

Abschlussveranstaltung
Chronisch Kranke in Schulen
Tübingen 26.6.2014

Wolfgang Oelsner, Köln

**Krankenpädagogik als Pädagogik
in Extremlagen**



Symptom

Oppositionelles Verhalten, Kinder

Diagnose

Erziehg.-defizit

AD(H)S

ASS

Indikation

Indikation

Indikation

Pädagogik, ggf. +
Jugendhilfe

Pädagogik, ggf. +
Psychoth.

KJP/Psy.Th. +
Pädag.

„DAS SYMPTOM ALS FREUND SEHEN“

Gibt es pädagogische Möglichkeiten, vitale Impulse so zu nutzen/ umzulenken, dass sie statt destruktiv konstruktiv wirken? Wie könnte auffälliges Verhalten - statt Symptom zu sein - zum Gewinn für den Betroffenen und die Schulgemeinschaft werden?

Schulische Förderung gesundheitlich stark Belasteter bedarf hoher Differenzierung und Individualisierung.

Zur Legitimation notwendiger Sondervereinbarungen oder Nachteilsausgleiche sind **medizinischen Diagnosen** unerlässlich.

Dies auch mit Blick auf andere Mitglieder einer Lerngruppe (und deren Eltern). Eine Attestierung „von außen“ schützt Pädagogen auch vor mgl. Vorwürfen der Subjektivität oder gar Willkür.

Die jungen Patienten und ihre Eltern sind
„Experten ihrer Krankheit“.

Man sollte es ihnen nicht nur hinsichtlich
technischer Handhabungen zutrauen,
sondern auch in der Kommunikation
psychosozialer Konsequenzen.

Das gelingt nur in einer allseitigen
Kultur der Offenheit.

SCHUTZ vorrangig vor FÖRDERUNG

Kranke Kinder bedürfen Schutz und Förderung. Kann beides nicht gleichzeitig und gleich stark geleistet werden, gilt eine

Güterabwägung:

Schutz geht dann vor Förderung.

Sich geschütztühlende Schüler holen Lerninhalte oft auf „unorthodoxen Wegen“ nach.

Symptom

Oppositionelles Verhalten, Jgdl.

Diagnose

**milieubedingtes
Fehlverhalten**

**Neurotische Störg,
extr.Pubertätsprb.**

**Borderline
Persönlichkeitsstrg.
präpsychot.**

Indikation

Indikation

Indikation

**Pädagogik/ ggf.
+Jugendhilfe**

**Pädagogik +
Psychoth.**

Jugendpsychiatrie

Hochgradige **Individualisierung** ist wichtig,
verlangt aber auch einen Blick auf ihre mgl.
Schattenseiten. Denn sie kann auch ...

... als „Lehrer-Schwäche“ umgedeutet werden,
... ein narzisstisches Größenselbst
manifestieren („Krankheitsgewinn“),
... das Ich „entpflichten“.

Permanent latente Selbstbefragung:

*„Fördere ich möglicherweise -ungewollt- Krankheit
statt Gesundheit?“ >> Diagnose im Blick behalten!*

Pädagogik als
„haltender Rahmen“
(pädagogisches Containment)

In Extremlagen von Kindern und Eltern kann Schule mit ihrer
äußeren Struktur
eine mangelnde innere Struktur der Betroffenen kompensieren.

Die Förderung gesundheitlich stark
belasteter Schülerinnen und Schüler

wird

nicht durch die Addition

(noch so guter)

Einzelmaßnahmen wirksam,

sondern ...

... Unterricht mit gesundheitlich stark belasteten Schülerinnen und Schülern bedeutet:

die Einzelmaßnahmen in einen Lern- und Lebensplan zu integrieren.

Es gilt, die medizinischen Indikationsstellungen mit (sonder-)pädagogischer Professionalität **didaktisch aufzugreifen.**

Pädagogik bei Krankheit pflegt sowohl eine
**Kultur der Ermutigung und
Zukunftsfindung**
als auch eine
Kultur des Abschiednehmens.

Realitätsprüfung, Krankheitseinsicht und
Krankheitsbewältigung sind immanente
Förderziele von Unterricht, Beratung und
Diagnostik einer Pädagogik bei Krankheit.

Containment in der Elternarbeit

Überkompensierendes oder wütendes
Reagieren von Eltern ist möglicherweise
Ausdruck einer
entstellten Trauerarbeit
über enttäuschte Lebenskonzepte.

Eine Affekt kontrollierte Lehrerhaltung kann
vor Dialogabbrüchen schützen.

Gesundheitliche Extremlagen
verleiten dazu, Defizite und Ängste der
Lebenswirklichkeit stellvertretend
abzuarbeiten („Übertragung“).

Laufen negative Übertragungseffekte
enttäuschter Eltern/Schüler „ins Leere“,
gewinnen die Beteiligten Zeit, sich neu und
womöglich konstruktiv zu positionieren.

Die

Berücksichtigung der Beziehungsebene ist

Bestandteil jeglichen Unterrichts.

Sie ist weder „Monopol“ von Therapie noch von
Pädagogik

Hilfreich ist dabei eine Reflexion der

unterrichtlichen Beziehungsdynamik:

interkollegial oder multiprofessionell, vor allem
zeitnah, „kurze Wege“.

Therapeutisches Verstehen als Optimierung pädagogischen Handelns

- Pädagogen lernen therapeutisch zu sehen und zu verstehen.
- handeln werden sie jedoch stets als Schulpädagogen.
- Handwerk der Lehrkräfte bleibt:
Didaktik auf der Basis von Empathie.

Stoffauswahl unter Berücksichtigung der Daseinslage junger Patienten

Affektlagen sind auch Gegenstand von Literatur, Geschichte, Politik, Religion, Kunst, Musik u.a.

Ihre Neutralisierung als Kulturgut bietet Chancen der Mentalsierung, etwa in der Auseinandersetzung mit *Omnipotenz, Kleinheitsgefühl, Hoffnung, Verzweiflung*

„Wo einst nur Affekt war, tritt Sprache ein“

Kulturleistung statt nur Affekt



- Unterrichtsinhalte bieten Möglichkeiten zur Projektion und Identifikation
- Das gibt Gelegenheit zur Affektdistanzierung und -neutralisierung
- In extremen Lebenslagen kann das entlasten



Bevor das System Pädagogik/ Schule sich auf die Anliegen chronisch Kranker konzeptionell (also mehr als engagierte „personelle Glücksfälle“) einlässt, muss es fragen und entscheiden:

Was wollen wir?

Was können wir?

Was wollen wir können?

Was können wir wollen?

Entscheidungsaspekte

auch hinsichtlich der Frage inkludierender oder vorübergehend separierender Settings sind u. a.:

Schulleben ganzheitl. vs. Sektorsierung

Beziehungsarbeit vs. Primat der Disziplin

Klassenlehrer- vs. Fachlehrerprinzip

Projektarbeiten vs. Fächerseparierung

???

Schulklima, Haltung, Schulprogramm.

???

Freiheit und Möglichkeit, didaktische Parameter (Sozialform, Belastungsmaß, Stofffülle, Methoden, Medien) zu wählen, die **diagnosebasierte Individualisierungen** zulassen.

Strukturell verankerte **interdisziplinäre Kooperation** (Kliniken, Schulpsychol. Dienst u. ä.) um zeitnah zu aktualisieren.

... und noch etwas:



**Wissenschaft hilft uns, kranke
Kinder und Jugendliche zu
fördern.**

**Humor hilft uns, ihre und unsere
Situation anzunehmen und
auszuhalten.**