



Psychisch kranke Schüler – Was ist zu tun?

Prof. Dr. med. Franz Joseph Freisleder

Ärztlicher Direktor des Heckscher-Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Noch niemals in der deutschen Nachkriegsgeschichte stand die Institution Schule so häufig im grellen gesellschaftlichen Rampenlicht wie in diesen Tagen. Auffallend ist dabei, dass die kritischen Töne über die Schule offenbar deutlich überwiegen. Jedes Jahr beenden in Deutschland etwa 80.000 Jugendliche ihre Schule, ohne ein Zeugnis in Händen zu haben. Das Institut der Deutschen Wirtschaft bezifferte vor einiger Zeit die Folgekosten einer mangelhaften Effizienz des Schulsystems, bedingt vor allem durch die hohen Zahlen von Sitzenbleibern und Abbrechern, auf jährlich 3,7 Mrd.. „Hauptschule in der Sackgasse“, „Die Schule – Brutstätte der Gewalt“ oder „Schüler 2010 – zwischen Leistungswillen und Zukunftsangst“ lauten etwa die Zeitungsschlagzeilen, die uns nahezu tagtäglich das Bild einer krisengeschüttelten deutschen Schullandschaft suggerieren. Der Auftakt zu unserer Fachtagung HOPE mit dem hoffnungsvollen Titel „Das kranke Kind – aufgehoben im Netzwerk von Pädagogik und Medizin“ ist ein guter Anlass dafür, einmal aus psychiatrischer Sicht die Rolle der Schule an sich einerseits bei der Entstehung, andererseits aber auch bei der Erkennung und günstigen Beeinflussung von seelischen Störungen im Kindes- und Jugendalter etwas genauer zu beleuchten.

Ein Blick in die Literatur der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigt uns jedoch, dass Kritik an der Schule eigentlich nichts Neues ist und einzelne Kinder auch damals unter der Schule psychisch mindestens ebenso heftig litten wie in der Gegenwart: Ein Beispiel dafür sind etwa die deprimierenden Erlebnisse und Verwirrungen des Zöglings Törleß in einem Schulinternat, die Robert MUSIL 1906 in seinem Roman schildert. Im selben Jahr erscheint Hermann HESSEs Roman „Unterm Rad“, 25 Jahre später Friedrich TORBERGs „Schüler Gerber“. In beiden Werken wird die im Suizid endende Depression zweier Jugendlicher skizziert. HESSEs Protagonist, der junge Hans Giebenrath, ist den übertriebenen väterlichen Erwartungen auf Dauer nicht gewachsen, scheitert überfordert am Leistungsdruck in Schule und Ausbildung und zerbricht schließlich endgültig an einer unglücklich verlaufenden ersten Liebesbeziehung. Ganz ähnlich ist auch die Problematik von TORBERGs an sich intelligentem Schüler Kurt Gerber, der mit seiner Schwäche in Mathematik und einem einengend-sadistischen Klassenlehrer nicht zurecht kommt, deshalb immer depressiver wird und am Schluss verzweifelt aus dem Fenster springt.

Überforderte, gefrustete Schüler und erschöpfte, ausgebrannte Lehrer – deutet dieses Phänomen denn nicht eindeutig darauf hin, dass schulische Faktoren ganz wesentliche Verursacher für die Zunahme z. B. von affektiven Störungen im Kindes- und Jugendalter und für Depressionen speziell bei Lehrerinnen und



Lehrern sind? Ist es also angesichts des zuerst beschriebenen Szenarios wirklich in erster Linie das System Schule per se, das bei seinen zweierlei Akteuren am Pult und hinter den Bänken die Lebensqualität verschlechtert und sie schließlich immer häufiger krank macht?
Oder kommen dafür auch andere Ursachen in Frage?

Der Kinder- und Jugendpsychiater als einer der Spezialisten für psychisch auffällige oder kranke Heranwachsende kann, wenn er die letzten 25 Jahre Revue passieren lässt, vor allem eines feststellen: Gleichgültig, in welcher deutschen Region er arbeitet, ob in der Praxis oder in einer Klinik, er ist gefragter denn je. Zuwachsraten bei der Inanspruchnahme von jährlich 10–20 % vor allem im ambulanten Bereich und oft überbelegte Stationen könnten als Beleg für eine drastische Zunahme psychischer Störungen im Entwicklungsalter interpretiert werden, vor allem wenn man gleichzeitig bedenkt, dass die geburtenstärkeren Jahrgänge bereits aus den Kinderschuhen sind. Analysieren wir die allgemeinen Krankheitsmuster der gegenwärtigen Kinder- und Jugendgeneration etwas genauer, so ist ein Trend weg von den überwiegend körperlichen hin zu den im weitesten Sinn psychosozialen Störungen unübersehbar. Während auf der einen Seite die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken aus den Nähten platzen und in den Praxen und Ambulanzen unseres Faches für psychisch auffällige Kinder mehrmonatige Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen, gibt es auf der anderen Seite in den klassischen somatischen Kinderkrankenhäusern oft freie Kapazitäten – gelegentlich mit der Folge, dass man dort mit manchmal unzureichenden Mitteln unter dem Etikett „Psychosomatik“ auch mildere psychiatrische Störungsbilder versorgen will.

Zunehmende Nachfrage und Inanspruchnahme eines fundierten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots hängen aber mit mehreren Faktoren zusammen. Ein wesentlicher Aspekt ist sicherlich, dass sich im Verlauf der zurückliegenden Jahre die Qualität der Versorgungsleistung in Erkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation durch die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ständig verbessert hat. Während z. B. in Bayern vor 20 Jahren nur einige wenige Kliniken und eine Handvoll niedergelassener Fachärzte existiert haben, gibt es inzwischen in jedem Regierungsbezirk wenigstens ein kinder- und jugendpsychiatrisches Krankenhaus, das wegen der hohen Nachfrage in seiner Peripherie ergänzende Abteilungen und Ambulanzen eröffnen muss. Eine wachsende Zahl von Facharztpraxen – leider bevorzugt in den städtischen Ballungsräumen – und moderne, ansprechende Kliniken verkürzen oft die gewohnten langen Wege für betroffene Familien.

Zusätzlich führt die starke Medienpräsenz der Thematik der gefährdeten seelischen Gesundheit von Kindern zu einem steigenden Bekanntheitsgrad unseres Fachgebietes und damit auch zu Enttabuisierung und Abnahme der Schwellenangst vor einem Besuch beim Kinder- und Jugendpsychiater. Viele Eltern und professionell mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen Befasste fragen heute häufiger und schneller um Rat und Unterstützung nach. Dies führt dazu, dass den Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie – auch nach dem Motto „Angebot schafft Nachfrage“ -immer



zahlreicher Patienten mit psychischen Störungsbildern bzw. entsprechenden Verdachtsmomenten zugewiesen werden. Viele von ihnen wären in der Vergangenheit überhaupt nicht erkannt oder fachlich nur inadäquat versorgt worden.

In diesem Kontext stellt sich natürlich auch die Frage, ob heute tatsächlich mehr Kinder und Jugendliche seelisch krank sind als früher. Während Epidemiologen zahlenmäßig insgesamt keinen dramatischen Anstieg des gesamten Störungsspektrums vermelden, registrieren sie folgenden Trend: Entsprechend der aktuellen BELLA-Studie zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland finden sich zwar, ähnlich wie in epidemiologischen Untersuchungen bereits vor 25/30 Jahren, bei 18-20 Prozent dieser Altersgruppe psychische und psychosomatische Auffälligkeiten mit Abklärungsbedarf. Die Notwendigkeit einer nachhaltigen therapeutischen Intervention wird heute allerdings nicht mehr wie früher nur bei einem Viertel, sondern bereits bei der Hälfte der als auffällig identifizierten Kinder gesehen.

Im klinischen Alltag entsteht der Eindruck, dass man einigen Störungsmustern öfter als noch vor einiger Zeit begegnet. Dazu zählen Kinder mit umschriebenen, oft kombinierten Entwicklungsstörungen, z. B. im Bereich Lesen und Rechtschreiben bzw. Rechnen, die deshalb in schulische Nöte und eine soziale Außenseiterposition geraten; außerdem Kinder und Jugendliche mit immer häufiger schon in den ersten Grundschuljahren beginnenden Störungen des Sozialverhaltens vor allem aggressiv-expansiver Tönung; weiter Vorschul- und Schulkinder mit einem hyperkinetischen Syndrom bzw. einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die eine erhebliche Gefährdung in ihrer familiären, schulischen und sozialen Integration in sich birgt; dann solche mit einer bereits länger andauernden Schulverweigerung; oder schließlich eine steigende Anzahl von Jugendlichen und sogar Kindern mit einem sehr früh einsetzenden Alkohol- und Drogenmissbrauch. Vom Pubertätsalter an werden darüber hinaus öfter als bisher in Praxis und Klinik vor allem Mädchen mit anorektisch-bulimischen Syndromen und Jugendliche nach auto- oder fremdaggressiven Erregungsdurchbrüchen bzw. depressiv-suizidalen Krisen vorgestellt. Signifikant mehr geworden sind überhaupt Angst- und depressive Erkrankungen des Entwicklungsalters. Und nicht zu vergessen ist die zahlenmäßig angestiegene Gruppe derjenigen jungen Patienten, die dank des Fortschritts in der Pädiatrie Komplikationen als Frühgeborene, ein Trauma, eine maligne oder eine Stoffwechsel-Erkrankung überlebt haben, aber vor diesem Hintergrund ein erhöhtes Risiko für spätere psychische Störungen in sich tragen. Alle hier aufgeführten, sehr unterschiedlichen und vielgestaltigen Störungsbilder, die wir im Lauf des Entwicklungsalters sehen, können eines gemeinsam haben: Sie fallen zum ersten Mal in der Schule auf.

So ist der Eintritt ins Schulleben für einen 6-Jährigen oft das einschneidende Life-Event in seiner bisherigen Entwicklung. Schließlich verlässt er bei dieser Gelegenheit einen bis dato eng umschriebenen Lebensraum, der für ihn – natürlich abhängig vom individuellen familiären Kontext – relativ überschaubar, dabei mehr oder weniger strukturiert, aber in aller Regel ohne strenge, allgemeingültige Leistungsanforderungen im intellektuell-kognitiven Bereich war. Aus kinderpsychiatrischer Perspektive bringt es die neue Lebenssituation eines entsprechend prädisponierten Kindes oft mit sich, dass unter den reglementierenden



und leistungsorientierten Rahmenbedingungen der Schule sehr bald kognitive Defizite und Verhaltensauffälligkeiten evident werden, die im Schonraum Familie oder Kindergarten noch kaschiert waren oder bisher übersehen bzw. ignoriert wurden.

Kasuistisch sei hier von zwei 7-jährigen Kindern berichtet: Bei dem einen entpuppte sich eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erst eindeutig, als von ihm im Unterricht eine längere Zeitspanne von angemessener Konzentration und Impulskontrolle verlangt wurde. Im zweiten Fall präsentierte ein auch sprachlich sehr gut begabtes Mädchen, das im Vorschulalter dafür offenbar keinerlei Hinweise gegeben hatte, gegen Ende des ersten Schuljahres immer deutlicher eine Lese-/Rechtschreibstörung. In beiden Fällen kann hier die Schule geradezu zwangsläufig zum Schauplatz von kindlichen Verhaltensauffälligkeiten werden, für deren Verursachung sie unbegründet von irritierten und enttäuschten Eltern zunächst einmal verantwortlich gemacht wird – zumindest so lange, bis eine richtige Diagnosestellung und eine entsprechende Aufklärung über neurobiologische Grundlagen beider Störungen erfolgt sind.

Apropos ADHS und ihre Entstehungsbedingungen. Lassen Sie mich kurz von einem Erlebnis aus der Sprechstunde berichten: Zwei Mütter von zwei Viertklässlern, die beide wegen ihrer hyperkinetischen Störung auf Ritalin eingestellt waren, baten mich unabhängig voneinander um Rat. Nur durch Zufall stellte sich heraus, dass beide Buben ein und dieselbe Klasse besuchten, in der – wie Recherchen ergaben – vier weitere Kinder wegen Hyperaktivität und Konzentrationsproblemen ein Medikament erhielten. In besagter Klasse irgendwo in Oberbayern saßen 34 Kinder, die im laufenden Schuljahr bereits den zweiten Lehrerwechsel tolerieren mussten; dazwischen gab es wiederholt Unterrichtsausfälle und häufig wechselnde Aushilfslehrer.

Vielleicht war hier ja wirklich alles nur Zufall. Ohne jetzt weiter auf meine beiden Patienten einzugehen – einer von beiden hat das bei gegebener Indikation übrigens sehr wirksame und gut verträgliche Methylphenidat von mir persönlich verschrieben bekommen – und in Unkenntnis der vier weiteren pharmakologisch behandelten Kinder: Diese Geschichte ist bestimmt nicht repräsentativ, sollte uns Eltern, Lehrer und Ärzte aber etwas nachdenklich stimmen. Sicherlich, bei 3 bis 4 % aller Schulkinder kann ADHS diagnostiziert und mit einer individuell maßgeschneiderten Therapie aus psychoedukativer Beratung, verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und oft auch medikamentös erfolgreich behandelt werden. Aber greifen wir Ärzte hier vielleicht nicht manchmal doch zu rasch zum Rezeptblock, ohne uns vorher in jedem Einzelfall über alle pathogene Umweltfaktoren – sei es im Elternhaus oder in der Schule – ausreichend Gedanken zu machen? Gesagt werden soll damit übrigens nicht, dass z. B. überfüllte Schulklassen mit inkonsistenter pädagogischer Betreuung oder täglicher mehrstündiger Fernsehkonsum für sich allein genommen ADHS verursachen. Aber wenn sich diese Einflüsse bei einem Kind auf eine neurobiologische Vulnerabilität aufpfropfen, können wir fraglos von einem erhöhten Störungsrisiko ausgehen. Muss es deshalb hier nicht selbstverständlich zu einer sinnvollen Therapie gehören, diese Begleitumstände - wenn irgend möglich – im wahrsten Sinn des Wortes auszuschalten?



Noch komplexer als bei ADHS kann das Zusammentreffen einer individuellen Krankheitsveranlagung mit symptomverstärkenden Umgebungsfaktoren gerade im Schulunterricht sein. Dies gilt für besonders ernste psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Psychosen oder etwa eine schwere Tic-Störung wie das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, die sich beide oft nur schleichend manifestieren. So kann ein von einer kombinierten Tic-Störung betroffener Schüler über eine längere Vorlaufzeit zunächst durch unwillkürliche, ruckartige Bewegungen einzelner Muskelgruppen und später zusätzlich durch explosionsartig hervorgebrachte Laut- und Wortbildungen, oft mit obszönem Inhalt, auffallen. Bei fehlenden Kenntnissen nehmen Lehrer im Unterricht diese Symptomatik lange Zeit oft so wahr, als ob sie der Jugendliche eigentlich unterdrücken könnte, sie unterstellen ihm möglicherweise sogar Absicht und reagieren mit Sanktionen. Mitschüler machen sich darüber lustig, isolieren ihren Kameraden und verstärken damit seine Tics nur weiter.

Es müssen aber keineswegs derart schwerwiegende, manchmal noch nicht richtig diagnostizierte neuropsychiatrische Erkrankungen im engeren Sinn sein, die Kinder speziell im Schulalltag in einen Teufelskreis manövrieren können, vor allem dann, wenn sie nicht erkannt werden. Denn von Mobbing scheint derzeit eine nicht unbeträchtliche Zahl von Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen und Schultypen betroffen zu sein. Laut den Ergebnissen der Mobbingstudien der Münchner Entwicklungspsychologin Mechthild SCHÄFER hat heute angeblich bereits jedes dritte Grundschulkind derartige Erfahrungen gemacht und sich zumindest phasenweise als Opfer von psychischem Druck oder gar von körperlicher Gewalt aus seinem Mitschülerkreis erlebt. Mitverantwortlich für dieses Phänomen machen besagte Untersuchungen in den meisten Fällen auch die Lehrer, die angeblich auf solche gruppenspezifischen Prozesse mit der Abwertung eines Einzelnen zu wenig sensibel und konsequent reagierten. Von den Lehrern sollte also erwartet werden, dass im Klassenzimmer eine rücksichtsvolle und tolerante Atmosphäre entsteht, in der Mobbing von vornherein tabu ist und auf das sofort mit geeigneten pädagogischen Interventionen reagiert wird.

Derartige Vorwürfe mögen in einer Reihe von Mobbingfällen durchaus ihre Berechtigung haben. Emotional auffällige Jugendliche, die dem Kinder- und Jugendpsychiater von ihren Eltern als Schulmobbing-Opfer vorgestellt werden, lassen bei genauere Analyse ihrer Vorgeschichte manchmal aber durchaus auch individuelle außerschulische Wurzeln für ihre Problematik erkennen: Etwa eine überfürsorgliche Verwöhnung durch die Eltern, eine hohe Anspruchshaltung gegenüber anderen Jugendlichen bei gleichzeitig nur gering ausgeprägten, zwischenmenschlichen und sozialen Kompetenzen. Wir müssen uns meines Erachtens davor hüten, unsere Schulen und unsere Lehrer mit allzu großen Forderungen und Wünschen zu überfrachten. Zu Recht wird nicht nur von Vertretern der Schule darauf hingewiesen, dass die Konflikte im Klassenzimmer und auf dem Pausenhof nur ein Abbild unserer Gesellschaft sind, die häufig durch instabile familiäre Beziehungen und Strukturen, einen egozentrischen Lebensstil und mangelnde Werteorientierung geprägt ist.



Ein weiteres interessantes jugendtypisches Störverhaltensmuster, das sich auf den ersten Blick kausal scheinbar leicht der Schule zuschreiben lässt, ist die am Anfang schon erwähnte Schulverweigerung. In Deutschland zeigen ca. 5–10 Prozent aller schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen schulvermeidendes Verhalten, manche für wenige Tage, andere monatelang und länger. In einigen Großstädten ist das Phänomen Schulabsentismus besonders ausgeprägt.

Auch wenn es bei den Schulverweigerern natürlich fließende Übergänge gibt, unterscheidet die Kinder- und Jugendpsychiatrie hier drei Prägnanz-typen: Nur am Rande erwähnt werden soll hier die Gruppe der Schulschwänzer, also die Jugendlichen, die im Rahmen einer dissozialen Entwicklung gerne um die Schule einen großen Bogen machen. Nur bei dem zweiten Subtyp ist tatsächlich Angst vor der Schule das treibende Motiv. Überforderung, Mobbing durch Mitschüler, Furcht von einem zynischen Lehrer oder übertriebene Leistungserwartungen von ehrgeizigen Eltern wirken hier als Auslöser für körperliche Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen und für ein Ausweichen vor dem Schulbesuch. Nicht selten stellen wir Kinder- und Jugendpsychiater in diesem Kontext bei chronischer Schulangst fest, dass Kinder in einer für sie ungeeigneten Schulform platziert sind. Das gilt z. B. für solche Grundschüler, die auf Grund ihrer intellektuellen Ausstattung eher in eine Schule zur Lernförderung gehören, oder für überforderte Gymnasiasten, für die eigentlich die Realschule angemessen wäre. Wir sehen das Phänomen Schulangst übrigens immer wieder auch bei der derzeit so großen Zahl der als „hochbegabt“ identifizierten Kinder, die, in ihrem Potential überschätzt, sich nach Überspringen einer Klasse in der neuen Gemeinschaft nicht integrieren können.

Die dritte Unterform der Schulverweigerung, die ätiologisch sicherlich komplizierteste, ist die sog. Schulphobie. Der hartnäckigen Schulvermeidung eines Kindes liegt hier psychodynamisch eine selbst kaum realisierte Trennungsangst zugrunde, für die die Schule nur als Projektionsfläche dient. Zum einen kann es sich dabei um überbehütete, verwöhnte oder spät geborene Kinder handeln, die das Verlassen des sicheren häuslichen Milieus, in dem sie selbst stark den Ton angeben, quasi als Kontrollverlust erleben. Zum anderen sind von der Schulphobie speziell Jugendliche aus „Broken-Home“-Situationen betroffen, die, etwa mit einem allein erziehenden Elternteil, in enger, manchmal symbiotischer Verbindung stehen. In solchen parentifizierten Beziehungen nehmen sie gelegentlich die Rolle eines Ersatzpartners ein. Sie agieren „auf gleicher Augenhöhe“ etwa mit der Mutter und befürchten oft unbewusst, dass während ihrer Abwesenheit in der Schule zu Hause irgendetwas passiert oder sich verändert, das sie selbst nicht steuern können. Auf diese Weise bleiben Schulphobiker oft wochen- bis monatelang, in Einzelfällen auch jahrelang der Schule fern, wenn keine effektive Behandlung erfolgt.

Psychisch kranke Schüler, was ist zu tun? - Anhand einiger prägnanter Beispiele von schulassozierten Störungsbildern habe ich versucht, Ihnen zu demonstrieren, dass gerade in einer sozial prekären Epoche wie der jetzigen die Schule zur Bühne für diverse Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Erkrankungen werden kann. Dafür jedoch immer a priori die Institution Schule verantwortlich zu machen,



ist meiner Meinung nach aber völlig unangemessen. Denn meistens führt erst das Zusammenspiel von mehreren krankmachenden Faktoren zur Pathologie eines Kindes. Unsere Schulen dürfen nicht vorschnell zum Sündenbock abgestempelt werden, wenn bestimmte kindliche Störungen tatsächlich in erste Linie auf biologischen Ursachen, familiären Defiziten und gesellschaftlichen Fehlentwicklungen beruhen. Einseitige Vorwürfe würden nur viele engagierte Lehrer weiter entmutigen und einen qualifizierten Lehrernachwuchs einschränken.

Wenn jedoch erkennbar wird, dass einzelne Kinder und Jugendliche oder bestimmte Gruppierungen im schulischen Kontext auffällig oder psychisch krank werden, müssen Schule und Lehrer gemeinsam mit den Eltern hellhörig und aufmerksam sein und auch schulbedingte Ursachen erkennen. Und natürlich muss dann, wenn nötig, rechtzeitig interveniert werden. Erforderlich sind dafür aufseiten der Schule eine entsprechende pädagogische Aus- und Fortbildung der Lehrer, eine ausreichende Zahl von sensiblen Beratungslehrern und Schulpsychologen, funktionierende Leitungsstrukturen und gut organisierte Kommunikationsabläufe zwischen Schule und Elternhaus. Der Kinder- und Jugendpsychiater, der weiß, wie wichtig ein adäquates Schulangebot auch als ganz wesentliches Behandlungselement im Rahmen der stationären und auch ambulanten Therapie in der Klinik ist, hat hier im Einzelfall eine wichtige diagnostische und therapeutische Aufgabe zu erfüllen.

Die traditionsreiche Schule am Heckscher-Klinikum, das mit seinen 200 stationären Behandlungsplätzen und seinen Institutsambulanzen an mittlerweile sieben Standorten zu den größten klinischen Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in deutschsprachigen Raum zählt, ist ein Paradebeispiel für eine sehr gelungene Kooperation zwischen Pädagogik und Medizin. Gemeinsam mit 73 Ärzten, 42 Psychologen, weiteren 33 diversen Therapeuten sowie Krankenpflegern und Stationserzieherinnen sind dort insgesamt auch 53 unterschiedliche spezialisierte Lehrkräfte aktiv. Sie unterrichten in 23 Klassen pro Jahr ca. 650 Patientenschüler. Neben einigen Ambulanzpatienten erhalten somit etwa zwei Drittel aller unserer stationär behandelten Patienten, bevorzugt die mit etwas längerer Verweildauer, in kleinen Gruppen einen für ihre erfolgreiche Behandlung unabdingbaren individuell geplanten und hoch differenzierten Schulunterricht. Welchen zentralen Stellenwert eine personell und fachlich gut ausgestattete Klinikschule im Rahmen des Therapiekonzeptes einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik besitzt, wird besonders im Fokus unserer mehrtägigen Veranstaltung stehen. Bei der Analyse der Ursachen von psychischen Störungen bei Schülern sollten wir schließlich auch systemimmanente Schwächen unseres Bildungswesens erkennen und möglichst beheben. Nur stichpunktartig seien hier die Notwendigkeit der Früherkennung von Risikofaktoren und Defiziten noch vor Schulbeginn im Kindergartenalter oder der konsequenten frühen Förderung der Sprachentwicklung, vor allem bei Kindern aus Migrantenfamilien erwähnt. Später sollte jedes Kind in der Schulform unterrichtet werden, die seinen entwicklungsmäßigen und intellektuellen Voraussetzungen entspricht. Und wenn z. B. signifikante Teilleistungsschwächen vorliegen, muss dies im Unterricht bei der speziellen Förderung und auch bei der Benotung berücksichtigt werden. Geringere Klassenstärken, eine noch flexiblere Durchlässigkeit zwischen unterschiedlichen Schularten und mehr



Möglichkeiten einer Ganztagsbeschulung würden bestimmt auch zum Ausgleich mancher sozialer Schieflagen und Ungerechtigkeiten beitragen. Sie könnten somit auch als protektive Faktoren für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wirken.

Schaden würden wir unseren Schulkindern und Schullehrern aber obendrein, wenn wir vor lauter Schultristesse und angesichts vieler unerfüllter Reformhoffnungen in eine pessimistische Grundhaltung verfielen und damit auch ein wichtiges Element für eine gute Unterrichtsatmosphäre vertrieben: den Humor! Vielleicht sollten wir uns da ein bisschen von Wilhelm BUSCH inspirieren lassen. Bekanntermaßen haben in seiner berühmten Bubengeschichte die berüchtigten Schüler Max und Moritz einmal mit Hilfe von Flintenpulver die Pfeife ihres Lehrers Lämpel in die Luft gehen lassen – heute würde man natürlich von einem Sprengstoffanschlag sprechen. Der pflichtbewusste, aber wohl verhasste Schulmeister ging daraufhin rußverschmiert samt zerbrochener Pfeife zu Boden, überlebte aber Gott sei Dank diese Attacke ansonsten unversehrt. Wilhelm Busch leitete diesen vierten Streich seiner Bösewichte damals, 1865, mit folgendem Vers ein:

Nicht allein am Schreiben, Lesen,
übt sich ein vernünftig Wesen;
nicht allein in Rechnungssachen
soll der Mensch sich Mühe machen;
sondern auch der Weisheit Lehren
muss man mit Vergnügen hören.