geben auch Orientierung, machen betroffen, spenden Trost oder ermutigen uns. Mit Geschichten können wir Verhalten modellieren – vor allem inneres Verhalten, was wir uns in der realen Welt selten anschauen können.

Milton Erickson, einer der Begründer der modernen klinischen Hypnotherapie, hat vielfältig und erfolgreich Geschichten im therapeutischen Kontext eingesetzt. Das Nutzen von Geschichten hat in diesem Kontext einige unschlagbare Vorteile:

- 1) Man kann Personen Angebote machen, und diese können selbst entscheiden, welche Aspekte sie davon nutzen möchten. Häufig entscheiden sie sich nicht bewusst

für einen oder mehrere Aspekte, sondern die Aspekte von Geschichten wirken »unbewusst« nach.

- 2) Personen konstruieren sich hilfreiche Zusammenhänge, die die Erzähler:in gar nicht beabsichtigt hat. Und trotzdem (oder vielleicht gerade deshalb) wirken die Geschichten.
- 3) Man kann Geschichten hinreichend ähnlich zu dem Problem der Patientin (oder in unserem Fall: der Schüler:in) konstruieren, ohne dass man Deutungen oder Ratschläge macht. Die Ähnlichkeit in der Konstruktion muss aber gar nicht ganz genau treffen, weil die betroffene Person selbst Lücken schließt oder das ergänzt, was fehlt (und was wir mitunter gar nicht wissen können).
- 4) Geschichten bieten die Möglichkeit, ein Problem distanziert – und somit mit weniger Betroffenheit – zu betrachten. Wenn Sie einer Schüler:in eine Geschichte erzählen, in der ein Problem beschrieben wird, das dem der Schüler:in ähnelt, können Sie die Schüler:in fragen, wie diese handeln würde.

Wichtige Kriterien für (therapeutische) Geschichten

Meistens werden Geschichten eingesetzt, in denen Personen die Protagonisten sind, die es prinzipiell geben könnte oder die es tatsächlich gibt. Es besteht aber auch die Möglichkeit, Fabeln, Gleichnisse oder Parabeln zu nutzen. Allerdings empfehlen erfahrene Therapeuten, auf reale Geschichten oder real wirkende Geschichten zurückzugreifen, weil damit Identifikationsmöglichkeiten größer werden. Die Entscheidung, was Sie wie nutzen, liegt aber letztlich bei Ihnen, Ihren Präferenzen und den Erfahrungen, die Sie machen werden.

Die Konstruktion solcher Geschichten sollte eine Parallele oder eine Ähnlichkeit zu dem Problem der Schüler:in aufweisen. Es ist allerdings nicht notwendig, alles identisch zu gestalten. Leerstellen in der Geschichte füllt die Schüler:in durch eigene Konstruktionen.

Geschichten können dazu einladen, nach Lösungen, Ressourcen oder Perspektivwechsel zu suchen. Oder sie können eben diese anbieten.

Beispiel

Philip (7. Klasse) schämt sich sehr, weil er immer errötet, wenn er mit Mädchen spricht. Das führt dazu, dass er sich sehr stark zurückzieht. Als die Klassenfahrt ansteht, verkündet er der Lehrerin, dass er nicht mitfahren möchte. Die Gründe dafür empfindet die Lehrerin als fadenscheinig und glaubt sie nicht. Ihre Vermutung ist es, dass Philip aus Angst vor sozialem Kontakt (speziell mit den Mädchen) nicht mitfahren möchte. Das kann sie allerdings nicht offen besprechen, denn sie hat das Gefühl, dass Philip sich hier vollkommen verschließen würde und sich letztlich sehr beschämt fühlen könnte.

Sie beschließt also, eine Geschichte zu erzählen – und zwar der gesamten Klasse. Sie konstruiert eine Gegebenheit, die sie hätte tatsächlich erlebt haben können:

Wir fahren bald auf Klassenfahrt nach Verden. Dorthin habe ich auch meine erste Klassenfahrt als ganz junge Lehrerin gemacht. Damals war ich noch vollkommen unerfahren. Ich

hatte eine Schülerin in der Klasse, die nicht mitwollte. Ich habe das schade gefunden, aber wusste auch nicht, was ich da machen kann. Ein älterer Kollege, der mit mir gefahren ist, der hatte die Vermutung, dass diese Schülerin sehr schüchtern war und deswegen Angst vor der Klassenfahrt hatte. Sie war immer ausgeschlossen. Klar, dass das für eine Klassenfahrt eine schlechte Voraussetzung ist. Dabei war es gar nicht so, dass die anderen sie nicht mochten. Sie hat sich nur sehr zurückgezogen. Dadurch hatte sie auch wenig Kontakt zu den anderen. Und die hatten relativ schnell das Interesse an ihr verloren. Und eigentlich war sie eine total nette Schülerin. Irgendwie war die Situation ganz schön kompliziert. Aber mein älterer Kollege – ihr kennt ihn nicht, weil ich damals nicht an dieser Schule war – hat zwei Dinge gemacht, die ich im Nachhinein ziemlich klug fand. Eigentlich hätte ich selbst draufkommen können.

Variante 1: Einladung zur Lösungssuche

Was hättet ihr gemacht?

Kommentar:

Das ist eine Einladung, dass die Schülerinnen eine Lösung suchen. Vielfach bietet sich die Gelegenheit, auf die aktuelle Situation Bezug zu nehmen, ohne Grenzen zu übertreten.

Mögliche Reaktion:

S.: Das ist ja ähnlich wie bei uns. Philip macht auch selten mit. Dabei ist er – glaube ich – echt nett. Vielleicht hätten die Schüler ja ein wenig auf die Schülerin zugehen können.

Variante 2: Lösungsmöglichkeit anbieten

Er hat mit den Schülerinnen und Schülern darüber gesprochen, ob sie glauben, dass sich jemand ausgeschlossen fühlt. Die Schülerin wurde erst einmal rot im Gesicht – ihr war das unangenehm und ich hatte zuerst das Gefühl, ich müsste im Erdboden versinken. Aber eine kluge Schülerin, die in der Klasse sehr beliebt war, hat diese schüchterne Schülerin angesprochen. Sie hat ihr gesagt, dass es vollkommen in Ordnung ist, wenn sie sich nicht zu den anderen stellt. Aber sie sei jeder Zeit willkommen. Sie sagte, dass keiner besonders klug, hübsch oder in irgendeiner Weise super sein müsste, damit er oder sie dazu gehört. Alle Schüler:innen aus der Klasse hätten kleine Fehler – und das wäre vollkommen normal. Ich konnte sehen, wie sich die Anspannung bei dieser schüchternen Schülerin löste und wie sich Erleichterung breitmachte. Nach und nach entwickelten sich sogar einige Freundschaften mit dieser schüchternen Schülerin.

Kommentar

Hier wird eine Lösungsmöglichkeit angeboten. Das Modell der Schülerin, die die Initiative ergriffen hat, wurde durch die Attribute »kluge Schülerin, die in der Klasse sehr beliebt war« aufgewertet. Somit hat die Lehrerin Anreize geschaffen, ähnlich zu handeln. Auch diese Variante bietet die Möglichkeit, mit der Klasse ins Gespräch zu kommen.

Variante 3: Den Lösungsraum für die Gruppe öffnen

Die Lehrerin hätte die ganze Geschichte auch so konstruieren können, dass Philip im Zentrum steht. So hätte eine Schülerin oder ein Schüler (mit Ähnlichkeit zu Philip) eigentlich nicht mitfahren wollen – aber die Eltern hätten ihn trotzdem mitgeschickt. Nach anfänglichen Schwierigkeiten hat er immer mehr positive Dinge mit der Klasse erlebt und wurde in die Gemeinschaft aufgenommen.

Die Geschichte kann einen Rahmen schaffen, der Veränderungen erleichtert: Auf Klassenfahrten passieren viele positive Dinge, für die im Schulalltag kaum Platz ist.

Lösungsangebote:

- Obwohl er schüchtern war, hat er sich mal zu den anderen gestellt und mal nachgefragt, wenn ihn was interessierte. Erst da haben die anderen gemerkt, dass er gut zuhören kann. Am Ende hat er sich richtig wohl gefühlt.

Kommentar

Hier können auch andere Stärken des Schülers eingebaut werden, von denen Sie als Lehrer:in wissen.

- Er hat sich oft nicht getraut etwas zu sagen, weil er sich mit den Supertollen aus der Klasse verglichen hat. Aber als er mit einem Jungen ins Zimmer kam, der auch nur durchschnittlich war, hat er gemerkt, dass man als »Durchschnittlicher« auch ganz sympathisch ist. Das hat eine große Last von ihm genommen. Im Laufe der Klassenfahrt hat er dann sogar gemerkt, dass die Supertollen auch oft gar nicht so supertoll sind, sondern oft auch nur ganz normal, und meistens sogar auch nett sind.

Kommentar: Hier wird das Problem mit dem eigenen Anspruch adressiert und aufgelöst.

Haben Sie es schon einmal erlebt, dass eine Geschichte bei Ihnen Suchprozesse oder Ressourcenerleben ausgelöst hat? Was war dabei entscheidend? Was hilfreich? Wie haben Sie es gemerkt, dass Sie von dieser Geschichte profitiert haben? Wer hat es vielleicht noch bemerkt? Was wäre noch hilfreich gewesen?

Classroom-Intervention: Konstruieren Sie eine Geschichte

Nutzen Sie die oben beschriebenen Gedanken und Anregungen und üben Sie das Erfinden von Geschichten.

- (1) Wählen Sie eine Schüler:in aus einer Ihrer Lerngruppen aus, die durchaus einen freundlicheren Blick auf sich selbst oder größeres Selbstvertrauen gebrauchen könnte.
- (2) Überlegen Sie einmal, womit diese Schüler:in sich im Wege steht und welche Ängste oder Befürchtungen sie hat. Was denkt sie über sich und über ihre Umwelt? Welche Ansprüche hat sie an sich oder welche Ansprüche werden an sie gestellt? Was möchte sie? Was sind ihre Motive zum Handeln?
- (3) Konstruieren Sie nun eine Geschichte für diese Schüler:in, die Möglichkeiten, neue Perspektiven oder andere hilfreiche Angebote aufzeigt. Vielleicht nutzen Sie die Geschichte auch so, dass die Schüler:in selbst für die Protagonistin neue Lösungen oder neue Perspektiven entwickelt.

3.5 Soziale Phobie

In diesem Kapitel werden zunächst die Symptome und die diagnostischen Kriterien der Sozialen Phobie vorgestellt (Abschn. 3.5.1). Im Anschluss daran stellen wir ein Modell vor, das die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Krankheit erklärt (s. Abschn. 3.5.2).

Bezogen auf das Modell werden Interventionen zur Überwindung bzw. zum Umgang mit der Sozialen Phobie vorgestellt (s. Abschn. 3.5.3). Es werden therapeutische

Interventionen zunächst kurz skizziert und ihre Wirkweise erläutert. Anschließend werden Interventionen beschrieben, die Sie direkt in der Schule durchführen können. Optimalerweise befindet sich die betroffene Schüler:in in therapeutischer Behandlung, und Sie können Ihre Intervention mit der Therapeut:in abstimmen. So kann Umlernen im schulischen Kontext stattfinden.

Abschließend werden Ansätze für die Beratung von Eltern und betroffenen Schüler:innen vorgestellt (s. Abschn. 3.5.4).

3.5.1 Symptome und Diagnose der Sozialen Phobie

Der Kern der von sozialer Angst bzw. der Sozialen Phobie besteht darin, dass Betroffene große Angst davor haben, in sozialen Situationen ungünstig bewertet oder beschämt zu werden. Daher sind sie in solchen Situationen gehemmt, reagieren mit größerer Selbstaufmerksamkeit (sie sind beispielsweise sehr sensibel dafür, wenn ihre Stimme anfängt zu zittern) und vermeiden, wann immer es geht, soziale Situationen. Das kann dazu führen, dass sie sich kaum am Unterricht beteiligen, eher Außenseiter sind oder gar den Schulbesuch verweigern.

Wichtig für die Diagnose einer sozialen Phobie ist, dass die Angst mindestens sechs Monate besteht und zugleich klinisch relevantes Leid auslöst. Die vollständigen Diagnosekriterien nach dem DSM V finden Sie in Tabelle 3.1 (Falkai & Wittchen, 2015).

Symptome der sozialen Phobie

Ausgeprägte Angst vor einer oder mehreren sozialen Situationen, in welchen die Person einer möglichen Beobachtung durch andere Personen ausgesetzt ist. Hierzu gehören z. B. soziale Interaktionen (ein Gespräch führen, unbekannte Menschen treffen), beobachtet sein (z. B. beim Essen oder Trinken) und Leistungen vor anderen Menschen erbringen (z. B. eine Rede halten).

Die betroffene Person befürchtet, dass sie sich in einer Weise verhalten wird oder dass sie Angstsymptome zeigt, die negativ bewertet werden (z. B. peinlich oder erniedrigend), zur Ablehnung durch andere Menschen führen oder diese verärgern.

Die sozialen Situationen verursachen fast immer Angst.

Die sozialen Situationen werden vermieden oder mit starker Anspannung und Angst ausgehalten.

Die Angst ist überdimensional zu der wirklichen Bedrohung durch die soziale Situation.

Die Angst oder das Vermeidungsverhalten ist länger anhaltend, typischerweise länger als sechs Monate.

Die Angst oder das Vermeidungsverhalten verursachen eine klinisch relevante Belastung oder Behinderung im sozialen oder beruflichen Leben oder in anderen Lebensbereichen.

Symptome der sozialen Phobie

Die Angst ist nicht auf die Wirkung von Drogen oder Medikamenten oder auf eine andere Erkrankung zurückzuführen.

Die Angst oder das Vermeidungsverhalten lässt sich nicht besser durch eine andere psychische Erkrankung wie eine Panikstörung, eine körperdysmorphe Störung oder Krankheiten aus dem autistischen Spektrum erklären.

Falls eine andere Krankheit besteht (z. B. Parkinson, Übergewicht, Entstellungen durch Verletzungen), ist die Angst oder das Vermeidungsverhalten von dieser Erkrankung unabhängig oder übermäßig.

Tabelle 3.1: Diagnosekriterien nach dem DSM V (Falkai & Wittchen, 2015)

3.5.2 Wie entwickelt sich eine Soziale Phobie, und was hält sie aufrecht?

Es gibt verschiedene Modelle, die die Entwicklung einer Sozialen Phobie und deren Aufrechterhaltung erklären. Hier lernen Sie das empirisch gut gesicherte Modell von Clark und Wells (1995) kennen.

Warum also entwickelt sich eine Soziale Phobie? Dazu macht es Sinn, sich Folgendes klarzumachen: Aus evolutionärer Perspektive waren soziale Situationen überlebenswichtig. Ein Ausschluss aus der Gruppe konnte für unsere Vorfahren, die noch in der Steppe lebten, den Tod bedeuten. Aus diesem Grunde haben wir alle Annahmen, was andere Menschen von uns erwarten. Wir haben auch Vermutungen, wie wir auf andere wirken und wie wir wirken sollten bzw. wollen. Diese Grundannahmen haben wir im Laufe unseres Lebens erworben. Sie unterscheiden sich von Mensch zu Mensch teilweise sehr stark.

Geraten wir in eine soziale Situation, werden diese Grundannahmen aktiviert, bleiben aber meistens unbewusst. Einige Personen sind dann davon überzeugt, dass sie allen gefallen müssen, andere wiederum haben die Überzeugung, alles perfekt machen zu müssen, noch weitere glauben, sie dürften keine Schwächen zeigen und so weiter.

Bei Personen, die eine Soziale Phobie entwickeln, werden Hinweisreize in der sozialen Situation als Bedrohung gewertet. Möglicherweise glaubt oder befürchtet diese Person, dass andere vermeintlich kritisch oder vielleicht abwertend sind. Vielleicht ist die Person aber auch unsicher und bezieht das Lachen anderer Menschen in der Situation auf sich. Die meisten Menschen haben solche Situationen schon einmal erlebt. Denken Sie nur einmal an Situationen zurück, in denen Sie alleine auf einer Party waren und irgendwann dachten, jetzt denkt jeder, Sie hätten keine Freunde. Oder Sie haben etwas gesagt und kurz darauf gemerkt, dass es total unpassend war. Und dann kommt es Ihnen den ganzen Abend lang so vor, als würden die anderen immer noch daran denken und Sie irgendwie komisch finden. Solche Situationen sind sehr menschlich. Jeder kennt sie in irgendeiner Art und Weise.

Und genau in solchen Situationen ist die Selbstaufmerksamkeit deutlich erhöht: Auf einmal beobachtet man sich selbst genauer und ist kritischer. Dann merkt man, dass man rot anläuft, dass die Stimme unsicher oder komisch klingt, dass man beim Reden stockt, dass man auf einmal nicht mehr weiß, wohin mit den Händen. Man bekommt Stress, fühlt sich unwohl, und man fängt an zu schwitzen. Wenn man dann etwas einigermaßen Intelligentes sagen soll, kommt kein klarer Gedanke oder man stammelt ihn nur sehr wenig eloquent dahin.

All das sind Komponenten, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Sozialer Phobie führen können. Aber bei den meisten Menschen führt es eben nicht zu einer Sozialen Phobie, sondern bleibt vielleicht eine Erinnerung aus der eigenen Jugendzeit oder wird zu einer Anekdote eines seltsamen Abends.

Bei einigen Menschen jedoch – bei etwa sieben bis zwölf Prozent der Bevölkerung – entwickelt sich eine Soziale Phobie. Häufig beginnt diese Störung im Jugendalter. Warum sich bei einigen eine Störung entwickelt und bei anderen nicht, lässt sich nicht mit absoluter Sicherheit sagen, denn es spielen zu viele Faktoren eine Rolle. Folgende Faktoren sind jedoch zentral:

- (1) Wir Menschen reagieren im unterschiedlichen Ausmaß generell mit Angst und Stress (Amygdala-Aktivierung). Das ist teilweise genetisch bestimmt, teilweise erlernt.
- (2) Personen, die (z. B. auf Grund biographischer Erfahrungen) besonders strenge oder selbstabwertende Grundannahmen haben, haben ein erhöhtes Risiko zu erkranken.
- (3) Soziale Anerkennung in der Familie oder in Peer-Gruppen ist ein guter Schutzfaktor. Fehlende Anerkennung kann die Entwicklung einer Sozialen Phobie begünstigen.

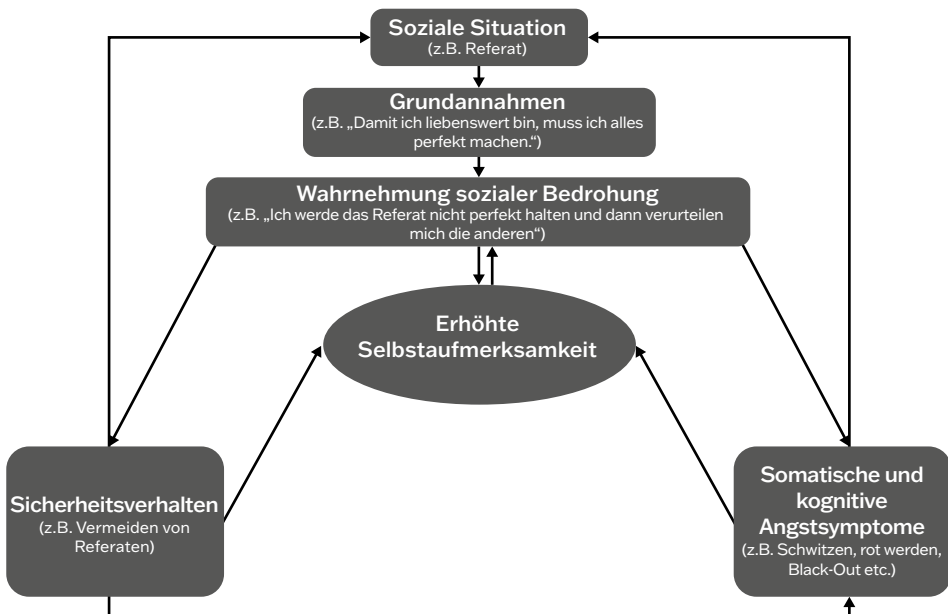


Abbildung 4: Kognitives Modell der Sozialen Phobie nach Clark und Wells (1995).

Wir schauen uns jetzt an, wie sich aus solchen oben skizzierten Erfahrungen eine Soziale Phobie entwickeln kann. Wenn aufgrund der ungünstigen bzw. beängstigenden Erfahrungen zukünftig soziale Situationen gemieden werden, reduziert sich die Angst beim Vermeiden, aber bei erneuter Konfrontation verstärkt sich die Angst. Zudem nimmt dann in sozialen Situationen, die sich nicht vermeiden lassen, die Selbstaufmerksamkeit zu. Man wird sensibler für eigene kleine Unzulänglichkeiten, nimmt sie wie durch ein Vergrößerungsglas wahr. Dadurch blockiert man sich, was wiederum die Wahrnehmung der eigenen Unzulänglichkeiten noch verstärkt. Oder man spürt die körperlichen Angstsymptome noch deutlicher, was die Gefahrenwahrnehmung und damit das zukünftige Vermeidungsverhalten weiter verstärkt. Hier entstehen also ungünstige, sich selbst aufrechterhaltende Teufelskreise. Schließlich stabilisieren sie sich über längere Zeit. Abbildung 4 zeigt schematisch das kognitive Modell der Sozialen Phobie von Clark und Wells.

Wenn die betroffene Schüler:in nun eine soziale Situation erwartet, in der sie glaubt, bewertet zu werden, reagiert sie mit Erwartungsangst, die wiederum das Vermeidungs- bzw. Sicherheitsverhalten auslöst. Betroffene erwarten übrigens nicht nur in typischen Bewertungssituationen, bewertet zu werden (z.B. Referate oder Prüfungen), sondern auch im alltäglichen Miteinander («Was denken andere von mir?», «Bin ich vielleicht peinlich – oder tue ich etwas, was die lächerlich finden?«). Das führt häufig zu sozialem Rückzug und einem »Trainingsdefizit« für das soziale Miteinander. Zudem bekommt jede soziale Interaktion mehr Bedeutung, da die Anzahl der sozialen Interaktion objektiv abnimmt.

3.5.3 Interventionen zur Überwindung und zum Umgang mit einer Sozialen Phobie

Der Vorteil des eben vorgestellten Modells liegt darin, dass man daraus einige Stellschrauben zur Überwindung der Sozialen Phobie ableiten kann. Einige Interventionen sollten der Psychotherapie vorbehalten sein – andere zielen auf das Umlernen in konkreten »Bedrohungssituationen« ab. Dazu gehört auch die Schule – besonders Leistungssituationen und das Miteinander. Wir wollen in diesem Abschnitt eine Intervention kurz skizzieren, die vornehmlich in der Psychotherapie stattfindet. Zusätzlich möchten wir dann zwei Classroom-Interventionen darstellen, die Sie im Setting Schule nutzen können. Sie können allgemein auch auf die Interventionen zurückgreifen, die wir bereits im Abschnitt 3.4 dargestellt haben.

Veränderung der Grundannahmen

Das gezielte Herausarbeiten der (dysfunktionalen) Grundannahmen gehört zweifellos zur psychotherapeutischen Arbeit. Diese Grundannahmen sind teilweise mit

starken Kränkungen oder Selbstabwertungen verbunden. Wenn eine Schüler:in sich beispielsweise bewusstmacht, dass sie von sich glaubt, nichts wert zu sein und alles falsch zu machen, kann das sehr schmerzhaft sein. Die meisten dieser Annahmen sind nicht bewusst – allerdings grundsätzlich bewusstseinsfähig.

Weitere Beispiele für dysfunktionale Grundannahmen, die die Entwicklung einer Sozialen Phobie begünstigen können, finden Sie im Kasten 3.5. Wichtig für das Verständnis ist, dass solche Grundannahmen die Soziale Phobie zwar begünstigen. Aber nicht jeder Mensch, der an einer Sozialen Phobie leidet, hat solche Grundannahmen – und andersherum führen solche Grundannahmen auch nicht zwingend zu einer Sozialen Phobie.

Irrationale Grundannahmen, die eine Soziale Phobie begünstigen

- »Ich bin nur wertvoll, wenn ich überdurchschnittlich viel leiste.«
- »Wo ich hinkomme, mache ich alles falsch!«
- »Ich darf meine Gefühle nicht zeigen, denn sie sind falsch.«
- »Alle müssen mich mögen, damit ich liebenswert bin. Wenn mich einer ablehnt, kann das nur bedeuten, dass ich nicht liebenswert bin!«

Kasten 3.5: Beispiele für dysfunktionale Grundannahmen, die eine Soziale Phobie begünstigen.

Es kann ein Teil der Therapie sein, diese Annahmen herauszuarbeiten, zu überprüfen und zu verändern. Das geht teilweise auf kognitivem Wege und teilweise erfahrungsbasiert.

Eine Methode zur kognitiven Veränderung solchen Annahmen ist die sokratische Gesprächsführung, die im Kapitel 4 (Depression) ausführlicher vorgestellt wird. Grundsätzlich nimmt die Therapeut:in eine wohlwollende, nicht wissende Haltung ein und hinterfragt so die Grundüberzeugungen. Das Verfahren zielt darauf ab, dass die Patient:in selbst zu der Einsicht kommt, dass die dysfunktionalen Überzeugungen weder hilfreich noch wahr sind.

Erfahrungsbasiert lassen sich dysfunktionale Überzeugungen durch Alltagsexperimente verändern. Die Patient:in arbeitet in der Therapie bezüglich ihrer Grundannahmen Hypothesen heraus, wie ihre Umwelt reagieren würde. Dabei geht es vor allem um Situationen, die mit großen Erwartungsängsten verknüpft sind. Beispielsweise könnte eine Patient:in annehmen, dass sie beim Referat stottern und rot werden würde und dass all ihre Mitschüler:innen sich darüber lustig machen werden. Die Patient:in überprüft diese Annahme unter kontrollierten Rahmenbedingungen. Danach wird das Ergebnis der Hypothesenprüfung besprochen. Ein ähnliches Vorgehen stellen wir gleich für die Anwendung im Setting Schule vor. Es unterscheidet sich vor allem dadurch, dass die dysfunktionalen Grundannahmen dabei nicht herausgearbeitet und explizit verändert werden. Trotzdem sollen betroffene Schüler:innen zu günstigen neuen Erfahrungen und zum Umlernen ermutigt und eingeladen werden.

Classroom-Intervention: Alltagsexperimente in der Schule anbahnen

Das Vermeidungsverhalten führt dazu, dass die Erwartungsängste verstärkt und keine neuen und besseren Erfahrungen möglich sind. Zudem neigen wir alle dazu, Erfahrungen, die wir machen, durch die Brille unserer Vorerfahrungen zu bewerten. Für Schüler:innen, die an einer Sozialen Phobie leiden, bedeutet das, dass auch potentiell korrigierende Erfahrungen so interpretiert und bewertet werden, dass sie die Erwartungsängste verstärken. Wenn eine Schüler:in beispielsweise tatsächlich ein Referat hält und keiner lacht, könnte sie lernen, dass Referate halten gar nicht so schlimm ist. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie vor allem bemerkt hat, wie sie rot wurde, dass sie geschwitzt hat und dass ihre Stimme unsicher klang. Die Tatsache, dass sich daran niemand gestört hat, bemerkt sie vielleicht gar nicht.

In Alltagsexperimenten laden Sie betroffene Schüler:innen ein, in einem kontrollierten Rahmen Hypothesen darüber aufzustellen, was passieren wird, und diese dann zu überprüfen und auszuwerten. Damit das gelingt und für die Schüler:in eine gute Erfahrung wird, sind ein paar Dinge zu beachten.

Erstens: Freiwilligkeit und Transparenz

Die Teilnahme ist absolut freiwillig. Sie stellen das Verfahren als eine Unterstützungsmöglichkeit vor. Dabei legen Sie vollständig und transparent dar, was auf die Schüler:in zukommt. Im Setting Schule bietet es sich an, dass Sie als Lehrer:in mit der Schulsozialarbeiter:in kooperieren.

Zweitens: Einen günstigen Rahmen festlegen

Die Schüler:in erarbeitet zusammen mit Ihnen einen Rahmen, in dem sie ihre Hypothesen überprüfen will und kann. Wählen Sie gemeinsam mit der Schüler:in einen Verhaltensbereich aus (z.B. Angst vor öffentlichem Sprechen), und besprechen Sie gemeinsam ein für die Schüler:in akzeptables Vorgehen.

Drittens: Hypothesen erarbeiten

Erarbeiten Sie mit der Schüler:in gemeinsam Hypothesen, die geprüft werden sollen. Diese sind typischerweise angstbezogene Erwartungen, die sich auf innere und äußere Reize beziehen. Die Schülerin könnte beispielsweise annehmen, dass ihre Stimme bei einem Vortrag anfängt zu zittern und dass sie sich deswegen blamieren wird. Ermutigen Sie die Schüler:in, hier einmal neugierig zu sein und eine »Forscher-Haltung« an den Tag zu legen. Der Vorteil einer solchen Haltung besteht darin, dass sie der Angst entgegenwirkt (Gross, 2007). Die formulierten Hypothesen sollten schriftlich fixiert werden, damit sie später überprüft werden können. Erarbeiten Sie auch (objektive) Kriterien, anhand derer die Schüler:in prüfen kann, ob die Hypothese zutrifft oder nicht. Beispielsweise wäre es ungünstig, wenn die Schüler:in eine mögliche Blamage daran überprüfen will, dass sie ein schlechtes Gefühl hat (das wird sie haben, denn es ist eine Angstsituation). Besser wäre, dass die Überprüfung daran stattfindet, ob die anderen über sie gelacht haben. Oder dass die Gruppe gefragt wird. Bei der Sozialen Phobie befürchten Betroffene sehr häufig, dass ihre körperlichen Angstsymptome von anderen sehr stark wahrgenommen und als störend erlebt werden. Da allerdings die Selbstaufmerksamkeit deutlich erhöht ist, neigen Betroffene hier zu einer starken Überschätzung. Es könnte also auch geprüft werden, in welchem Maße Angstsymptome sichtbar werden und welchen Störwert sie haben.

Viertens: Gute Vorbereitung, damit Umlernen gelingen kann

Bereiten Sie gemeinsam mit der Schüler:in und der Gruppe/Klasse die Durchführung so vor, dass die Schüler:in nach Möglichkeit eine gute Erfahrung machen kann. Planen Sie gleich

die verschiedenen Stufen der Schwierigkeit mit. Wichtig ist die Erfahrung, dass es mit zunehmend weniger Sicherheitsverhalten auch geht – und dass die Angst erträglich ist.

Fünftens: Nachbesprechen

Besprechen Sie jedes Experiment mit der Schüler:in nach. Überprüfen Sie die Hypothesen gemeinsam. Optimalerweise stellt die Schüler:in fest, dass ihre Befürchtungen in sehr viel geringerem Maße oder gar nicht eingetreten sind. Typisch könnte sein: Sie hat zwar Angstsymptome bemerkt, die waren aber äußerlich wesentlich weniger sichtbar und hatten keinen Störwert.

Hilfreich ist es, wenn Mitschüler:innen hier auch von eigenen Angstsymptomen bei z. B. Referaten berichten. Dazu müsste die Hypothesenprüfung in einem vertrauten Rahmen stattfinden. Ein guter Einstieg könnte der Satz »Ich kenne von mir ...« sein. Das führt dazu, dass das, was als peinlich erlebt oder befürchtet wurde, an Normalität und Akzeptanz gewinnt. Ob die Auswertung (oder Teilauswertung) allerdings in einer vertrauten Gruppe stattfindet, sollte unbedingt mit der Schüler:in vorab abgestimmt werden. Bei einer zuverlässigen und kooperativen Gruppe kann das sehr hilfreich sein. Bei Gruppen, die eher destruktiv miteinander umgehen, kann es vorteilhaft sein, keine öffentliche Auswertung vorzunehmen.

Lassen Sie uns abschließend noch einmal auf die Frage kommen, wie Sie das alles im Setting Schule bewerkstelligen sollen. Das ist ohne Frage sehr anspruchsvoll und benötigt kostbare Zeitressourcen. Allerdings lassen sich solche Alltagsexperimente gut – und das kann ich aus eigener Erfahrung sagen – im Rahmen von Sozialtrainings oder in der Berufsvorbereitung durchführen. Auch wenn Sie sich als Lernberater:in oder Lerncoach verstehen, können Sie einzelne Schüler:innen mit dieser Intervention gut z. B. auf Referate oder Prüfungen vorbereiten. Mit sozial ängstlichen Schüler:innen können Sie die vorgestellten Elemente nutzen. Im Rahmen des Deutsch- oder Religionsunterrichts lassen sich Rollenspiele (s. u.) gut einbauen. Die curricularen Vorgaben geben immer wieder Möglichkeiten, hier kreativ zu sein. Auch wenn es mehr Arbeit und Zeit kostet als herkömmlicher Unterricht – es wird sich lohnen: Für die betroffene Schüler:in, für das Klassen- und Lernklima und für Ihre eigene Zufriedenheit. Im Kasten 3.6 finden Sie einige Beispiele für gestufte Konfrontationen im Setting Schule. Welche Möglichkeiten fallen Ihnen noch ein?

Möglichkeiten für gestufte Konfrontation im Setting Schule

Referate: Bei Referaten kann die Länge, die Gruppenzusammensetzung oder die Gruppengröße variiert werden. Eine Schüler:in kann beispielsweise mit einem Zwei-Minuten-Referat vor einer kleinen Gruppe von Schüler:innen beginnen, denen sie vertraut. Dann hält sie das gleiche Referat vor einer größeren Gruppe. Oder sie nimmt sich als nächstes ein längeres Referat vor der kleinen, vertrauten Gruppe vor.

Beteiligung im Unterricht

Schüler:innen, die sich aufgrund von Bewertungsangst mündlich nicht beteiligen, könnten beispielsweise erst in Fächern oder bei Themen starten, mit denen sie sich sicher fühlen. Sie können Verabredungen treffen, dass Sie die Schüler:in zunächst nie unverhofft drannehmen, sondern dass die Schüler:in es zunächst stets selbst bestimmen kann (Kontrollerleben). Eine

Steigerung könnte es dann sein, dass die Schüler:in sich auch dann einmal meldet, wenn sie sich nicht ganz sicher ist. Oder dass Sie die Schüler:in auch einmal drannehmen, wenn diese sich nicht meldet.

Prüfungssituationen

Es könnten zunächst Prüfungssituationen simuliert werden. Im Rollenspiel könnten vertraute Mitschüler:innen zunächst die Prüfer:in spielen. Als Steigerung könnten Sie als Lehrer:in (oder eine Kolleg:in) die Prüfer:in spielen. Auch der Schwierigkeitsgrad oder die Gruppengröße, die zuschaut, können variiert werden.

Kontakt mit anderen Mitschüler:innen

Hier können zunächst gut kontrollierte Kontakte angeboten werden. Beispiele dafür sind: Die Schüler:in wird beauftragt, eine kurze Aufgabe (z.B. etwas besorgen) mit einer Mitschüler:in ihrer Wahl auszuführen. Auch Rollenspiele bieten sich an. Zunächst in kleinen, vertrauten Gruppen – nach und nach in und vor größeren Gruppen. Themen könnten sein: »Um etwas bitten«, »etwas einfordern«, »um Entschuldigung bitten – und dabei selbstbewusst wirken«, »einen Kontakt herstellen, jemanden ansprechen«, »in eine Gruppe kommen«. Die Schüler:in kann sich Themen nach Schwierigkeit bzw. nach Erwartungsangst gestuft sortieren. Das Rollenspiel bietet gute Möglichkeiten, die sozialen Kompetenzen zu erweitern. Deswegen wird diese Möglichkeit weiter unten ausführlicher dargestellt.

Kasten 3.6: Möglichkeiten für gestufte Konfrontationen

Classroom-Intervention: In Rollenspiele probehandeln

In Rollenspielen kann Probehandeln initiiert werden. Entwickeln Sie für die Schüler:in oder gemeinsam mit der Schüler:in kleine Anlässe, zu denen in zunächst vertrauter Gruppe eine kleine Szene improvisiert wird. Beispielsweise kann eine Schüler:in darin üben, auf eine Gruppe zuzugehen. Die Rollen- und Szenenbeschreibungen sind rudimentär.

Rollenanweisung für die Gruppe:

Ihr seid Freund:innen und sprecht über einen Film, den ihr gesehen habt.

Rollenanweisung für die betroffene Schüler:in:

Du kommst auf die Gruppe zu und versuchst, mit ihnen in Kontakt zu kommen, indem du beispielsweise sagst, dass du den Film auch gesehen hast und was dir besonders daran gefallen oder was dich im Film überrascht hat.

Los geht's:

Jetzt wird die erste Runde gespielt. Das dauert in der Regel etwa fünf Minuten. Danach arbeiten alle Akteure und Zuschauer heraus, welche positiven Strategien die kontaktsuchende Schüler:in gezeigt hat. Anschließend bekommt die Schüler:in einige Tipps, was sie nächstes Mal ändern kann. Sie wählt ein oder zwei Verhaltensänderungen aus – und es wird noch einmal gespielt. Jetzt schätzt zunächst die Schüler:in ein, was ihr besser gelungen ist. Danach berichten die Akteure, welche Verbesserung sie erlebt haben.

Wichtig ist der Fokus auf Verbesserungen. Die betroffene Schüler:in kann sich entscheiden, ob sie jetzt noch weitere Verbesserungsvorschläge hören und erproben möchte. Wenn die Schüler:in sich noch weiter erproben möchte, können die Zuschauer noch weitere Verbesserungen ergänzen (oder genannte bekräftigen).

Bei dieser Art von Rollenspielen sollten drei Dinge beachtet werden:

- (1) In der Regel wird es von der betroffenen Schüler:in als hochgradig peinlich erlebt, wenn sie soziale Interaktionen übt, die alle anderen schon können. Deswegen empfiehlt es sich, das Rollenspiel in der Klasse oder in der Gruppe so zu rahmen, dass es allgemein soziale Interaktionen beobachtet und ggf. weiterentwickelt. Dadurch wird die betroffene Schüler:in nicht stigmatisiert – und in der Regel können viele Schüler:innen hier positiv von Rückmeldungen profitieren.
- (2) Der gegebene Rahmen bestimmt, wie diese Übung wirkt. Es hat sich als hilfreich erwiesen, zunächst davon zu sprechen, dass Schauspieler ihre Szenen proben, dann Rückmeldungen bekommen und diese verbessern. Professionelles Handeln zeichnet sich dadurch aus, dass man ein Feedback bekommt und daraus lernt. Das machen auch hochbezahlte Profis im Sport, in der Politik, in der Wirtschaft oder im Showbusiness. Eine solche Rahmung erhöht deutlich die Akzeptanz – und wirkt damit einer Stigmatisierung entgegen.
- (3) Der Fokus der Rückmeldung sollte unbedingt selbstwirksamkeitsfördernd sein. Das können Sie erreichen, indem Sie die Schüler:innen im ersten Schritt dazu einladen, nur positive Beobachtungen zurückzumelden. Machen Sie klar, dass es auch für Verbesserungsvorschläge einen Raum gibt. Und machen Sie zudem deutlich, dass auch das ein professionelles Vorgehen ist. Das puffert selbstabwertende Befürchtung ab – beispielsweise: »Wir müssen erst etwas Positives sagen, damit niemand merkt, wie blöd wir uns anstellen!«

Nach der positiven Rückmeldung gibt es konstruktive Vorschläge zur Verbesserung. Das sollte mit den Schüler:innen besprochen und eingeübt werden. Hilfreiche Satzvorlagen sind: »Wenn du beim nächsten Mal mehr/weniger xxx machst, dann wirkt es yyyy.« oder »Wenn du beim nächsten Mal xxxx machst, erreichst du vielleicht yyy.« oder: »Du könntest zum Beispiel einmal xxx versuchen, damit yyy passiert.«

Beispiel: »Du könntest beim nächsten Mal versuchen, mehr nachzufragen, damit du besser ins Gespräch reinkommst.«

Feedback nutzen

Die Schüler:in wählt selbst einen oder höchstens zwei Vorschläge aus, die sie in der nächsten Runde verbessern möchte. Danach wird zurückgemeldet, was sich positiv verbessert hat. Manchmal sind es nur Kleinigkeiten, manchmal ist der Unterschied groß. Es bietet sich an, dass die Schüler:in selbst startet. Schließlich sollen die Selbsteinschätzung und Selbstwirksamkeitserwartung gefördert werden. Danach gibt es Rückmeldungen von den anderen.

Am Ende entscheidet die Schüler:in selbst, ob sie noch eine Runde möchte, oder ob ihr das genügt. Dadurch erlebt sie weiterhin ein Gefühl von Kontrolle.

Auch dieses Vorgehen benötigt Zeit. Es wirkt sich jedoch auf alle Beteiligten positiv aus. Einen positiven Effekt, den es auf die Lerngruppe hat, ist das konstruktive Geben und Nehmen von Feedback. Wenn Sie sich dafür entscheiden, werden Sie Möglichkeiten finden, dies in Ihren Unterricht zu integrieren – bzw. Sie werden auch im Setting Schule Zeitgefäße finden.

3.5.4 Beratung zum Umgang mit einer Sozialen Phobie

Sie als Lehrer:in beobachten Schüler:innen in sozialen Situationen und in Bewertungssituationen deutlich häufiger, als Eltern es tun. Entsprechend ist Ihre Beobachtung für Eltern wichtig. Da Sie selbst keine Diagnosen stellen können und dürfen, benötigen Sie einige Strategien, wie Sie mit den Eltern über Ihre Beobachtungen und vor allem über Ihre Schlussfolgerungen sprechen können.

Da der Kern der Sozialen Phobie Angst vor Bewertungen, Angst davor, nicht in Ordnung zu sein oder als ungenügend befunden zu werden, ist, kann eine unsensible Kommunikation über Ihre Beobachtung zu einer Beschämung der Schüler:in führen. Diese gilt es zu vermeiden.

Hilfreiche Strategien bei der Beratung

- (1) Schildern Sie zunächst Ihre Beobachtungen, ohne Ihre Vermutungen hinsichtlich einer Diagnose oder Ihre Rückschlüsse zu kommunizieren. Es hilft jedoch, eine einfühlsame Haltung einzunehmen und ggf. die Not, die Sie vermuten, zu benennen (»Ich kann mir vorstellen, dass Ihr Sohn sich damit nicht glücklich fühlt.«). Das reduziert das Gefühl, falsch zu sein oder angeklagt zu werden.
- (2) Fragen Sie nach ähnlichen Beobachtungen von Seiten der Eltern. Es macht häufig Sinn, wenn die betroffene Schüler:in nicht dabei ist. Dann können die Eltern meistens freier sprechen.
- (3) Günstig ist es, wenn Sie und die Eltern hier gemeinsam ein Problembewusstsein entwickeln. Das können Sie befördern, indem Sie in einer fürsorglichen Haltung die elterliche Fürsorge ansprechen.
- (4) Manchmal verdrängen Eltern ein Problembewusstsein, weil ihnen Lösungsstrategien fehlen. Um diese Hilflosigkeit nicht aushalten zu müssen, spielen einige das Problem herunter. Als hilfreich hat sich gezeigt, zunächst den Lösungsdruck zu nehmen. Das kann durch suggestive Sätze wie den folgenden gelingen: »Viele Menschen glauben, dass sie ein Problem lösen müssen, sobald sie es erkannt haben. Oft ist es aber hilfreicher, erst einmal das Problem zu benennen, ohne schon über eine Lösung nachdenken zu müssen.«
- (5) Haben Sie ein gemeinsames Problemverständnis, können Sie vorsichtig Interpretationen anbieten. Bewährt hat es sich, hier Geschichten von anderen Schüler:innen zu berichten. Diese können Sie sich auch ausdenken. Es geht vor allem darum, ein Interpretationsangebot zu machen, ohne dass Sie Ihre Interpretation aufdrängen: »Vor einigen Jahren hatte ich einmal einen Schüler, der mich an Ihren Sohn erinnert. Auch unglaublich sympathisch und auch sensibel. Auch der Schüler hat sehr darunter gelitten, dass er sich zurückgezogen hat. Nachdem die Eltern einen Psychotherapeuten aufgesucht hatten, stellte sich heraus, dass er in mehreren verschiedenen sozialen Kontexten ängstlich war. Die therapeutischen Sitzungen und abgesprochenen Veränderungen im Elternhaus und in der Schule haben dann dazu geführt, dass sich der Schüler bald deutlich besser fühlte. Was meinen Sie? Könnten Sie mit der Idee, sich Hilfe zu suchen, etwas anfangen?«

3.6 Emotionale Störung mit Trennungsängsten

Bevor wir uns das Bild dieser Störung genauer anschauen, möchte ich Sie daran erinnern, dass Trennungsängste bei den meisten Kindern und Jugendlichen vorkommen können und zu einer normalen Entwicklung dazugehören.

3.6.1 *Symptome und Diagnose der Emotionalen Störung mit Trennungsangst*

Trennungsängste sind für Kinder und Jugendliche zunächst einmal vollkommen normal. Das Spektrum ihres Auftretens und ihrer Ausprägung kann erheblich variieren, ohne dass eine klinisch relevante Störung vorliegt. Damit eine Emotionale Störung mit Trennungsangst diagnostiziert werden kann, sollte eine besonders stark ausgeprägte Trennungsangst bereits seit der frühen Kindheit vorliegen. Sie ist der Kern der Störung. Ihre Ausprägung und die Dauer des Auftretens sollten deutlich über das alterstypische Maß hinausgehen.

Mit dieser Störung gehen häufig verschiedene weitere Symptome einher, die im Kontext Schule auffallen und meistens auch einen ungünstigen Einfluss auf die Gesundheit und Entwicklung der Kinder haben wie

- Angst um die Eltern,
- die Neigung dazu, stets zu Hause zu bleiben, nicht auszugehen und nicht außerhalb zu schlafen,
- Somatisierung der Beschwerden mit gastrointestinalen und vegetativen Beschwerden,
- Angstattacken und Wut bei Trennung
- Durch Trennungsängste kann auch Schulverweigerung ausgelöst werden.

Bei Kindern mit Trennungsängsten lassen sich häufig dramatische Abschiedsszenen beobachten, die meistens mit verzweifelter Klagen oder Bitten einhergehen.

Die Diagnose erfolgt anhand der Vorgeschichte und der Beobachtung von Trennungsszenen. Diese lösen übermäßigen Stress aus und/oder beeinträchtigen den Alltag sehr stark. Diese starke Ausprägung muss mindestens vier Wochen lang vorliegen. Ist die Bezugsperson anwesend, ist das Verhalten des Kindes in der Regel unauffällig. Kindliche Trennungsangst wird vielfach von Ängsten der Eltern verstärkt, so dass sich ein Teufelskreis manifestieren kann. Die Häufigkeit dieser Störung wird auf 1 bis 4 % geschätzt.

In Tabelle 3.2 finden Sie eine Auflistung von Symptomen, die bei dem Erkennen und Identifizieren der Angst eine Rolle spielen (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2002).

Unrealistische und anhaltende Besorgnis, der Bezugsperson könne etwas zustoßen oder der/die Betroffene könne durch unglückliche Ereignisse von der Bezugsperson getrennt werden
Andauernder Widerwille oder Weigerung, zur Schule/zum Kindergarten zu gehen, um bei der Bezugsperson oder zu Hause bleiben zu können
Anhaltende Abneigung oder Weigerung, ohne Beisein einer engen Bezugsperson oder weg von zu Hause schlafen zu gehen
Anhaltende, unangemessene Angst davor, allein oder ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein
Wiederholte Alpträume, die Trennung betreffend
Wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Kopfschmerzen) vor oder während der Trennung
Extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson (z. B. Unglücklichsein, Schreien, Wutausbrüche, Anklammern).

Tabelle 3.2: Angstsymptome, die beim Vorliegen einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst zu beobachten sein können (aus der ICD 10 von Dilling et al., 2002)

3.6.2 Wie entwickelt sich eine Emotionale Störung mit Trennungsangst, und was hält sie aufrecht?

Das gängige Modell zur Entwicklung einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst berücksichtigt sowohl Eltern- als auch Kindvariablen (Sommer, Lippert, Schuck, & Schneider, 2019): Wenn Eltern besonders stress- und angstanfällig sind oder zur Depression neigen, erhöht sich das Risiko, dass sie ihren Kindern implizit und explizit ungünstige Botschaften über die Welt vermitteln. So kann es etwa sein, dass unsichere oder ängstliche Eltern ihre Kinder besonders gut vor allen Gefahren beschützen wollen und dabei zu einem überfürsorglichen oder stark kontrollierenden Erziehungsstil neigen. Die Kinder erfahren dann verzerrte Botschaften über die Welt und über sich selbst: »Es ist gefährlich, und es kann ständig etwas passieren!« oder »Du bist noch zu jung und brauchst meinen Schutz!«.

Solche und ähnliche Botschaften lösen bei Kindern unterschiedliche Reaktionen aus. Kinder, die selbst eher ängstlich reagieren, übernehmen die Sichtweisen der Eltern oder des Elternteils. Sie fühlen sich selbst ohne die Bezugsperson schutzlos und gefährdet.

Das Modell zur Entstehung dieser Störung geht davon aus, dass es in Trennungssituationen zu einem Aufschaukeln der Angstreaktionen kommt. Diese werden als bedrohlich und höchst unangenehm wahrgenommen. Dadurch wächst die Erwartungsangst. Zudem werden künftige Trennungssituationen, so gut es geht, vermieden.

Kinder und vielfach auch Eltern zeigen Vermeidungsverhalten wie beispielsweise dramatische Trennungsszenen. Damit wird die Angst vor der Trennung verstärkt und das Gefühl der eigenen Schutz- und Hilflosigkeit ohne die Bezugsperson aufrecht-erhalten.

Verstärkend kann tatsächliches Verlusterleben hinzukommen. Scheidungen, der Tod von nahestehenden Menschen oder auch plötzliche Beziehungsabbrüche können dieses Verlusterleben auslösen und im Verlauf zur Entwicklung einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst führen.

Exkurs: Trennungsangst und ein falsches Gefühl des Erstickens

Weitere Modelle betrachten stärker psychobiologische Faktoren wie etwa die Überempfindlichkeitsreaktion auf die CO_2 -Sättigung des Blutes und dadurch ausgelöste Panikgefühle. Ein prominenter Vertreter ist die Suffocation-False-Alarm-Hypothese von Klein (1994). Man geht davon aus, dass einige Menschen überempfindlich auf einen erhöhten CO_2 -Anteil im Blut mit falschem Erstickungsalarm reagieren. Wenn stressbedingt – etwa weil eine Trennungssituation ansteht – der CO_2 -Anteil steigt, wird zugleich eine durch das (falsche) Gefühl des Erstickens starke körperliche Angstreaktion ausgelöst und mit Trennung assoziiert. Für unser Anliegen reicht es jedoch vollkommen aus, die Interaktion zwischen Eltern und Kindern zu betrachten.

3.6.3 Interventionen zur Überwindung einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst

Pathologische Trennungsangst beeinträchtigt mitunter auch den Schulbesuch oder schulische Unternehmungen wie Klassenfahrten erheblich. Aus diesem Grund sind auch Sie als Lehrer:in ein Teil des Angstsystems und agieren innerhalb des Systems. Alle situationsspezifischen Ängste werden am effektivsten durch eine Exposition und ein situationsspezifisches Umlernen überwunden. So ist es auch bei der Trennungsangst.

Das heißt, die Betroffenen müssen in Trennungssituationen lernen, dass Trennungssituationen nicht gefährlich sind, und somit müssen sie verlernen, in solchen Situationen Angst zu erleben. Das Ziel sollte es sein, dass die betroffene Schüler:in wieder ganz normal die Schule besuchen und ohne Beeinträchtigungen an Aktivitäten teilnehmen kann.

Da hier – anders als beispielsweise bei spezifischen Phobien (s. Abschn. 3.3.4) – die Bezugspersonen bei der Entstehung und vor allem Aufrechterhaltung mit eingebunden sind, sollte eine Intervention systemisch gedacht sein: Also die Bezugspersonen sollten mitbehandelt werden. Das machen in der Regel Psychotherapeuten:innen: Sie coachen die Bezugspersonen sensibel und einfühlsam dahingehend, Trennungssituationen zu planen und durchzuführen. Um die oben skizzierten Teufelskreise zu durchbrechen, sollten Trennungssituationen kurzgehalten werden – und vor allem ohne Dramatik von Seiten der Bezugspersonen ablaufen.

Es hat sich als günstig erwiesen, wenn das Kind Eltern und Lehrer:innen als an einem Strang ziehend wahrnimmt.

In der Therapie werden folgende Bausteine eingesetzt

- (1) *Psychoedukation*: Eltern und Kinder werden zunächst über das Störungsbild aufgeklärt. Ihnen werden Zusammenhänge und Hintergründe vermittelt, ohne dass es zu Schuldzuweisungen oder Beschämungen kommt (à la: »Sie als Mutter haben viel zu viel geklammert. Das war auch wirklich nicht gut!«).
- (2) *Kognitive Therapie mit den Kindern*: Die Kinder arbeiten ihre Angst verstärkenden Gedanken heraus. Sie lernen bewusst, mit welchen Gedanken sie ihre Panikreaktion im Vorfeld der Trennung schon anheizen. Dadurch haben Sie die Möglichkeit, diese Gedanken zu verändern. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, bevor eine Konfrontationsbehandlung ansetzt.
- (3) *Arbeit mit den Eltern*: Die Eltern erarbeiten sich das Loslassen und Trennen als Entwicklungsaufgabe, damit sie souverän Trennungssituationen meistern und ihren Kindern Sicherheit vermitteln können.
- (4) *Vorbereitung auf die Konfrontation*: Damit eine Konfrontationsbehandlung gelingen kann, müssen sowohl die Kinder als auch die Eltern darauf vorbereitet werden, wie sie verläuft. Es ist für alle Beteiligten wichtig zu wissen, dass sie Stress und Angst während der Konfrontation erleben und aushalten müssen. Im Rahmen dieser Vorbereitung wird auch eine Angsthierarchie (im Sinne eines gestuften Verfahrens) aufgebaut. Die Kinder arbeiten zusammen mit ihren Eltern die verschiedenen Angststufen heraus.
- (5) *Konfrontation*: Schließlich werden die Trennungssituationen herbeigeführt und ausgehalten. Die Kinder (und auch die Eltern) erleben diese als aushaltbar. Damit reduziert sich die erlebte Angst. Dieses Verfahren weist große Effektstärken auf, sollte aber nur im Rahmen einer Psychotherapie durchgeführt werden.

Interventionen im Setting Schule

Was können Sie tun, um die Überwindung von Trennungsangst zu unterstützen? Das Offensichtlichste besteht darin, die Familien bei raschen, aber netten Trennungssituationen (in der Grundschule beispielsweise zum Schulanfang) zu unterstützen. Nehmen Sie das Kind gut und herzlich in Empfang. Sprechen Sie noch ein paar Sätze mit dem Elternteil, so dass das Kind sehen kann, dass Sie einander vertrauen. Und dann verabschieden Sie das Elternteil. Hilfreich ist es, wenn die Kinder schon gleich zu Beginn in Aktivitäten oder Abläufe eingebunden sind. Häufig vermitteln feste Abläufe (wie Morgenrituale) den Kindern zusätzliche Sicherheit.

In der Mittelstufe ist das nicht mehr so leicht zu bewerkstelligen. Hier könnten trotzdem gemeinsam mit der Schüler:in und den Eltern Lösungen überlegt werden. Manchmal kann es für das Ankommen hilfreich sein, wenn die erste Anlaufstelle zunächst die Schulsozialarbeiter:in ist. Die ist in der Regel in der Mittelstufe konstanter anwesend und verfügbar als die Klassenlehrer:in.

Insgesamt wirken sich sowohl gute und warmherzige Beziehungen zur Lehrer:in und zu Mitschüler:innen sowie ein angenehmes Klassenklima begünstigend aus.

3.6.4 Beratung zum Umgang mit Trennungsängsten

Trennungsängste sind bis zu einem gewissen Grad normal und gehören zur Entwicklung dazu. Werden die Schüler:innen durch diese Ängste jedoch stark beeinträchtigt – etwa, weil sie nicht mehr zur Schule kommen oder dort unter den Ängsten so sehr leiden, dass sie nicht in Kontakt gehen oder ihren Aufgaben nachkommen können, besteht Handlungsbedarf.

Aber anders als bei den meisten anderen Störungen sind die Eltern hier unmittelbar Teil des Systems. Sie selbst haben häufig auch Schwierigkeiten mit den Trennungen von ihren Kindern. Daher kann es sein, dass sie eine andere Problemwahrnehmung haben als Außenstehende. Dies gilt es, in der Beratung zu berücksichtigen. Das erfordert einiges an Fingerspitzengefühl. Daher laden wir Sie zu einer kleinen Selbstreflexion mit anschließendem Gedankenexperiment ein.

Impuls: Trennungsängste in Ihrer eigenen Biographie



- (1) Jeder Mensch erlebt als Kind, als Jugendlicher und die meisten auch im Erwachsenenalter hin und wieder Trennungsängste. Erinnern Sie sich einmal an eine Situation, als Sie Trennungsangst hatten. Lassen Sie diese Situation noch einmal lebendig werden. Wie alt waren Sie? Wer waren Ihre Bezugspersonen, von denen sie sich zu trennen fürchteten? Wie haben sich die Ängste bemerkbar gemacht? Was haben Sie getan?
- (2) Versuchen Sie, sich noch einmal genau zu erinnern. Was war in dieser Situation hilfreich? Welche Gedanken? Gab es hilfreiche Worte oder Handlungen? Oder hätten Sie sich etwas gewünscht, das Ihnen geholfen hätte? Was war das?
- (3) Stellen Sie sich jetzt bitte eine Situation vor, in der Sie ein Gespräch mit Eltern führen möchten, deren Kind von der Trennungssituation deutlich in der Schule beeinträchtigt ist. Sie ahnen, dass es den Eltern ebenfalls sehr schwerfällt, Ihr Kind loszulassen.
 - (a) Was müssten Sie sagen oder tun, damit sie die Eltern total verschrecken und sie ganz gewiss die Zusammenarbeit mit Ihnen torpedieren? Was könnten Sie sagen oder tun, damit diese Eltern sich durch Sie bedroht fühlen?
 - (b) Und was könnte für diese Eltern hilfreich sein? Wie könnten Sie sie ermutigen, Hilfsangebote aufzusuchen und anzunehmen?
 - (c) Welche Gedanken könnten Ihnen vielleicht selbst im Wege stehen, das zu sagen oder zu tun, was für diese Familie hilfreich wäre? Gibt es Norm- oder Wertvorstellungen, gegen die deren Verhalten verstößt?
 - (d) Was könnten dann hilfreiche Gedanken sein? Über welchen Schatten müssten Sie vielleicht springen und wie könnte das gelingen?

Ziel Ihrer Beratung sollte es sein, dass Eltern Hilfsangebote – wie Psychotherapie oder Familienberatung – anzunehmen können. Die Strategie ist vergleichbar mit der im Abschnitt zur Sozialen Phobie erläuterten Strategie (s. Abschn. 3.5.3). Allerdings sollten Sie den Aspekt berücksichtigen, dass die Familie stark involviert sein kann und es ggf. starke Widerstände gegen Veränderungen gibt. Häufig sind die Widerstände eher passiver Natur: »Sie haben schon recht, eigentlich sollten wir mal..., aber...

- ... wir haben gerade wenig Zeit.
- ... wir haben schon alles versucht.
- ... ein Psychologe hat auch schon mal gesagt, das ist ganz normal. Das gibt sich von alleine wieder.«

Arbeiten Sie nicht gegen Widerstände durch Überzeugungsarbeit an. Das ist meistens für alle frustrierend. Viele Lehrer:innen haben das Gefühl, Sie alleine sind dafür verantwortlich, dass die betroffene Schüler:in Hilfe bekommt. Engagement ist in der Regel loblich, aber denken Sie stets daran: Sie sind nicht allein. Sie können Eltern Probleme aufzeigen, die Sie sehen, Sie können Wege zur Hilfe aufzeigen, und Sie können sich selbst Unterstützung holen – beispielsweise bei der Schulsozialarbeiter:in. Aber wenn Sie glauben, dass das Wohl des Kindes davon abhängt, ob es Ihnen gelingt, die Eltern zu überzeugen, dann wird aus gut gemeinten Ansätzen schnell ein »Glaubenskrieg«.

Es gibt Situationen, in denen Sie sich vielleicht wünschen, etwas tun zu können – etwa, wenn das Kind kaum noch die Schule besucht und die Eltern selbst das Kind nicht loslassen können. Aber bei Trennungsangst führt Druck vielfach zum Gegenteil. Deshalb kann es für Sie in frustrierenden Beratungssituationen günstig sein, Ihren Druck und Ihren Frust bei jemandem lassen zu können, so dass Sie stets genügend professionelle Distanz wahren können, zum Selbst- und Fremdschutz. Wer könnte Ihnen helfen, wieder eine professionelle Distanz einzunehmen, wenn Sie emotional zu stark involviert sind?

3.7 Generalisierte Angststörung

Die Tendenz, sich Sorgen zu machen, kennen die meisten Menschen. Viele erleben zwischenzeitlich auch Sorgen, von denen sie sich schwer ablenken können und die wie automatisch zu kommen scheinen. Die Generalisierte Angststörung besteht in der andauernden Tendenz, sich Sorgen zu machen. Der Übergang von »normal-pathologisch« bis klinisch bedeutsam ist auch bei dieser Störung fließend. Und auch bei dieser Störung ist es hilfreich, die »normalen« Tendenzen zu berücksichtigen und zu kennen, um die Pathologie besser zu verstehen.

Die Symptome, die Diagnosekriterien und der Verlauf werden zunächst vorgestellt (s. Abschn. 3.7.1). Danach wird das Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung skizziert (s. Abschn. 3.7.2). Anschließend werden therapeutische Interventionen und mögliche Interventionen für das Setting Schule beschrieben (s. Abschn. 3.7.4). Abschließend werden wie gewohnt Hinweise für Beratungen gegeben (s. Abschn. 3.7.5).

Impuls: Welche Sorgen kennen Sie selbst



Sie finden hier eine Auswahl typischer Fragen, wie sie in einem Fragebogen zur Sorgenneigung stehen könnten. Solche Fragebogen werden u. a. auch in der Diagnostik zur Generalisierten Angststörung eingesetzt.

Ich habe mir schon einmal Sorgen gemacht, ...
... dass ich zu spät komme.
... dass ich Arbeit liegen lasse.
... dass ich unattraktiv bin.

... dass meinen Lieben etwas passieren wird.
... dass ich Fehler mache.
... dass ich nicht genug erreicht habe.
... dass ich gute Freunde verliere.
... dass andere mich negativ beurteilen.
...
Suchen Sie sich eine Gesprächspartner:in und sprechen Sie gemeinsam einmal über Sorgen. Versuchen Sie herauszufinden, ab wann Sorgen pathologisch, wann sie normal und wann sie vielleicht auch nützlich sind. Wenn Sie die Zeit haben, lesen Sie erst danach weiter.



3.7.1 Symptome und Diagnose der Generalisierten Angststörung

Der Kern der Generalisierten Angststörung besteht darin, dass Betroffene sich starke Sorgen bezüglich verschiedener Lebensbereiche und/oder ihrer Zukunft machen. Meistens betreffen die Sorgen fast alle Lebensbereiche. Zudem wird das Auftreten dieser Sorgen als unkontrollierbar erlebt. Das heißt, die Betroffenen haben nicht das Gefühl, dass sie willentlich die Tendenz, sich Sorgen zu machen, abschalten können. Im Gegenteil: Viele machen die Erfahrung, dass ihre Gedanken von einer Sorge direkt zur nächsten springen. Das kann dazu führen, dass sie starke muskuläre Verspannungen spüren, reizbar sind, unter Schlafstörungen leiden oder schneller ermüden. Die Diagnosekriterien nach dem DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015) finden Sie in Tabelle 3.3.

Etwa 5 % der Bevölkerung sind von der Generalisierten Angststörung betroffen. Bei den meisten chronifiziert die Krankheit, spontane Heilungen gibt es eher wenig. Häufig suchen Patient:innen den Hausarzt wegen unspezifischer Beschwerden wie Bauchweh, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaf- oder Energielosigkeit oder Verspannungen auf. Und meistens dauert es lange, bis eine Generalisierte Angststörung diagnostiziert wird. Zusätzliches Leiden entsteht dadurch, dass Betroffene nicht wissen, was mit ihnen los ist und sich auch darüber noch Sorgen machen.

Man kann sich leicht vorstellen, dass Schüler:innen in einer Zeit, in der Peers wichtiger werden, in denen nichts mehr normal und vieles im Wandel ist, sich Sorgengedanken machen können. Die Zukunft steht vor der Tür, und es ist ungewiss, welchen Platz man selbst einnimmt. Prüfungen entscheiden über spätere Möglichkeiten. All das sind reale Anlässe, sich zu sorgen. Bei einigen Schüler:innen entwickelt sich dann eine Generalisierte Angststörung. Es sind doppelt so viele Mädchen/Frauen betroffen wie Jungen/Männer.

Symptome einer Generalisierten Angststörung (GAS)

Mindestens sechs Monate an der Mehrheit der Tage übermäßige Sorgen und Angst, bezogen auf mehrere Ereignisse oder Tätigkeiten.

Es fällt dem Betroffenen schwer, die Sorgen zu kontrollieren.

Die Sorgen und Angst gehen mit mindestens drei der folgenden Symptome einher. Bei Kindern reicht eines der Symptome

- Ruhelosigkeit oder Auf-dem-Sprung-Sein
- leichte Ermüdbarkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf
- Reizbarkeit
- Muskelspannung
- Schlafstörungen

Angst und Sorgen beziehen sich nicht nur auf die Symptome einer anderen Störung.

Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen

Die Symptome lassen sich nicht durch die körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors erklären und treten nicht nur während einer affektiven oder psychotischen Störung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.

Tabelle 3.3: Diagnosekriterien nach DSM 5 für die Generalisierte Angststörung

3.7.2 Wie entwickelt sich eine Generalisierte Angststörung und was hält sie aufrecht?

Die meisten Symptome klinischer Störungen machen aus Sicht der Betroffenen Sinn oder haben einmal Sinn gemacht. Der Sinn des Sich-Sorgens, der in verschiedenen Forschungsarbeiten gefunden und mehrfach bestätigt wurde, ist zunächst gar nicht offensichtlich. Studien konnten Folgendes zeigen: Personen, die sich über eine bevorstehende angstbesetzte Aufgabe Sorgen machen sollten, wiesen während der angstbesetzten Aufgabe einen ruhigeren Puls, geringere physische Angstsignale und ein deutlich geringeres Angsterleben auf als Personen, die vor der angstbesetzten Aufgabe eine Entspannungsübung machten (Hazlett-Stevens, & Borkovec, 2001). Eine typisch angstbesetzte Aufgabe war beispielsweise das öffentliche Reden vor einer

großen Gruppe. Fazit der Studie: Das kognitive Sich-Sorgen-Machen reduziert physiologische Angstsymptome.

Warum aber reduziert das Sich-Sorgen-Machen die Angstsymptome? Ist das nicht widersinnig? Nein, im Grunde ist das gut erklärbar: Wer sich sorgt, ist kognitiv aktiv. Das wiederum hemmt direkt die somatische Aktivität, die mit Angst verbunden ist (z. B. Anstieg der Herzfrequenz). Indirekt wird das somatische Angsterleben dadurch reduziert, dass das Denken die Entstehung bildlicher Vorstellungen verhindert, die ihrerseits Angst auslösen.

Der Gewinn liegt also auf der Hand: Kurzfristig wird Angst vermieden. Und mehr noch, man geht davon aus, dass das Sorgendenken auch andere unangenehme Emotionen bei ihrer Entstehung hemmt. Das Sich-Sorgen wird also zu einer kognitiven Vermeidungsstrategie.

Allerdings ist der Preis dafür sehr hoch: Die Tendenz, sich zu sorgen, verselbstständigt sich schnell und wird bei der Entstehung einer Generalisierten Angststörung als unkontrollierbar erlebt. Die Gedanken der betroffenen Personen haben nun die Tendenz, wie von selbst von einer Sorge zur nächsten zu springen. Und die erlebte Unkontrollierbarkeit führt zu weiteren Sorgen, nämlich über die Unkontrollierbarkeit. Hier spricht man von Meta-Sorgen.

Zusätzlich findet keine emotionale Verarbeitung der Sorgen statt. Die meisten Menschen kennen das: Es gibt Gedanken, die unangenehm sind, die einem Angst machen, Traurigkeit auslösen oder Wut heraufbeschwören. Das ist zunächst unangenehm, aber wenn man sich konstruktiv mit diesem Gedanken auseinandersetzt – vielleicht auch mit der Angst, der Trauer oder Wut, die dieser Gedanke mit sich bringt –, dann söhnt man sich aus oder findet seinen Frieden oder eine Lösung. Wir verarbeiten das, was uns beschäftigt. Wenn allerdings die Gedanken von einer Sorge zur nächsten hüpfen, dann findet eben diese Verarbeitung nicht statt. Stattdessen werden Reize, die an diesen Gedanken erinnern, wieder zu Auslösern erneuter Sorgen, die diese Sorge verdrängen. Damit die dann neu auftretenden Sorgen vermieden werden, aktiviert das Gehirn noch weitere Sorgen. Und all das geschieht, ohne dass die betroffene Person das Gefühl hat, darauf Einfluss nehmen zu können. Viele berichten davon, ständig zu grübeln und überhaupt nicht mehr abschalten und entspannen zu können.

Impuls: Wie verarbeiten Sie Sorgen emotional



Nahezu alle Menschen sorgen sich, haben unangenehme Gedanken oder Erinnerungen, die ihnen in den Sinn kommen. Wählen Sie einmal einen unangenehmen Gedanken aus, den Sie bereits verarbeitet haben, mit dem Sie bereits Frieden geschlossen haben. Und suchen Sie sich eine Gesprächspartner:in, mit der Sie darüber sprechen, wie es Ihnen gelungen ist, diesen Gedanken emotional zu verarbeiten.

Ihnen fällt nichts ein? Schauen Sie noch einmal den Impuls an, der am Anfang des Abschnitts 3.7.1 steht. Oder googlen Sie einmal, worüber Menschen sich so sorgen. Vielleicht ist auch etwas für Sie dabei.

Aber Achtung: Wählen Sie bitte kein aktuelles Problem, keine Erinnerung, die noch nicht verarbeitet ist. Es geht hier **nicht** um (Selbst-)Therapie, sondern um Verstehen und Nachvollziehen.

3.7.3 Interventionen zur Überwindung einer Generalisierten Angststörung

Einer der aufrechterhaltenden Faktoren bei diesem Störungsbild ist die kognitive Vermeidungsstrategie in Form von Sorgen. Das Springen von Sorgengedanken zu Sorgengedanken, ohne sich auf einen Gedanken einzulassen. Durch dieses Springen von Sorge zu Sorge wird – wie gezeigt – das Erleben von und Auseinandersetzen mit Gefühlen vermieden. Deswegen ist ein zentrales Element in der Psychotherapie die Konfrontation mit dem Vermiedenen. Das heißt, die Patient:in wird dazu eingeladen, bei einem Sorgengedanken zu bleiben, ihn auszuhalten und sich mit ihm und den dabei aufkommenden Emotionen auseinanderzusetzen – anstatt sofort zum nächsten Sorgengedanken zu gehen. Diese Behandlung besteht aus fünf Elementen:

Erstens werden die Patient:innen durch Aufklärung darauf vorbereitet, was sie erwartet. Es wird erarbeitet, was Angst ist und warum es sinnvoll ist, die Sorgenketten zu durchbrechen. Das erhöht zugleich die Bereitschaft mitzumachen und auch dann noch am Ball zu bleiben, wenn es unangenehm wird.

Zweitens wird eine Sorgenhierarchie aufgestellt. Es werden also die schlimmsten Sorgen ausgewählt und ggf. schriftlich fixiert.

Als drittes kann nun die eigentliche Konfrontation erfolgen. Es wird eine Sorge ausgewählt, und die Patient:in denkt diese zu Ende. Es werden alle Aspekte in der Vorstellung exploriert. Da die kognitiven Sorgen dazu führen, dass bildliche Vorstellungen verhindert werden, geht es in dieser Konfrontation auch darum, sich die Sorgen bildhaft und lebendig vorzustellen. In der Regel treten dabei unangenehme Emotionen (vor allem aber nicht nur Angst) auf. Diese werden ausgehalten, ohne dass die Patient:in eine innere oder äußere Vermeidungsstrategie nutzt. In einer Nachbesprechung wird herausgearbeitet, ob und in welchem Maße die Angst abgenommen hat. Diese Konfrontation wird mehrfach wiederholt. Es bietet sich an, in der Therapie ein Audio von dieser Sorgenexploration aufzunehmen, so dass die Patient:in sich auch zu Hause mit dieser Sorge konfrontieren kann. Dabei nimmt die Angst von Mal zu Mal ab.

Da häufig auch Lebensbereiche, die zu Sorgen führen, vermieden werden, sollte die Patient:in auch hier eine Konfrontation mit diesen Bereichen als viertes Element planen und durchführen. Beispiele sind das Ansprechen bestimmter sorgenbesetzter Themen. Aber auch das Aufgeben von Sicherheitsverhalten wie beispielsweise das

übertriebene Lernen vor einer Klassenarbeit oder Klausur, um der Sorge des Durchfallens entgegenzuwirken. Die Patient:in lernt nach und nach, angstbesetzte Bereiche zu erschließen und Sicherheitsverhalten abzubauen. Die Konfrontation findet in der Regel selbständig im realen Leben (also nicht im Therapieraum) statt und wird in den Therapiesitzungen nachbesprochen und ausgewertet.

Das fünfte Element ist ein Entspannungstraining. Sorgen führen zu erhöhter Anspannung, erhöhte Anspannungen erhöhen wiederum die Sorgenneigung. Durch das Erlernen und regelmäßige Anwenden von Entspannungsverfahren kann die Sorgenneigung flankierend reduziert werden.

Was können Sie als Lehrer:in tun?

Zunächst einmal ist die Generalisierte Angststörung bei Kindern und Jugendlichen im psychotherapeutischen Setting relativ schwer zu behandeln, weil die Ängste oft diffus und schwer fassbar sind. Als Lehrer:in im Setting Schule ist es fast unmöglich, ohne gleichzeitig stattfindende Psychotherapie wirksam zu sein. ***Das oben skizzierte Vorgehen sollte unbedingt der Psychotherapie vorbehalten bleiben.***

Allerdings können Sie eine Therapie begleitend unterstützen, wenn die Schüler:in Sie darum bittet. Was konkret Sie tun können, wird die Schüler:in Ihnen sagen. Aber durch das oben skizzierte Wissen darüber, wie eine psychotherapeutische Behandlung aufgebaut ist, können Sie besser einordnen, um was Sie gebeten werden.

Zudem können Sie allgemein über Generalisierte Angststörungen im Unterricht aufklären. Dadurch können die Schüler:innen möglicherweise Symptome wiedererkennen und ermutigt werden, sich Hilfe zu holen. Das gilt selbstverständlich auch für alle anderen Störungen. Besonders, wenn Sie den Verdacht haben, dass eine Schüler:in betroffen sein könnte, können Sie diese Aufklärungsarbeit betreiben. Wie Sie die Schüler:in und ggf. ihre Eltern individuell beraten, besprechen wir im nächsten Abschnitt (s. Abschn. 3.7.5).

Im Kasten 3.7 finden sich Lehrer:innen-Verhaltensweisen, die das Auftreten von Angststörungen im Allgemeinen begünstigen. Somit wird auch die Entwicklung einer Generalisierten Angststörung durch eben diese Verhaltensweisen mitbedingt. Präventiv können Sie am Leistungs- und Klassenklima arbeiten sowie Ihr Verhalten kritisch prüfen und ggf. verändern. Auch die Arbeit von Kolleg:innen können Sie ggf. mitberücksichtigen und ungünstige Verhaltensweisen direkt mit der Kolleg:in besprechen. Hin und wieder sind Kolleg:innen, die die Verhaltensweisen zeigen, die im Kasten 3.7 stehen, nicht bereit, über Ihren Erziehungs- und Unterrichtsstil zu sprechen. Sie haben dann immer noch die Möglichkeit, mit der Klasse darüber zu sprechen. Dadurch werden Sie nicht zum »Kollegen-Schwein« (vielfache Befürchtung), sondern stehen selbst für Güte und Qualität der Arbeit in Ihrer Schule. Mit meinem Team habe ich bei vielen Kolleg:innen gesehen (und einige dahingehend beraten), wie diese die Sicht der Schüler:innen validieren können (s. Abschn. 3.4.1), ohne die betroffene Kolleg:in zu diffamieren.

Lehrer:innenverhalten, das das Auftreten von Sorgen und Ängsten fördert

- Überhöhte Leistungsanforderungen
- Strenge Bestrafungen
- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Defizitorientierung und mangelnde Kultur der Fehlerfreundlichkeit
- Abwertendes Kommunikationsverhalten
- Sozialer Ausschluss/Hänseln/Vorführen etc.

Kasten 3.7: Lehrer:innen-Verhaltensweisen, die die Entstehung von Angststörungen begünstigen.

3.7.4 Beratung zum Umgang mit Generalisierten Angststörungen

Während Sie in der Beratung von Schüler:innen und Eltern, die unter Trennungsängsten leiden, mit Widerständen rechnen können, wird eine einfühlsame und kompetente Beratung bei von einer Generalisierten Angststörung betroffenen Schüler:innen und deren Eltern eher als hilfreich empfunden. Da sich Generalisierte Angststörungen vor allem im Jugend- und jungen Erwachsenenalter anbahnen und ggf. schon manifestieren, lege ich hier auch einen Schwerpunkt auf die Beratung betroffener Schüler:innen. Weitere Schwerpunkte sind die Beratung von Eltern von betroffenen (ggf. jüngeren) Schülerinnen und der Umgang mit offenkundig ungünstigem Erziehungsverhalten, das die Entstehung von Angststörungen fördern kann.

Zusätzlich werde ich noch einige Gedanken zum Umgang und zur Beratung pandemiebedingter Sorgen schreiben. Denn durch die Ständig wechselnden und unsicheren Bedingungen während der verschiedenen Phasen der Pandemie (Lockdown, Homeschooling, Wechselunterricht) sowie den damit verbundenen Zukunftsunsicherheiten sind die Tendenzen zu Sorgengedanken auch bei jüngeren Schüler:innen angestiegen (Rabens-Sieverer et al., 2021).

Beratung von Schüler:innen

Wenn Sie bemerken, dass Schüler:innen sich immerfort Sorgen machen, kann es sich lohnen, sie direkt darauf anzusprechen. Mögliche Eröffnungen könnten folgende sein: »Du machst dir zurzeit auch viele Gedanken, oder?«, »Manchmal wirkt es, als wenn dich etwas bedrückt. Kann das sein?« Diese oder ähnliche Formulierungen bieten die Möglichkeit für die Schüler:in, den Faden aufzunehmen und davon zu berichten. Gleichzeitig besteht aber auch die Möglichkeit, das Gesprächsangebot abzulehnen.

Wenn die Schüler:in das Gesprächsangebot annimmt, können Sie sich schildern lassen, was die Schüler:in bedrückt. Falls sie nicht selbst davon berichtet, können Sie auch die typischen Symptome (s. Abschn. 3.7.1) abfragen: »Ich kann mir vorstellen, dass man, wenn man sich solche Gedanken macht, auch nicht mehr so gut schlafen

kann.« Wenn Sie die Symptome erfragen, könnte es sich nicht so anfühlen, als würden Sie Symptomlisten »abklappern«. Das sollen Sie aber gar nicht. Dieser Schritt dient Ihnen nur dazu, dass Sie etwas genauer einschätzen können, ob es sich um eine Generalisierte Angststörungen (oder deren Beginn) handeln könnte.

Falls Sie die Vermutung haben, dass es sich um eine Generalisierte Angststörung handeln könnte, kann es für die Schüler:in hilfreich sein, wenn Sie ihr Informationen und ggf. eine Adresse geben. Je nach Alter, persönlicher Beziehung und Bildungs- bzw. kulturellem Hintergrund können Sie offen und transparent Ihre Vermutung ansprechen und der Schüler:in raten, die Symptome einmal von einer Therapeut:in oder einer Ärzt:in einschätzen zu lassen. Falls Sie Bedenken haben, dass die Nennung einer möglichen psychischen Erkrankung oder der Vorschlag, eine Therapeut:in zur Einschätzung hinzuzuziehen, stark aversiv besetzt ist, empfiehlt sich ein niederschwelliges Vorgehen: Hilfreiche Sätze könnten die folgenden sein: »Manchmal machen sich auch andere – genau wie du – viele Sorgen und sind – genau wie du – davon stark belastet. Einigen hat es geholfen, mit ihrem Arzt (oder einer Beratungsstelle) darüber zu sprechen, denn meistens gibt es da wirklich Hilfreiches.« Ein solches Vorgehen bietet Schüler:innen, die auf Grund ihres Hintergrundes eher skeptisch gegenüber Psychotherapie sind, eine Brücke an. Die Ärzt:in oder die Berater:in können dann auf einfühlsame und fachkompetente Weise den Weg in Richtung Psychotherapie ebnen, falls es notwendig sein sollte.

Abschließend sei noch folgender Gedanke besprochen: Vielleicht fragen Sie sich, ob es überhaupt Ihre Aufgabe ist, die Schüler:in darauf anzusprechen. Die Antwort lautet: Nein. Aber Sie dürfen es, wenn Sie die Grenzen der Schüler:in nicht verletzen. Und wenn man bedenkt, dass ein großer Teil der später chronifizierten Generalisierten Angststörungen langes Leiden verursacht hat, weil den Betroffenen die relevanten Informationen fehlten, um sich Hilfe zu suchen, dann können Sie sorgfältig abwägen, ob Sie vielleicht diese Informationsquelle sein könnten. Bedenken Sie auch, dass Sie mit vielen Schüler:innen in etwa gleich (manchmal sogar mehr) viel Zeit verbringen als deren Eltern und dass Sie im Vergleich zu den Eltern einen größeren Vergleichshorizont bzgl. angemessenen und unangemessenen Verhaltensweisen haben. Unter Umständen fallen Ihnen Auffälligkeiten im Schülerverhalten eher auf als den Eltern.

Exkurs: Einige Gedanken zu pandemiebedingten Sorgen

Die Pandemie und ihre Folgen lösen bei vielen Schüler:innen Sorgen aus. Diese können sich teilweise manifestieren und drohen in einigen Fällen zu chronifizieren. Wichtige Aspekte im Umgang mit den Sorgen der Schüler:innen sind, diese auf der einen Seite ernst zu nehmen (sie zu validieren) und gleichzeitig den Schüler:innen die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und kompetenzerleben zu ermöglichen – auch und gerade im Umgang mit der Pandemie. Die Schüler:innen leisten etwas, was wir alle nicht leisten mussten. Das ist unbedingt zu würdigen. Fragen Sie die Schüler:innen, wie sie es hinbekommen, immer wieder optimistisch zu sein. Seien Sie neugierig, wie die Schüler:innen es schaffen, Sorgen zu bewältigen. Dadurch laden Sie die Schüler:innen ein, den Fokus auf ihre Kompetenz, auf ihre Ressourcen und auf gelingende Bewältigung zu legen. Erleben ist Fokussierung von Aufmerksamkeit. In diesem Sinne laden Sie die Schüler:innen zu einem alternativen Erleben ein, ohne deren berechnete Erfahrungen zu invalidieren.

Beratung von Eltern

In der Beratung von Eltern gilt zunächst einmal das Gleiche, was wir auch schon für die Beratung von Schüler:innen besprochen haben.

Manchmal haben Eltern die Befürchtung, durch ihre Erziehung Schuld an der Entwicklung einer psychischen Erkrankung zu haben. Dies kann implizit oder auch explizit Thema in der Beratung sein. Allerdings sind Schuldgefühle meistens nicht berechtigt, und sie verhindern mitunter einen guten Umgang. Manchmal fragen Eltern offen, ob und was sie falsch gemacht haben (explizite Schuldfrage). Manchmal holen sie sich verdeckt die Bestätigung, dass sie als Eltern alles richtig gemacht haben. Sie, als Lehrer:in, können weder urteilen noch eine Absolution aussprechen. Das ist nicht Ihre Aufgabe. Aber Sie können den Eltern versichern, dass psychische Erkrankungen immer auf viele Faktoren zurückzuführen sind. Und dass es meistens gar nicht so hilfreich für das Kind ist, die Schuldfrage zu stellen. Ermutigen Sie die Eltern, dass diese Ihrem Kind am besten damit helfen können, wenn sie für dieses da sind und wenn sie (je nach Bedarf) unterstützende Maßnahmen begleiten und externe Hilfsangebote befürworten.

Umgang mit ungünstigem Erziehungsverhalten

Bei der Entstehung von Angststörungen haben sich einige Verhaltensweisen der Eltern als ungünstig herausgestellt (Kasten 3.8). Alleinige Aufklärung reicht bei diesen Verhaltensweisen oft nicht aus, weil diese mitunter Wert gebunden sind bzw. Überzeugungen und Glaubenssätze der Eltern widerspiegeln (z. B. »Strenge Bestrafungen müssen sein, sonst wird aus Kindern nichts!«). Es stellt sich also die Frage, wie Sie mit solchen Eltern und deren ungünstigen Verhaltensweisen umgehen.

Ungünstiges Verhalten von Eltern

- Zuwendung nur bei Leistung
- Überhöhte Leistungsanforderungen
- Strenge Bestrafungen
- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Ablehnung von Lehrkräften, Lehrerverhalten oder Lehrmethoden
- Desinteresse an schulischen Belangen

Kasten 3.8: Elterliche Verhaltensweisen, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen fördern.

Ich erlebe es in der Beratung von Lehrer:innen immer wieder, dass diese sehr darunter leiden, die Eltern nicht verändern zu können, gerade, wenn die Einstellungen oder Verhaltensweisen ungünstige Effekte auf das Kind haben. Manchmal entwickelt sich daraus regelrecht ein Konflikt zwischen den Eltern und den Lehrer:innen – oder die Lehrer:innen spüren sofort Ärger, sobald sie an diese Eltern denken.

Das ist meistens auch nicht hilfreich, denn dadurch ändert sich nichts. Die Erziehungshoheit liegt bei den Eltern – solange, bis offiziell festgestellt wird, dass das Kindeswohl gefährdet ist. Und die Hürden sind sehr hoch. Es haben sich zwei Haltungen, die miteinander zusammenhängen, als günstig gezeigt.

Erstens wird eine Kooperation mit dem Elternhaus oder dem beteiligten Elternteil benötigt. Die Wahrscheinlichkeit dafür steigt durch eine empathische Kombination aus Validieren (s. Abschn. 3.4.1), durch das Ändern von Perspektiven (s. Abschn. 3.4.6) und dem Erzählen von Geschichten (s. Abschn. 3.4.7). Durch das Validieren können Eltern sich in ihren Nöten und Befürchtungen ernstgenommen fühlen. Wir gehen davon aus, dass jedes Verhalten – mag es auch noch so abwegig oder ablehnenswert sein – nachvollziehbare Gründe hat. Diese können durch das Validieren gewürdigt und erkannt werden. Dann müssen Eltern nicht in eine Verteidigungshaltung gehen. Sie können ihre Perspektive ändern. Das heißt, sie können erstens sehen, wo sie es erfolgreich anders machen, und zweitens können sie ein Problembewusstsein aufbauen. Mithilfe von (konstruierten) Fallgeschichten kann man Lösungen anbieten und Brücken bauen. Das ist eine Möglichkeit – allerdings gibt es keine Garantie.

Zweitens ist es auch für die eigene Gesundheit wichtig, dass man nicht verantwortlich für das Handeln der Eltern ist. Man kann auf Probleme aufmerksam machen, man kann Wege zeigen und Nöte verstehen, und man kann auch Lösungen anbieten. Man kann ein Pferd zur Tränke führen. Trinken muss es alleine⁴. Für die Beratung heißt das, setzen Sie sich und Ihre Interaktionspartner nicht unter Druck. Seien Sie über jeden Schritt in die richtige Richtung (und mag er auch noch so klein sein) dankbar – und verzweifeln Sie nicht an dem, was Sie nicht erreichen. Sie tun Ihr Bestes.

4 Diesen Satz werden Sie noch häufiger lesen, denn er steht für eine wichtige Haltung, die es Ihnen ermöglicht, Ihren Interaktionspartner:innen (Schüler:innen, Eltern, Kolleg:innen) in Würde und auf Augenhöhe zu begegnen. Dieser Satz steht auch dafür, dass Sie sich selbst nicht überfordern.

Literatur

- Ackerman, J.M., Nocera, C.C., & Bargh, J.A. (2010). Incidental haptic sensations influence social judgments and decisions. *Science*, 328(5986), 1712-1715.
- Babu, M.R., Kadavigere, R., Koteswara, P., Sathian, B., & Rai, K.S. (2020). Rajyoga meditation induces grey matter volume changes in regions that process reward and happiness. *Scientific reports*, 10(1), 1-11.
- Bargh, J.A., & Melnikoff, D. (2019). Does Physical Warmth Prime Social Warmth? Reply to. *Social Psychology*, 50(3), 207-210.
- Baskerville, T.A., & Douglas, A.J. (2010). Dopamine and oxytocin interactions underlying behaviors: potential contributions to behavioral disorders. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(3), e92-e123.
- Baird, B., Smallwood, J., Mrazek, M.D., Kam, J.W. Y., Franklin, M.S., and Schooler, J.W. (2012). Inspired by distraction: Mind wandering facilitates creative incubation. *Psychol. Sci.* 23, 1117-1122.
- Beaulieu, D. (2021). *Impact-Techniken für die Psychotherapie*. Carl-Auer Verlag.
- Berking, M. (2017). *Training emotionaler Kompetenzen*. Heidelberg: Springer.
- Berkowitz, L., & LePage, A. (1967). Weapons as aggression-eliciting stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7(2, Pt. 1), 202-207.
- Berridge, K.C. (1996). Food reward: brain substrates of wanting and liking. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 20(1), 1-25.
- Berridge, K.C., & Robinson, T.E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American Psychologist*, 71(8), 670-679.
- Biesinger, R. (2019). *Ohne Dop (amin) e ist alles doof*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Brumariu, L.E., & Kerns, K.A. (2010). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations?. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(6), 663-674.
- Bucay, J. (2019). *Komm, ich erzähl dir eine Geschichte*. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag.
- Bühren, K. (2011). Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 159(1), 67-80.
- Chambers, R., Lo, B.C. Y., & Allen, N.B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive therapy and research*, 32(3), 303-322.
- Cohen, G.L., Garcia, J., Apfel, N., & Master, A. (2006). Reducing the racial achievement gap: A social-psychological intervention. *science*, 313(5791), 1307-1310.
- Crocker, J. (2002). Contingencies of self-worth: Implications for self-regulation and psychological vulnerability. *Self and Identity*, 1(2), 143-149.
- Dar-Nimrod, I., & Heine, S.J. (2006). Exposure to scientific theories affects women's math performance. *Science*, 314(5798), 435-435.
- de Manzano, Ö., Cervenka, S., Jucaite, A., Hellenäs, O., Farde, L., & Ullén, F. (2013). Individual differences in the proneness to have flow experiences are linked to dopamine D2-receptor availability in the dorsal striatum. *Neuroimage*, 67, 1-6.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Disner, S.G., Beevers, C.G., Haigh, E.A., & Beck, A.T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(8), 467-477.
- Doyle, T.G., Berridge, K.C., & Gosnell, B.A. (1993). Morphine enhances hedonic taste palatability in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 46(3), 745-749

- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174-189.
- Eckert, M., & Tarnowski, T. (2017). Stress- und Emotionsregulation: Trainingsmanual zum Programm Stark im Stress. Weinheim: Beltz.
- Eichhorn, C. & von Suchodoletz, A. (2019). Chaos im Klassenzimmer. Classroom-Management: Damit guter Unterricht noch besser wird. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy*, 41(4), 587-598.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (2006). Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen (Vol. 49). Klett-Cotta.
- Eschenbeck, H., & Knauf, R. K. (2018). Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (pp. 23-50). Springer, Berlin, Heidelberg.
- dos Santos, W. O., Bittencourt, I. I., Dermeval, D., Marques, L. B., Isotani, S., & Silveira, I. F. (2018). Flow Theory to Promote Learning in Educational Systems: Is it Really Relevant?. *Education (Revista Brasileira de Informática na Educação-RBIE)*, 26(2), 29-59.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Garthus-Niegel, S., Seefeld, L., Mojahed, A., & Schellong, J. (2021). Häusliche Gewalt im Kontext der COVID-19-Pandemie. *Trauma & Gewalt*, 15(3), 200-210.
- Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M., Adipatria, F., de Jong, P. J., & Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical psychology review*, 74, 101771.
- Glasofer, D. R., Haaga, D. A., Hannallah, L., Field, S. E., Kozlosky, M., Reynolds, J., ... & Tanofsky-Kraff, M. (2013). Self-efficacy beliefs and eating behavior in adolescent girls at-risk for excess weight gain and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 663-668.
- Göbel, K., Baumgarten, F., Kuntz, B., Hölling, H., & Schlack R (2018). ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3): 46-53.
- Görg, N., Priebe, K., Böhnke, J. R., Steil, R., Dyer, A. S., & Kleindienst, N. (2017). Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), 1-12.
- Green, N., & Green, K. (2005). Kooperatives Lernen im Klassenraum und im Kollegium. Seelze: Kallmeyer.
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C., & Chatzisarantis, N. L. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 136(4), 495.
- Hatak, I. (2021). Interview – Unternehmer haben überdurchschnittlich oft ADHS. *Der Brutkasten*.
- Hopkins, J. (2002). Mitgefühl und Liebe: Meditationstechniken und buddhistische Sichtweisen. Goldmann.
- Huss, M. (2012). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160(1), 40-46.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2005). The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 263-274.
- Kindl-Beilfuß, C. (2012). Einladung ins Wunderland. Systemische Feedback- und Interventions-techniken. Heidelberg: Carl-Auer.
- Klasen, F., Petermann, F., Meyrose, A. K., Barkmann, C., Otto, C., Haller, A. C., ... & Ravens-Sieberer, U. (2016). Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 25(1), 10-20.
- Klippert, H. (2019). Teamentwicklung im Klassenraum. Übungsbausteine für den Unterricht. Weinheim: Beltz.

- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- Laessle, R. (2018). Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 2 (pp. 277-290). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Legenbauer, T., & Meule, A. (2014). Impulsivität bei Adipositas und Binge-Eating-Störung. *DNP-Der Neurologe und Psychiater*, 15(6), 44-53.
- Legenbauer, T., & Vocks, S. (2014). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Springer-Verlag.
- Linardon, J., Kothe, E.J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). Efficacy of psychotherapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder on self-esteem improvement: Meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 109-123.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.
- Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar, M.R. & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 434-445.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer
- Maercker, A., & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 105-124). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Masuda, A., Nakazato, M., Kihara, T., Minagoe, S., & Tei, C. (2005). Repeated thermal therapy diminishes appetite loss and subjective complaints in mildly depressed patients. *Psychosomatic Medicine*, 67(4), 643-647.
- Mazur, J.E. (2004). *Lernen und Gedächtnis*. München. Pearson.
- Mehler-Wex, C. (2008). *Depressive Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Münker-Kramer, E. (2009) Eustress–Distress–Extremstress/traumatischer Stress – und was dann? *Folgestörungen und Behandlungsansätze. Psychologie in Österreich*, 1, 54-62.
- Murase, S., Grenhoff, J., Chouvet, G., Gonon, F.G., & Svensson, T.H. (1993). Prefrontal cortex regulates burst firing and transmitter release in rat mesolimbic dopamine neurons studied in vivo. *Neuroscience letters*, 157(1), 53-56.
- Napier, J.L., Huang, J., Vonasch, A.J., & Bargh, J.A. (2018). Superheroes for change: Physical safety promotes socially (but not economically) progressive attitudes among conservatives. *European Journal of Social Psychology*, 48(2), 187-195.
- Neumeyer, A. (2012). *Therapeutisches Zaubern. Heilpädagogische Spieltherapie. Konzepte – Methoden – Anwendungen*. Klett Verlag, Stuttgart, 174-188.
- Pausch, M.J., & Matten, S.J. (2018). Physiologie einer traumatischen Situation. In *Trauma und Traumafolgestörung* (pp. 13-26). Springer, Wiesbaden.
- Plener, P.L., Groschwitz, R.C., & Kapusta, N.D. (2017). Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. *Nervenheilkunde*, 36(04), 227-232.
- Pokora, F. (2012). *Ressourcen-und lösungsorientierte Beratung: Ein integratives Konzept für Therapeuten, Coaches, Berater und Trainer*. Kohlhammer Verlag.
- Quach, D., Mano, K.E.J., & Alexander, K. (2016). A randomized controlled trial examining the effect of mindfulness meditation on working memory capacity in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 58(5), 489-496.
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adediji, A., Napp, A.K., Becker, M., ... & Hurrelmann, K. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 1-10.
- Rehbein, F., Zenses, E.M., Möller, C., & Mößle, T. (2015). Computerspielabhängigkeit im Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 163(7), 701-705.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). Pygmalion in the classroom. *The urban review*, 3(1), 16-20.

- Rosner, R., Gutermann, J., Landolt, M. A., Plener, P., & Steil, R. (2019). Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen. In S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (pp. 59-82). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Rost, D. H. & Schermer, F. J. (2006). Leistungsängstlichkeit. In D. H. Rost (Hrsg.), Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (3. Auflage, S. 404-416). Weinheim: Beltz.
- Scheidt, C. E., & Waller, E. (2005). Angststörungen und Bindungsforschung. Psychotherapie im Dialog, 6(4), 362-369.
- Schmidt, G. (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schneider, S., & In-Albon, T. (2010). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Psychotherapeut, 55(6), 525-540.
- Schönfeld, S., Boos, A., & Müller, J. (2011). Posttraumatische Belastungsstörung. In Klinische Psychologie & Psychotherapie (pp. 985-1004). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Sumantry, D., & Stewart, K. E. (2021). Meditation, mindfulness, and attention: A meta-analysis. Mindfulness, 1-18.
- Sutandar-Pinnock, K., Blake Woodside, D., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. International Journal of Eating Disorders, 33(2), 225-229.
- Tice, D. M. (2009). How emotions affect self-regulation. Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes, 11, 201-216.
- Wilken, B. (2018). Methoden der kognitiven Umstrukturierung: Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Kohlhammer Verlag.
- Zajonc, R. (1968). Attitudinal Effects of Mere Exposure. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 2, 1-27.
- Zeiger, J., Lange, C., Starker, A., Lampert, T., & Kuntz, B. (2018). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.