UNIVERSITÄT AUGSBURG
Universitätsbibliothek

OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Tics, Zwangsstörungen und Selbstverletzungen

Dirk Menzel

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Menzel, Dirk. 2009. "Tics, Zwangsstörungen und Selbstverletzungen." In *Verhaltensauffällige Schüler: Symptome, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten*, edited by Dirk Menzel and Werner Wiater, 372–82. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
Deutsches Urheberrecht
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/

Tics, Zwangsstörungen und Selbstverletzungen

Dirk Menzel

Mit 5 Jahren begann Peter nach einem Blitzeinschlag ins Elternhaus mit den Augen zu zwinkern, bald darauf auch scheinbar unwillkürlich Grimassen zu schneiden, mit dem Kopf zu schütteln und den Schultern zu zucken. Mit 7 Jahren wurde bei Peter das Tourette-Syndrom diagnostiziert, woraufhin er ein Medikament nehmen musste. Peter ermüdete daraufhin sehr schnell, und die Mutter setzte das Medikament ab. Weitere medikamentöse Behandlungen verliefen ebenfalls nicht erfolgreich. Eine mit 16 Jahren begonnene Ausbildung musste unterbrochen werden, da Peters unwillkürliche Ausrufe wie „Kacke, Scheiße, Kacke" nicht mehr tragbar waren. (nach Hebebrand, 2000, 154 f)

Bernd begann im Alter von 15 Jahren aus Angst vor Bakterien sich so oft es ging die Hände zu waschen. Zwei Jahre später quälte ihn der Gedanke, sich mit bösen Menschen infizieren zu können. Er vermied zunehmend selbst Blickkontakte zu Fremden. Mit 20 Jahren fürchtete er Umweltgifte und versuchte „böse Mächte" zu besiegen, indem er am Computer mit dem Cursor Bewegungen gegen den Uhrzeigersinn durchführte. (nach Herpertz-Dahlem, 2000, 223)

Kurt ist 9 Jahre alt. Seine Fingernägel hat er tief bis ins Nagelbett hinein abgenagt. Im Sportunterricht bemerkte seine Lehrerin, dass auch die Zehennägel teilweise tief eingebissen waren. Kurt wirkt insgesamt eher depressiv, die verdrängten Aggressionen gegenüber seiner Umwelt richtete er über selbstaggressives Verhalten gegen sich selbst. (nach Ortner/Ortner, 2000, 110)

1 Beschreibung unterschiedlicher Auffälligkeiten

Wer hat nicht schon einmal bei Kindern oder Erwachsenen – eventuell auch bei sich selbst – seltsame Verhaltensweisen wie dauerndes Augenzwinkern, Räuspern, Vor-Sich-Hinmurmeln, abgebissene Fingernägel, Haare um den Finger wickeln o. Ä. bemerkt? Die oben vorgestellten Fälle stellen dabei sicherlich Extrembeispiele dar, die Eltern und Lehrkräften nicht nur aufgefallen sind, sondern sie zu Interventionen bewegt haben. Die Empfehlung professioneller psychologisch-medizinischer Hilfe ist in solchen Fällen schlichtweg notwendig. Ebenso gilt es jedoch, das eigene Verhalten an sozialen Orten wie Elternhaus und Schule darauf einzustellen, um dem Verhalten des Kindes/Jugendlichen adäquat begegnen und zielgerichtet weitere Hilfe hinzuziehen zu können. Die bereits im Titel zu erkennende Begriffsver-

wirrung gilt es deshalb erst einmal zu entflechten, indem die dort genannten und weitere, ähnliche Verhaltensauffälligkeiten beschrieben werden:

Tics sind plötzlich auftretende, *unwillkürliche*, rasche, sich wiederholende, nicht rhythmische motorische Bewegungen (motorische Tics) oder vokale Produktionen (vokale Tics), die plötzlich einsetzen und keinem offensichtlichen Zweck dienen. Zu den einfachen ***motorischen Tics*** zählen Augenblinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken und Grimassieren. Komplexe motorische Tics sind oft langsamer und wirken in ihrem Erscheinungsbild manchmal zielgerichtet. Sie können jede Art von Bewegung widerspiegeln, die der Körper hervorrufen kann, z. B. obszöne Gesten bis hin zu Wiederholungen von Gesten anderer. Bei den ***vokalen Tics*** variiert der Komplexitätsgrad von Räuspern, Bellen, Grunzen, Schnüffeln und Zischen bis hin zur Wiederholung bestimmter Wörter/Kurzaussagen und dem Gebrauch sozial unannehmbarer, oft obszöner Wörter sowie der Wiederholung eigener Laute oder Wörter, oder solcher von anderen. Die Bandbreite der Schweregrade reicht von „fast normalen" Verhaltensweisen bis hin zum sog. ***Tourette-Syndrom.*** Dieses umfasst immer motorische *und* vokale Tics, jedoch sind alle Arten von Kombinationen möglich, weshalb es kaum zwei Patienten mit dem gleichen Tourette-Syndrom gibt.
Zwangshandlungen sind Teil einer Zwangsstörung (früher als Zwangsneurose bezeichnet), die zumeist auch mit Zwangsgedanken verbunden ist. Zwangshandlungen sind wiederholte, zweckmäßige und *beabsichtigte* Verhaltensweisen, die oft auf einen Zwangsgedanken hin nach bestimmten Regeln oder in stereotyper Form ausgeführt werden. Das Verhalten dient meist dazu, Unbehagen oder schreckliche Ereignisse bzw. Situationen unwirksam zu machen bzw. zu verhindern. Dem Verhalten liegt also häufig die Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die den Betroffenen bedroht oder die von ihm ausgeht. Die Handlung wird mit dem Gefühl des subjektiven Zwangs durchgeführt, wobei zumindest anfänglich gleichzeitig der Wunsch vorhanden ist, Widerstand zu leisten. Die häufigsten Zwangshandlungen bei Kindern und Jugendlichen sind: Waschzwänge (in etwa 85 % aller Fälle), Kontrollzwänge, Wiederholungszwänge, Ordnungs- und Zählzwänge.
Stereotypien sind willkürliche, wiederholte, nicht funktionale und oft rhythmische Bewegungen, die nicht durch andere psychische Erkrankungen verursacht sind, wie z. B. dauerhaftes Händeschütteln oder Haarezupfen.
Jaktationen als Form von Stereotypien äußern sich durch Kopf- und Körperschaukelbewegungen, die isoliert auftreten.
Stereotypes selbstschädigendes Verhalten ist durch Selbstverletzung gekennzeichnet, z. B. sich ins Gesicht schlagen, in die Augen bohren, sich selbst in Hände, Lippen etc. beißen, mit Rasierklingen ritzen oder Verbrennungen zufügen.
Alterstypische, habituelle Verhaltensauffälligkeiten sind Gewohnheitsbildungen wie Daumenlutschen, Nägelbeißen oder Haareausreißen. Diese Verhaltensweisen können willkürlich unterbrochen werden, stehen nach Ansicht der Betroffenen unter ihrer Kontrolle und bringen z. T. auch einen Lustgewinn mit sich. Als Ersatzbefriedigung aggressiver oder regressiver Natur deuten sie aber auf Frustrationssituationen oder mangelnde altersgemäße Entfaltungsmöglichkeiten hin.

Tabelle 1: Tics, Zwangshandlungen und Stereotypien im Überblick (nach Hebebrand, 2000, 149; Remschmidt, 2000, 156 ff; Döpfner/Rothenberger, 2007, 75 f)

Viele der beschriebenen Verhaltensweisen sind bei Kindern und Jugendlichen – wie bei Erwachsenen – zu beobachten, ohne dass dies pathologisch wäre und zu einer Einschränkung der/des Betroffenen oder seiner/ihrer Umwelt führen würde. Um einerseits bei tatsächlichem Vorliegen einer „Verhaltensstörung" rechtzeitig Hilfe hinzuzuziehen, jedoch „normale Verhaltensauffälligkeiten" nicht sofort zu pathologisieren, sind weitere Informationen zu den einzelnen Bereichen notwendig. Allgemein gelten hierbei die im Einleitungsbeitrag (Menzel, in diesem Band) genannten Kriterien (Stärke der Symptome, Dauer ihres Auftretens u.s.w.).

2 Häufigkeit und Ursachen

2.1 Tic-Störungen

Ungefähr 4 – 16 % aller Kinder und Jugendlichen haben in ihrer Entwicklung vorübergehende motorische oder sprachliche Tics, die mindestens vier Wochen, aber weniger als ein Jahr andauern. Ca. 2 – 4 % entwickeln chronische Tic-Störungen, motorische *oder* vokale Tics, die mindestens ein Jahr andauern. Die extremste Form, das sog. „Tourette-Syndrom", das unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann, ist gekennzeichnet durch motorische *und* vokale Tics, die mehr als ein Jahr lang auftreten. Hiervon sind ca. 0,05 % (also ca. 5 von 10.000 Menschen) der Gesamtbevölkerung betroffen. Jungen sind von Tic-Störungen 3 – 10 Mal häufiger betroffen als Mädchen. Ihren Anfang nehmen die Auffälligkeiten zumeist zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr. In der Pubertät nehmen Intensität und Häufigkeit der Tics meist zu, im frühen Erwachsenenalter tritt oftmals eine Besserung ein. Zu den Tics kommen, vor allem beim Tourette-Syndrom, oftmals noch weitere Auffälligkeiten wie hyperkinetische oder Zwangsstörungen hinzu. 30 bis 60 Prozent der Betroffenen mit einem Tourette-Syndrom weisen gleichzeitig Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen auf, meist handelt es sich dabei um „Ordnungsliebe", Arrangieren, Kontrollieren, ritualisierte Handlungen, Berühren, Zählen sowie die sensomotorischen Empfindungen, dass ein Tic/Ritual „genau richtig" sein muss bzw. die „Körpermelodie trifft". Allerdings scheint der Schweregrad nicht so ausgeprägt zu sein wie bei Patienten mit reinen Zwangsstörungen. Kinder mit Tourette-Syndrom entwickeln in der Regel zunächst motorische und danach vokale Tics, Zwänge treten meist noch später auf; d. h. Zwänge entstehen also so gut wie immer nach den Tics.

Die Ursachen der Tic-Störungen sind noch nicht völlig geklärt. Die neurobiologischen Abweichungen bei Betroffenen konnten bislang nicht vollständig auf genetische Ursachen hin gedeutet werden, da bei ca. 10 – 40 % der Tourette-Patienten keine Hinweise auf familiäre Häufung festgestellt werden konnte. Als mögliche nicht-genetische Verursacher werden vorgeburtliche Ereignisse (Sauerstoff-/Nährstoffmangel, Stressbelastung der Mutter), Wirkungen von Stimulantien wie Kokain, oder Infekte (z. B. Streptokokken) genannt (vgl. Kratz u. a., 2004; Scholz/Rothenberger, 2006).

2.2 Zwangsstörungen

Ungefähr 1 – 3,5 % der Jugendlichen leiden unter einer Zwangsstörung, davon ca. 85 % unter einem Waschzwang. Mädchen und Jungen sind anteilig annähernd gleich betroffen, wobei Jungen eher früher erkranken und ihr Anteil deswegen teilweise höher erscheint. Zu den Zwangsstörungen treten oft weitere Auffälligkeiten hinzu, z. B. Angst-, Aufmerksamkeits- oder Ticstörungen.
Auch Zwangsstörungen werden inzwischen teilweise auf genetische Faktoren zurückgeführt, in erheblich größerem Maße jedoch auf biologische und Umwelteinflüsse. Zu letzteren zählen stark sanktionierende Erziehungserfahrungen sowie tiefgreifende Lebensereignisse wie Trennungserfahrungen oder Traumatisierungen durch Unfälle. Vor allem das Zusammenspiel „biologischer Vulnerabilität" (Verletzlichkeit) und „psychosozialer Belastung" kann so zu Zwangsstörungen führen. (vgl. Döpfner, 2002)

2.3 Motorische und habituelle Stereotypien

Im Säuglings- und Kleinkindalter treten motorische Stereotypien häufig, nämlich bei ca. 15 – 20 % aller Kinder auf. Danach deuten Verhaltensweisen wie monotones Kopf- oder Körperschaukeln, monotone Hand- oder Fußbewegungen, Knirschen mit den Zähnen oder abnorme Mundbewegungen zumeist auf psychische Belastungen hin. Ein niedriges Intelligenzniveau oder Hirnschädigungen können die Neigung hierzu verstärken, jedoch werden auch Unter- oder Überstimulation (Herstellen oder Absenken eines als angenehm empfundenen Erregungsniveaus) sowie Selbstbelohnung für die beschriebenen Verhaltensweisen als Ursache verantwortlich gezeichnet. (vgl. Hebebrand, 2000)

2.4 Selbstverletzende Verhaltensweisen

Autoaggressives Verhalten kann ebenfalls stereotype Züge annehmen und äußert sich bei Kindern und Jugendlichen dann z. B. in extremem Nägelbeißen, Haareausreißen, Kopfschlagen, aber auch dem sog. „Ritzen" mit Messern oder Rasierklingen. Nägelbeißen tritt normalerweise nicht vor dem 4. Lebensjahr auf und hat die höchste Auftretensrate zwischen dem 7. und 10. Lebensjahr; betroffen sind davon etwa 15 – 20 % der Kinder. Haareausreißen zeigt sich immerhin noch bei ca. 2 – 5 % der 7- bis 11-Jährigen. Extremere Formen selbstverletzenden Verhaltens wie „Ritzen", selbstzugefügte Verbrennungen oder Verätzungen kommen „nur" bei ca. 1 % der Gesamtbevölkerung vor, wobei der Beginn solchen Verhaltens überwiegend zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr liegt. Etwa 10 % der Jugendlichen ab 14 Jahren sollen sich schon einmal selbst verletzt haben, etwa die Hälfte von ihnen wiederholt. Mädchen sind vielen, aber nicht allen Studien zufolge häufiger betroffen als Jungen. Sie beginnen mit diesem Verhalten durchschnittlich zwei bis drei Jahre früher als Jungen, was mit dem früheren Beginn der Pubertät zusammenhängt.

Das selbstverletzende Verhalten übernimmt für die Betroffenen v. a. intra-psychische, regulative Funktionen, z. B. eine Verminderung unerträglicher negativer Emotionen, eine Befreiung von Anspannung oder Schuldgefühlen, oder die Beendigung von Zuständen der Bewusstseinsstörung bzw. einer gestörten (Selbst-) Wahrnehmung – was dem Wunsch, sich selbst spüren zu können entspricht. Formen wie das Nägelbeißen können durch innere wie äußere Umstände mitverursacht werden: innere, also endogene Faktoren wie Veranlagung zu Hyperaktivität oder Impulsivität; äußere, also exogene Faktoren wie den Drang zur Abreaktion von Spannungen und Konflikten, die durch familiäre oder schulische Zwänge, Einengungen und Frustrationen verursacht sind. Zum Teil ist das Verhalten aber auch als Beziehungsmaßnahme zu deuten, etwa wenn eine betroffene Person bewusst oder unbewusst anstrebt, durch ihr Verhalten die Aufmerksamkeit von Bezugspersonen zu gewinnen. Die eigentlichen Ursachen dieser Verhaltensstörung sind jedoch (ebenfalls) noch nicht hinreichend erforscht. Es ist aber eine Reihe von Risikofaktoren bekannt, die das Auftreten von selbstverletzendem Verhalten fördern können. Dazu zählen neurobiologische Störungen, Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Emotionsregulation, das Fehlen funktionaler Bewältigungsstrategien und Problemlösefertigkeiten, emotionale Vernachlässigung, soziale Konflikte, traumatische Erlebnisse wie Gewalt, Misshandlung und Missbrauch sowie der Kontakt mit selbstverletzenden Gleichaltrigen. (vgl. Remschmidt, 2000; Ortner/Ortner, 2000, 106 ff.; Petermann/Winkel, 2005 und 2007)

3 Umgang mit Tics, Zwangshandlungen und selbstverletzendem Verhalten

Bei den im Folgenden beschriebenen Möglichkeiten geht es weder darum, Schule und Elternhaus in therapeutische Einrichtungen umzuwandeln, noch mit Hinweis auf professionell medizinisch-therapeutische Maßnahmen Schule und Elternhaus auszuklammern und die Verhaltensprobleme sowie die Betroffenen damit zu pathologisieren. Vielmehr geht es darum, im Rahmen eines ressourcenorientierten Ansatzes in allen Bereichen und auf allen Ebenen diejenigen Möglichkeiten zunächst zu bedenken und letztlich zu nutzen, die den betroffenen Kindern und Jugendlichen wie den im unmittelbaren Nahraum mit ihnen Lebenden bestmögliche Entwicklungs- und Entfaltungschancen gewährleisten. Erste und wichtigste Voraussetzung hierfür ist, dass Kinder und Jugendliche in ihrer Unterschiedlichkeit differenziert wahr- und angenommen werden; gleich danach tritt aber das Wissen über mögliche Verhaltensbesonderheiten hinzu, die im Einzelfall erste Tipps für tiefergehende Informationen sowie Hinweise auf weitergehende, eventuell therapeutische Maßnahmen – also den Verweis auf schulische, v. a. aber außerschulische Experten – umfassen. Im Folgenden werden deshalb nur Verhaltensweisen beschrieben, die v. a. im Raum der Schule zu empfehlen sind. Die Konsultation eines Kinder- und

Jugendarztes sollte bei längerem Auftreten und entsprechendem Schweregrad der Symptome unbedingt stattfinden. Eine fundierte Diagnose – ob durch Experten wie Ärzte, Psychologen und Therapeuten in Extremfällen oder durch Lehrkräfte in weniger extremen Fällen – bildet hier wie auch bei schwächeren Auffälligkeiten die Voraussetzung für alles Weitere.

3.1 Was tun bei Tic-Störungen?

Bei Verdacht auf Tic-Störungen, eventuell auf ein Tourette-Syndrom, sollte zunächst das Gespräch mit den Eltern gesucht werden. Soweit diese das Phänomen nicht kennen, können erste Informationen gegeben werden, v. a. auch die Beobachtungen, auf die sich der eigene Verdacht stützt. Weiter sollte dann an Experten verwiesen werden bzw. könnten Adressen (siehe Anhang) weitergegeben werden, um für das weitere Vorgehen kompetente Beratung zu erhalten. Falls Eltern von sich aus der Lehrkraft bereits bekannte Tics oder eben ein diagnostiziertes Tourette-Syndrom mitteilen, sollte zunächst ein Austausch über die jeweils in Schule und Elternhaus auffälligen Verhaltensweisen und hilfreichen Reaktionen stattfinden. Zu beachten gilt hierbei, dass sich die Symptome oft verändern und kaum zu kontrollieren sind. Zudem ist es möglich, dass einzelne Symptome nur in der Schule und nicht zu Hause auftreten oder umgekehrt. Gemeinsam mit den Eltern sollte auch entschieden werden, ob, wann und wie Mitschüler informiert werden sollen. Hier sind altersgemäße Informationen hilfreich, wie sie von der Tourette-Gesellschaft Deutschland zur Verfügung gestellt werden (www.tourette.de; Scholz/Rothenberger, 2006). Es ist sehr wichtig, dass alle Mitschüler die Symptome als Funktionsstörung bei sonst guter Leistungsfähigkeit des betroffenen Kindes/Jugendlichen akzeptieren. Dann werden sie auch eventuell notwendige Sonderregelungen verstehen können, aber keine Ausgrenzung oder Bemitleidung entwickeln.

Tipps für die Schule bei Tics

- Einfache motorische Tics – also kurze Bewegungen – stören den Unterricht häufig nicht.
  - Bei komplexen Tics mit Hüpfen und Springen sollte den Kindern die Möglichkeit gegeben werden, sich von Zeit zu Zeit „auszuticken" und/oder Entspannungsübungen zur Stressreduktion durchzuführen (in den Pausen, im Unterricht durch gemeinsame Bewegungs-/Entspannungsübungen, eventuell in einem – gesonderten – „Trainings-Raum").
  - Blinzel-Tics oder Tics mit Verdrehen der Augen können gelegentlich so stark ausgeprägt sein, dass das Lesen und Schreiben beeinträchtigt ist. Dem Kind sollte dann entsprechend mehr Zeit zum Lösen von Aufgaben gegeben werden.
- Vokale Tics stören den Unterricht dann, wenn sie laut und häufig eintreten.
  - Leisere Geräusche oder Wörter sollten – soweit möglich – gar nicht beachtet werden.
  - Bei vokalen Tics, die das flüssige Sprechen behindern (z. B. durch Wortwiederholungen, Stottern, ständige Geräusche oder häufiges Aussprechen von obszönen Wörtern) sollten vornehmlich schriftlich zu lösende Aufgaben gegeben werden.
  - Manchmal können schon einfache „Tricks" helfen, wie etwa das Lesen mit einem Lineal oder dem Finger.
  - Sollten laute vokale Tics oder komplexe motorische Tics bestehen, kann es sinnvoll sein, das Kind Klassenarbeiten in einem separaten Raum schreiben zu lassen. So stört es andere Kinder nicht und kann sich selbst ungezwungen verhalten und sich ganz auf die Arbeit konzentrieren.
- Tics nehmen zumeist unter Belastung, Anspannung oder Stress zu. Manche Betroffene können ihre Tics aber auch besonders gut kontrollieren, wenn sie gefordert werden.
  - Die Aufforderung „Lass das!" bewirkt zumeist genau das Gegenteil.
  - Hilfreich ist eine angenehme und entspannte Klassenatmosphäre.
  - Die gesamte – über Tics aufgeklärte – Klasse sollte ein annehmbares Maß an Tics als „normal" akzeptieren.
  - Betroffene sollten den Raum verlassen dürfen, wenn sie ihre Tics nicht mehr kontrollieren können. Klare Absprachen, dies an einem Vormittag z. B. ein- oder zweimal nutzen zu dürfen, sind dabei sinnvoll.
  - Die Beobachtung, wann Tics besonders selten auftreten, sollte dazu führen, Anforderungen oder Entspannung gezielt einzusetzen.

3.2 Was tun bei Zwangsstörungen?

Ein Großteil der Zwangsstörungen tritt ortsgebunden nur zuhause auf. Allerdings sollte man genauer hinschauen, wenn ein Kind zum Bewältigen von Aufgaben sehr lange braucht, weil es zuvor erst den Stift „genau richtig" anfassen muss, jeden Buchstaben „genau richtig" schreiben muss, jede Zeile mindestens fünfmal lesen muss, vor Beginn des Lesens erst alle Zeilen der Seite zählen muss, im Sportunterricht einen Anlauf immer wieder beginnt, damit die Schrittfolge passt, besondere Rituale beim Einpacken der Schultasche oder auf dem Pausenhof strikt einhält. Auch bei einem Verdacht auf zwanghaftes Verhalten sollte zunächst das Gespräch mit den Eltern gesucht werden, und auch in diesem Fall ist der Verweis auf eine genauere Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendarzt sowie medizinisch-therapeutische Maßnahmen wichtig und notwendig. Wo dies zu einer Verhaltenstherapie mit dem/der betroffenen Schüler/in führt, sollte eine Beteiligung von der

Lehrkraft angeboten werden. Gleichzeitig können jedoch folgende Hinweise hilfreich sein, um parallel zu externen Maßnahmen in der Schule für alle Beteiligten ein gelingendes Weiterarbeiten und -lernen zu ermöglichen:

Tipps für die Schule bei Zwangsstörungen

- Beim Lesen:
  - Wenn zwanghafte Wiederholungen den Lese(lern)prozess stören, kann ein sog. Lesefenster (*ein Blatt mit einem ausgeschnittenen Fenster, das kontinuierlich über den zu lesenden* Text geschoben werden soll) hilfreich sein.
  - Zwanghafte Wiederholungen können abgefedert werden, wenn Texte betroffenen Kindern/Jugendlichen bereits vor dem Unterricht zur Lektüre gegeben werden, wo manche Zwänge vorher „ausreagiert" werden.
- Beim Schreiben:
  - Kindern/Jugendlichen eventuell erlauben, beim Schreiben einen PC oder Laptop zu benutzen statt mit der Hand zu schreiben.
  - In schweren (Einzel-)Fällen kann das Schreiben auch ganz erlassen und durch Kopieren der Mitschriften anderer Schüler/innen ersetzt werden.
- Bei Klassenarbeiten:
  - *Die ebenen genannten Hilfen sollten auch bei Klassenarbeiten erlaubt sein.*
  - Da Zwangsstörungen stark von Ängsten bestimmt sind, sollten (auch allgemein sinnvolle) Maßnahmen der Verminderung von Leistungsdruck und Verhinderung von Leistungsangst getroffen werden.
- Hausaufgaben:
  - Hausaufgaben sollten in Einzelfällen zu Hause auf Band gesprochen oder einem Erwachsenen diktiert statt geschrieben werden können.
  - Betroffene sollten nach ihrem eigenen Rhythmus mit eingeschobenen Pausen arbeiten dürfen.
  - Das Fehlen ganzer oder Teile der Hausaufgaben in Phasen stärkerer Symptombelastung sollte in Absprache durch kurze Mitteilung der Eltern toleriert werden.
- *Allgemeine Hinweise:*
  - Schülerinnen/Schülern mit Zwängen sollte ermöglicht werden, durch entsprechende Hilfen Erfolgserlebnisse zu erleben.
  - Eine unbedachte Einschränkung bzw. Behinderung bei der Ausübung von Zwangshandlungen kann zu massiven Angst- oder Erregungszuständen führen.
  - Weder Eltern noch Lehrkräfte, Mitschüler oder andere Beteiligte dürfen „Opfer" oder „willige Diener" von Kindern/Jugendlichen mit Zwangsverhalten werden.

3.3 Was tun bei selbstverletzendem Verhalten

Zunächst gilt es auch hinsichtlich selbstverletzender Verhaltensweisen, Auffälligkeiten wahr- und ernst zu nehmen. Das Gespräch mit den Eltern sollte ebenfalls gesucht und geführt werden. Dort ist es wiederum sinnvoll, neben den eigenen – und eventuell von Kolleg/inn/en eingeholten – Beobachtungen sehr sensibel über mögliche Ursachen zu reden und auf medizinische und therapeutische Hilfen zu verweisen. Sehr behutsam über mögliche Ursachen sollte zum einen gesprochen werden, da Lehrkräfte keine Therapeuten sind, zum anderen, da als möglicherweise

wichtigster Auslösefaktor für massives selbstverletzendes Verhalten (z. B. das sog. „Ritzen") sexueller Missbrauch angesehen wird. Der Verweis auf Ärzte und Therapeuten sollte zunächst im Mittelpunkt stehen (vgl. Anhang). Fallen selbst zugefügte Verletzungen, z. B. bis auf das Nagelbett abgenagte Fingernägel oder an den Unterarmen oder Oberschenkeln durch Rasierklingen verursachte Schnitte auf, kann auch mit den Kindern/Jugendlichen das Gespräch gesucht werden bzw. muss, wo akute Gefahren bestehen, medizinisch interveniert werden. Hinsichtlich eines solchen Gesprächs bzw. im Umgang mit Schülerinnen/Schülern, die nicht stationär therapiert werden und so neben medizinisch-therapeutischen Maßnahmen zur Schule gehen, können folgende Hinweise hilfreich sein:

Tipps für die Schule bei selbstverletzendem Verhalten von Kindern

- Mögliche schulische Quellen für Konflikte (zwischen Kind und Lehrkraft oder Kind und Mitschülern), Zwänge (einengende Anforderungen) oder „erdrückende Situationen" (ängstigende Situationen, z. B. bei Proben, Vor-anderen-etwas-vormachen o. Ä.) sollten verhindert, reduziert bzw. thematisiert werden.
- Vorwürfe und Strafen sollten – auch deshalb – vermieden werden.
- Der – möglicherweise mit verursachende – Aktivitätsdrang sollte sinnvoll umgelenkt werden (in Sport, Spiel, handwerkliches Tun etc.).
- Es können mit betroffenen Kindern Zeichen vereinbart werden, die sie auf ihr Verhalten aufmerksam machen, da dies oftmals fast unbewusst praktiziert wird.
- Selbstkontrolle kann durch „Token-Systeme" unterstützt werden.

Tipps für die Schule bei selbstverletzendem Verhalten von Jugendlichen

- Menschen, die zu Selbstverletzung neigen, brauchen einen festen Rahmen und klare Grenzen.
- Für Gespräche sollte im Vorfeld genau überlegt werden, was dem Schüler/der Schülerin angeboten wird (z. B. Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, Kontakt zu Arzt herstellen etc.) und welche Konsequenzen eine weitere Eskalation das selbstverletzende Verhaltens hat (z. B. Auflage zu psychiatrischer Abklärung).
- Schüler/innen sollten zu Beginn eines Gesprächs darüber informiert werden, wem Informationen weitergegeben werden. Es ist sinnvoll, zumindest eine Berichtspflicht gegenüber der Schulleitung zu praktizieren.
- Nach Möglichkeit sollten solche Gespräche, v. a. bei eher gereizten Schüler/inne/n, mit einem/r Kollegen/in geführt werden.
- Es sollte deutlich gemacht werden, dass Selbstverletzung, Suizid oder Suchtmittelmissbrauch als schädigendes Verhalten gesehen werden. Trotzdem können die seelische Not und die Konfliktsituation der/des Schülers/Schülerin einfühlsam wahrgenommen und respektiert werden.
- Ein Bericht über die Lebensgeschichte mit eventuellen Traumatisierungen sollte vermieden werden. Dies kann zu weiteren massiveren Selbstverletzungen führen. Die Beobachtung einer Selbstverletzung sollte als Hinweis auf eine Notsituation und Hilfebedürftigkeit ausreichen.
- Da die Ursache des selbstverletzenden Verhaltens oft eine deutliche Beziehungsstörung ist, besteht immer auch die Möglichkeit, in seinen Bemühungen abgelehnt, sogar verspottet, entwertet oder als lästiger Einmischer beschimpft zu werden.

- Man sollte sich keinesfalls provozieren lassen. Die Wut eines/r Betroffenen hat vermutlich wenig mit der das Gespräch suchenden Lehrkraft zu tun.
- Rettungsphantasien und Helfersyndrome sollten zumindest kontrolliert werden. Pädagogische Hilfe ist im Team am sinnvollsten. Privat wirkende Kontaktaufnahme sollte vermieden werden, Gespräche sollten immer in der Schule und am besten vormittags (als offizielle Geschäftszeit des Lehrers), in einem offiziellen Dienstraum der Schule geführt werden.
- Narben und Schnitten sollte nicht zu viel Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Notwendigkeit therapeutischer/ärztlicher Hilfe muss betont werden.
- Wunden sollten die Betroffenen möglichst selbst versorgen oder beim Arzt versorgen lassen. Nur in wirklichen medizinischen Notfällen sollte ein Notarzt gerufen werden.
- Das selbstverletzende Verhalten darf nicht passiv hingenommen werden. Von den Betroffenen sollte verlangt werden, dass sie dezent mit der Problematik in der Schule umgehen.
- Sollte ein Schüler/eine Schülerin mit Suizid drohen, ist dies – schon wegen der Haftung – ein Fall für die Polizei.
- Ermutigen Sie die Betroffenen sich behandeln zu lassen. Das Leben mit der beschriebenen Symptomatik ist äußerst anstrengend und ein qualvolles Wechselbad stürmischer Gefühle.

Ein wesentlicher Faktor bei selbstverletzendem Verhalten ist die Prävention, für die nun Schule wieder als von der Gesellschaft beauftragte Institution eine wesentliche Funktion erfüllt. Insbesondere Prävention von Missbrauch und der Erwerb emotionaler Kompetenzen stehen hierbei im Mittelpunkt (vgl. Petermann/Winkler, 2005, 210 f.).

Literatur

Döpfner, M. (2002): Zwangsstörungen, in: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie, Göttingen u.a., S. 271 – 289

Döpfner, M./Rothenberger, A. (2007): Tic- und Zwangsstörungen, in: Kindheit und Entwicklung 16 (2), S. 75 – 95

Hebebrand, J. (2000): Tics und motorische Stereotypien, in: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart, S. 148 – 155

Herpertz-Dahlem, B. (2000): Zwangsstörungen, in: Remschmidt, H. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart, S. 222 – 225

Kratz, O./Gruss, S./Moll, G. H. (2004): Tic-Störungen: Klinik – Neurobiologie – Therapie, in: psychoneuro 30, Heft 4, S. 257 – 262

Ortner, A./Ortner, R. (2000): Verhaltens- und Lernschwierigkeiten, 5. Aufl., Weinheim & Basel

Petermann, F./Winkel, S. (2005): Selbstverletzendes Verhalten, Göttingen u.a.

Petermann, F./Winkel, S. (2007): Selbstverletzendes Verhalten, in: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 55 (2), S. 123 – 133

Remschmidt, H. (2000): Alterstypische, habituelle Verhaltensauffälligkeiten, in: Ders. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart, S. 156 – 161

Müller-Vahl, K./Rothenberger, A. (2002): Gilles de la Tourette- Syndrom – Ein Leitfaden für Lehrer, Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.

Scholz, A./Rothenberger, A. (2006): Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom, 3. Aufl., Göttingen

Seitz, R. (2005): Selbstverletzendes Verhalten, Suiziddrohungen und süchtige Tendenzen – Auswirkungen in der Schule (unter: www.praxisamschloss.de)

Adressen

Hilfe bei Tic-Störungen:

Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.
c/o Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
von Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
Tel. (0551) 39-6727
Fax (0551) 39-8120
Internet: www.tourette-gesellschaft.de

www.tourette.de
www.tourette-syndrom.de
www.tourette-netzwerk.de
www.tourette-shop.de
www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de
www.starke-eltern.de

Hilfe bei Zwangsstörungen:

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
Postfach 70 23 34
22023 Hamburg
Tel.: (040) 689 13 700 (allgemeine Sprechzeit: Mo.-Fr. 10.00-12.00 Uhr)
Fax: (040) 689 13 702
Internet: www.zwaenge.de
www.zwangserkrankungen.de
www.zwaenge.ch
www.zwaenge.at
www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de
www.starke-eltern.de

Hilfe bei selbstverletzendem Verhalten:

www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de
www.rotetraenen.de
www.rotelinien.de
www.selbstaggression.de
www.selbstverletzung.com
www.starke-eltern.de