

Hochschule Düsseldorf – University of Applied Sciences

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften

Studiengang: M.A. Soziale Arbeit und Pädagogik, Schwerpunkt Psychosoziale Beratung

Sommersemester 2021

Masterthesis zum Thema:

Psychologieunterricht und Peer-Involvement – Möglichkeiten zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen durch beratende Psychologieschüler*innen

Betreuer*innen:

Prof. Dr. Joachim Kosfelder, Hochschule Düsseldorf,
Sozial- und Kulturwissenschaften, Psychologie

Prof. Dr. Elke Kruse, Hochschule Düsseldorf,
Sozial- und Kulturwissenschaften, Erziehungswissenschaften

Verfasser:

Benjamin Schulz

Matrikel-Nr.: XXXXXXXXXX

Danksagung

Ich danke...

meinen beiden Betreuer*innen, Herrn Prof. Dr. Joachim Kosfelder und Frau Prof. Dr. Elke Kruse, die von Anfang an großes Interesse an der Thematik und dem Format der Thesis gezeigt haben sowie bei Fragen mit Rat und Tat zur Seite standen.

meinem ehemaligen Schulleiter Herrn Ludger Traud sowie dem Kollegium der Elly-Heuss-Knapp-Schule, die seit Beginn meiner Tätigkeit an der Schule großes Interesse an der Thematik Psychologie in der Schule gezeigt haben und der in dieser Arbeit vorgestellten Fortbildung gegenüber offen und interessiert waren.

meiner langjährigen Freundin Frau Dr. Pia Anna Weber, die als Kooperationspartnerin meinen Psychologiekursen Exkursionen in ihre Lehrveranstaltungen und in ihre Kinder- und Jugendpsychotherapiepraxis ermöglichte sowie bei der Durchführung des hier vorgestellten Projekts als Referentin mitwirkte.

meiner Kommilitonin Frau Susanne Kleybrink, die mir einen ständigen fachlichen Austausch ermöglichte während der Entstehungszeit dieser Thesis sowie meiner Supervisorin, Frau Angela Diers, die mich ermutigt hat an das Thema der vorliegenden Thesis zu glauben.

meinen ehemaligen Schülerinnen und Schülern des beruflichen Gymnasiums Gesundheit, Grundkurs Psychologie mit dem Abiturabschlussjahrgang 2016, die als Pioniere das hier vorgestellte Projekt mit Leben gefüllt haben und über ihre Schulzeit hinaus mit großem Engagement an der Planung und Durchführung der hier vorgestellten Lehrer*innenfortbildung mitgewirkt haben und mir ihre Arbeitsergebnisse zur Verfügung gestellt haben sowie bei der Reflexion des Projekts behilflich waren.

meinem Lebensgefährten Dirk Meyer, der mich ermutigt hat das Masterstudium aufzunehmen und mir durch seine Liebe die nötige Kraft verliehen hat das Studium zu absolvieren sowie mir während des Entstehungsprozesses dieser Thesis durch seine Unterstützung den Rücken freigehalten hat.

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis: Tabellen und Abbildungen	v
Verzeichnis: Abkürzungen	vi
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit	2
1.3 Aufbau und Methodik	3
2. Darstellung der derzeitigen Forschungslage zum Peer-Involvement	4
2.1 Wie werden beratende Schüler*innen bezeichnet? – Begriffsbestimmung rund um Peer-Involvement	5
2.2 Wieso beraten Schüler*innen sich gegenseitig? – theoretische Begründungszusammenhänge für Peer-Involvementansätze	9
2.3 Wie erfolgreich sind beratende Schüler*innen? – Wirksamkeitsforschung zu Peer-Involvementprogrammen	14
2.4 Wie funktioniert Peer-Involvement in der schulischen Praxis? – ausgewählte Beispielprogramme	22
3. Psychologieunterricht und Peer-Involvementpotenziale	24
3.1 Über welche beraterische Expertise verfügen Psychologieschüler*innen zur Förderung der psychischen Gesundheit? – Darstellung der beratungsbezogenen Kompetenzen, die der Psychologieunterricht transportiert	26
3.1.1 Beratungskompetenz in den Curricula allgemeinbildenden und berufsbildenden Psychologieunterrichts	26
3.1.1.1 Beratungskompetenz im Psychologieunterricht an allgemeinbildenden Schulen: Kernlehrplan Psychologie für die gymnasiale Oberstufe in Nordrhein-Westfalen und den Zentralabiturinhalten beispielhafter Abiturjahrgänge 2021 und 2022	28
3.1.1.2 Beratungskompetenz im Psychologieunterricht eines beruflich affinen Bildungsgangs in Nordrhein-Westfalen: Richtlinien und Lehrpläne für das Grundkursfach Psychologie im beruflichen Gymnasium Gesundheit	32
3.2 Welche beraterischen Möglichkeiten ergeben sich für alle am System Schule Beteiligten? – Skizzierung möglicher Peer-Involvementansätze ausgehend vom Psychologieunterricht	35

4.	Students-to-teacher-(psycho)education – Darstellung eines eigenen Konzepts zur Anwendung beratungsbezogener Expertise zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen	41
4.1	Darstellung der Ausgangslage	42
4.2	Ziele und Kompetenzerwerb innerhalb des Projekts	44
4.3	Projektverlauf und didaktisch-methodische Begründungen	48
4.4	Kritische Reflexion	54
5.	Schlussbetrachtung	57
5.1	Kritisches Fazit	58
5.2	Ausblick und weiterer Forschungsbedarf	59
	Verzeichnis: Literatur	61
	Verzeichnis: Anhang	I
	Erklärung	L

THESIS AM
 FACHBEREICH SOZIAL- UND
 KULTURWISSENSCHAFTEN
 DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Verzeichnis: Tabellen und Abbildungen

Tab. 1: Forschung zum Peer-Involvement	15
Tab. 2: Forschung zur gesundheitsbezogenen Peer-Education	15
Tab. 3: Forschung zum Peer-Counseling im Kontext von Behinderung und Empowerment	17
Tab. 4: Forschung zum mediengestützten Peer-Counseling	18
Tab. 5: Forschung zum außerschulischen Peer-Tutoring	20
Tab. 6: Forschung zur peerbasierten Mobbingprä- und -intervention	20
Tab. 7: Forschung zur Peer-Mediation	21
Tab. 8: Unterrichtsverlaufsplanung	49
Tab. 9: Fortbildungsplanung und -ablauf	52
 Abb. 1: Begriffshierarchie zum Peer-Involvement	 9

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Verzeichnis: Abkürzungen

BRD	Bundesrepublik Deutschland
BVP	Berufsverband Peer-Counseling
dmB	didaktisch-methodische Begründungen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HA	Hausaufgaben
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
K	Koordinator*innentätigkeit
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in
L	Lehrer*innenverhalten
LGBTIQ	lesbian, gay, bisexuell, transsexuell, intersexuell, queer
MM	Medien und Materialien
NRW	Nordrhein-Westfalen
S	Schüler*innenverhalten
Sek. I	Sekundarstufe I
Sek. II	Sekundarstufe II
SuS	Schülerinnen und Schüler
TN	Teilnehmer*innenverhalten
U-Std.	Unterrichtsstunde(n)
WDR	Westdeutscher Rundfunk
WL	Workshopleiter*innenverhalten
Z	Ziele

1. Einleitung

„Gute gesunde Schule“ lautet der Slogan des Schulentwicklungspreises der Unfallkasse Nordrhein Westfalen unter der Schirmherrschaft der Schulministerin Yvonne Gebauer, der seit 2007 verliehen wird. Was aber macht eigentlich eine gesunde Schule aus? Wie gesund sind die in Schulen Agierenden? Neben Kennwerten aus den Bereichen Ernährung (z.B. Essensangebote in Schulmensen) und Bewegung (z.B. Spiel- und Bewegungsangebote auf Schulhöfen) ist der Bereich der psychischen Gesundheit ein nicht zu vernachlässigender Indikator zur Bestimmung der Zufriedenheit und Gesundheit von Schüler*innen und Lehrer*innen. Die psychische Gesundheit im Kontext Schule rückt zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit (Schwager et al., 2019, S. 4). Daher möchte die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Schüler*innen leisten.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Der Erhalt der psychischen Gesundheit ist neben dem Bildungs- und Erziehungsauftrag eine weitere wichtige Aufgabe, die Schulen übernehmen sollten (Vgl. Kultusministerkonferenz, 2018). Die täglichen Anforderungen an Lehrer*innen und Schüler*innen verlangen dem im Schulsystem Tätigen viel ab und vorhandene Ressourcen werden häufig strapaziert. Die Zahlen psychischer Erkrankungen bei Lehrer*innen sind mit schätzungsweise 20% der Lehrkräfte als mit gravierenden Einschränkungen in ihrer Gesundheit (DAK Gesundheit & Unfallkasse NRW, 2012, S. 58) und Schüler*innen, wonach 26,7 % aller Kinder und Jugendlichen unter psychischen und Verhaltensstörungen leiden, (Greiner, Witte & Batram, 2019, S. 111f.) alarmierend und sollten als Indikator für die Qualität unseres Bildungssystems stets herangezogen werden. Demnach stellt sich die Frage, wenn Schule ihre Mitarbeiter*innen und Schüler*innen psychisch fordert, belastet oder gar überlastet, sollte sie dann nicht gleichzeitig den Auftrag wahrnehmen einen Beitrag zur Bewältigung der Anforderungen des schulischen Alltags zu leisten, indem Ressourcen, Kompetenzen und Strategien zum Umgang mit psychischen Belastungen bereitgestellt und vermittelt werden? Erste Versuche durch z.B. Unterrichtsfächer wie Glück (Vgl. Kagermeier, 2019), Achtsamkeitstrainings (Vgl. Frenkel, et. al. 2020) oder Gesundheitspräventionsansätze sind vielversprechend, doch scheint ein großes Potenzial an Möglichkeiten zur Förderung der psychischen Gesundheit im System Schule bisher unausgeschöpft.

1.2 Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit möchte das Unterrichtsfach Psychologie in den Blick nehmen und seine Möglichkeiten zur Förderung der psychischen Stabilität bei Schüler*innen diskutieren. Es wirkt trivial, dass ein Unterrichtsfach, welches sich das menschliche Erleben und Verhalten zum zentralen Gegenstand seines Kanons macht, großes Potenzial bietet, die im Unterricht erworbenen Wissensinhalte und Kompetenzen dem System Schule wieder zurückzuführen. Vor allem die Inhalte der klinischen Psychologie vermitteln den Schüler*innen basale Kenntnisse in Diagnostik und Therapie, welche sicherlich über die Anwendung an Fallbeispiele hinaus in die Lebenswirklichkeit der Schüler*innen transportiert werden sollten, um einen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit leisten zu können. Mit der Idee des Peer-Involvements wird ein pädagogischer Ansatz herangezogen, der aus vielfältiger Sicht für den vorliegenden gesundheitsförderlichen Auftrag sehr zielführend erscheint. Wenn sich die Fachdidaktik des Unterrichtsfachs Psychologie einem strikten Anwendungsbezug in ihrer Konzeption verschreibt (Geiß, 2016, S. 118) und (Fendler, 2018, S. 39 f.), wirkt die Idee des Peer-Involvements besonders geeignet, um Schüler*innen darin zu schulen ihr erworbenes Wissen anzuwenden und kritisch zu bewerten. Der schulische Lebensraum wird so zum praktischen Übungsfeld, um die im Psychologieunterricht erworbenen Kompetenzen zu erweitern und kritisch zu reflektieren. Schule ist der Lebensraum, in dem Schüler*innen und Lehrer*innen wöchentlich die meiste Zeit verbringen. Dieser Raum spielt insofern für den Erhalt der psychischen Gesundheit eine entscheidende Rolle, da Lern- und Arbeitsprozesse, Interaktion und persönliche Anforderungen zum einen Ressourcen strapazieren, zum anderen aber auch positiv auf die Gesundheit Einfluss nehmen können, wenn Erfolgserlebnisse, stabile intakte Beziehungen und Entfaltung der Persönlichkeit den Beteiligten widerfahren. Schule ist somit nicht nur der Ort, an dem sich Vulnerabilität und Disposition zur Störung entwickeln können (ein Erziehungsauftrag zu Ordnung kann eine individuelle Tendenz zur Gewissenhaftigkeit und Zwanghaftigkeit möglicherweise zur Entwicklung einer Zwangsstörung fördern), sondern auch der Raum, der präventiv auf Dispositionen einwirken kann (so können beispielsweise positive Erfahrungen in einem intakten Klassengefüge für Schüler*innen mit belasteten familiären Verhältnissen einen Raum gesunder und sicherer Bindungs- und Beziehungserfahrungen darstellen, der ggf. präventiv auf die Entwicklung der Schüler*innen einwirkt). Die Bedeutung psychoedukativer Möglichkeiten, die der Psychologieunterricht Schüler*innen und Lehrer*innen zur Verfügung stellt, soll innerhalb der vorliegenden Arbeit thematisiert werden.

1.3 Aufbau und Methodik

Die vorliegende Thesis gliedert sich in drei Teile. In einem ersten (Kapitel 2) werden die Ergebnisse einer Literaturrecherche zum Peer-Involvement systematisiert, vorgestellt und bewertet. In diesem Block soll ein Überblick über den theoretischen Hintergrund und die Forschungsbeiträge zur Wirksamkeit von peergestützten Aktivitäten gegeben werden. Dazu wurde zusätzlich zu einer Sichtung der Internetauftritte des Lehrstuhls für Didaktik der Psychologie an der Technischen Universität Dortmund¹ und der Schulhomepages der Schulen mit einem Angebot an Psychologieunterricht in NRW eine Literaturrecherche zu den Suchbegriffen ‚Peerinvolvement‘, ‚Peereducation‘, ‚Peercounsel(l)ing‘, ‚Peertutoring‘, ‚Peermediation‘, und ‚Schule‘ in den verschiedenen gängigen Schreibweisen sowie deutschsprachigen und englischsprachigen Synonymen durchgeführt. Außerdem wurde zu den Schlagwörtern ‚psychische Gesundheit und Schule‘, ‚Psychologieunterricht und Schule‘, ‚Psychologiedidaktik und Schule‘ in den Fachdatenbanken der Sozialwissenschaften, Bildungswissenschaften, Erziehungswissenschaften und Psychologie sowie google scholar recherchiert.

Im zweiten Block (Kapitel 3) werden curriculare und fachdidaktische Schriften zur Legitimation peerbasierter Beratungsaktivitäten bei Schüler*innen analysiert und mit dem Forschungsstand aus dem ersten Block in Beziehung gesetzt, um die besondere Eignung des Unterrichtsfachs Psychologie für peereducative Aktivitäten begründen zu können und peerbasierte Aktivitäten, die sich vom Unterrichtsfach her für Schulen ableiten lassen, skizzieren zu können. In diesem Zusammenhang wurde eine Sichtung etablierter didaktisierter Materialien für die Unterrichtsgestaltung als Empfehlung vorgenommen. Gleichzeitig stellt der zweite Block das Fundament für den dritten Block dar, der ein eigenes Projektbeispiel für eine peerbasierte Unterrichtsreihe mit schulsystemischem Anwendungsbezug zum Gegenstand hat.

Im dritten Block (Kapitel 4) wird aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Kapitel aufbauend ein Projektbeispiel für ein gesundheitsförderliches Projekt mit peeredukativen Schüler*innen vorgestellt und reflektiert. Bei der Konzeption wurden Beiträge der Unterrichtsforschung, des kooperativen Lernens nach Green (Vgl. Green & Green, 2007) und des schulischen Projektmanagements im Sinne von Dornbusch und Trelewsky (Vgl. Dornbusch & Trelewsky, 2016) berücksichtigt, um eine Nachahmung der Idee in anderen schulischen Kontexten zu ermöglichen. Wichtig erschien in dem

¹ Die Technische Universität Dortmund ist aktuell die einzige Hochschule in Deutschland, die Lehrer*innen für das Unterrichtsfach Psychologie ausbildet und dementsprechend über einen Lehrstuhl für schulische Psychologiedidaktik verfügt.

Zusammenhang Transparenz und Partizipation bei den Schüler*innen zu gewährleisten. Für die Reflexion des Projekts wurden mit einem ehemaligen Schüler und einer Lehrerin, die an dem Projekt teilnahmen, sowie einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die ebenfalls an dem Projekt als Kooperationspartnerin mitwirkte, leitfadengestützte Interviews geführt und ausgewertet.

2. Darstellung der derzeitigen Forschungslage zum Peer-Involvement

Die Idee, dass Laien einander einen Beratungs- und Bildungsauftrag einnehmen, ist nicht neu. Bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts ist unter der Bezeichnung des Bell-Lancaster-Systems in Indien bzw. London das Prinzip bekannt, dass Schüler*innen sich gegenseitig unterrichten (Bastian et al., 1997, S. 10). Vor allem im angloamerikanischen Bildungssystem ist Peer-Involvement weit verbreitet (Schaefer, Besser-Scholz & Kinder, 2012, S. 164), in Europa mit Ausnahme von Großbritannien aber weniger bekannt (Kleiber, 1999, S. 4).

In den 1930er Jahren trat Peer-Beratung bei den Anonymen Alkoholikern in den USA erstmals in Erscheinung (Hermes, 2019, S. 32), seit den 1960er Jahren entstand dort im Rahmen der Independent-Living-Bewegung (Bürgerrechtsbewegungen von Menschen mit Behinderung) ein Diskurs rund um diese Empowermentmethode (Krizan & Hecht, 2018, S. 240 f.). Im schulischen Kontext ist Peer-Involvement in den USA und Großbritannien seit den 1980er Jahren stark vertreten (Hiemann, 2001, S. 52). In einer zweiten Welle näherten sich die skandinavischen Länder der Peer-Involvementbewegung an, bevor ein Aufbegehren gegen das gängige Beratungssystem auch Mitteleuropa erreichte (Adler & Oehler, 2005, S. 11).

In der Bundesrepublik Deutschland ist Peer-Involvement durch die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung behinderter Menschen seit den 1980er Jahren publik geworden (Hermes, 2019, S. 32), sowohl auf ambulanter Ebene als auch durch parteipolitische Einflussnahme (Rothenberg, 2011, S. 257) und findet seit den 1990er Jahren auch Anwendung in der verbandlichen Kinder- und Jugendarbeit (Nörber, 2005) sowie der Gesundheitsförderung (Kleiber, 1999, S. 76). Anwendungsfelder des Peer-Involvements sind Natur, Umwelt, Konflikte, Gewalt, Sucht, Sexualität, Gesellschaft und andere Fachthematiken (Drefahl, 2016, S. 185).

2.1 Wie werden beratende Schüler*innen bezeichnet? – Begriffsbestimmung rund um Peer-Involvement

Zur Bestimmung der einzelnen Begrifflichkeiten, die die Grundlage für die vorliegende Arbeit darstellen, bietet sich eine Hierarchisierung und Kategorisierung des Wortfelds Peer-Involvement an. Daher wird im Folgenden Peer-Involvement als Oberbegriff definiert (Drefahl, 2016, S. 185) und anschließend mit unterschiedlichen Unterkategorien wie z.B. Peer-Education, Peer-Counseling, Peer-Projekten, Peer-Tutoring und Peer-Mediation eine dezidiertere Begriffsbestimmung vorgenommen.

Etymologisch leitet sich der Begriff ‚peer‘ vom Französischen ab und hat dort die Bedeutung ‚gleich sein‘ und ‚gleich gesinnt‘ (Drefahl, 2016, S. 184). Während der Begriff im Englischen ursprünglich dazu diente die „Zugehörigkeit zum englischen Adel“ (Adler & Oehler, 2005, S. 11) auszudrücken, wird er im pädagogischen Kontext verwendet, um im engeren Sinn die Gleichaltrigkeit (Drefahl, 2016, S. 184) der Beteiligten auszudrücken sowie in einem weiteren Verständnis eine gleiche Gesinnung zu betonen (Drefahl, 2016, S. 184).

Drefahl (2016) versteht Peer-Involvement als Oberbegriff für einen „organisierten Zusammenschluss von Personen, die sich gegenseitig beeinflussen und etwa einen gleichen bzw. ähnlichen Status sowie ungefähr das gleiche Alter besitzen“ (Drefahl, 2016, S. 184). Demnach bringen sich Peers für andere Peers aufklärend, beratend und unterstützend ein (Drefahl, 2016, S. 185). Nach Kleiber (1999) werden beim Peer-Involvement Gleichaltrige bzw. Gleichartige zu Modellen für Einstellungen und Verhaltensweisen. Dieser Modellcharakter wird bewusst bei der Arbeit mit Zielgruppen zur nachhaltigen Einstellungs- und Verhaltensänderung eingesetzt (Kleiber, 1999, S. 4). Somit ergibt sich beim Peer-Involvement ein „kollaboratives Lernen unter Gleichgestellten“ (Steiner & Heeg, 2016, S. 48) oder auch den „Einbezug von Gleichaltrigen für kommunikative Botschaften“ (Adler & Oehler, 2005, S. 11). Im Kern geht es beim Peer-Involvement um die Vermittlung von Wissen und Kompetenz, um ein gewolltes Verhalten zu modifizieren bzw. ein nicht gewolltes Verhalten zu vermeiden (Nörber, 2005, S. 76). Dabei unterscheidet Nörber (2005) zwischen den ‚Engagierten‘, den agierenden Peers und der ‚Zielgruppe‘, den agitierten Peers (Nörber, 2005, S. 76).

Nach Adler und Oehler (2005) sowie Kern-Scheffeldt (2005) lassen sich die Unterkategorien des Peer-Involvements nach der Ausprägung der Partizipation und der Anzahl der Beteiligten bestimmen (Adler & Oehler, 2005, S. 11) und (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 4). Kleiber (1999) und Drefahl (2016) ergänzen noch das Merkmal der Dauer als Unterscheidungskriterium für die einzelnen Peer-Involvementformen Peer-Counseling,

Peer-Education und Peer-Projekt (Kleiber, 1999, S. 5) und (Drefahl, 2016, S. 187). Alle im Folgenden aufgeführten Peer-Involvementformen finden sich im schulpädagogischen Kontext in unterschiedlich starker Ausprägung wieder.

Bei Peer-Education geben Peers ihr Wissen und ihre Erkenntnisse an andere Peers weiter (Drefahl, 2016, S. 186), so dass die Jugendlichen zu Expert*innen auf Augenhöhe werden (Schaefer et al., 2012, S. 165). Die thematisch ausgebildeten Peers, auch Peer-Educators oder Multiplikator*innen genannt, verfügen nicht nur über Fachwissen, sondern auch über soziale Kompetenz und Methodenwissen (Drefahl, 2016, S. 186). Peer-Education funktioniert nach dem Modellcharakterprinzip, bedient sich des Multiplikatoreffekts und erzielt eine hohe Motivation durch Identifikation mit dem Peer-Educator. Zum Gelingen von Peer-Education ist die Anerkennung und Akzeptanz des Peer-Educators genauso notwendig wie professionelles pädagogisches Fachpersonal, das unterstützend zur Verfügung steht (Drefahl, 2016, S. 186 f.). Beim Peer-Education informieren eigens trainierte Jugendliche (Peers) eine Gruppe (z.B. Klasse) über ein Thema, um ihre Einstellungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen (Kleiber, 1999, S. 5). Anwendungsbeispiele für diese Peer-Involvementform sind u.a. Raucher- und Drogenprävention, Sexual- und Verhütungsverhalten sowie die AIDS-Prävention. Neben schulischen Einsätzen finden sich Peer-Educationvorhaben auch in Selbsthilfeinitiativen, Jugendeinrichtungen, Jugendverbänden und Jugendorganisationen (Drefahl, 2016, S. 186), (Kleiber, 1999, S. 5) und (Schaefer et al., 2012, S. 165). Für diesen partnerschaftlichen pädagogischen Handlungsansatz (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 4) mit dem Ziel der „Aufklärung von Gleich-zu-Gleich“ (Sauer, Kranzler & Thiele, 2002, S. 134) und seiner deutlich informativen Zielsetzung (Adler & Oehler, 2005, S. 11) ist charakteristisch, dass „der Peer-Leader, Teile einer Peer-Group oder aber die gesamte Gruppe motivieren soll, als präventive Rollenmodelle zu wirken, indem Training und Unterstützung auf personeller und/oder struktureller Ebene angeboten werden“ (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 4). Es handelt sich also um eine kommunikative Prävention durch Laienmultiplikator*innen, bei der typischerweise ein*e einzelne*r Multiplikator*in mit einer Gruppe von Adressat*innen arbeitet (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 4).

Im Unterschied dazu arbeiten beim Peer-Counseling, auch Peer-Helping und Peer-Beratung genannt, einzelne Multiplikator*innen mit einzelnen Adressat*innen (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 4), typischerweise im Face-to-Face-Kontakt (Adler & Oehler, 2005, S. 11), aber auch in medial gestützter Beratung, wie beispielsweise bei der Telefon-, Mail- oder Chatberatung. Der Begriff, der in den USA durch eine Gruppe

behinderter Studierender in Berkeley rund um Edward V. Roberts in den 1970er Jahren geprägt wurde und 2006 Einzug in die UN-Behindertenrechtskonvention fand (Hermes, 2019, S. 32), ist gekennzeichnet durch die Beratung von Ratsuchenden durch Menschen, die über einen mit dem/der Beratungskundigen vergleichbaren Erfahrungshintergrund verfügen. Somit ergibt sich ein Beratungsprozess auf Augenhöhe mit Fachkompetenz und vergleichbaren Lebenserfahrungen. Gerade im Kontext der Beratung mit Menschen mit Behinderung spielt die gemeinsame Erfahrung von Diskriminierung als verbindendes Element eine wichtige Rolle (Rothenberg, 2011, S. 257 f.). Diese Interaktionsform zielt ab auf die Aufarbeitung von Wissenslücken, Aneignung von alternativen Handlungsmöglichkeiten durch die Weitergabe von Erfahrungswissen und bedient sich einer niedrigen Hemmschwelle auf Seiten des/der Klient*in. Wie auch beim Peer-Education bedarf es beim Peer-Counseling der Begleitung durch professionelles Personal, beispielsweise durch Supervision, um ein qualitativ hochwertiges Beratungsangebot gewährleisten zu können (Drefahl, 2016, S. 188).

Neben dem erwähnten ursprünglichen Beratungskontext von Klient*innen mit Behinderungen und Einschränkungen findet Peer-Counseling auch statt in Themenfeldern wie z.B. persönliche Krisen, Drogenmissbrauch, Alkohol, Safer-Sex, HIV/AIDS, Coming-Out bei homo- und bisexuellen sowie trans- und intersexuellen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Verhütung, unerwünschte Schwangerschaft oder Beratungsanliegen im schulischen Kontext (Kleiber, 1999, S. 5) sowie als sogenannte Genesungsbegleiter*innen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen (Hermes, 2019, S. 32). Während die bisher behandelten Peer-Involvementformen Peer-Education und Peer-Counseling eine mittlere bzw. längere zeitliche Dauer aufweisen, ist für Peer-Projekte eine kurze oder gar einmalige Erscheinung typisch (Drefahl, 2016, S. 187) und (Adler & Oehler, 2005, S. 11). Während bei Peer-Education und Peer-Counseling noch einzelne Multiplikator*innen agieren, weisen Peer-Projekte eine Gruppe von Multiplikator*innen in ihrer Interaktion mit einer Gruppe von Adressat*innen auf (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 4). Bei Peer-Projekten bearbeiten die Jugendlichen eigenständig ein selbstgewähltes Thema mit dem Ziel auf dieses Thema aufmerksam zu machen und die damit verbundenen Einstellungen und Verhaltensweisen zu beeinflussen. Themenfindung und Bearbeitung können dabei sowohl aus Eigeninitiative heraus stattfinden als auch durch Motivation von außen. Peer-Projekte finden sich in Schule und Jugendeinrichtungen und sind aktions- und handlungsorientiert (Kleiber, 1999, S. 5). Typische Beispiele sind Theaterstücke (Adler & Oehler, 2005, S. 11), Ausstellungen, Projekttag und -wochen (Drefahl, 2016, S. 187) oder Videofilme (Kleiber, 1999, S. 5).

Vor allem im schulischen Kontext findet sich eine weitere weit verbreitete Peer-Involvementform, das Peer-Tutoring. Während die bisherigen Peer-Involvementformen in ihrer kommunikativen Beziehung symmetrisch wirken, wird beim Peer-Tutoring ein gewünschtes asymmetrisches Verhältnis von Tutor und Tutand vor allem zur Informationsvermittlung eingesetzt. Während ebenso beim Peer-Education die Beziehungen informell wirken und häufig in einem unstrukturierten Setting stattfinden, ist beim Peer-Tutoring die Tutor-Tutand-Beziehung sehr formell definiert und das Setting, z.B. Schule und Nachhilfe, sehr strukturiert (Steiner & Heeg, 2016, S. 48). Typische Anwendungsgebiete für Peer-Tutoring sind Leselernstrategien im Primarbereich, Sprachförderung in Kontexten von Schüler*innen in internationalen Förderklassen und der Förderschulbereich, der eine lange Tradition und aktive Forschung aufweist (Büttner, Warwas & Adl-Amini, 2012, S. 11).

Wenn in der Peer-to-Peer-Interaktion die Bearbeitung von Konflikten zum Thema gemacht wird, spricht man von Peer-Mediation. Eine dritte, neutrale Partei bearbeitet auf konstruktive Weise Streitigkeiten, indem der Problemzusammenhang aufgedeckt und erhellt wird und gemeinsam nach Lösungsansätzen gesucht wird. Voraussetzungen sind Freiwilligkeit, ein vertrauensvolles Setting sowie Problemlöse- und Moderationstechniken mit dem Ziel bei allen Beteiligten soziale Kompetenzen und Selbstbewusstsein zu stärken, um das Handlungsrepertoire und die konstruktive Streitkompetenz zu erweitern. Gemeinschaftssinn und Kooperationsfähigkeit sind die Fundamente für gelingende Mediation und sollten in der Ausbildung und supervisorischen Begleitung der Kinder und Jugendlichen durch professionelle hauptverantwortliche Psycholog*innen, Beratungsstellen und Mediator*innen unterstützt werden. Diese Form der Streitschlichtung findet sich in Schule, Hochschule und Jugendverbänden (Drefahl, 2016, S. 188).

Die nachfolgende Abbildung fasst die Begriffszusammenhänge abschließend zusammen.

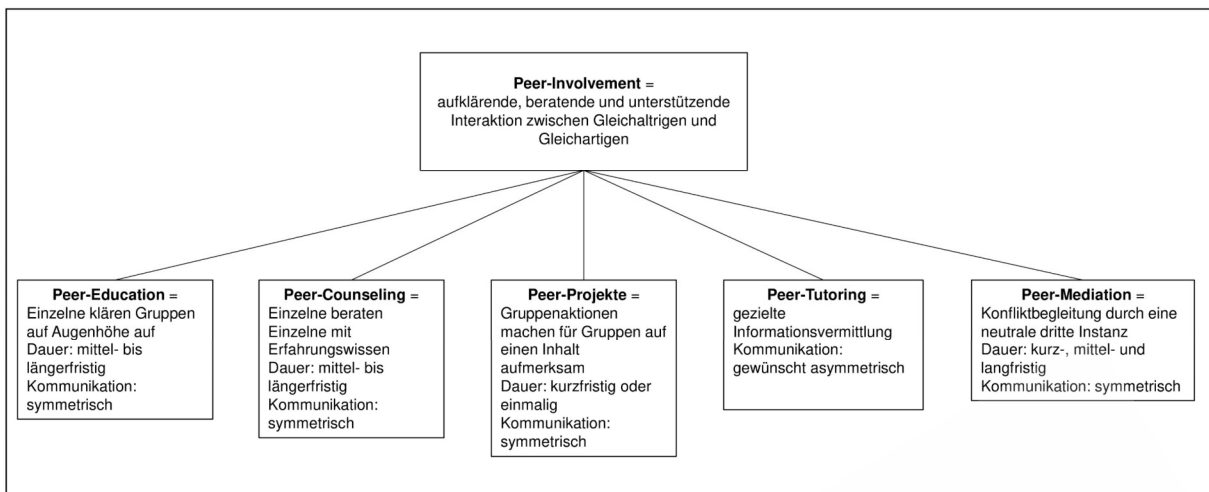


Abb. 1: Begriffshierarchie zum Peer-Involvement
(Quelle: eigene Darstellung)

2.2 Wieso beraten Schüler*innen sich gegenseitig? – theoretische Begründungszusammenhänge für Peer-Involvementansätze

Die Begründungszusammenhänge zur Legitimation von Peer-Involvement sind interdisziplinär (O'Reilly et. al., 2016, S. 108). Es finden sich Theoriebeiträge aus Philosophie, Soziologie, Ökonomie, Pädagogik sowie Entwicklungs- und Lernpsychologie, die den Zweck von Interaktionen zwischen Peers zum Ziel der Bildung und Beratung diskutieren. Die einzelnen Disziplinen mit ihrer Argumentation zur Anwendung von Peer-Involvementansätzen sollen im Folgenden vorgestellt werden, um ein möglichst umfangreiches Bild zur theoretischen Herleitung von Peer-Involvementvorhaben zeichnen zu können, wobei den Beiträgen aus Entwicklungspsychologie und Lerntheorie ein besonderer Stellenwert zukommt (Pruchnik, 2011, S. 40).

Innerhalb der Entwicklungspsychologie ist die Funktion der Peergroup gut erforscht. Mit dem Begriff der Entwicklungsaufgaben (u.a. nach Havighurst, 1948 sowie Bündel 2004, Göppel 2005 und Hurrelmann 2007) hat sich ein Theoriegerüst etabliert, das die identitätsstiftenden und persönlichkeitsbildenden Funktionen von Peers sowie die Autonomieentwicklung von Jugendlichen gut beschreibt (Kleiber, 1999, S. 5), (Hamann & Schweigert, 2013, S. 24) und (Unger, 2003, S. 505). So ist es im Laufe der Jugend und des jungen Erwachsenenalters ganz typisch, dass sich für die Heranwachsenden eine sogenannte Cross-Pressure-Situation ergibt, wonach zwischen den Einstellungen und Wertvorstellungen gegenüber den Eltern und der Peergroup eine Diskrepanz entsteht (Schaefer et al., 2012, S. 165). Die Peergroup, also die Gruppe von Jugendlichen

etwa gleichen Alters, gleicher Gesinnung und meist auch aus der gleichen sozialen Schicht (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 3) entsteht dort, wo Jugendliche zusammen kommen, also Schule, Nachbarschaft und an selbst gewählten Treffpunkten. Peergroups dienen als Spielräume um neue Verhaltensweisen auszuprobieren und die eigene Identität zu bilden, bieten Orientierung und emotionale Geborgenheit. In der Peergroup wird ein aufkommendes Einsamkeitsgefühl überwunden, Selbstreflexion angeregt und der Glaube an die Einmaligkeit etabliert, um eine Ablösung von den Eltern sicherstellen zu können (Kleiber, 1999, S. 5). Die Jugendlichen unterstützen einander bei der Emanzipation und der Vertretung von Interessen gegenüber Erwachsenen. Sie bedienen sich dabei eigener Sprachcodes, Kulturmerkmale und Umgangsformen, um einerseits Gruppenkohärenz zu schaffen und andererseits eine Abgrenzung zur Erwachsenenwelt zu sichern. So wird die Peergroup zu dem Raum, in dem neue Möglichkeiten im Sozialverhalten und Verhaltensweisen, die jenseits der Peergroup unerwünscht sind, ausprobiert werden (Kleiber, 1999, S. 5) sowie altersspezifische Probleme und Fragen besprochen werden und ein Austausch über Problemlösungsstrategien und Denkmuster stattfindet (Adler & Oehler, 2005, S. 11). Die Jugendlichen erfahren in der Peergroup Orientierungshilfe und Fehlertoleranz, lernen Kompromisse einzugehen, bekommen die Möglichkeit zur Identifikation und lernen unterschiedliche Lebensstile kennen (Kleiber, 1999, S. 5). Der Umgang der Heranwachsenden untereinander wirkt sehr direkt, ist von hoher Motivation geprägt und unterstützt das implizite und soziale Lernen (Kleiber, 1999, S. 6). So werden Effekte erzielt, die die Basis für Peer-Involvement darstellen, denn Gleichaltrige sind bei der Suche nach Hilfe in Krisen- und Problemsituationen bedeutende Ressourcen (Nörber, 2003, S. 80; Schaefer et al., 2012, S. 165). Die Bedeutung der Peergroup für das Lernen sozialer Kompetenz lässt sich bereits im Kindesalter nachweisen. Piaget (1986) betont, dass Kinder voneinander ganz andere Dinge lernen als von Erwachsenen (Bastian et al., 1997, S. 9). Kinder befinden sich laut Youniss (2004) in asymmetrischen, unilateralen Beziehungen zu Erwachsenen (Bastian et al., 1997, S. 27), woraus folglich Autorität, Macht und Zwang das Erziehungsgeschehen mitbestimmen können. Die Beziehungen zu ihren Gleichaltrigen hingegen können Kinder jederzeit unterbrechen oder kündigen. Solche Beziehungsgeflechte sind lose und symmetrisch. Sie stellen ein Reservoir für wechselnde Freundschaften dar, in denen Popularitätsunterschiede genauso Raum finden, wie Aushandlungsprozesse auf der Basis von gleich zu gleich mit dem Effekt, dass die Interaktionsfähigkeiten der Kinder verbessert werden. Kompetenzen wie Hilfe und Kooperation lernen die Kinder am besten im Austausch mit anderen Kindern, was unzählige

Lernchancen den Kindern eröffnet (Bastian et al., 1997, S. 27). Folglich lohnt es sich Kinder mit Beratungskompetenz auszustatten und sie beispielsweise im schulischen Kontext ausgebildet einzusetzen (Schaefer et al., 2012, S. 168).

Gründe für die enorme Bedeutung der Beziehungen zu Gleichaltrigen im Kindes- und Jugendalter lassen sich kultur-historisch herleiten. Typisch für Kindheit und Jugend der westlichen Welt ist ein geschwisterloses Aufwachsen geworden, was in den 1990er Jahren in der BRD zu einem Anstieg der organisierten und verbandlichen Jugendarbeit geführt hat, so dass beispielsweise Jugendfreizeiteinrichtungen zum Raum der Freizeitgestaltung von gleich zu gleich wurden. Die Jugendphase entstrukturierte sich, die Adoleszenzphase verlängerte sich und die Sozialisation durch Erwachsene relativierte sich seitdem. Eine moralische Haltung und Werte wie Gerechtigkeit, Fairness oder die Bereitschaft zu teilen sowie die Fähigkeit sich in die Lage eines anderen zu versetzen oder sich zu behaupten und Kränkungen unbeschadet zu verarbeiten werden vornehmlich über Gleichaltrigenkontakte vermittelt (Nörber, 2005, S. 75), was bereits Forschungsergebnis der Shell-Studie 1997 war, wonach die Jugendlichen Demoralisierungs- und Ohnmachtsgefühle in ihrer Lebenswelt berichten. Diese gesellschaftlichen Entwicklungen der 1990er Jahre in der BRD führten dazu, dass ein größeres Interesse an peergestützten Gesundheitskonzepten erkennbar wurde. Projekte zu beispielsweise AIDS- und Sexualaufklärung, Raucher-, Alkohol- und Drogenprävention sowie Themen aus Sport, Ernährung und Stressreduktion wurden zunehmend in die verantwortungsvollen Hände von Peers für Peers gelegt (Kleiber, 1999, S. 5). Entscheidend für diese Form der Prävention ist ein doppelter Effekt sowohl auf Seiten der vermittelnden wie empfangenden Peers (Hamann & Schweigert, 2013, S. 26). Wenn Peer-Involvement dazu dient Einstellungen, Verhaltensweisen, Werte und soziale Normen durch die Interaktion mit Peers zu reflektieren, dann fördert dies bei Sender und Empfänger die Ich-Identität, Selbsterkenntnis, Selbstständigkeit, berufliche Orientierung, Zukunftsplanung und die Entwicklung von Zielen gleichermaßen. Somit fördert Peer-Involvement die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsaufgaben erleichtern Beratungsaufgaben, da sich die jugendlichen Berater*innen in dieser sensiblen Phase selbst befinden (Pruchnik, 2011, S. 43) und so ein niedrigschwelliges Beratungsangebot mit einem ähnlichen Sprachcode offerieren, was Nähe und Vertrauen schafft, um besonders einfühlsam beraten zu können und gemeinsame Lösungsmöglichkeiten mit den gleichgesinnten Klient*innen entwickeln zu können (Steininger, 2010, S. 86). Ähnliches gilt für Peermediation, denn die jugendlichen Mediator*innen kennen ihre Zielgruppe sehr genau. Sie sind in etwa im selben Alter und befinden sich

in einer ähnlichen Lebenssituation (der Pubertät) (Meyer & Findeisen, 2001, S. 46 f.), sprechen eine gemeinsame Sprache und die Peermediator*innen verstehen die streitenden Schüler*innen besser als Erwachsene (Hiemann, 2001), was zu einer glaubhaften Argumentation im Mediationsprozess führt und das für gelingende Konfliktbegleitung notwendige Annehmen und Explorieren bei den Konfliktparteien sehr gut ermöglicht (Meyer & Findeisen, 2001, S. 46).

Hurrelmann (1989) sieht in der Peergroup die zentrale Sozialisationsinstanz des Jugendalters, in der Autonomie und Partizipation bei den Heranwachsenden gefördert werden (Steiner & Heeg, 2016, S. 47) und folglich stellen Autonomie und Partizipation essenzielle Bedingungen für gelingendes Peer-Involvement dar (Unger, 2003, S. 507). Für die Jugendphase ist das Streben nach Unabhängigkeit typisch und daher erleben sich Jugendliche nicht gerne von ihren Eltern und anderen Erwachsenen abhängig und orientieren sich stärker an Gleichaltrigen bei ihren Autonomiebestrebungen (Metzger, Meili & Wyss, 2016, S. 142).

Wenn auch Kostenersparnis und ökonomische Effizienz häufig als Argumente für peergestütztes Lernen angebracht werden, handelt es sich beim Peer-Involvement keineswegs um eine „billige Methode mit hoher Multiplikationswirkung bei wenig Aufwand“ (Steiner & Heeg, 2016, S. 50). Die Ansprüche an die planenden und koordinierenden Erwachsenen sind hoch, sollen die ausgewählten Inhalte und Methoden im Rahmen der Peer-Vorhaben doch anschlussfähig an die Lebenswelt der Jugendlichen sein und Verarbeitungstiefe über naives Alltagswissen hinaus ermöglichen. Dies setzt auf Seiten der Erwachsenen hohe Sensibilität und Reflektiertheit bzgl. der eigenen Rolle voraus und verlangt den Begleiter*innen die Bereitschaft ab, Autonomie und Partizipation bei den Jugendlichen zuzulassen. Es empfiehlt sich ein Bottom-Up-Vorgehen mit thematischer Offenheit (Steiner & Heeg, 2016, S. 50). Für das schulische Peer-Involvement ergeben sich folglich massive Konsequenzen für die Rolle und Haltung des Lehrers. Nach Freire „ist [der Lehrer] nicht länger der Einzige, der lehrt, sondern einer, der selbst im Gespräch mit den Schülern belehrt wird... Sie sind gemeinsam verantwortlich für einen Prozess, in dem alle wachsen“ (Hiemann, 2001, S. 53).

Partizipation und Autonomie als anzustrebende Ziele und als notwendige Voraussetzung für gelindes Peer-Involvement lassen sich auch lerntheoretisch herleiten. Banduras, Millers und Dollards Beiträge zum Imitationslernen (Heinen, El Makhoukhi & Kerres, 2014, S. 293) und (Kleiber, 1999, S. 6) sowie Banduras sozial-kognitive Lerntheorie bzw. seine Theorie des sozialen Lernens (Bandura, 1979 zitiert nach (Lampert, 2003, S. 463) stellen brauchbare Theorie- und Modellzusammenhänge zur Verfügung

um Peer-Involvement in seiner Wirkungsweise nachvollziehen zu können. Demnach fungieren Gleichaltrige bzw. Gleichartige als Modelle für Verhaltensweisen und Einstellungen (Kleiber, 1999, S. 6). Dabei ist wichtig, dass die agierenden Peers ihrer Zielgruppe nicht nur ähnlich sind, sondern als Modelle bei den agitierten Peers einen hohen sozialen Status und Prestige genießen, um über Sympathie die zu erzielende Einstellungs- und Verhaltensänderung bei ihren Adressat*innen durch Imitation anzuregen. Das imitierte Zielverhalten wird anschließend durch Zuspruch durch die Peer-group positiv verstärkt (Kleiber, 1999, S. 6). Neben dem aufgezeigten Modelleffekt spielt auch die erlebte Selbstwirksamkeit in dem Zusammenhang eine bedeutende Rolle (Sauer et al., 2002, S. 133), denn „je involvierter die Rezipienten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass der pädagogische Inhalt sie erreicht“ (Lampert, 2003, S. 464). Für den Peer-Involvementzusammenhang ist entscheidend, dass Lernen hier nicht als rein kognitiver Prozess aufgefasst werden darf, sondern v.a. die partizipativen Kompetenzen vielmehr handelnd herausgebildet werden. Es entsteht also ein sowohl formeller als auch informeller Lernprozess, der höchst emotional von allen Beteiligten erlebt wird und dadurch nachhaltige Effekte im Verhalten bei den Peer-Educators und deren Zielgruppe erzielt (Heinen, El Makhoukhi, Kerres, 2014, S. 293 f.). Für die schulische Peer-Präventionsarbeit ergibt sich folglich der Anspruch, dass sie sich nicht einseitig kognitiver (Information vermittelnd) oder emotionaler (Betroffenheit erzielend) Strategien bedienen darf, sondern zusätzlich auch sozial (Beziehung stiftend) konzipiert sein muss (Kleiber, 1999, S. 4). Dies verlangt vom Schulsystem eine Orientierung an handlungsorientierten Unterrichtsmethoden, vermehrte Projekt- und Gruppenarbeit und setzt auf Seiten der Lehrerschaft voraus, dass sie Vertrauen in die bereits vorhandenen Kompetenzen ihrer (beratenden) Schüler*innen haben und an kooperativen Lösungen interessiert sind. Lehrer*innen übernehmen dann ihre Rolle als Lernbegleiter*innen, die Verantwortung für die Beteiligten und den Lerngegenstand wahrnehmen, um eine partizipative Bildung zu fördern und Demokratie zu üben (Heinen, El Makhoukhi, Kerres, 2014, S. 293).

Neben den erwähnten positiven Effekten auf Autonomie, Partizipation und Persönlichkeitsentwicklung bei den Schüler*innen werden durch peergestützte Lernarrangements auch Netzwerkressourcen in Peergroups gestärkt (Kleiber, 1999, S. 6). Die Peergroup ist das wichtigste soziale Netzwerk im Leben der Jugendlichen und funktioniert per se präventiv (Sauer et al., 2002, S. 133). Diese gemeindepsychologische Perspektive betont die präventiven Netzwerkressourcen und Empowerment-Strategie von Peer-Involvement. Dabei bildet die Netzwerkdichte die Menge und Qualität der

Beziehungen innerhalb der Peergroup ab. Das Netzwerk stellt dem einzelnen Jugendlichen Ressourcen zur Bewältigung anstehender alltäglicher Herausforderungen, Aufgaben und Belastungen zur Verfügung. Soziale Integration innerhalb der Peergroup fördert das psychische Wohlbefinden. Daraus ergibt sich für Peer-Involvementvorhaben, dass die Bildung von Freiwilligengruppen zu möglichst subjektiv bedeutsamen Themen und Inhalten bestmögliche Wirkung erzielen. Dieser Anspruch lässt sich noch erweitern, wenn innerhalb von peergestützten Lernvorhaben die Organisation, Planung, Durchführung und Evaluation möglichst autonom erfolgen sollen (Kleiber, 1999, S. 4). Inwiefern Schule als systemisch geregelte Institution diesem Anspruch bei der Umsetzung von peergestütztem Lernen nachkommen kann, soll an späterer Stelle noch diskutiert werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das soziale Lernen beim Peer-Involvement im Vordergrund steht und sich daher von traditionellen Bildungs- und Erziehungsansätzen unterscheidet.

2.3 Wie erfolgreich sind beratende Schüler*innen? – Wirksamkeitsforschung zu Peer-Involvementprogrammen

Kontrollierte Evaluationsstudien finden sich zu Peer-Involvementvorhaben nur selten (Hermes, 2019, S. 34). Im angloamerikanischen Sprachraum sind die Forschungsaktivitäten zwar aufgrund der langen Tradition von Peer-to-Peer-Ansätzen noch größer als im deutschsprachigen Raum, doch konnte keine Studie gefunden werden, die Peer-Involvement im Zusammenhang mit schulischem Psychologieunterricht untersucht. Dies mag zweierlei Gründe haben: zum einen ist die Anzahl der Schulen mit einem Unterrichtsangebot in Psychologie vor allem im allgemeinbildenden Schulsektor mit derzeit 37 Schulen im gesamten Bundesland NRW² sehr begrenzt, zum anderen ist mit der Technischen Universität Dortmund als einzige universitäre Ausbildungsstätte für Psychologielehrer*innen in der Bundesrepublik Deutschland die Anzahl möglicher Forschungsstellen zu schulischen psychologiedidaktischen Fragestellungen sehr gering. Eine Recherche der aktuellen Forschungsvorhaben am Lehrstuhl für Didaktik der Psychologie an der Technischen Universität Dortmund lieferte keine Aktivitäten in Bezug auf Peer-Involvement im Zusammenhang mit Psychologieunterricht sowohl an allgemeinbildenden wie berufsbildenden Schulen.

² https://www.schulministerium.nrw.de/BiPo/SchuleSuchen/pages/schulsuche/such_ergebnis.xhtml
[Datum des Aufrufs: 30.03.2021]

Auch wenn für die vorliegende Arbeit keine der Fragestellung direkt angemessenen Studien gefunden wurden und der Blick erweitert werden muss, um Forschungsmaterial zur Legitimation der Idee eines peergestützten Psychologieunterrichts ausfindig machen zu können, existieren durchaus empirische Belege dafür, dass Jugendliche sinnvoll und zielführend gegenüber ihren Gleichaltrigen Beratungs- und Bildungsaufgaben übernehmen. Im Folgenden soll daher der aktuelle Forschungsstand systematisiert vorgestellt und diskutiert werden. Dabei werden die unterschiedlichen Peer-Involvementformen Peer-Education, Peer-Counseling, Peer-Mediation und Peer-Tutoring in ihrer Wirkungsweise sowohl für den deutschsprachigen als auch den angloamerikanischen Raum aufgezeigt und bezüglich ihrer Aussagekraft miteinander verglichen.

Tab. 1: Forschung zum Peer-Involvement

(Quelle: eigene Darstellung)

Studien zum Peer-Involvement

Studie und Zielsetzung	Design	Ergebnisse	Auswertung
Funktion von Beratung durch Gleichaltrige (Metzger et al., 2016)	Befragung, N=514, beide Geschlechter, 12-20 Jahre, Typologie sozialer Unterstützung (Diewald, 1991)	Beratung durch Gleichaltrige als häufigste Unterstützungsform zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben	Legitimiert das praktische Potenzial von Peer-Involvementvorhaben

Tab. 2: Forschung zur gesundheitsbezogenen Peer-Education

(Quelle: eigene Darstellung)

Studien zur gesundheitsbezogenen Peer-Education

Studie und Zielsetzung	Design	Ergebnisse	Auswertung
Veränderungen in der Verhütung durch Peer-Education (Appel & Kleiber, 1999)	Kontrollgruppendesign mit dreiviertel-Jahr-Follow-Up, Effekte auf die Peer-Educator-tätigkeit im Zusammenhang mit Kondomverwendung, schulformspezifische Unterschiede bei der Einstellung zum Kondomgebrauch, Vergleich eines Peer-Education-Programms mit Theaterstück	Eduactortätigkeit steigert das Selbstwertgefühl; Peer-Educators sollten 1-3 Jahre älter sein als Zielgruppe, Gesamtschüler*innen beste Effekte des Programms, beste Bewertungen der Educators, bessere Einstellungsänderungen als nur bei Theateraufführung, langfristige positive Effekte bei Peereducators: mehr themenbezogenes Wissen, höhere Kommunikationskompetenz, gesteigertes Selbstwertgefühl, mehr sexuelles Selbstbewusstsein	Einschränkung des Prinzips ‚von Gleich zu Gleich‘, strukturelle Vorteile der Gesamtschule im Schulformvergleich, nicht nur positive Effekte bei der Zielgruppe, auch bei den Educators selbst und das langfristig,

Sensibilisierung und Aufklärung für Drogen- und Alkoholverzicht am Steuer (Christoph & Heckmann, 2005)	Sachsen-Anhalt, 2004, 549 Peer-Einsätze mit 5880 Fahrschüler*innen, Feedbackbefragung, 6- und 18-Monats-Follow-Up, Kontrollgruppendesign	Positive Feedbackbefragungsergebnisse	Sensibilisierung und Aufklärung erreicht, sinnvolle Ergänzung für Suchtprävention und Verkehrserziehung, relativ kostengünstig im Vergleich zu medizinischer Versorgung bei schweren Verkehrsunfällen
Ecstasyprävention (Silins, Bleeker & Copeland, 2010)	Keine Angabe	Positive Effekte wenn Peereducators Erfahrungen und Affinität zur konsumierenden Subkultur haben sowie als warmherzig, unterstützend, vertrauenswürdig, attraktiv wahrgenommen werden und den Adressat*innen bei Ethnizität, Geschlecht und Alter entsprechen	Partizipativer Anspruch bei der Planung von Peer-Educationprogrammen (z.B. durch Beteiligung der Zielgruppe bei Auswahl der Peer-Educators)
Evaluation von Drogenpräventionsprogrammen (Black et. al., 1998)	Metaanalyse zu 120 Programmen bei 6. – 8. Klasse	Deutliche Überlegenheit interaktiver Trainings im Vergleich zu Polizistenvorträgen	Interaktive Methodenauswahl unterstützt den Peer-Gedanken
Prävention in peergeleiteten Gruppen nach dem Life-Skill-Ansatz (Botvin, 1996)	Keine Angabe	Signifikant bessere Ergebnisse	
Peer-Education und Einbeziehen der Eltern (Rollin et. al., 1995)	Keine Angabe	Beste Wirksamkeit unter Einbeziehen der Eltern	Systemische Sichtweise besonders effektiv
EURO-PEERS-Programm (Dobler-Mikola et. al., 1998)	Keine Angabe	Kompetenzsteigerung im Bereich Problembewältigung, Konfliktfähigkeit und Resistenz gegenüber Gruppendruck	Vielfältiger Nutzen für Educators und Adressat*innen
Life-Skill-Ansatz zur Suchtprävention (Sauer et al., 2002)	Kontrollgruppendesign, N=175 berufsbildende Schülerinnen, 14-17 Jahre, Prä-Post-Fragebogen-Messung	6 Monate: Kaum stabile suchtpreventive Effekte, aber reine Sachinformation ohne Maßnahmen wirkungslos zur gesundheitsförderlichen Einstellungs- und Verhaltensänderung	Stärkung der persönlichen Ressourcen im schulischen Kontext sinnvoll, praktischer Nutzen und förderliche Rahmenbedingungen der Institution Schule sind essenziell
Evaluation eines Peer-Programms zur Förderung der psychischen Gesundheit (O'Reilly et al., 2016)	Fragebogen, Prä-Post, 30 Irische Highschoolschüler*innen, 15-17 Jahre, Workshops mit Peers für Wissenszuwachs, gegen Stigmatisierung, Ziel: Steigerung der Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen	Signifikante Werte bei Präsentationsskills, Wissenszuwachs über psychische Gesundheit, Überzeugung Hilfe in Anspruch zu nehmen, keine positiven Effekte bei Glaube von anderen stigmatisiert zu werden bei Inanspruchnahme von Hilfe	Peerbasierte Psychoedukation kann Stress lindern, durch Wissenszuwachs frühere professionelle Hilfe anbahnen im Kontext Schule, für das eigene Projekt sehr ermutigend, geringe Stichprobengröße, Reliabilität und Validität gering, nur Educator*innen-sicht, kein Follow-Up

Evaluation eines schulischen peerbasierten Ärgertrainings (Presley & Hughes, 2000)	Weibliche Peertrainerinnen in Individualtrainings mit Förderschüler*innen, Erfassung (non)verbaler Ausdrucksmittel, Prä-Post, Follow-Up, Beobachtung durch pädagogische Mitarbeiter*innen mit Checklisten und Likertskala, Fragebogen bei Peertrainerinnen und Teilnehmer*innen	Pädagog*innenperspektive: keine Effekte bei Teilnehmer*innen, Trainerinnenperspektive: positive Effekte	Kritik: ausschließlich weibliche Trainer Relevant für Psychologieunterricht: Schüler*innen haben ggf. zu Verhaltensauffälligkeiten bei Zielgruppe basale Vorkenntnisse um solche Trainings umzusetzen
--	---	---	--

Obwohl die Menge und Qualität der referierten Studien zur Peer-Education zwar unbefriedigend sind, sind die erzielten Ergebnisse jedoch für die vorliegende Arbeit ermutigend, da interaktive Programme keinen oder rein informativen Aktionen immer vorgezogen werden sollten. Das im späteren Verlauf der Arbeit vorgestellte Programm setzt auf Interaktivität.

Auch für den Bereich des Peer-Counselings wird insgesamt eine unbefriedigende Forschungstätigkeit zur Evaluation der Wirksamkeit referiert (Hermes, 2019, S. 34).

Tab. 3: Forschung zum Peer-Counseling im Kontext von Behinderung und Empowerment

(Quelle: eigene Darstellung)

Studien zum Peer-Counseling im Kontext von Behinderung und Empowerment

Studie und Zielsetzung	Design	Ergebnisse	Auswertung
Zufriedenheit mit Peer-Beratung bei Menschen mit Behinderung (Hermes, 2019)	Befragung des LVR mit Nutzer*innen der Peer-Beratung in Fragen im Zusammenhang mit Behinderung	90% schätzen, dass ein gemeinsamer Erfahrungshorizont vorliegt, 70% sprechen lieber mit einer Person, die ebenfalls eine Behinderung hat, 83% sehen gemeinsame Lebenssituation als Erfolgsgarant, 66% schätzen gleiche Art der Behinderung zwar als hilfreich, aber nicht notwendig ein	Gemeinsame Lebenserfahrung und -situation können sich förderlich auf die Empathie und somit auf den Beratungsprozess und das -ergebnis auswirken
Empowermentschulungsevaluation (Hermes & Rösch, 2019)	Befragung der 65 Teilnehmer*innen einer Empowermentschulung der „Selbstbestimmt-leben-Organisation-Deutschland“	Peeraspekt wichtiger als Übereinstimmung der Beeinträchtigungsform, Authentizität, Glaubwürdigkeit, Fachwissen und behinderungsspezifisches Erfahrungswissen müssen mitgebracht werden, Beratungstätigkeit steigert bei den Berater*innen und	Berater*innen, Ratsuchende und Schulungstrainer*innen profitieren vom Peer-Counseling

		Ratsuchenden das Selbstbewusstsein	
--	--	------------------------------------	--

Mediengestützte Peerberatung nimmt in den letzten 20 Jahren nicht nur kontinuierlich zu, sondern scheint auch gut evaluiert zu sein. Mehrere Studien zur Online- und Telefon-Peer-to-Peer-Beratung konnten recherchiert werden, die allesamt positive Evaluationsergebnisse beinhalten.

Tab. 4: Forschung zum mediengestützten Peer-Counseling

(Quelle: eigene Darstellung)

Studien zum mediengestützten Peer-Counseling

Studie und Zielsetzung	Design	Ergebnisse	Auswertung
Evaluation eines chat- und mailbasierten Suizidpräventionsprogramms (Robinson et. al., 2016)	Keine Angabe	Reduktion der Suizidgedanken bei Klient*innen, Beraterinnen agieren aus altruistischen Motiven, erleben einen Wissenszuwachs, schätzen die gemeinsame Zeit im Team (v.a. zur Bewältigung des belastenden Themas Suizidalität), Depressionsniveau sank bei Beraterinnen und Klient*innen, mitzubringen sind: stabile Persönlichkeit, Empathie, Offenheit und Verständnis	Kostengünstig, verhaltenstherapeutisch orientiert, stärkt die psychische Gesundheit bei Berater*innen, Einschränkung: männliche Berater und Teilnehmer unterrepräsentiert
Evaluation eines Mailberatungsangebots bei Suizidgefährdeten Jugendlichen (Feist, 2010)	Keine Angabe	Gründe für die Mailberatung: Anonymität, spontanes Agieren, Vertrautheit mit dem PC, Überlegen vor dem Schreiben und Lesen in Ruhe, mehr Verständnis, Akzeptanz, Kongruenz, Wertschätzung, Transparenz, Sympathie, Empathie und emotionale Kompetenz durch Peer-Berater*innen, steigende Nutzer*innenzahlen und Kontaktzeiträume, mehr als die Hälfte der Ratsuchenden berichtet eine Verbesserung der Situation, ein Drittel beschreibt gleichbleibenden Zustand	Gute Ergänzung zu weiteren therapeutischen Settings, erreicht kaum männliche Nutzer und solche mit Migrationshintergrund sowie bildungsferne Klient*innen, Stichprobengröße nicht repräsentativ, keine reliablen und validen Aussagen möglich
Evaluation einer peer-gestützten Mailberatung	Problemzentrierte, leitfadengestützte	Wenig bis mäßig belastend für die Berater*innen, Profit bei	Begleitangebot zu medizinischen und therapeutischen Settings,

(Weiss et al., 2020)	Interviews mit Ehrenamtler*innen, 16-25 Jahre	Kommunikation und psychische Gesundheit, stärkt die Therapiemotivation bei Klient*innen	erreicht zu wenig junge Männer und bildungsferne Jugendliche
Evaluation des peerbasierten Kinder- und Jugendtelefons Hamburg (Steininger, 2010)	Keine Angabe	4151 Anrufe, 916 Beratungsgespräche, breiter Problemkatalog, Berater*innen schätzen Anerkennung, Praxis- und Lebenserfahrung, Gruppenerfahrung, berufliche Entwicklung und Öffentlichkeitsarbeit	Nachwuchs zu rekrutieren wird durch Druck in der Schule schwer
Evaluation der peerbasierten Mail- und Chatberatung für LSBTIQ-Anliegen „In an Out“ (Müller, 2017)	Befragung von 15 Ehrenamtler*innen, 16-27 Jahre und Klient*innen	500-600 Kontakte im Jahr 2015, 97% schätzen, dass der/die Berater*in selbst LSBTIQ ist, zwei Drittel schätzen das ähnliche Alter	Besonderheit: erfahrene Peer-Berater*innen bilden neue Peer-Berater*innen aus, Chat und Mail ergänzen sich gut als Türöffner und längerfristiges Beratungsmedium

Gerade in den aktuellen Zeiten der Covid-Pandemie ist die peerbasierte mediengestützte Beratung sicherlich sehr sinnvoll und vielleicht auch nach Überwinden der Pandemie hinaus, denn auch im Beratungssektor sind die Vorzüge der mediengestützten Kommunikation hilfreich bei der Umsetzung peerbasierter Beratungsangebote.

Auch für Peer-Tutoring finden sich vielversprechende Forschungsergebnisse. Diese Methode mit leistungsheterogenen Tandems fördert nicht nur die Schulleistung (z.B. Lese- und Schreiblernstrategien oder einfache Rechenoperationen), sondern auch das soziale Lernen in der gesamten Klasse. Die Wirksamkeit konnte in mehreren Studien auch bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten, Lernschwierigkeiten und leichten kognitiven Einschränkungen nachgewiesen werden (Krizan & Hecht, 2018, S. 243). Neben den positiven Effekten auf die erhöhte Aktivität und Unterrichtseteiligung sowie die Leistungsmotivation lernschwacher Kinder (Büttner et al., 2012, S. 4) ließen sich auch Steigerungen auf das Selbstkonzept der Kinder nachweisen (Krizan & Hecht, 2018, S. 243).

Tab. 5: Forschung zum außerschulischen Peer-Tutoring

(Quelle: eigene Darstellung)

Studien zum außerschulischen Peer-Tutoring

Studie und Zielsetzung	Design	Ergebnisse	Auswertung
Nutzen außerschulischen peergestützten Lernens (Haag & Streber, 2011)	längsschnittliches Prä-Post-Kontrollgruppen-Design, 50 Tutor*innen und 98 Tutand*innen und statistische Zwillinge, 5.-8. Klasse bayrische Realschule	Verbesserung in Englisch- und Mathematiknote, keine Verbesserungen im Bereich Persönlichkeit	Erfolgreich wirken klare Aufgabenstellung, kleine Lernschritte, Anleitung der Tutor*innen und Elternarbeit
Evaluation eines Computer-Peer-Tutor*innen-Programms (Jaschinski & Grob, 2004)	126 Haupt- und Sonderschüler*innen, 11-20 Jahre, Peer-to-Peer-Vorgehen, dreistufiges Training über 2 Jahre	Jugendliche mit Peer-Unterweisung schnitten gleich gut ab wie von Erwachsenen, Steigerung fachlicher Fähigkeiten, Selbstkonzept, Erfolgsorientierung und positive Lebenseinstellung	Demonstration effektiver als verbale Unterweisung

Auch wenn Peer-Programme nicht vorrangig mobbingpräventiv angelegt sind, finden sich durchaus Ergebnisse aus Evaluationsstudien, die den Einsatz von Peer-Methoden zu diesem Zweck rechtfertigen, z.B. Salmivalli (2001), Menesini et. al. (2003), Stevens et. al. (2000) und Cowie (2000) (Vgl. Porter & Smith-Adcock, 2011, S. 201 ff.).

Tab. 6: Forschung zur peerbasierten Mobbingprä- und -intervention

(Quelle: eigene Darstellung)

Studien zu peerbasierten Antimobbingprogrammen

Studie und Zielsetzung	Design	Ergebnisse	Auswertung
Evaluation von Peerprogrammen an Schulen (Ttofi & Farrington, 2012)	Großbritannien	Keine Effekte zur Mobbingvorbeugung, positive Effekte für Strategien zur Beendigung von Mobbing (Hilfe durch Umstehende)	Behutsame Einführung der Strategien wichtig
Evaluation Peer-Beratungsangebot im Mobbingfall (Michael John Boulton, 2014)	Gruppendiskussionen, 99 Schüler*innen	Mobbing als Hauptgrund für das Aufsuchen des Peer-Beratungsangebots	Angebot wird erst nach wiederholtem massivem Mobbing aufgesucht
Evaluation von zwei Peer-Beratungsangeboten im Mobbingfall im Vergleich zu anderen Unterstützungsangeboten (Boulton, 2005)	Gruppendiskussion mit Schüler*innen von zwei britischen weiterführenden Schulen	Hilfe eines Freundes im Mobbingfall häufigste Interventionsform, 22% haben Peer-Beratungsangebot bereits genutzt, 1 Drittel präferiert gleichgeschlechtliche*n Berater*in, Mädchen nutzen das Angebot eher als Jungen, 2 Drittel	

		würden einem Freund die Nutzung des Angebots erzählen (Mädchen noch eher als Jungen), Angst vor Stigmatisierung hemmt das Erzählen einem Freund gegenüber	
--	--	---	--

Im Bereich der Peer-Mediation finden sich ebenfalls vielversprechende Evaluationsergebnisse, v.a. im angloamerikanischen Sprachraum.

Tab. 7: Forschung zur Peer-Mediation

(Quelle: eigene Darstellung)

Studien zur Peer-Mediation

Studie und Zielsetzung	Design	Ergebnisse	Auswertung
Evaluation eines schulischen Peer-Mediationsprogramms (Young, 1997)	Fragebogenerhebung, Schüler*innen Klassen 8-11	Mediator*innen fühlen sich mit den notwendigen Skills zur Vertrauensbasis und Konfliktberatung ausgestattet	Entsprechende Skills könnten Psychologiestudenten*innen ggf. bereits durch die Unterrichtsinhalte mitbringen
Effektivität peerbasierter Unterstützungsangebote (Kilgariff et. al., 1999)	Selbsteinschätzungsfragebogen, 43 Peer-Helfer*innen, Klasse 10-12	Helfer*innen fühlen sich gut auf Ihre Tätigkeit vorbereitet	Auch Themen aus dem Spektrum psychischer Erkrankungen begegneten den Helfer*innen, Psychologieunterricht kann darauf angemessen vorbereiten
Wirkungsweise peerbasierter Streitschlichtung und Täter-Opfer-Ausgleich im schulischen Kontext (Glattacker et. al., 2002)	Formative Evaluation, direkte Veränderungsmessungen im Querschnittsdesign, quantitativ und qualitativ, Zeitraum 11 Monate	Quantitativ: 70 Konflikte, 33 Schlichtungen, 37 Mediationen und Täter-Opfer-Ausgleiche, Schüler*innen- und Mediator*innenperspektive positiv, Lehrer*innenperspektive keine Veränderungen, aber Entlastung Qualitativ: Mediator*innen profitieren bei Problemlösekompetenz, anderen zu helfen, Kontakt mit anderen zu kommen, insgesamt Schulnoten gut bis sehr gut	Mit verändertem Konzept auch für Lehrer*innen attraktiv

Aus der systematischen Auflistung der empirischen Befunde zum Peer-Involvement und seinen Unterformen wird deutlich, dass der Anspruch an Partizipation und Demokratie im Beratungsprozess genauso gewährleistet werden kann wie die prozess- und ergebnisorientierte Beratungsqualität. Auch wenn das Feld bislang wenig erforscht ist, zeigen sich Tendenzen, die solche Beratungsformen legitimieren.

2.4 Wie funktioniert Peer-Involvement in der schulischen Praxis? – ausgewählte Beispielprogramme

Eine Recherche auf den Homepages der Gymnasien und Berufskollegs mit dem Unterrichtsfach Psychologie bezüglich peerbasierter Aktivitäten ausgehend vom Psychologieunterricht blieb erfolglos. Möglicherweise gibt es solche Projekte, die zwar nicht publiziert werden, eine Befragung der Lehrkräfte an den Schulen wäre für die Zukunft zur Beantwortung dieser Frage ggf. zielführend. Darüber hinaus finden sich in der Schullandschaft aber durchaus peerbasierte Projekte, die den Schüler*innen Bildungs- und Beratungsauftrag abverlangen.

Bereits 1992 wurde an einer niedersächsischen Hauptschule ein Projekt zur Schullaufbahnberatung von Achtklässlern durch Zehntklässler mit dem Ziel mehr Schüler zur Teilnahme an der Klasse Zehn zu motivieren durchgeführt. Neben der Zunahme der Absolvent*innenzahl ließ sich bei den Peerberater*innen zudem durch die Beratungstätigkeit eine motiviertere und zielstrebigere Arbeitshaltung bis zum letzten Schultag erkennen. Für Lehrer*innen wird bei solchen Projekten eine zurückhaltende Rolle empfohlen (Vgl. Bultmann, 1992).

In einem drei Tage umfassenden Ausbildungstraining werden Schüler*innen zu Multiplikator*innen zu suchtpreventiven Themen in und außerhalb von Schule unter der Bezeichnung „Schüler für Schüler“ an einer Mittelschule in Chemnitz seit 1996 ausgebildet. Neben Selbstreflexionsanteilen erhalten die Schüler*innen Kenntnisse zu süchtigem Verhalten, Suchtmittelkultur, Suchtentwicklung und -ursachen, Gesprächsführung, Moderation und Präsentation in Workshops und Seminaren sowie Informationen zu hilfeorientierten Netzwerken zur Weiterverweisung. Während des Beratungsprozesses werden die Multiplikator*innen einmal pro Monat von einem Mitarbeiter der mobilen Drogenhilfe fortgebildet und supervidiert. Die Multiplikator*innen sind tätig in den Klassen fünf bis zwölf, in Grundschulen, bieten Elternabende, Projektstage, Tage der offenen Tür an und nehmen an öffentlichen Veranstaltungen teil (Vgl. Meyer & Findeisen, 2001).

Am Ernst-Moritz-Arndt-Gymnasium Bonn findet seit 2010 ein sehr interessantes Peerprojekt unter der Bezeichnung ‚Schüler-beraten-Schüler (SbS)‘ auf Initiative von Oberstufenschüler*innen statt. Beeinflusst durch das Buddy-Landesprogramm NRW werden interessierte Schüler*innen an drei Wochenenden von zwei Beratungslehrer*innen und einem Psychologen fachlich und beratungsmethodisch ausgebildet sowie im Rahmen einer AG supervidiert. Das Projekt verfolgt einen systemischen Ansatz (Einbindung der Eltern und des Kollegiums in die Beratungsarbeit) und vermittelt

lösungsorientierte Beratungskompetenz mit dem Ziel Selbstwirksamkeitserfahrung und Resilienzfaktoren bei Berater*innen und Klient*innen auszubilden. Auch wenn bisher keine gesicherten Evaluationsdaten vorliegen, beobachten die Ausbilder*innen einen deutlichen Profit für die Schule und die beratenden Schüler*innen (Vgl. Schaefer et al., 2012).

Ein seit Jahren an deutschen Schulen etabliertes Gewaltpräventionskonzept auf Peer-to-Peer-Basis ist das von der Landesanstalt für Medien (LfM) begleitete Projekt ‚Mediencouts‘, bei dem Schüler*innen und Beratungslehrer*innen von Trainer*innen für medienbezogene Peer-Projekte an ihren Schulen mit Multiplikationseffekt zertifiziert ausgebildet werden (Vgl. Heinen et al., 2014). Dabei verfolgt das Programm in fünf Modulen mit 20 Stunden Umfang die Prinzipien Selbsterkundung und Reflexion der eigenen Mediennutzung, individueller Wissens- und Erfahrungszuwachs, Informationserwerb zur Weitergabe an andere Zielgruppen und Kennenlernen von Methoden zur Gestaltung von Workshops und zielt ab auf die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Selbstsicherheit. Erfolgreich wird das Projekt an Schulen, wenn es von engagierten Lehrkräften unterstützt wird (Vgl. Blaich, 2015).

In Schleswig-Holstein findet seit 2010 ein peerbasiertes Projekt zur Gewaltprävention und Förderung von Medienkompetenz in den Klassen fünf und sechs statt. Neben technischen Möglichkeiten und rechtlichen Konsequenzen im Zusammenhang mit z.B. Cybermobbing werden Bausteine für eine konstruktive Konfliktkultur erarbeitet. In vier Tagesseminaren werden die Peer-Educators geschult in Medienkompetenz, Reflexion der eigenen Mediennutzung und Methoden der Gewaltprävention. Voraussetzungen für eine gelungene Etablierung des Projekts sind Vorerfahrungen mit Konfliktlotsen, einer Lehrkraft als verantwortlicher Ansprechpartner, Einbindung in das Kollegium, Öffentlichkeitsarbeit und Würdigung des Engagements. Migrationshintergrund auf Seiten der Scouts kann dabei nützlich sein. Das Projekt wird Schulen anstelle eines generellen Handyverbots empfohlen (Vgl. Gomolzig, 2010).

Das bereits erwähnte peerbasierte Mediationskonzept an Schulen ‚Konfliktlotsen‘ bietet Ganztagschulen Möglichkeiten der gewaltfreien Konfliktregelung. 2003 nahmen bereits 80 Berliner Schulen an dem Programm teil, bei dem im Rahmen einer Projektwoche innerhalb eines 30-Stunden-Wochenkurses Konfliktmoderationen unter anderem nach dem Harvard-Modell und nach Watzlawick eingeübt werden um dem Polizeimangel in Berlin etwas entgegensetzen zu können (Vgl. Kraus, 2003).

Ähnliche Ziele verfolgt das von Henke (2006) publizierte und an Schulen weit verbreitete Mediationsprogramm. Die Autorin empfiehlt ca. zwei Jahre ältere

Streitschlichter*innen als die Konfliktparteien, welche neben der Harvard-Methode Kenntnisse in der Transformativen Mediation nach Bush und Folger und das Eisbergmodell nach Hagedorn in einem 20-stündigen Ausbildungstraining am besten außerhalb der Schule erwerben, um eine Verhaltensänderung bei den Konfliktparteien zu ermöglichen. Dabei haben sich interessanterweise Schüler*innen, die von Lehrer*innen als problematisch und schwierig wahrgenommen werden, als sehr gute Streitschlichter*innen aufgrund ihres Einfühlungsvermögens und die Anerkennung und das Durchsetzungsvermögens bei Gleichaltrigen erwiesen (Vgl. Henke, 2006).

Auch der Einsatz körperbehinderter Schüler*innen hat sich nach Hanke und Heider (2012) an einer Förderschule zum Rückgang von Gewalttaten empfohlen. Die Zahl der Vorfälle insgesamt verringerte sich und die Streit- und Konfliktkultur sowie das allgemeine Schulklima haben sich gebessert. Förderlich ist sicherlich für das Gelingen die insgesamt geringe Klassenstärke bei intensiver pädagogischer Betreuung durch Lehrkräfte, Pädagog*innen und Therapeut*innen (Vgl. Hanke & Heider, 2012).

Im peeredukativen Projekt ‚Demokratieboten‘ für Schüler*innen der achten Klasse an zehn weiterführenden Schulen in Hessen, das vom Bundesprogramm ‚Demokratie leben‘ unterstützt wird, werden Methoden der Peer-Education mit denen des interaktiven und kreativen Theaters verknüpft, um in wöchentlichen Mediationseinheiten einen positiven Beitrag für das Schulklima leisten zu können. Innerhalb der zweijährigen Projektlaufzeit sollen im Wahlpflichtunterricht und in Arbeitsgemeinschaften Themen wie Extremismus, Vorurteile, Vielfalt und Engagement behandelt werden (Vgl. Tuncel, 2019).

3. Psychologieunterricht und Peer-Involvementpotenziale

Um das beratungsbezogene Kompetenzspektrum des Psychologieunterrichts bewerten zu können, muss ein Vergleichshorizont aufgestellt werden, vor dessen Hintergrund das Curriculum und die Fachdidaktik des Psychologieunterrichts kritisch bezüglich ihrer Potenziale zum Peer-Involvement analysiert werden. Dieser Vergleichshorizont wird aus den zuvor dargestellten Erkenntnissen der Theorie- und Wirksamkeitsbeiträge für peerbasierte Bildungs- und Beratungsarbeit von Jugendlichen abgeleitet, um Konkretisierungen aus einem Modulhandbuch eines Bachelorstudiengangs mit Beratungsschwerpunkt einer Hochschule ergänzt und innerhalb des folgenden Kapitels mit den Kompetenzen und Inhalten der Curricula und didaktisierten Materialien zur Gestaltung des Psychologieunterrichts zu Fragen der Vermittlung von Beratungskompetenz und des klinisch-psychologischen Wissenstransports beantwortet, mit dem Ziel

die These zu diskutieren, dass Psychologieunterricht sich von seiner Konzeption und seinen Kompetenzen sowie Inhalten im Fächerkanon der Sekundarstufe II besonders eignet Schüler*innen einen Beraterischen Beitrag zur Förderung der (psychischen) Gesundheit an Schulen zu leisten. Ähnlich wie bereits bemängelt wurde, dass Publikationen zur Wirksamkeit von peerbasierten Aktivitäten im Zusammenhang mit Psychologieunterricht nicht existieren, konnten auch keine Veröffentlichungen zur Frage, welche Potenziale der Psychologieunterricht zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen bzw. zur Förderung Beraterischer Expertise bei den Schüler*innen bereithält recherchiert werden. Dieser Umstand ist möglicherweise auch dadurch zu erklären, dass die Menge an Publikationen aus dem Spektrum der schulbezogenen Psychologiedidaktik insgesamt sehr gering ist und die didaktischen Modelle, die seit Einführung des Unterrichtsfachs und dem Beginn der Ausbildung von Psychologielehrer*innen mittlerweile veraltet sind. Die neuesten Monografien, die einen Überblick zur Didaktik des Psychologieunterrichts an allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen geben wollen, beschäftigen sich mit den für diese Arbeit interessanten Fragestellungen nach dem Beraterischen und psychischen Gesundheitsfördernden Potenzial nur unzureichend.

Wenn man sich die Frage stellt, über welche Beratungsansätze und -methoden erfolgreiches Peer-Counseling verfügt, stößt man immer wieder auf den Personzentrierten Ansatz nach Rogers (Vgl. Pruchnik, 2011), (Vgl. Rothenberg, 2011), (Vgl. Combrink-Souhjoud, Bauer & Jahnke, 2016), (Vgl. Ruppe, 2011) und (Vgl. Unger, 2003) sowie systemische bzw. lösungsorientierte Beratungsansätze (Vgl. Rothenberg, 2011), (Vgl. Ruppe, 2011) und (Vgl. Unger, 2003). Konkretisiert werden diese beiden Beratungsschulen wie folgt: der Personzentrierte Ansatz nach Rogers soll weniger als Technik oder Methode, sondern viel mehr als beratungsspezifische Haltung aufgefasst werden, der dem Berater/ der Beraterin Empathie, Kongruenz und Akzeptanz zur Gestaltung der Beratungsbeziehung abverlangt, im Beratungsprozess ein aktives Menschenbild bei Berater*in und Klient*in vermutet mit Selbstheilungspotenzialen und non-direktiv konzipiert ist (Pruchnik, 2011, S. 40 f.), (Rothenberg, 2011, S. 269), (Combrink-Souhjoud et al., 2016, S. 15) und (Ruppe, 2011, S. 86). Innerhalb des systemisch-lösungsfokussierten Paradigmas finden sich folgende Konkretisierungen: aktives nachfragendes Zuhören, Zusammenfassen von Gesagtem, Spiegeln von Gefühlen, die Vermeidung von direkten Ratschlägen, Fokussierung auf vorhandene Ressourcen und positive Entwicklungsmöglichkeiten, Lösungsorientierung sowie Klient*innen als Expert*innen für ihre eigenen Angelegenheiten (Ruppe, 2011, S. 91) und (Unger,

2003, S. 508). Eine Fokussierung auf die beiden Beratungsansätze nach Rogers und die der systemischen Schule werden auch im Curriculum der Peercounseling-Weiterbildung des Berufsverbands BVP e.V. betont (Rothenberg, 2011, S. 266).

Die oben erwähnten Beratungsansätze sind u.a. auch Gegenstand des Modulhandbuchs im Bachelorstudiengang Soziale Arbeit/ Sozialpädagogik der Hochschule Düsseldorf und darüber hinaus auch Inhalte aus dem kognitiv-verhaltensorientierten Spektrum. Im Bereich der Subjektkompetenzen werden neben der bereits betonten Empathie auch selbstreflexive Fähigkeiten und Perspektivübernahme erwähnt sowie bei den Inhalten u.a. Kenntnisse über psychische Störungen als Anlass für Beratungssettings (Hochschule Düsseldorf, University of Applied Sciences, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften, 2019, S. 36 f.). Ein rudimentäres klinisch-psychologisches Wissen wird auch den Schüler*innen am Ernst-Moritz-Arndt-Gymnasium in Bonn innerhalb der Ausbildung zum*r Schulberater*in vermittelt (allerdings in Workshops, da das Gymnasium gar keinen Psychologieunterricht, der dieses Wissen transportieren könnte, anbietet) um beispielsweise den Normalitätsbegriff in der klinischen Psychologie nachvollziehen zu können. In dem Kontext werden auch Exkursionen zum beraterisch-therapeutischen Hilfeangebot wie z.B. Beratungsstellen und Kliniken mit den Schüler*innen unternommen (Schaefer et al., 2012, S. 166).

3.1 Über welche beraterische Expertise verfügen Psychologieschüler*innen zur Förderung der psychischen Gesundheit? – Darstellung der beratungsbezogenen Kompetenzen, die der Psychologieunterricht transportiert

Psychologieunterricht lädt von seiner Konzeption und seiner Materie her schon zur anwendungsbezogenen Handlung ein (Geiß, 2016, S. 44 ff.). Der Gegenstand des Unterrichts, das Erleben und Verhalten des Menschen ist im Vergleich zu vielen anderen Disziplinen unmittelbar, also ständig im Lernraum verfügbar, da die Lerngruppe die Unterrichtsbeispiele permanent selbst produziert (Fendler, 2018, S. 32). Nach eigener Wahrnehmung als Psychologielehrer und im Austausch mit Kolleg*innen an anderen Schulen erfreut sich das Fach bei den Schüler*innen einer sehr großen Beliebtheit.

3.1.1 Beratungskompetenz in den Curricula allgemeinbildenden und berufsbildenden Psychologieunterrichts

Psychologieunterricht findet sich sowohl im allgemeinbildenden wie auch im berufsbildenden Schulsystem, hier teilweise integriert in Bündelungsfächern wie beispielsweise sozialpädagogische Theorie und Praxis in der Erzieher*innenausbildung. Während in den Bildungsgängen aus dem Berufsfeld Gesundheit und Erziehung der (höheren)

Berufsfachschulen, Fachschulen und Fachoberschulen psychologische Anteile in den Curricula zu einer weiten Verbreitung der psychologischen Materie führen, findet sich Psychologie im allgemeinbildenden Schulwesen viel seltener. Nicht jedes Bundesland bietet Psychologie als Fach der Sekundarstufe II an und selbst in den Bundesländern, die Psychologieunterricht ermöglichen, hat nicht jedes Gymnasium, jedes Weiterbildungskolleg und jede Oberstufe der Gesamtschule das Fach in seinem Angebot. Nordrhein-Westfalen gehört seit der Reform der gymnasialen Oberstufe 1972 zu den sieben Bundesländern, die an allgemeinbildenden Schulen das Fach ermöglichen. Innerhalb NRWs sind es aktuell 37 Schulen, die Grund- und/oder Leistungskurse in NRW anbieten (https://www.schulministerium.nrw.de/BiPo/SchuleSuchen/pages/schulsuche/such_ergebnis.xhtml). Zur Allgemeinen Hochschulreife in NRW führt darüber hinaus noch die Fachoberschule Klasse 13 nach Berufsabschluss (Psychologie kann angeboten werden, ist aber im Gegensatz zu Erziehungswissenschaften nicht prüfungsrelevant) und als Grundkurs im Beruflichen Gymnasium für Gesundheit, wo die Schüler*innen Psychologie in den Jahrgangsstufen 11 bis 13 belegen müssen und Psychologie als viertes Abiturfach in einer mündlichen Prüfung wählen können. Diesen Bildungsgang bieten stetig mehr Berufskollegs in NRW an. Natürlich transportieren auch angrenzende Fächer wie beispielsweise Erziehungs- oder Sozialwissenschaften, Philosophie und Germanistik oder Religionsunterricht Fragestellungen, die im Zusammenhang mit psychologischen Inhalten stehen, doch ist vor allem die Auseinandersetzung mit klinisch-psychologischen Aspekten im schulischen Kontext dem Unterrichtsfach Psychologie allein vorbehalten.

Die folgende Lehrplananalyse schließt die beruflichen legitimierenden Schulformen, also Bildungsgänge mit einem Berufsabschluss nach Landesrecht (z.B. staatl. geprüfte*r Sozialassistent*in, staatl. geprüfte*r Kinderpfleger*in und staatl. geprüfte*r Erzieher*in) in den Berufsfachschulen und Fachschulen aus, da zum einen psychologie-relevante Anteile in den Sozialpädagogikunterricht integriert sind und zum anderen es bei diesen Bildungsgängen keines expliziten Anwendungsbezugs der beraterischen Handlungen bedarf, da die Schüler*innen Handlungskompetenz und Transfer innerhalb ihrer Praktika in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens erwerben. So wird den Auszubildenden beispielsweise im Praktikum ermöglicht erworbene Kompetenzen aus dem Unterricht zur Gestaltung von Elternberatungsgesprächen anzuwenden, zu trainieren und zu vertiefen. Die folgende Analyse beschäftigt sich daher mit dem reinen Psychologieunterricht, welcher um Vergleichbarkeit zwischen allgemeinbildendem und berufsbildendem Schulwesen zu ermöglichen mit dem Kernlehrplan

Psychologie in der Sekundarstufe II an Gymnasien und Gesamtschulen und deren Konkretisierung in den Zentralabituraufgaben für die Beispieljahrgänge 2021 und 2022 sowie den Richtlinien und Lehrplänen für das Grundkursfach Psychologie im beruflichen Gymnasium Gesundheit an Berufskollegs (eine sogenannte beruflich affine Schulform (Fendler, 2018)) herangezogen werden. Beide Bildungsgänge führen zur allgemeinen Hochschulreife. Während in der gymnasialen Oberstufe an allgemeinbildenden Schulen der Grundkurs dreistündig und je nach Angebot der Leistungskurs fünfstündig unterrichtet werden, ist der Grundkurs im beruflichen Gymnasium Gesundheit durchgängig mit zwei Stunden in der Stundentafel angesiedelt. An Gymnasien und Gesamtschulen können die Schüler*innen Psychologie als schriftliches und mündliches Abiturprüfungsfach wählen, im beruflichen Gymnasium Gesundheit am Berufskolleg kann Psychologie nur mündliches Abiturfach sein. Dies hat zur Folge, dass sämtliche Abiturprüfungen am Berufskolleg dezentral erfolgen. Diese konzeptionellen Unterschiede bieten für die vorliegende Fragestellung unterschiedliche Möglichkeiten, Optionen und Limitationen, die am Ende dieses Kapitels konkretisiert werden.

3.1.1.1 Beratungskompetenz im Psychologieunterricht an allgemeinbildenden Schulen: Kernlehrplan Psychologie für die gymnasiale Oberstufe in Nordrhein-Westfalen und den Zentralabiturinhalten beispielhafter Abiturjahrgänge 2021 und 2022

Das beraterische Potenzial, das sich im Kernlehrplan Psychologie für die gymnasiale Oberstufe verbirgt, ist inhaltlich mannigfaltig, methodisch vielfältig und aufgrund der Konzeption des Faches sehr anwendungsorientiert. Das dem Kernlehrplan zugrundeliegende Prinzip ist u.a. eine Paradigmenorientierung. Die Psychologie wird im unterrichtlichen Geschehen grundsätzlich als multiparadigmatisch betrachtet und zentrale Aufgabe des Psychologieunterrichts ist es diese Vielfältigkeit in Menschenbild, Methoden und Gegenständen von Tiefenpsychologie, Behaviorismus, Psychobiologie, Ganzheitlicher Psychologie und Kognitivismus als grundlegende Denk- und Handlungsweise zu erwerben, einzuüben und kritisch zu reflektieren. Dadurch erhält der Psychologieunterricht in der gymnasialen Oberstufe neben seiner auf Beruf und Studium vorbereitenden Wissenschaftspropädeutik einen genauso relevanten Lebens- und Erfahrungsbezug. Schließlich sollen alltägliche psychische Phänomene genauso wie wissenschaftliche Erkenntnisse der psychologischen Forschung vor einer systematisierenden und reflektierenden Schablone erklärt, analysiert, interpretiert und vorhergesagt werden.

Da der Lehrplan kompetenzorientiert formuliert ist, also im Gegensatz zu seinen Vorgängern Output- statt Inputorientierung ermöglicht, werden im Folgenden nicht einfach alle für Beratungsaktivitäten psychologischen Inhalte referiert, sondern zusätzlich die für Beratung relevanten Sach-, Methoden- und Urteils Kompetenzen der Einführungs- und Qualifikationsphase vorgestellt, um die erwähnte Breite und Tiefe der psychologischen Expertise, welche Schüler*innen im Verlauf von drei Jahren Psychologieunterricht erwerben, auf peerbasierte Beratung im Zusammenhang mit psychologischen gesundheitsfördernden Aktivitäten übertragen zu können. Dabei ist neben der erwähnten Paradigmenorientierung auch die Ausgestaltung des Psychologieunterrichts im Sinne eines Spiralcurriculums für das vorliegende Forschungsinteresse relevant, denn dadurch gelangen die Schüler*innen durch aufeinander aufbauende und sich wiederholende Kompetenzen und Inhalte zu einer im schulischen Fächerkanon einmaligen Profession, die im Zusammenhang von psychologischen Anliegen im alltäglichen schulischen Zusammenleben ihres Gleichen sucht.

Im Kernlehrplan werden neben den obligatorischen Inhaltsfeldern der Einführungs- und Qualifikationsphase Sach-, Methoden-, Urteils- und Handlungskompetenzen formuliert, um eine Vernetzung zentraler psychologischer Inhalte mit dem Ziel des Verstehens, Erklärens und Vorhersagens menschlichen Erlebens und Verhaltens zu ermöglichen (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 14).

Am Ende der gymnasialen Oberstufe im Unterrichtsfach Psychologie sind die Schüler*innen befähigt, psychologische Inhalte sich anzueignen, fachsystematisch und paradigmatisch einzuordnen, anzuwenden und zu vernetzen (Sachkompetenz), Informationen zu psychologischen Fragestellungen zu beschaffen und zu entnehmen, aufzubereiten, zu strukturieren, zu analysieren und interpretieren, Informationen fachsystematisch und paradigmatisch zuzuordnen unter Zuhilfenahme empirischer (z.B. experimentell) und hermeneutischer (z.B. Einzelfallanalyse) Methoden (Methodenkompetenz). Des Weiteren können sie aktuelle Wissenschaftsbeiträge der Psychologie kritisch beurteilen und wenn diese auf die eigene Person und den damit verbundenen psychischen Phänomenen erweitert werden, zu einer erweiterten Urteilskompetenz in Bezug auf das eigene Selbst gelangen (Urteilskompetenz). Abschließend können sie psychologische Sachverhalte problembezogen und adressatengerecht kommunizieren und präsentieren (Handlungskompetenz) (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 16).

Vor allem der letzte Kompetenzbereich, in dem explizit auf die Besonderheit des Faches mit seinem obsoleten Alltags- und Erfahrungsbezug verwiesen wird, legitimiert die Idee, dass zur Anwendung der Unterrichtsinhalte die Schüler*innen in eine beratende Rolle innerhalb des Unterrichts und darüber hinaus in ihrer Lebenswelt überführt werden (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 16).

Wenn man Beratung als einen kommunikativen Prozess versteht, der nach Diagnostik zu einem Beratungsanliegen zu einer reflektierten Begleitung auf der Suche nach Lösungs- und Handlungsoptionen strebt, dann finden sich sowohl in den Inhaltsfeldern wie anzustrebenden Kompetenzen innerhalb des Kernlehrplans nicht nur einzelne Bausteine, sondern auch stark vernetzte beratungsrelevante Fähigkeiten, die die Schüler*innen erwerben und dem System Schule in Anwendungsmöglichkeiten (u.a. zur Förderung der psychischen Gesundheit) zugutekommen lassen können.

Innerhalb der Einführungsphase, also am Ende der Jahrgangsstufe 10 (Gymnasium) bzw. 11 (Gesamtschule) haben die Schüler*innen basale Fähigkeiten zur Unterscheidung der Hauptströmungen der Psychologie erworben und sind in ihrem fachspezifischen Denken geübt, dass es nicht die eine ‚wahre‘ Psychologie gibt, sondern teilweise konkurrierende Paradigmen innerhalb des Faches existieren. Hier wird ein Grundstein für das Verständnis Schulen übergreifenden Beratens gelegt, der in den folgenden zwei Jahren der Qualifikationsphase vertieft wird und spätestens bei Behandlung der Themen aus der klinischen Psychologie in ein vertieftes Verständnis der verschiedenen Therapie- und Beratungsansätze mündet. Also kann bereits am Ende der Einführungsphase auf ein für den Beratungskontext bezogenes Grundvokabular wie Tiefenpsychologie, Behaviorismus, systemische Psychologie, humanistische Psychologie und Kognitivismus zurückgegriffen werden. Für eine spätere beraterische Handlung ist das Wissen um unterschiedliche Beratungsansätze und Methoden sehr hilfreich. Möglichkeiten bereits beim Erwerb dieser Paradigmen bezogenen Kompetenzen selbst beraterisch aktiv zu werden, werden am Ende dieses Kapitels noch konkretisiert. Als inhaltliche Beispielphänomene werden für die Einführungsphase u.a. aus der Allgemeinen Psychologie die Personwahrnehmung (möglicher beraterischer Anwendungsbezug: Wahrnehmung eines Klienten/ einer Klientin im Beratungssetting), Lernen (möglicher beraterischer Anwendungsbezug: Gegenkonditionierung als Methode der verhaltensorientierten Beratung) und Gedächtnis (möglicher beraterischer Anwendungsbezug: Lerntrainings- und Lernmethodenberatung für jüngere Schüler*innen) verpflichtend festgeschrieben. Es ergeben sich so erste exemplarische

Möglichkeiten integriert in die vorgeschriebenen Inhalte und Kompetenzen auch Beraterische Expertise zu erwerben und zu erproben (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 18 ff.).

Innerhalb der zweijährigen Qualifikationsphase erweitern und vertiefen die Schüler*innen die bereits erworbenen Kompetenzen nicht nur, sondern erwerben weitere für einen reflektierten Umgang mit psychologischen Phänomenen relevanten Kompetenzkatalog. So wird beispielsweise das systemische Denken vertieft, wenn Begriffe wie System, Subsystem und Homöostase erworben werden (möglicher beratungsbezogener Anwendungsbezug: Mobbing in Schulklassen als Beratungsanlass). Im Rahmen der Sozialpsychologie können Schüler*innen zur Förderung des prosozialen Verhaltens als möglichen peergestützten beratungsbezogenen Anwendungsbezug Flyer zum Verhalten im Erste Hilfe Fall erstellen. Aus den Erkenntnissen der Einstellungspsychologie können als Anwendungsmöglichkeit mit Beraterischem Bezug beispielsweise gesundheitsbezogene Beratungsanliegen wie Steigerung der Bewegung und Änderung der Ernährung oder Reduktion des Zigarettenkonsums nicht nur fallbeispielbezogen sondern auch adressatenorientiert angewendet werden (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 22 ff.).

Im darauffolgenden Inhaltsfeld ‚Die menschliche Persönlichkeit und ihre Entwicklung‘ erwerben die Schüler*innen ein für Beraterische Expertise essenzielles diagnostisches Wissen. Sie vertiefen nicht nur ihr paradigmatisches Wissen, wenn sie die Persönlichkeitstheorien Freuds denen des Behaviorismus, des Kognitivismus und der humanistischen Psychologie gegenüberstellen können, sondern sind am Beispiel von Persönlichkeitstests versiert im Verständnis psychologischer Testung, da sie u.a. projektive von standardisierten Tests unterscheiden können, die Möglichkeiten und Grenzen diagnostischer Verfahren beurteilen können, und im Leistungskurs sogar Tests bezüglich ihre Güte beurteilen können (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 26 ff.). Diagnostik als Teil des Beraterischen Handelns kann hier am Beispielkonstrukt ‚Persönlichkeit‘ exemplarisch am Testmaterial und in dessen Einsatz behutsam und reflektiert eingeübt werden.

Im Inhaltsfeld 4 ‚Psychische Störungen und Psychotherapie‘ wird zusätzlich zum zuvor aufgezeigten diagnostischen Repertoire ein ungemein umfangreiches für Beratung relevantes Fachwissen und eine sehr geschulte Beratungsmethodik erworben, die Parallelen zu dem in Kapitel 2 aufgestellten Vergleichshorizont aus der peerbasierten Beratungsforschung aufzeigt. An dieser Stelle des Psychologieunterrichts lernen die Schüler*innen unter anderem die Klassifikationssysteme ICD und DSM kennen,

erwerben ein Verständnis von Normalität in der klinischen Psychologie und beschäftigen sich mit multiparadigmatischen Erklärungsansätzen für mindestens zwei klinische Störungsbilder (in der Zentralabiturobligatorik 2021 und 2022: Angststörungen und Zwangsstörungen) und lernen verschiedene Therapieansätze kennen (u.a. Tiefenpsychologie, (kognitive)Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und systemische Therapie). Neben den Grundauffassungen, die die jeweilige Therapierichtung an das Störungsbild heranträgt, lernen die Schüler*innen auch zunehmend entsprechende Interventionsmethoden aus den verschiedenen Therapierichtungen begründet auszuwählen. Somit entsteht ein vielfältiges beratungsbezogenes Methodenrepertoire, das nicht nur an Fallbeispielen angewendet werden kann, sondern auch im beratungsbezogenen Rollenspielkontext (z.B. zum aktiven Zuhören, zirkulären Fragen, Skulpturarbeit) erprobt und reflektiert werden kann. Aufgrund des erwähnten Spiralcurriculums findet diese methodische Vielfalt nicht inhaltsleer, sondern aufbauend auf einem profunden Hintergrundwissen statt. Die Schüler*innen verknüpfen also an der Stelle beraterisch-therapeutische Methoden mit diagnostischem, epidemiologischem und ätiologischem Wissen zu ausgewählten Störungsbildern und Therapierichtungen. Das lässt ein Beraterisches Know-how entstehen, das im System Schule möglicherweise über das mancher Lehrer*innen hinaus geht.

3.1.1.2 Beratungskompetenz im Psychologieunterricht eines beruflich affinen Bildungsgangs in Nordrhein-Westfalen: Richtlinien und Lehrpläne für das Grundkursfach Psychologie im beruflichen Gymnasium Gesundheit

Im Gegensatz zum Kernlehrplan für die gymnasiale Oberstufe ist der Lehrplan für das Grundkursfach Psychologie im beruflichen Gymnasium Gesundheit nicht kompetenzorientiert formuliert, die fachwissenschaftlichen Inhalte sind aber weitestgehend identisch, die Ausrichtung an einer paradigmensorientierten Didaktik mit spiralförmigem Curriculum ebenfalls. Da das Unterrichtsfach Psychologie hier in einem Bildungsgang des Berufskollegs integriert ist, wird neben dem wissenschaftspropädeutischen Auftrag explizit auf den Erwerb einer umfassenden berufsfeldbezogenen Handlungskompetenz verwiesen (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S. 7).

Der Gesundheitsaspekt und eine enge Verzahnung mit den anderen Fächern des Bildungsgangs (insbesondere mit dem profilbildenden Leistungskurs Gesundheitswissenschaften) helfen dabei die Schüler*innen zu einem sicheren, reflektierten und professionellen Handeln im Berufsfeld Gesundheitswesen anzuleiten. Dabei wird ein

verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Gesundheit genauso wie im gesellschaftlichen und beruflichen Kontext angestrebt (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S. 8). Diese Vorgaben lassen sich dahin interpretieren, dass Beratung als Teil des beruflichen Handelns von Psycholog*innen und angrenzenden Berufsgruppen des Gesundheitswesens aufgefasst werden kann und der Psychologieunterricht Beratungskompetenz vermittelt.

Auch im beruflichen Gymnasium Gesundheit lernen die Schüler*innen in der Einführungsphase das paradigmatische Denken in der Psychologie kennen und wenden dieses u.a. auf erste kleinere Fallbeispiele an. Hier wird beraterisches Handeln erstmals fallbeispielbezogen erprobt. Konkrete didaktische Möglichkeiten finden sich im nachfolgenden Kapitel. Da die Schüler*innen sich auch mit psychologierelevanten Berufsoptionen auseinandersetzen, lernen sie beispielsweise beraterische und therapeutische sowie gutachterliche Tätigkeiten exemplarisch kennen. Auch in diesem Bildungsgang werden die Inhalte Wahrnehmung und Lernen thematisiert. Die beratungsbezogenen Anwendungsmöglichkeiten sind mit dem Curriculum des allgemeinbildenden Psychologieunterrichts weitestgehend identisch (Vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017).

Im Unterschied zum Kernlehrplan für die gymnasiale Oberstufe wird das Thema Gruppe und Systemtheorie durch den Themenbereich Motivation ersetzt um gesundheitsbezogenes Verhalten aus der Sicht von Einstellung, Motivation und Prosozialem Verhalten thematisieren zu können. Darüber hinaus finden sich im Lehrplan des beruflichen Gymnasiums gesundheitsbezogene Konkretisierungsvorschläge, um dem handlungsorientierten Anspruch gerecht zu werden. Gerade diese Konkretisierungsvorschläge beinhalten häufig beraterische Übungsmöglichkeiten. So sollen beispielsweise die Inhalte der Einstellungspsychologie und Motivationspsychologie auf die gesundheitsbezogenen Themenfelder Rauchen, Bewegung und Ernährung angewendet werden (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S. 15). Konkrete Umsetzungsmöglichkeiten werden im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

Auch die Psychologieschüler*innen des beruflichen Gymnasiums erwerben innerhalb ihrer Qualifikationsphase basale diagnostische Kompetenz, da auch sie sich mit den verschiedenen Erhebungsmethoden Befragung, Beobachtung und Test auf wissenschaftspropädeutischem Niveau genauso beschäftigen wie grundlegende persönlichkeitspsychologische Inhalte, um Aspekte der Gesundheit im Kontext von Entwicklung und Persönlichkeit nachvollziehen zu können. Begrifflichkeiten wie Disposition und

Komorbidität, welche aus dem Gesundheitswissenschaftsunterricht bekannt sind, finden hier ihre Anwendung im gesundheitspsychologischen Feld. Auch dieser Psychologieunterricht vermittelt grundlegende Kenntnisse im Denken von Freud, Watson, Rogers und Bandura, welches für das sich anschließende klinisch-psychologische Themenfeld essenziell ist (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S. 17).

Im Vergleich zum allgemeinbildenden Psychologieunterricht existiert im Psychologieunterricht des beruflichen Gymnasiums keine Zentralabiturobligatorik, was eine inhaltliche Öffnung für die Auswahl der zu behandelnden Störungsbilder mit sich bringt. Hier können individuelle Schwerpunkte nach Interesse der Schüler*innen gesetzt werden. Die anderen zu behandelnden Themen und beraterischen Möglichkeiten wie verschiedene Therapierichtungen, Therapie- und Beratungsmethoden sind weitestgehend identisch mit dem Curriculum an Gymnasien und Gesamtschulen. Interessanterweise wird hier noch der Vermerk angegeben, dass die Schüler*innen eine Unterscheidung zwischen Beratung und Psychotherapie treffen können sollen (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S. 17).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Curricula besteht darin, dass die Unterrichtsinhalte aus der allgemeinen Psychologie zum Thema Gedächtnis beim beruflichen Gymnasium im Kontext von psychischer Gesundheit und Stressbewältigung zum Ende des Bildungsgangs behandelt werden. Hier lernen die Schüler*innen unter anderem beraterrelevante Verfahren wie Achtsamkeitstraining, Entspannungsmethoden und Copingstrategien genauso wie Gedächtnisfördernde und lernfördernde Methoden zur Prüfungsvorbereitung kennen, die sie nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf andere interessierte Schüler*innen in stressauslösenden Situationen beispielsweise in beraterischer Tätigkeit anwenden können (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S. 19). Auch hierzu finden sich im weiteren Verlauf Konkretisierungsideen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Curricula des Psychologieunterrichts an allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen beraterisches Handeln der Schüler*innen genauso legitimieren, wie die didaktische Ausrichtung des Fachs dies zum Kompetenzerwerb begründet.

3.2 Welche beraterischen Möglichkeiten ergeben sich für alle am System Schule Beteiligten? – Skizzierung möglicher Peer-Involvementansätze ausgehend vom Psychologieunterricht

Nachdem im vorherigen Kapitel peerbasierte Aktivitäten für die Schüler*innen aus den Psychologiecurricula aufgezeigt wurden, werden im Folgenden beispielhafte Unterrichtsaktivitäten, -sequenzen und Projekte mit Peer-Charakter vorgestellt. Diese sind entweder Konkretisierungsvorschläge aus den Lehrplänen, aus didaktisierten Unterrichtsmaterialien oder eigene Gestaltungsvorschläge des Autors. Die Darstellung erfolgt in der Reihenfolge der Unterrichtsinhalte mit aktivem Beratungspotenzial, wie sie in den Curricula angeordnet sind und von einfachen, unterrichtsimmanenten Ideen bis zu größer angelegten Vorhaben mit Projektcharakter und außerunterrichtlichen sowie fächerübergreifenden Implikationen. Teilweise sind die Skizzen sowohl für allgemeinbildenden wie berufsbildenden Psychologieunterricht geeignet, teilweise nach den Schulformen und den sich daraus ergebenden Unterschieden im Lehrplan getrennt ausgewiesen. Im Anschluss daran wird ein Vorhaben exemplarisch ausführlicher dargestellt, methodisch begründet und mit den notwendigen Materialien und Arbeitsaufträgen für interessierte Leser*innen vorgestellt.

Im Rahmen der Wahrnehmungspsychologie in der Einführungsphase wenden die Schüler*innen die Erkenntnisse der Gestaltpsychologie beispielsweise auf die Entstehung von Vorurteilen an. In Gruppenkonstellationen ist das Phänomen Vorurteilsbildung sicherlich weit verbreitet, so dass die Schüler*innen als Peer-Educators beispielsweise durch aufklärende Vorträge oder materialgestützte Ausstellungen für die Thematik sensibilisieren. Anregendes didaktisiertes Material zur peeraktiven Unterrichtsgestaltung findet sich beispielsweise zur Vorurteilsbildung bei Bovet, 1993 (Vgl. Bovet, 1993, S. 18), zur Wahrnehmungspsychologie bei Kolossa, 2015 (Vgl. Kolossa, 2015, S. 149-152), schulpraktische Arbeitsanregungen auf Grundlage wahrnehmungspsychologischer Erkenntnisse finden sich bei Hobmair & Altenthan, 2013 (Vgl. Hobmair & Altenthan, 2013, S. 118) und eine Projektidee zur Förderung der Haptik von Psychologieschüler*innen für jüngere Schüler*innen bei Rettenwender, 2019 (Vgl. Rettenwender, 2019, S. 43)

Die Erkenntnisse der Lern- und Gedächtnispsychologie werden von den Schüler*innen so detailliert elaboriert, dass sie Anregungen für ihr eigenes Lern- und Prüfungsverhalten ableiten. Mnemotechniken und Lernplangestaltung sind nur einige von vielen Unterrichtsergebnissen, die hohen Selbstbezug aufzeigen. Es bietet sich an, dass auch andere Schüler*innen und Lehrer*innen von diesen Lern- und Gedächtnistipps

erfahren. Hier kann beispielsweise eine Broschüre, ein Workshop oder eine individuelle Lernberatung zur beratenden Anwendung konzipiert und durchgeführt werden. Eine Ausgestaltung zu einem komplexeren Projekt in Gymnasien und Gesamtschulen im Kontext einer möglichen Schulangstreduktion wird zum Ende dieses Kapitels noch vorgestellt.

Die Inhalte aus dem sozialpsychologischen Spektrum bieten allesamt peereducatives Potenzial. In Gymnasien und Gesamtschulen steht das Thema soziale Gruppe auf dem Lehrplan. Die gruppenpsychologischen und systemischen Inhalte (v.a. praktische Übungen und Demonstrationen) könnten beispielsweise in Workshops zur Förderung eines positiven Klassenklimas für interessierte Klassen münden. Inspirationen für peergestützte Aktivitäten von Schüler*innen für Schüler*innen und Lehrer*innen finden sich beispielsweise bei Sämmer, 1993 (Vgl. Sämmer, 1993) und zu gruppenkommunikativen Aufgaben bei Kolossa (Kolossa, 2015, S. 226 f.).

Es bietet sich an im Rahmen der Einstellungspsychologie gesundheitsbezogene Einstellungen zur thematischen Anwendung heranzuziehen. Das eigene Bewegungs-, Ernährungs- und Suchtverhalten (wie Rauchen) kann zur exemplarischen Vermittlung einstellungstypischer und einstellungsveränderbarer Theorien und Modelle wie Drei-Komponenten-Modell, Dissonanztheorie und Elaboration-Likelihood-Modell der Einstellungsänderung herangezogen werden. Hier bietet sich ebenfalls an das erworbene einstellungspsychologische Wissen in die Schullandschaft zu tragen, indem beispielsweise ein Beitrag an Projekttagen zur Gesundheit durch die Schüler*innen geleistet wird, themenbezogene Workshops zur Einstellungsänderung gegenüber gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen oder ein Beratungsangebot in Form einer Peer-to-Peer-Beratung für interessierte Schüler*innen organisiert wird.

Für die Schüler*innen des beruflichen Gymnasiums kommt ergänzend zu diesem Zeitpunkt im Schuljahresablauf hinzu, dass sie neben einstellungs- auch motivationspsychologische Aspekte der menschlichen Gesundheit erarbeitet haben. Also könnten die peerbasierten Aktivitäten wie Workshops und Beratung um motivationale Aspekte wie das Zürcher-Ressourcen-Modell nach Storch zur Förderung der Bewegung und gesunden Ernährung ergänzt werden. Didaktisiertes Unterrichtsmaterial mit peeraktivem Charakter zu dem Themengebiet Motivation und Einstellungsänderung bietet die Unterrichtsreihe „Planet Schule – Psychologie im Alltag“ des WDR (2010)³ sowie bei Hobmair 2013 in Form einer für Schüler auf Grundlage einstellungspsychologischer

³ https://www.planet-schule.de/fileadmin/dam_media/wdr/psychologie/pdf2/AB6_Selbstmotivation.pdf [zuletzt aufgerufen am 25.03.2021]

Erkenntnisse zu planenden Werbekampagne für ein fiktives Mittel, das die Konzentration steigert (Vgl. Hobmair & Altenthan, 2013, S. 435). Interessantes Material zur Einstellungsänderung im schulischen Kontext findet sich bei Jaszus et. al. (2015) (Jaszus, Ackermann & Klemens, 2015, S. 561 und S. 573).

Die Unterrichtssequenz zum Prosozialem Verhalten mit u.a. den Beiträgen Verantwortungsdiffusion, Bystandereffekt, Prozessmodell der Hilfeleistung nach Latané und Darley hat ebenso großes Potenzial in den gesamtschulischen Kontext getragen zu werden. So könnten die Psychologiestudent*innen beispielsweise in Anlehnung an Originalexperimente nach Rücksprache mit der Schulleitung kleinere experimentelle Demonstrationen replizieren und extendieren, in denen im Feld Hilfeverhalten simuliert und provoziert wird, um dann die wissenschaftlichen Beiträge der Zielgruppe in einem anschließenden materialgestützten Aufklärungsgespräch vermitteln zu können. Eine Anleitung zur Planung, Durchführung und Auswertung eines Feldversuchs durch die Schüler*innen findet sich bei Malach, 2004. Hier werden experimentalpsychologische Kompetenzen mit eigener Versuchsplanung und Auswertung sinnvoll verknüpft (Vgl. Malach, 2004). Alternativ gibt es die Möglichkeit einen Flyer mit Tipps zum Verhalten in Notsituationen und zur Ersten Hilfe auf Grundlage der Unterrichtsinhalte zu erstellen und für die Schulgemeinschaft zu vervielfältigen.

Natürlich ist es weder für die Schüler*innen leistbar noch im Sinne einer gesundheitsfördernden Ausrichtung des Psychologieunterrichts, die Schüler*innen im Rahmen der Unterrichtssequenz zielführend die Unterrichtsinhalte aus dem Themengebiet der Persönlichkeitstheorien und -diagnostik besonders anwendungsbezogen zu vermitteln. Kleinere exemplarische Testungen und Auswertungen (beispielsweise auf die eigene Person bezogen) sind vielleicht ethisch noch vertretbar und können durch die Lehrkraft angemessen behutsam begleitet werden, eine Testung von Persönlichkeitsmerkmalen an anderen sollte aber weitestgehend vermieden werden, da die Schüler*innen in eine diagnostische Rolle gedrängt würden, die ihre Kompetenzen völlig überfordert. Eine kreative anwendungsbezogene Aufgabenstellung zur Schulung der persönlichkeits-testdiagnostischen Kompetenzen bei Schüler*innen mit schulbezogenem Kontext findet sich bei Rettenwender (2019), indem die Schüler*innen in die Rolle der Schulleitung schlüpfen und für eine Neueinstellung einen Persönlichkeitstest mit Hilfe ihrer persönlichkeitspsychologischen und diagnostischen Kenntnisse konzipieren sollen (Rettenwender, 2019, S. 157).

Zusätzlich erwerben die Schüler*innen ein (wenn auch mittelbares) basales diagnostisches Verständnis, das für die sich anschließenden Unterrichtsreihen zielführend und

reduziert sinnvoll angewendet werden kann, beispielsweise in einem Projektkurs in der gymnasialen Oberstufe. Hier können weiterführende über den regulären Psychologieunterricht hinausgehende diagnostische Kompetenzen und Beratungsmethoden erworben werden, die eine Testung beispielsweise an einer Jahrgangsstufe zum Angst erleben unter Anleitung der Lehrkraft verantwortbar machen. Nähere Konkretisierungen dazu finden sich im Anschluss an die Darstellungen zur Klinischen Psychologie. Die Anwendungsorientierung klinisch-psychologischer Inhalte polarisiert unter den Kolleg*innen. Auf Konferenzen und innerhalb von Fortbildungsveranstaltungen wird immer wieder heftig diskutiert, wie viel Anwendungsbezug im Rahmen der Unterrichtsreihen zu klinischen Störungsbildern und Therapien gewünscht, zumutbar und sinnvoll ist. Anscheinend gibt es in der Psychologielehrer*innenschaft Vertreter*innen, die den Anwendungsbezug auf das eigene Leben und die eigene psychische Gesundheit mit innovativen Ideen fördern, genauso gibt es aber auch Vertreter*innen, die eine Ausrichtung des Faches mehr in Richtung Wissenschaftspropädeutik ohne selbstreflexiven Lebensbezug befürworten. Beide Extreme sind sicherlich zu pauschal und sollten vermieden werden, denn zum einen ist die klinische Psychologie das bekannteste und für die Schüler*innen interessanteste Anwendungsgebiet der Psychologie, auf das die Schüler*innen zu Beginn der Einführungsphase das Fach fälschlicherweise reduzieren und zum anderen ist der eigene Lebensbezug eine Tendenz, die sich sowieso nicht komplett unterdrücken lässt. Fragen zur eigenen Lebensgestaltung und Gesunderhaltung sind permanent im Denken und in der Interaktion mit Anderen verankert, dass sie nicht per se negiert werden sollten. Vielmehr wird innerhalb dieser Arbeit ein Ansatz vertreten, der einen reflektierten Umgang mit klinisch-psychologischen Inhalten bei den Schüler*innen mit dem Ziel einer psychoedukativen Kompetenz zum Abbau von Vorurteilen und zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zum Ziel haben sollte. Niemand kann es wollen, dass Psychologieschüler*innen am Ende einer dreijährigen gymnasialen Oberstufe an Gymnasien, Gesamtschulen, Weiterbildungs- und Berufskollegs professionelles Beraterisches oder therapeutisches Handeln leisten können, aber ihre Kenntnisse komplett ungenutzt zu lassen würde ein Potenzial zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen unausgeschöpft lassen. Auch wenn das peeredukative Potenzial, das die Schüler*innen leisten können, maximal primärpräventiv ist, so ist es doch ein sinnvolles und für gesunde Schulen anzustrebendes Potenzial. Mit diesen Ansichten im Hintergrund ergeben sich daher, je nach Kursstruktur und Zeitvolumen unterschiedliche peerbasierte Optionen. Didaktisiertes Material mit selbstreflexivem Charakter hält beispielsweise Hobmair et. al. (2013) bereit, indem

die Schüler*innen eigene Ressourcen, Risikofaktoren, Resilienzmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien erforschen (Hobmair & Altenthan, 2013, S. 539 f.). Anregungen und Projektideen für schulische Gesundheitsförderung ausgehend vom Psychologieunterricht findet sich beispielsweise bei Rettenwender (2019), wenn Schüler*innen Möglichkeiten für gesundheitsförderliche Kampagnen aus den Bereichen Stressmanagement, Ernährung, Rauchen, Alkohol und Bewegung konzipieren oder einen Gesundheitsfragebogen erstellen und klassen- bzw. schulintern einsetzen (Rettenwender, 2019, S. 217). Ein speziell auf die Prävention von Essstörungen abzielender Arbeitsauftrag bei Rettenwender (2019) lässt als Transferleistung aus fachwissenschaftlichen Informationen eine Checkliste zur Früherkennung von möglichen Essstörungen entstehen, die primärpräventiv im schulischen Kontext eingesetzt werden könnte (Rettenwender, 2019, S. 230). Ähnlich bietet Rettenwender (2019) zur Drogenprävention an, dass die Schüler*innen zur peer-educativen Unterstützung eine Liste mit nahegelegenen Drogenberatungsstellen anlegen, die möglichen Hilfesuchenden zur Verfügung gestellt wird (Rettenwender, 2019, S. 235). Impulse zur Anwendung körperpsychotherapeutischer Arbeit finden sich ebenfalls bei Rettenwender (2019), wenn Schüler*innen selber eine Fantasiereise entwickeln und im Klassenverband umsetzen (Rettenwender, 2019, S. 244).

Sozialraumerkundung und Experteninterviews mit klinisch-psychologisch-präventivem Charakter finden sich beispielsweise bei Hobmair (2013) und Rettenwender (2019), wenn die Schüler*innen Mitarbeiter*innen in Beratungsstellen oder niedergelassene Therapeut*innen befragen (Hobmair & Altenthan, 2013, S. 539) und (Rettenwender, 2019, S. 246). Eine komplexe Projektaufgabe zur Förderung der psychischen Gesundheit und Vermeidung psychischer Störungen für die Adressat*innen im schulischen und außerschulischen Kontext bietet Rettenwender (2019), wenn Schüler*innen einen Folder zur seelischen Gesundheit und Krankheit entwerfen und publizieren (Rettenwender, 2019, S. 247).

Einerseits bietet der Leistungskurs an Gymnasien, Gesamtschulen und Weiterbildungskollegs mit seinem wöchentlichen Deputat von fünf Stunden sicherlich zwar das intensivste und vertiefteste Wissen im Vergleich zum Grundkurs an allgemeinbildenden Schulen mit drei Stunden pro Woche und dem Grundkurs im beruflichen Gymnasium am Berufskolleg mit zwei Stunden pro Woche, aber andererseits sind die Kurse an den allgemeinbildenden Schulen an die Zentralabiturobligatorik gebunden und somit werden die zu behandelnden Störungsbilder (Abitur 2021 und 2022 Angststörungen und zusätzlich im Leistungskurs Zwangsstörungen) und Therapieverfahren (Abitur

2021 und 2022 Psychoanalyse, (kognitive) Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und im Leistungskurs zusätzlich systemische Therapie) vordefiniert. Der Grundkurs im beruflichen Gymnasium Gesundheit am Berufskolleg findet zwar nur zweistündig pro Woche statt, die Auswahl der zu thematisierenden Störungsbilder und Therapieverfahren obliegt aber der Lehrkraft bzw. den Schüler*innen je nach Interessenlage. Wie sich dies konkret in einem komplexeren Projektzusammenhang umsetzen lässt, wird sich in Kapitel 4 zeigen. Rollenspielsettings zu den im Unterricht thematisierten Therapietechniken und Methoden wie z.B. Übungen zum aktiven Zuhören, Spiegeln, Reframing, zirkulären Fragen bieten sich zur Einübung und Anwendung an, so dass Schüler*innen nicht nur untereinander, sondern auch gegenüber interessierten Lehrkräften diese Gesprächstechniken und Beratungsmethoden beispielsweise zur Gestaltung von Sprech- und Beratungstagen in einer Art Student-to-teacher-Education vermitteln können. Es ist nämlich fraglich, ob beispielsweise ein Lehrer mit der Fakultas für Mathematik und Physik oder Textil- und Bekleidungstechnik und Chemie solche Beratungskompetenz besitzt. Studium und Vorbereitungsdienst erzielen diese Art der vertieften Beratungskompetenz möglicherweise nicht .

Die gymnasiale Oberstufe an allgemeinbildenden Schulen bietet mit dem Konzept des Projektkurses weitere Möglichkeiten über das reguläre Unterrichtsgeschehen hinaus Beratungshandeln den Schüler*innen zu ermöglichen. Da das Fach Psychologie in diesem Kontext Referenzfach sein kann, eröffnen sich viele Möglichkeiten hier peer-basierte Aktivitäten von Psychologieschüler*innen für Schüler*innen und Lehrer*innen zu installieren (Vgl. Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen - Onlinebroschürenserservice, 2020).

Eine Möglichkeit könnte sein, dass im Rahmen eines Projektkurses, der immer über zwei Schulhalbjahre konzipiert ist mit einem Doppelstundenvolumen pro Woche, die Ausbildung von Peer-Pat*innen für die Erprobungsstufenschüler*innen zum Übergang von der Grund- zur weiterführenden Schule. Folgende Optionen bieten sich an, die ganz unterschiedliche Kompetenzen bei den Psychologie-Counselors und Adressat*innen, den Fünftklässlern schulen: Die Psychologieschüler*innen könnten ihre diagnostischen Kompetenzen schulen, indem sie beispielsweise eine Erhebung zum Wohlbefinden bei den Neuankömmlingen durchführen und auswerten. Sie könnten das Angsterleben bei den Fünftklässler*innen zum Gegenstand der Untersuchung machen und aufbauend auf ihre Kenntnisse der Entstehung und Behandlung von Angststörungen präventive Maßnahmen entwickeln und als Programme mit den Schüler*innen der fünften Klassen durchführen und innerhalb des Projektkurses durch die

Lehrkraft supervidiert werden. Ein Lernmethodentraining, welches häufig unter der Bezeichnung ‚das Lernen lernen‘ in den Erprobungsstufen durchgeführt wird, könnte mit Unterstützung der Psychologieschüler*innen durchgeführt werden, da diese aus dem vorangegangenen Unterricht zur Lern- und Gedächtnispsychologie auf bereits erarbeitetes Material bei der Konzeption von Lernmethodenworkshops und Gedächtnis- wie Konzentrationstrainings zurückgreifen können. So wird zusätzlich der Einsatz von Lehrkräften geschont und die Schüler*innen erleben sich in einer neuen Rolle. Über diese Projektidee hinaus kann in einem solchen Rahmen auch ein peerbasiertes Beratungsangebot an der Schule in Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit und den Beratungslehrer*innen installiert werden. Die Schüler*innen würden aufbauend auf den Unterrichtsinhalten aus der Klinischen Psychologie innerhalb des Projektkurses weitere Beratungsmethoden und Überleitungsmöglichkeiten erarbeiten und innerhalb eines Peer-to-Peer-Beratungssettings zusätzlich zum vorhandenen Beratungsangebot der Schule etablieren. Intervision und Supervision, genauso wie die Vernetzung mit Schulsozialarbeit, den Beratungslehrkräften, der schulpsychologischen Beratungsstelle und anderen internen und externen Kooperationspartner*innen in Beratungsfragen können innerhalb des Projektkurses gewährleistet werden.

Es sollte deutlich geworden sein, dass die einzelnen Kurssequenzen des Psychologieunterrichts vielfältige Möglichkeiten bereithalten, dass die Schüler*innen die Inhalte im Sinne eines peerbasierten Ansatzes dem System Schule zurückführen um einen Beitrag zur (psychisch) gesunden Schule leisten zu können. Das Materialangebot der gängigen Schulbuchverlage bietet bisher zwar nur erste Inspirationen und verlangt den Lehrkräften noch viel planerisches und konzeptionelles Handeln ab, aber somit sind erste Schritte auf dem Weg zu peergestützten Schüler*innenaktivitäten für eine psychisch gesunde Schule als Präventionsauftrag getan. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Autor*innen von Psychologieunterrichtslehrwerken der Thematik auch in Zukunft stärker annähern. Die starke Vernetzung und intensive Kooperationsbereitschaft innerhalb des Psychologielehrer*innenverbandes kann die Idee auch unterstützen.

4. Students-to-teacher-(psycho)education – Darstellung eines eigenen Konzepts zur Anwendung beratungsbezogener Expertise zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen

Aus den im vorangegangenen Kapitel skizzierten peerbasierten Aktivitäten für Psychologieunterricht soll im Folgenden ein im Schuljahr 2015/2016 ins Leben gerufenes und seitdem fest etabliertes Projekt im beruflichen Gymnasium Gesundheit an einer

Düsseldorfer berufsbildenden Schule ausführlich vorgestellt werden mit dem Ziel Werbung für diese Art der präventiven Gesundheitsförderung an Schulen zu machen. Das dargestellte Projekt verbindet eine Unterrichtssequenz mit einem schulinternen Fortbildungsangebot für interessierte Lehrkräfte. Die Arbeitsanregungen und Materialien im Anhang verstehen sich als Inspiration und als Vorlage für Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen in der Schulsozialarbeit, die ähnliche Möglichkeiten nutzen möchten, um Schüler*innen ihr Wissen und ihre klinisch-psychologischen Kompetenzen ihrer Schule zur Verfügung zu stellen und so einen Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit leisten zu wollen.

4.1 Darstellung der Ausgangslage

Seit Beginn meiner Tätigkeit als Psychologielehrer an der Elly-Heuss-Knapp-Schule, Berufskolleg der Stadt Düsseldorf im Jahr 2009 gingen immer wieder von Seiten der Lehrkräfte Anfragen und Bitten um Literaturempfehlung zu psychischen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein. Vor allem die Lehrkräfte ohne akademische Ausbildung, also die Werkstattelehrkräfte der Abteilungen Bekleidung und Textiltechnik sowie Hauswirtschaft und Körperpflege beschrieben ihre berufliche Situation als herausfordernd, da sie einerseits besonders viel intensiven Kontakt zu den Schüler*innen pflegen, mitunter viel Beobachtung Gelegenheit haben und im Gespräch mit den Schüler*innen auch Diagnosebegriffe von Seiten der Schüler*innen fallen, andererseits aber im Rahmen ihrer Ausbildung bisher keine Berührungspunkte mit den Inhalten der klinischen Psychologie hatten. Diese Lehrkräfte sind in der Regel in ihrem Berufsfeld ausgebildete Meister*innen und haben zur Einstellung in den Schuldienst berufsbegleitende erzieherische Zusatzqualifikationen erworben, aber kein erziehungswissenschaftliches Studium wie akademische Lehrer*innen absolviert. Aber auch Teile des Kollegiums mit universitärer Lehramtsausbildung beklagte fehlende Kompetenzen im Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen. Das Kerncurriculum für die Ausbildung von Lehrkräften in NRW beschreibt das berufliche Handeln von Lehrer*innen zwar als diagnostisch und beratungsbezogen, verlangt in diesen Kompetenzbereichen auch durchaus ein hohes Maß an Professionalität den zukünftigen Pädagog*innen ab, doch fehlt es an hochqualifizierten Standards, die ein wissenschaftlich fundiertes diagnostisches und beraterisches Handeln gegenüber Schüler*innen und deren Erziehungskontexten gegenüber gewährleisten (Vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016). Dieser Handlungsbedarf wurde in den ersten Jahren meiner beruflichen Tätigkeit durch die

Schulsozialarbeit, die schulpsychologische Beratungsstelle der Stadt Düsseldorf und mich insofern aufgefangen, als einzelfallbezogene psychoedukative Arbeit mit den betroffenen Lehrkräften geleistet wurde.

Mit der landesweiten Einführung des Schulversuchs Berufliches Gymnasium Gesundheit und damit dem Unterrichtsfach Psychologie an der Elly-Heuss-Knapp-Schule zum Schuljahr 2013/2014 ergab sich die Möglichkeit dem Wunsch des Kollegiums nach Sensibilisierung und Aufklärung in flächendeckenderer und komplexerer Weise gerecht zu werden. Zum ersten Mal wurden in einem dreijährigen Bildungsgang mit dem Ziel der Allgemeinen Hochschulreife Schüler*innen intensiv in Fragen der psychischen Gesundheit und klinischen Psychologie an dieser Schule unterrichtet. Diese einmalige psychologisch-gesundheitliche Expertise bei den Schüler*innen war der Schulleitung und der unterrichtenden Lehrkraft seit Beginn des Bildungsgangs bewusst.

Die klinische Psychologie ist meiner Wahrnehmung nach die Anwendungsdisziplin mit der größten Motivation auf Seiten der Schüler*innen im gesamten Unterrichtsverlauf über drei Jahre hinweg. Schon in den ersten Stunden der Jahrgangsstufe 11, die sich mit der Frage beschäftigen, was wissenschaftliche Psychologie überhaupt ist, lassen die Schüler*innen meiner Beobachtungen nach ein umfangreiches naives Vorwissen zu psychischen Erkrankungen durchschimmern, das den Eindruck erweckt, dass die Schüler*innen die wissenschaftliche Psychologie auf die Teildisziplin klinische Psychologie und v.a. Psychoanalyse reduzieren. Die Konfrontation mit der Tatsache, dass das Bedürfnis nach Informationen zur klinischen Psychologie erst in der Jahrgangsstufe 13 befriedigt wird, scheint anfangs auf die Schüler*innen frustrierend und demotivierend zu wirken, doch entwickelt sich bei den Schüler*innen mit zunehmender Unterrichtserfahrung in den ersten Wochen und Monaten ein Verständnis dafür, dass Grundlagenkenntnisse unverzichtbar sind, um Zusammenhänge klinischer Störungsbilder und Therapieansätze verstehen zu können. Der hohe motivationale Anteil am Gegenstand des Unterrichtsfachs Psychologie wurde bis zum Ende des Bildungsgangs aufrecht erhalten, denn die Schüler*innen wählen in jedem Jahrgang aus der Option Psychologie oder Gesellschaftslehre oder Religion als viertes und somit mündliches Abiturfach überdurchschnittlich häufig Psychologie und erzielen beeindruckende Ergebnisse in ihren mündlichen Prüfungen.

Bereits im ersten Durchlauf des Beruflichen Gymnasiums Gesundheit mit den mündlichen Abiturprüfungen im Frühling 2016 an der Elly-Heuss-Knapp-Schule Düsseldorf wurden positive Erfahrungen mit einer projektorientierten Unterrichtsreihe zur Vermittlung der klinisch-psychologischen Inhalte gesammelt. Die Erarbeitung der

definitorischen, diagnostischen, epidemiologischen und ätiologischen Informationen sowie der Präventions- und Interventionsmöglichkeiten von Störungsbildern, die die Schüler*innen möglichst selbstständig auswählen und leisten, brachte sowohl auf inhaltlicher wie motivationaler Ebene ansprechende Unterrichtsergebnisse. Sowohl bei den Schüler*innen als auch bei der Lehrkraft entstand der Eindruck, dass der erarbeitete Lerninhalt über den Klassenkontext hinaus einem breiteren Publikum zugänglich gemacht werden sollte. Auf diese Weise entstand die Idee einer schulinternen Lehrer*innenfortbildung unter Mitwirkung der Schüler*innen des beruflichen Gymnasiums Gesundheit zum Thema „Psychologie und Schule – Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen“ im Juni 2016. Da die Schüler*innen innerhalb einer Fortbildungsveranstaltung interaktive Workshops für Lehrer*innen konzipierten und durchführten, entstand eine Weiterführung des peeredukativen Gedankens als „students-to-teacher-(psycho)Education“, eine Art psychoedukatives Bildungsangebot, das in der Schullandschaft als einmalig betrachtet werden kann.

4.2 Ziele und Kompetenzerwerb innerhalb des Projekts

Da sich das Gesamtprojekt in zwei Bausteine gliedert, zum einen die Unterrichtsreihe zu klinischen Störungsbildern, Therapieverfahren und Beratungs- bzw. Therapiemethoden und zum anderen die Fortbildungsveranstaltung als Anwendung der Unterrichtsinhalte werden im Folgenden die Lernziele, Projektziele und der Kompetenzerwerb für die Schüler*innen bzw. Workshopleiter*innen und Adressat*innen, also Lehrer*innen separat aufgeführt. Bei der Darstellung der Kompetenzentwicklungen für die Schüler*innen wird auf den Kernlehrplan für die allgemeinbildende gymnasiale Oberstufe ersatzweise Bezug genommen, da der Lehrplan des beruflichen Gymnasiums Gesundheit bis heute inhaltsbezogen und nicht kompetenzorientiert formuliert ist, eine Kompetenzorientierung aber für interessierte Fachkolleg*innen und Schulsozialarbeiter*innen, die das Projekt adaptieren möchten, unverzichtbar und den aktuellen projektplanerischen Ansprüchen entsprechend erscheint. Die inhaltliche und strukturelle Nähe der beiden Schulformen ist bereits in Kapitel 3.1 dargestellt worden und legitimiert diese gewählte Alternative.

Kompetenzerwerb und Operationalisierung für die Schüler*innen innerhalb der Unterrichtsreihe ‚Psychische Störungen und ihre Behandlung‘ im Psychologieunterricht der Jahrgangsstufe 13 im beruflichen Gymnasium Gesundheit:

Sachkompetenz: Die Schüler*innen...

- unterscheiden verschiedene Normalitätsbegriffe, indem sie das statistische, kulturelle Modell und das des persönlichen Leidensdrucks reproduzieren, vergleichen und bewerten können
- erläutern ausgewählte verschiedenartige Störungen anhand der diagnostischen und statistischen Manuale ICD-10 und DSM – IV bzw. 5, indem sie eine Störung exemplarisch auswählen und anhand der beiden Manuale kriteriengeleitet einordnen
- erläutern Erklärungsansätze zur Entstehung von Störungen aus der Sicht unterschiedlicher Paradigmen, indem sie zu ihrer ausgewählten Beispielstörung aus mindestens zwei paradigmatischen Zugängen wissenschaftliche ätiologische Forschungsbeiträge recherchieren und referieren
- analysieren Störungsbilder anhand von Falldarstellungen mithilfe unterschiedlicher Erklärungsansätze, indem sie ein zu ihrer Beispielstörung passendes Fallbeispiel auswählen und als Analysegrundlage sowie zur Veranschaulichung für ihre Arbeitsergebnisse heranziehen
- unterscheiden Kriterien anhand deren psychologische Therapieverfahren analysiert und verglichen werden können (Grundannahmen über psychische Störungen, Therapieziele, Therapiemethoden, Rolle der Therapeutin/ des Therapeuten und der Klientin/ des Klienten, indem sie Therapiesettings aus tiefenpsychologisch orientierter Therapie, (kognitiver) Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und systemischer Therapie in Videosequenzen analysieren und vergleichen)

Urteilskompetenz: Die Schüler*innen...

- erörtern Möglichkeiten und Grenzen von Klassifikationssystemen, indem sie ICD10 und DSM-IV bzw. 5 kritisch bewerten
- erörtern die Anwendbarkeit verschiedener Erklärungsmodelle der Entstehung psychischer Störungen, indem sie die für ihr Beispielstörungsbild geeigneten Erklärungsansätze begründet auswählen
- beurteilen die Anwendbarkeit paradigmatisch unterschiedlich ausgerichteter Therapiemethoden bezogen auf ein Störungsbild, indem sie Studien zur Wirksamkeitsforschung recherchieren und für ihr eigenes Urteil argumentativ heranziehen

- erörtern fallbezogenen Möglichkeiten und Grenzen vorgeschlagener Interventionsverfahren, indem sie Evaluationsverfahren kennen, anwenden und begründet beurteilen

(Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 35f.)

Methodenkompetenz: Die Schüler*innen...

- interpretieren komplexere psychologische Primär- und Sekundärtexte fachlich angemessen, indem sie recherchierte Fachliteratur auf ihre Beispielstörung entsprechend ihrer Forschungsfragen auswerten
- stellen auch komplexe Erklärungsmodelle grafisch dar, indem sie die Erklärungsansätze zum Entstehen ihrer Beispielstörung durch Visualisierungen veranschaulichen
- ermitteln psychologisch relevante Informationen gezielt aus kontinuierlichen und diskontinuierlichen Texten in Nachschlagewerken und Fachliteratur aus Bibliotheken oder aus dem Internet, indem sie Kriterien seriöser fachwissenschaftlicher Quellen kennenlernen und auf die eigene Recherche anwenden
- analysieren Fallbeispiele selbstständig mithilfe hermeneutischer Verfahren, indem sie ihr erworbenes Wissen zur Entstehung, Behandlung und Prävention der Beispielstörung auf geeignete Fallbeispiele anwenden

Handlungskompetenz: Die Schüler*innen...

- präsentieren auch komplexere psychologische Sachverhalte eigenständig, adressatengerecht und korrekt, indem sie ihre Gruppenarbeitsergebnisse nach zeitlichen Vorgaben, inhaltlichen und formalen Kriterien unter Einbezug des Plenums in eine Sitzungsgestaltung überführen

(Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 30f.)

In ihrer Rolle als Workshopleiter*innen während der schulinternen Lehrer*innenfortbildung erwerben sie zudem folgende Kompetenzen:

Handlungskompetenz: Die Schüler*innen...

- entwerfen an den Paradigmen orientierte Problemlösungsstrategien für Alltagsphänomene und präsentieren die Ergebnisse, indem sie zu Beratungsanliegen der Fortbildungsteilnehmer*innen begründete Handlungsempfehlungen zur Diskussion zur Verfügung stellen

- entwickeln und präsentieren Ansätze psychologischer Interventionsverfahren, indem sie aus den von der Wissenschaft zur Verfügung gestellten Interventions- und Präventionsverfahren geeignete Handlungsweisen für den schulischen Beratungskontext ableiten und begründet den Teilnehmer*innen anbieten
- entwickeln und präsentieren differenziertere Problemlöseansätze für Alltagsphänomene aus ausgewählten wissenschaftlichen Praxisfeldern auf der Basis vielfältiger psychologischer Gesetzmäßigkeiten und Modelle, indem sie die teilnehmenden Lehrer*innen zu deren Erfahrungsbeispielen im Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen auf der Grundlage ihrer klinisch-psychologischen Kenntnisse bedarfsgerecht beraten

(Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2014, S. 31)

Darüber hinaus erwerben die Schüler*innen durch Mitwirkung bei der Lehrer*innenfortbildung die Möglichkeit sich in einer präsentierenden Rolle zu erleben, die sie ggf. für ihre anstehenden Berufs- und Studienwahlentscheidungen berücksichtigen.

Außerdem erweitern sie ihre Selbstkompetenz, indem sie durch den Rollentausch in der Lehrer*innen-Schüler*innen-Beziehung eine alternative Beziehungsebene erfahren und reflektieren.

Für die teilnehmenden Lehrer*innen an der schulinternen Fortbildung sind folgende Kompetenzentwicklungen angestrebt:

Sachkompetenz: Die Lehrer*innen...

- erweitern ihr klinisch-psychologisches Wissen, indem sie ausgewählte potenzielle psychische Störungen ihrer Schüler*innen und deren Präventions- und Interventionsmöglichkeiten kennenlernen

Handlungskompetenz: Die Lehrer*innen...

- erweitern ihre Beratungskompetenz, indem sie konkrete Handlungsempfehlungen im Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen fallbeispielbezogen erfahren
- erweitern ihre Diagnosekompetenz, indem sie klinisch-psychologische Diagnostika kennenlernen, den Diagnoseauftrag professioneller Beratungs- und Therapieangebote als Erweiterung zum schulpädagogischen Diagnosegeschehen verstehen und die Zusammenarbeit aller Beteiligten zum Wohle der Schüler*innen initiieren
- entlasten sich, indem sie Überleitungsmöglichkeiten an professionelle Hilfestellen wie z.B. Beratungslehrkräfte, Schulsozialarbeit, schulpsychologische

Beratungsstelle, Jugendberatungsstellen, ambulante und stationäre Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche zur Vernetzung kennenlernen

Selbstkompetenz: Die Lehrer*innen...

- erfahren sich in einer alternativen Beziehung zu den Schüler*innen ihrer Schule, indem sie bewusst die Rolle der Lernenden einnehmen und einen Wissenszuwachs und eine Beratung durch die Schüler*innen als Workshopleitenden erfahren

Für die Projektkoordination ergibt sich folgender Kompetenzzuwachs: Die Projektkoordination...

- erweitert ihre koordinativen Fähigkeiten, indem sie die planerischen Abläufe abstimmt, den Workshopleitenden beratend zur Seite steht, eine Evaluation konzipiert und den Kontakt zur Fortbildungsbeauftragten und Schulleitung hält

Für die gesamte Schulgemeinschaft ergibt sich folgende Lernprogression:

- psychisch kranke Schüler*innen erleben die Schule als Lernort, der ihnen Sicherheit und Genesung ermöglicht, indem die Lehrer*innen als kompetente Pädagog*innen im Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen und deren (schulbezogenen) Beratungsanliegen agieren
- Lehrer*innen und Schüler*innen begegnen (psychischen) Erkrankungen mit Toleranz und Respekt, da die Schule durch solche Fortbildungsveranstaltungen einen psychoedukativen Beitrag mit dem Ziel der Sensibilisierung und Entstigmatisierung leistet
- Die (psychische) Gesundheit aller Beteiligten wird gefördert, indem ein Wissenszuwachs an Methoden zur Prävention psychischer Erkrankungen den Pädagog*innen als Multiplikator*innen angeboten wird und die Netzwerkstrukturen zur Beratung bei psychosozialen Anliegen bei Schüle*innen zur fallbezogenen Kooperation gestärkt werden

4.3 Projektverlauf und didaktisch-methodische Begründungen

Der Gesamtprojektverlauf setzt sich aus einer verpflichtenden bewerteten Unterrichtsreihe zum Thema ‚psychische Störungen und Therapieverfahren‘ und einer freiwilligen unbenoteten Mitwirkung bei der schulinternen Lehrer*innenfortbildung zusammen. Die Unterrichtsreihe wird nach didaktischer Jahresplanung für den Zeitraum von den Herbstferien bis zum Schulhalbjahresende im Januar mit wöchentlich zwei Schulstunden Präsenzzeit und weiterem selbstorganisierten Arbeiten in Gruppen durchgeführt,

die konkrete Vorbereitung und Durchführung der Lehrer*innenfortbildung erstreckt sich über den Zeitraum nach den mündlichen Abiturprüfungen bis zum Schuljahresende mit einem Teamtreffen im Zeitumfang von vier Schulstunden. Die Terminierung der Fortbildung sollte so gewählt werden, dass zum einen die Lehrer*innen ihre Korrekturen möglichst für das Schuljahr erledigt haben und die Schüler*innen in keinem Abhängigkeitsverhältnis zur Schule mehr stehen, um unabhängig von Leistungsbewertungen ihre Fortbildungsinhalte in den Workshops in einer Beziehung auf Augenhöhe zu den teilnehmenden Lehrer*innen transportieren zu können.

Die Unterrichtsreihe zum Thema ‚Psychische Störungen und Therapieverfahren‘ ist obligatorischer Inhalt der Jahrgangsstufe 13 im beruflichen Gymnasium Gesundheit (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S. 18 ff.) und sollte möglichst in einer Sequenz selbstorganisierten Lernens in Kleingruppen mit einer Organisations-, Arbeits-, Präsentations- und Auswertungsphase im Sinne des kooperativen Lernens erfolgen (Vgl. Green & Green, 2007). Es bietet sich folgender Unterrichtsverlauf an:

Tab. 8: Unterrichtsverlaufsplanung

(Quelle: eigene Darstellung)

Phase Umfang	Lehrer*innenverhalten (L) Schüler*innenverhalten (SuS) Medien & Materialien (MM)	Ziele (Z) didaktisch-methodische Begründungen (dmB)
Einführung 1 U-Std.	L leitet die Sequenz an, informiert über Ablauf, Ziele und Bewertungskriterien, beantwortet Fragen SuS aufnehmend, Fragen stellend, Gruppen und Themen findend MM: Ablaufplan mit Aufgabenstellung in Kopie, Visualisierungsmöglichkeiten	Z: Transparenz über Verlauf, Ziele und Bewertungskriterien ermöglichen, Arbeitsfähigkeit in den Gruppen herstellen, Sensibilität mit dem ggf. belastenden Thema gewährleisten dmB: SuS sollten Vorerfahrungen in selbstgesteuerten Lernphasen, Recherche und Auswertung wissenschaftlich fundierter Quellen sowie Präsentationen und Selbstbewertungsverfahren haben, Auswahl der Störungsbilder und Gruppenfindungsprozess begleiten, Beratungsbedarf bei eigener psychischer Belastung bei SuS ggf. anbieten
Erarbeitung 6-8 U-Std.	L: berät, versorgt ggf. mit Zusatzmaterial SuS: recherchieren, werten aus und bereiten Informationen für Präsentation auf MM: PCs, ggf. Bibliothek, Mediothek, eigene recherchierte Materialien	Z: interaktive Sitzungsgestaltung zu wissenschaftlich orientierten Informationen durch die SuS ermöglichen dmB: Arbeitsfähigkeit der Gruppen gewährleisten (ggf. Konflikte medieren), Rechercheergebnisse begutachten (ggf. Alternativen anbieten), interaktiven Anteil gewährleisten
Exkursion KJP-Praxis 2 U-Std	L: koordiniert und moderiert Expert*inneninterview mit KJP in eigener Praxis SuS: führen Interview mit KJP mit Hilfe vorbereiteter Fragen zu ihren Beispielstörungen durch	Z: Theoriewissen um Praxiserfahrung durch Expert*in ergänzen dmB: ggf. Verhaltensweisen in Exkursionsituationen im Vorfeld erarbeiten, Fragen als HA vorbereiten lassen

	MM: Interviewleitfragen, KJP mit eigener Praxis (alternativ Kooperation mit Klinik oder Beratungsstelle)	
Präsentation 4-6 U-Std. (je nach Gruppenzahl)	L: aufnehmend, ggf. fachlich ergänzend oder korrigierend, unterstützend bei Koordination der Präsentationen, bewertend SuS: präsentierend, moderierend, bewertend MM: ggf. Visualisierungshilfen, Kopien, Bewertungsbögen	Z: Wissenszuwachs, Präsentationskompetenz und Moderationskompetenz schulen, (Selbst)reflexionsfähigkeit trainieren dmB: Moderationskenntnisse und Feedbackregeln sollten bekannt sein, Verfahren zur Bewertung der gegenseitigen und eigenen Präsentation sollten als bekannt vorausgesetzt werden
Auswertung und Ausblick 1 U-Std.	L: informierend, beratend SuS: selbstbewertend, aufnehmend, entscheidend MM: Bewertungsbögen, Visualisierungen zur Fortbildungsoption	Z: Selbstbewertung, U-Reihenreflexion, Beratung zur Workshopleitung bei der L-Fortbildung dmB: Transparenz über und Motivation für Abiturprüfungsoption und freiwillige Workshopbeteiligung ermöglichen

In der Einführungsphase der Unterrichtssequenz müssen die Schüler*innen neben den notwendigen Informationen über Verlauf, Zielsetzung und Bewertungskriterien auch pädagogisch bei der Findung ihrer Arbeitsgruppen und Themen begleitet werden. Bei der Entscheidung, welche Störungsbilder zum Thema gemacht werden sollen, benötigen die Schüler*innen Unterstützung, da sie möglicherweise zu einseitig eigene Erkrankungen und Erfahrungen mit bestimmten Störungsbildern als Motivation für die Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung wählen oder bei der wissenschaftlich orientierten Beschäftigung mit klinischen Störungsbildern eine Art ‚Entertainment-Haltung‘ einnehmen, die beispielsweise bei Schizophrenie zwar eine große Begeisterung für psychotische Symptome auslöst, aber die Seltenheit des Vorkommens dieser Erkrankung mit 1% in der Gesamtpopulation (Behrendt, 2009, S. 18) vernachlässigt. Außerdem kann mit Blick auf die Option einen Beitrag zur Gestaltung der Lehrer*innenfortbildung auch die Bedeutung bestimmter Störungsbilder für den schulischen Kontext thematisiert werden. So sind z.B. Angststörungen und Depressionen sicherlich Erkrankungsformen, die häufig Lehrer*innen begegnen. Die Schüler*innen würden sonst in eine pseudopartizipative Rolle geraten. Ein möglicher Arbeitsauftrag und Unterrichtsverlauf finden sich im Materialanhang. Auch ist es wichtig selbst betroffenen Schüler*innen eine sensible Atmosphäre zu ermöglichen, in der die Grenzen der Privatsphäre respektiert werden. Betroffene Schüler*innen sollen selbst entscheiden dürfen, ob sie sich mit ihrer eigenen Erkrankung im Schulkontext auseinandersetzen möchten. Erkrankte Schüler*innen müssen alternative Leistungserbringungsmöglichkeiten erhalten, wenn ein Erleben der eigenen Erkrankung in diesem Kontext unzumutbar und nicht zu verantworten sind. Dies verlangt von der betreuenden Lehrkraft

ein hohes Maß an Sensibilität und gute Vernetzung zu ggf. notwendigen weiteren Hilfesystemen.

Motivierend wirkt auf die Schüler*innen für diese Unterrichtssequenz auch, dass sie über die Option in Kenntnis gesetzt werden, dass die erarbeiteten Inhalte zu den Störungsbildern Gegenstand der mündlichen Abiturprüfung werden können. Die Schüler*innen erfahren so Transparenz über ihre mündlichen Abiturprüfungsverläufe und bieten dem/der Prüfer*in vertiefte, strukturierte Prüfungsinhalte an.

Innerhalb der Arbeitsphase können die Schüler*innen auf ein vielfältiges vernetztes Wissen aus anderen unterrichtlichen Zusammenhängen des Psychologieunterrichts und darüber hinaus zurückgreifen. So sind Begrifflichkeiten der empirischen Sozialforschung aus dem Mathematikunterricht bekannt (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2010, S. 14 f.), Zusammenhänge der epidemiologischen Forschung kennen die Schüler*innen aus dem Gesundheitswissenschaftsunterricht (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2017, S.16), so dass die Expertise der vorangegangenen Jahre des Bildungsgangs in diesem Unterrichtsvorhaben ihre Anwendung findet. Erfahrungsgemäß sind die Gruppen besonders produktiv und in ihrem Gruppenarbeitsprozess funktionsfähig, wenn auf Methoden des kooperativen Lernens zurückgegriffen werden kann und damit bereits in der Vergangenheit andere selbstständige Lernphasen erfolgreich bewältigt wurden. Für die beratende Lehrkraft bietet sich an, die Schüler*innen bei der Auswahl der Quellen zu unterstützen und ggf. mit eigenem störungsbildbezogenem Material die Recherche zu ergänzen. Da die Schüler*innen Erfahrungen in der Präsentationsgestaltung aus vorherigen oder fächerübergreifenden Kontexten haben müssen, bietet es sich für die Lehrkraft an, auch in Fragen der Einbeziehung des Plenums beratend zur Seite zu stehen.

Eine Exkursion zu einem professionellen Hilfeangebot für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, wie beispielsweise ein*e niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in hat sich als Höhepunkt der Sequenz erwiesen. Es ist für die Schüler*innen bereichernd eine*n Expert*in zu ihren ausgewählten Störungsbildern befragen zu dürfen, Therapiemethoden und -material kennenlernen zu dürfen und so außerdem Einblick in das Berufsbild zu gewinnen (Schulte, 2019, S. 43). Je nach Lerngruppe muss diese Exkursion mehr oder weniger gründlich vorbereitet werden, da erfahrungsgemäß nicht alle Schüler*innen über angemessene Verhaltensweisen in solchen Kontexten verfügen.

Bei der Präsentation und ihrer Bewertung hat sich bewährt auf Selbstbewertungsverfahren zurückzugreifen. Es erscheint zielführend, wenn die Schüler*innen aus anderen Kontexten das Verfahren ihre eigene Präsentation und deren Entstehungsprozess zu reflektieren und zu bewerten und dieses Urteil in einen Vergleichskontext mit dem der Lerngruppe und des Lehrers zu setzen. So wird die Reflexionskompetenz der Schüler*innen geschult und die bewertende Lehrkraft erhält eine umfangreiche Bewertungsgrundlage bei ihrer Notenfindung.

Für die Auswertung der Unterrichtssequenz und den Ausblick auf die potenzielle Option einen Workshop auf der Grundlage der erarbeiteten interaktiven Präsentation für interessierte Lehrer*innen zu leiten bietet es sich an die Unterrichtsreihe gemeinsam mit der Lerngruppe zu reflektieren. Methodische Anregungen finden sich in der Reflexionsmethodensammlung „Mir hat gut gefallen, dass...“ - 88 Impulskarten für gezielte und begründete Reflexion (o. A., 2013). Über die Reflexion hinaus ist ein Überblick über das freiwillige Mitwirken bei der Lehrer*innenfortbildung sinnvoll. Hier ist es wichtig die Freiwilligkeit, den Zeitpunkt nach der Abiturzeugnisausgabe und somit die Unabhängigkeit von Noten in den Vordergrund zu stellen, damit eine möglichst intrinsisch motivierte Einstellung bei den Schüler*innen zu der Fortbildung entsteht und möglichst viele Störungsbilder innerhalb der Fortbildung angeboten werden können.

Die schulinterne Lehrer*innenfortbildung mit ihren psychoedukativen Zielen verlangt von der Lehrkraft koordinierende Tätigkeiten, wie Akquise, Material- und Raumorganisation, Catering, Teilnehmerlisten und -bescheinigungen, Einladen externer Referent*innen (wenn möglich den/ die Kooperationspartner*in der Exkursion) und Moderation durch den Tag. Folgender Ablaufplan kann interessierten Fachkolleg*innen zur Nachahmung angeboten werden:

Tab. 9: Überblick Fortbildungsplanung und -ablauf

(Quelle: eigene Darstellung)

Phase Umfang	Koordinator*innentätigkeit (K) Workshopleiter*innen (WL) Teilnehmer*innenverhalten (TN) Medien & Materialien (MM)	Ziele (Z) didaktisch-methodische Begründungen (dmB)
Vortreffen 4 U-Std. (nach den Abiturprü- fungen)	K informiert WL über geplanten Fortbildungsablauf WL äußern ihre Raum- und Materialwünsche Ablaufplan in Kopie	Z: Transparenz über Ziele und Ablauf der Fortbildung ermöglichen um WL Raum für ihre neue Rolle und den damit verbundenen Erwartungen und Befürchtungen zu geben dmB: WL ermutigen, dass ihre bisherigen Arbeitsergebnisse nur geringfügig für die neue Zielgruppe der Workshops überarbeitet werden müssen

Erarbeitung WL 2-4 U-Std.	WL: überarbeiten ihre SuS-Präsentationen bzgl. der Zielgruppe L mit Hilfe der Anregungen durch K K: steht beratend WL zur Seite Materialwünsche je nach WL	Z: Vorbereitung der Themenworkshops durch die WL dmB: Anpassung der ehemaligen SuS-Präsentationen an die neue Zielgruppe L
Koordination und Organisation (variabler Zeitumfang)	K: blockt Räume, macht Werbung für die Fortbildung, koordiniert Workshopwahl, erstellt TN-Listen, Teilnahmebescheinigungen für L, Zertifikate für WL, lädt externe*n Referent*in ein, organisiert MM und Catering MM: Aushang, Brief für Postfächer, TN-Liste, TN-Bescheinigungen, Zertifikate	Z: Gesamtkoordination der Fortbildung gewährleisten dmB: Vorbereitungen und Absprachen treffen
Durchführung der Fortbildung (4 U-Std.)	K: führt durch das Programm, überblickt den Ablauf, moderiert Gesprächsrunden WL: führen ihre Themenworkshops durch MM: Plenumsraum, Workshopräume, Visualisierungshilfen, Kopien	Z: Wissens- und Kompetenzzuwachs bei L; alternative Rollenerfahrung bei L und ehemaligen SuS dmB: students-to-teacher-(psycho)edukation zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kontext Schule
Auswertung (15 Min.)	K: bedankt sich bei L, Referent*in und WL, verteilt TN-Bescheinigung und Zertifikate, leitet eine Feedbackrunde an TN geben WL und K sowie externer Referent*in Feedback MM: Feedbackmethode	Z: Reflexion und Evaluation der Fortbildung dmB: Würdigung der WL-Leistungen vor dem Publikum durch Zertifikatsübergabe

Innerhalb eines Vorbereitungstreffens mit den nun ehemaligen Schüler*innen, die ihre Abiturprüfungen erfolgreich bestanden haben, sollte die Motivation bei den zukünftigen Workshopleiter*innen aufrecht erhalten werden, z.B. durch die Aussicht auf ein Zertifikat und mögliche Ängste in der neuen Rolle gegenüber der Teilnehmer*innengruppe Lehrer*innen (denen sie teilweise noch vor wenigen Wochen als Schüler*innen begegnet sind) abgebaut werden. Außerdem erhalten die Workshopleiter*innen ihre ursprünglichen Präsentationen mit Überarbeitungsaufträgen zurück.

Während die Workshopleiter*innen ihre Materialien in Eigenarbeit überarbeiten, kann die Projektkoordination alle notwendigen organisatorischen Aufgaben sowie die Akquise und Workshopwahl bei den Teilnehmer*innen durchführen.

Während der Fortbildungsdurchführung ist es wichtig die Lehrer*innen auf die Chancen, aber auch Grenzen ihres pädagogischen Handelns im Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen hinzuweisen. Durch die Fortbildung kann höchstens eine Sensibilisierung für die Thematik erfolgen und ein basales diagnostisches Verständnis vermittelt werden, das aber keineswegs eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -therapeutische Diagnostik und Behandlung ersetzt. Eine Abfrage der Erwartungshaltung im Vorfeld der Workshops genauso wie eine abschließende Diskussionsrunde sind zur Kompensation dieser Gefahr essenziell. Neben den störungsbildbezogenen Workshops, die die ehemaligen Schüler*innen leiten, ist ein Kurzvortrag zu Behandlungsweisen in der ambulanten Psychotherapie (beispielsweise durch den/die

Kooperationspartner*in, mit der auch die Exkursion durchgeführt wurde) für die teilnehmenden Lehrer*innen ein Gewinn, da sie Einblick in die therapeutische Arbeit erhalten und Implikationen für ihre eigene pädagogische Arbeit mit den Schüler*innen. In der Auswertungsphase der Fortbildung lassen sich neben schriftlichen quantitativen Methoden auch qualitative Feedbackrunden im Anschluss an Plenumsdiskussionen gestalten, wie z.B. Blitzlicht, Spinnennetz oder die fünf-Finger-Methode. Als Wertschätzung für die Workshopleistung durch die ehemaligen Schüler*innen empfiehlt sich eine Übergabe der Zertifikate am Ende der Veranstaltung vor dem gesamten Plenum (Groeben, 2011, S. 11), (Meyer & Findeisen, 2001, S. 47).

4.4 Kritische Reflexion

In die kritische Reflexion des Projekts fließen die eigenen Wahrnehmungen und Beurteilungen aus der Perspektive der Projektkoordination, die der Workshopleitung durch die ehemaligen Schüler*innen, der teilnehmenden Lehrer*innen und der externen Referentin als Kooperationspartnerin ein. Mit den einzelnen Perspektivquellen wurden leitfadengestützte Interviews zur Projektbewertung geführt.

Mit Blick auf die Zielsetzung des Projekts kann aus der Perspektive der Koordination eine vollständige Zielerreichung bei den Workshopleitungen wie teilnehmenden Lehrer*innen erkannt werden. Eine Sensibilisierung der Teilnehmer*innen für psychische Erkrankungen unter Schüler*innen und ein Abbau von Hemmungen im Umgang mit diesem Klientel können durch die Fortbildung angenommen werden, da zum einen die Qualität der Workshops einen wissenschaftlich orientierten und praxisfördernden Anspruch erfüllt und zum anderen die Mitarbeit der teilnehmenden Lehrer*innen auf eine hohe Motivationslage, Interesse und Wissenszuwachs schließen lassen. Das Ziel diese Thematik aus einer alternativen Vermittlungsform und auf Grundlage einer bisher ungewöhnlichen Wissensverteilung (Schüler*innen als Expert*innen gegenüber lernenden Lehrer*innen) zu transportieren scheint ebenfalls gelungen, denn die Beziehung zwischen Workshopleitung und Lehrer*innen war meiner Wahrnehmung nach wie für Peer-to-Peer-Interaktionen gewünscht auf Augenhöhe, von wertschätzender Akzeptanz in den Rollen geprägt und bildete die Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit über den Zeitraum mehrerer Schulstunden.

Für die Gesamtbewertung aus der Perspektive des Autors und Koordinators wird zur Beurteilung der partizipativen Qualität der Beurteilungskatalog nach Heinen et. al. (2014), wo auf einer neunstufigen Skala die Qualität peer-partizipativer Projekte in Schulen eingeschätzt werden kann, zurückgegriffen. Auf einer Stufenfolge von nicht-

Partizipation (Fremdbestimmung und Anweisung) bis zur höchsten Stufe Autonomie (Selbstverwaltung und Selbstorganisation) ist dieses Projekt der Stufe sieben (Partizipation) zuzuordnen, da Mitbestimmung bei Themenwahl und Workshopgestaltung genauso wie Feedbackrunden und Evaluation sichergestellt werden können. Die noch höheren Stufen sind im schulischen Kontext kaum zu erreichen, da die Strukturen völlige Selbstverwaltung kaum vorsehen (Heinen et al., 2014, S. 296).

Aus der Perspektive ehemaliger Schüler*innen wird eine vollständige Zielerreichung der Sensibilisierung für und Wissensvermittlung zu psychischen Störungen aufgrund des regen Interesses und der Nachfragen seitens der Lehrer*innen in den Workshops sichergestellt. Gerade die konzeptionelle Besonderheit, dass Jugendliche das Thema aufbereiten und präsentieren, hat der Thematik Authentizität und Eindringlichkeit verliehen. Langfristig erscheint aber eine Intensivierung und größere Aufmerksamkeit dem Thema gegenüber notwendig, um bestmöglich mit psychischen Erkrankungen umgehen zu können. Der Rollentausch von Lehrenden und Lernenden in diesem Projekt kommt beiden Seiten und der Zielsetzung ausdrücklich zugute. Für die ehemaligen Schüler*innen war die neue wahrgenommene Verantwortung als brauchbare Alternative zu üblichen Leistungsüberprüfungen wie z.B. Klausuren und für die Teilnehmer*innen wurden die abstrakten Informationen durch die Schüler*innenperspektive besonders glaubwürdig und erzielten Empathie bei den Lehrkräften. Ein referierender Lehrer oder Psychotherapeut hätte diese Zielsetzung möglicherweise in dieser Qualität nicht erreicht. Für die Herausforderung, dass womöglich selbst betroffene Schüler*innen sich mit psychischen Störungen auseinandersetzen, lassen sich sowohl Chancen als auch Risiken identifizieren. Psychisch kranke Schüler*innen erfahren innerhalb des Projekts Respekt, Anerkennung und Unterstützung für ihre Erkrankung, können sich ggf. mit anderen Betroffenen austauschen und Wünsche und Anregungen zum Umgang mit ihnen und ihren Belastungen in einem geschützten schulischen Setting äußern. Möglicherweise wird dadurch die Hemmschwelle zum Outing gegenüber der Erkrankung gesenkt und ein konstruktiver Umgang mit der Erkrankung gefördert. Andererseits besteht die Gefahr, dass die eigene Erkrankung die betroffenen Schüler*innen in der Wahrnehmung der Störung und Auseinandersetzung mit ihr überfordert, Selbst- und Fremddiagnosen unreflektiert gestellt werden und das Projekt zur eigenen Laientherapie missbraucht wird. Die Projektkoordination muss über das nötige beraterische Handeln zur Kompensation dieser Risiken ausgebildet sein, um auch Schüler*innen, die gegenüber ihrer Erkrankung Privatheit wünschen vor möglichen schädlichen Gruppenprozessen wie möglicher Stigmatisierung und Mobbing zu schützen. Insgesamt

wirkt der Projektverlauf möglicherweise für die Schüler*innen zu lang, schließlich umfasst er mit Unterbrechungen den Zeitraum von den Herbst- bis zu den darauffolgenden Sommerferien, was eine Vernetzung der Inhalte erschwert. Die Exkursion bot einen vertieften Einblick in den Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, kann aber ggf. durch Besuch weiterer Expert*innen wie beispielsweise auch selbst betroffene Erkrankte ergänzt oder ersetzt werden. Für die eigene Entwicklung scheint das Projekt Schüler*innen berufliche Handlungsoptionen zu vermitteln. Berufe mit präsentem Charakter wie Lehrer sind mitunter attraktiv und realisierbar geworden. Darüber hinaus scheint das Projekt nachhaltig zu wirken und auch die Interaktion mit den Mitmenschen zu beeinflussen, da nach Auseinandersetzung mit der Thematik eine eigene rücksichtsvollere Haltung dem Umfeld gegenüber beobachtet wird. Diese Haltung kann für den Lehrer*innenberuf essenziell sein.

Für die teilnehmenden Lehrer*innen ergibt sich die gewünschte Sensibilisierung und der angestrebte Wissenszuwachs. Dem Thema sollte allerdings mehr Raum gegeben werden, da die sehr komprimierten Informationen ggf. zu schnell vermittelt wurden und das Bedürfnis Informationen nachlesen und vertiefen zu wollen, nicht hinreichend eingelöst wurde. Die Lehrer*innen genossen die Lerner*innenrolle und fühlten sich gut von den Workshopleitungen betreut, Fragen wurden hinreichend beantwortet. Lehrer*innen vermuten einen enormen Kompetenzzuwachs für die Schüler*innen, da diese sich vermutlich intensiver auf das Thema vorbereiteten als sie es in einer Präsentation vor ihren Klassenkamerad*innen tun würden und ggf. lernen mit vermehrter Nervosität umzugehen. Die Interviewpartnerin zur Lehrer*innenperspektive empfindet die Durchführung solcher psychoedukativen Projekte unter Beteiligung der Schüler*innen sehr fruchtbar und wünscht sich auch zu anderen Psychologierelevanten Inhalten (wie beispielsweise Beurteilungsfehler und Personwahrnehmung) ähnliche Veranstaltungen, da diese nicht zwangsläufig Gegenstand der Lehrer*innenausbildung sind. Zu bedenken ist jedoch, dass nicht mit jeder Lerngruppe ein solches Projekt möglich ist, da den Schüler*innen viel eigenständiges Organisieren und Arbeiten und eine hohe Eigenmotivation abverlangt werden.

Aus der Perspektive der externen Kooperationspartner*in für Exkursion und Referent*in erscheint der Wissenszuwachs bei den Lehrkräften groß. Es ergaben sich viele Fragen bei den Teilnehmer*innen, die auf ein großes Interesse schließen lassen. Lediglich der Wunsch nach konkreten Anleitungen im Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen konnte nicht eingelöst werden, da es in dem Kontext keine Rezepte geben kann. Für die Schüler*innen kann durch die Workshopleitung eine Steigerung

der Selbstwirksamkeit angenommen werden, da sie die Erfahrung machen konnten Experte auf einem Fachgebiet zu sein und ihre vertiefte Expertise weitergeben durften. Wichtige Voraussetzung für den gelingenden Rollentausch zwischen Lehrer*innen und Schüler*innen ist allerdings eine definierte, stabile Beziehung ohne Abhängigkeitsverhältnis. Für psychisch kranke Schüler*innen, die selbst an dem Projekt teilnehmen, besteht die Chance Distanz zur eigenen Erkrankung zu erfahren durch eine theoretische und wissenschaftlich orientierte Betrachtung des Störungsbilds, aber bei so manchem Störungsbild (z.B. Konzentrationsstörungen bei Depression) sind kognitive Einschränkungen störungstypisch und für das Arbeitsergebnis zu berücksichtigen. Die Projektkoordination muss diese Umstände bei der Planung genauso wie den daraus resultierenden Beratungsbedarf berücksichtigen. Die Exkursion erlebte die Kooperationspartnerin als Bereicherung für die Schüler*innen, da sie interessiert und motiviert Fragen stellten, Methoden und Materialien kennenlernten und für ihre Projektarbeit einen Theorie-Praxis-Bezug erlebten. Für das Gesamtprojekt werden viele Stärken wahrgenommen, v.a. der Wissenszuwachs und die Orientierung bei Beruf- und Studienwahl für die Schüler*innen, genauso wie die Sensibilisierung bei den Lehrkräften. Jedoch muss die Frage bedacht werden, wer durch diese freiwillige Fortbildung überhaupt erreicht wird. Gelingt die Sensibilisierung für die Thematik auch bei der Zielgruppe, die nicht engagiert und motiviert in ihrer Freizeit solche Weiterbildungsangebote in Anspruch nimmt? Wichtig erscheint auch, dass neben dem Expertentum, das die Schüler*innen innerhalb des Projekts erwerben und an die Lehrer*innen weitergeben, professionelle Expert*innen mit klinisch-diagnostischem Wissen zur Verfügung stehen, um Falschaussagen korrigieren zu können und Hilfestellung aus dem psychosozialen Beratungsspektrum anbieten zu können. Das verleiht der Veranstaltung und der Thematik zusätzliche Seriosität und Qualität.

5. Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit möchte für peerbasierte Aktivitäten in Schulen ausgehend vom Psychologieunterricht werben. Dass in dem Zusammenhang für eine gesamtschulische Förderung der psychischen Gesundheit und somit zur Prävention psychischer Erkrankungen im Kontext Schule durch flächendeckende Einführung und Ausweitung des Psychologieunterrichts v.a. an allgemeinbildenden Schulen argumentiert und geworben wird, ist eine anzustrebende Zielsetzung für die Zukunft, aber nicht Hauptargumentation dieser Thesis. Es wurden sowohl entwicklungs- und lernpsychologische Theoriebeiträge als auch Ergebnisse wirksamkeitsorientierter Evaluationsstudien

sowie curriculare Argumente zur Legitimation einer Entfaltung des peeraktiven Potenzials des Psychologieunterrichts dargelegt. Mit dem eigenen konzipierten Projekt „students-to-teacher-(psycho)education“ wurde ein konkretes Beispiel ausführlich vorgestellt, begründet und reflektiert mit dem Ziel, dass auch andere Schulen diesen Weg zur Sensibilisierung für die Förderung der psychischen Gesundheit von Schüler*innen, zur Entstigmatisierung und zur Aufklärung gegenüber psychischen Störungen im Schulalltag im Sinne einer Psychoedukation gehen mögen. Im Folgenden soll die peerbasierte Gesamtidee kritisch bewertet werden, um zukünftigen Forschungsbedarf ableiten zu können.

5.1 Kritisches Fazit

Auch wenn viele verschiedene Gründe für Peer-Involvement sprechen, so ist dieser Ansatz im pädagogischen Diskurs keineswegs unumstritten.

Gerade der Grad der Partizipation durch die Jugendlichen innerhalb der Peeraktivität begründet häufig eine kritische Haltung gegenüber solchen Projekten. Es sollte sich schon kritisch gefragt werden, inwiefern transportiert das Projekt Interessen, Werte und Meinungen der Schüler*innen selbst oder werden die Peers bewusst eingesetzt um Ziele der Erwachsenenwelt zu erreichen (Combrink-Souhjoud et al., 2016, S. 14). In dem Fall wird Peer-Involvement zur pädagogisierten Manipulation, in der die Schüler*innen instrumentalisiert werden und die Partizipation an der Aktivität wirkt verordnet (Heinen et al., 2014, S. 295 ff.), (Kern-Scheffeldt, 2005, S. 6), (Kleiber, 1999, S. 6 f.), (Bauch, 1999, S. 8), (Steiner & Heeg, 2016, S. 6). Diese kritische Argumentationslinie wird teilweise so weit verfolgt, dass Peer-Involvementansätze mehr schaden würden als nützen, da sie ein künstlicher Eingriff in eine natürlich ablaufende Entwicklung darstellen (Bauch, 1999, S. 10) und konsequenterweise einer herkömmlichen Pädagogik mit klarer Rollenverteilung der Vorzug gegeben werden sollte (Bauch, 1997, S. 36). Vor allem für den schulischen Kontext muss zudem bedacht werden, dass Schulgruppen Zwangsgruppen sind und nicht den natürlichen Gruppenentwicklungen wie in der üblichen Welt der Peers unterliegen (Heinen et al., 2014, S. 293).

Außerdem lassen sich die ökonomischen Gründe für den Einsatz von Peer-Involvementaktivitäten leicht entkräften. Den Beteiligten muss klar sein, dass die Methode nicht kostengünstiger ist, da sie professionelle Fachkräfte nicht ersetzen kann, will sie doch Qualität erzielen (Pruchnik, 2011, S. 40) und (Steiner & Heeg, 2016, S. 7).

Zur Auflösung des dargestellten pädagogischen Paradoxons, das sich v.a. Psychologielehrkräften, die bei ihren Schüler*innen peerbasierte Beratungskompetenz schulen

möchten, stellt, bietet sich eine konsequent reflektierte Haltung an. Die Fachkraft muss sich permanent die Frage stellen, inwieweit sind die Schüler*innen über die Rolle als Peerberater*innen, der Verantwortung, Zielsetzung und Absicht bewusst. Wie transparent ist das Vorhaben und welche partizipativen Räume sind für die Schüler*innen möglich? (Bauch, 1999, S. 8 f.) und (Combrink-Souhjouid et al., 2016, S. 15). Es lohnt sich eine systemische Perspektive zur Gesamtreflexion peerbasierter Aktivitäten, um das Ausmaß und die Konsequenzen des Peercounselings für die Schüler*innen sowohl in beratender als auch beratener Funktion einschätzen zu können. Schließlich sind die Jugendlichen und ihre Peergroup keine trivialen Maschinen, die Effekte der Peerinvolvementaktionen lassen sich nicht vollständig kalkulieren. Vielmehr handelt es sich um autopoietische Ordnungsgefüge, die Entwicklungsangebote der Umwelt annehmen oder ablehnen können (Bauch, 1999, S. 9 f.). Ziel kann also nur sein ein höchstmögliches Maß an Transparenz für alle Beteiligten zu ermöglichen (Blaich, 2015, S. 8 ff.). Für die vorliegende Arbeit und das konkrete Beispielprojekt ergibt sich daher eine gemäßigte Haltung, die versucht aus den begrenzten partizipativen Möglichkeiten des Schulsystems die größten Partizipationsräume rauszuholen bei gleichzeitiger maximaler Transparenz. Nur dann ist gewährleistet, dass die Schüler*innen hinter dem Projekt stehen und mit Stolz ihr neu erworbenes Wissen teilen (Adler & Oehler, 2005, S. 13). Bei sichergestellter Transparenz kann der Vertrauensvorschuss, den die Pädagog*innen bei ihren Schüler*innen genießen (Bauch, 1999, S. 8), zielführend genutzt werden. Wenn die Fachkräfte dann Distanz zu sich und ihrem Handeln einnehmen (Bauch, 1999, S. 8) und Methoden bei Themensuche und Umsetzung (Steiner & Heeg, 2016, S. 6) einsetzen, die mit den Jugendlichen zusammen entwickelt wurden (Pruchnik, 2011, S. 40), ist ein Eingriff in die Welt der Peers gewährleistet, der vorsichtig erfolgt und mehr nützt als schadet (Bauch, 1997, S. 37). Für das in dieser Arbeit vorgestellte Projekt scheinen die vorhandenen Partizipationsmöglichkeiten zwar noch nicht vollständig ausgereizt, aber die geforderte Transparenz scheint erzielt worden zu sein. Dafür sprechen die positiven Reflexionsergebnisse aller Beteiligten zu dem Projekt.

5.2 Ausblick und weiterer Forschungsbedarf

Auf den Umstand, dass es bei Peerinvolvementaktivitäten an randomisierten, kontrollierten Evaluationsstudien mangelt, wurde bereits hingewiesen (Hildebrand, Weiss & Stemmler, 2019, S. 212), (Fehnker, 2006, S. 12), (Lampert, 2003, S. 474). Hinzu kommt, dass bislang auch unzureichende Instrumente zur Evaluation von Peerinvolvementprojekten existieren (Sauer et al., 2002, S. 134) und (Pruchnik, 2011, S. 40).

Daher sollte die Thematik sowohl stärker in das Interesse der Hochschulforschungsaktivitäten gelangen als auch von Seiten der Schulpolitik betrachtet werden. Generell scheint die Qualität schulischer Beratungsarbeit noch nicht bestmöglich zu sein, fehlen bisher brauchbare Standards für schulische Beratungsprozesse, um den Peergedanken in die schulische Beratungskultur zu integrieren und nachhaltig zu etablieren (Groeben, 2011, S. 10).

Für das vorliegende Forschungsvorhaben bieten sich weiterführende Optionen an. Um den Ist-Zustand der (peerbasierten) Beratungsaktivitäten ausgehend vom Psychologieunterricht zu ermitteln, sollte langfristig eine Datenerhebung an den Schulen in NRW und darüber hinaus erfolgen. So kann zum einen die Bereitschaft und das Interesse unter den Psychologielehrkräften ermittelt werden und zum anderen für die Thematik sensibilisiert werden. Parallel könnte das durchgeführte Projekt für Nachahmungszwecke beworben werden. Hierzu bietet sich neben der vorliegenden Verschriftlichung im Rahmen der Thesis eine Veröffentlichung in der Fachzeitschrift „Psychologieunterricht“ genauso an wie ein Fortbildungsangebot im Rahmen nationaler und internationaler Psychologielehrer*innenverbandstreffen und -konferenzen. Außerdem kann auf diese Aktivität am Lehrstuhl für Psychologiedidaktik der Technischen Universität Dortmund als Hochschule zur Ausbildung von Psychologielehrkräften ebenso aufmerksam gemacht werden wie in den Fachseminaren für Psychologie der Zentren für schulpraktische Lehrer*innenausbildung.

Das Projekt „students-to-teacher-(psycho)Education“ kann selbst auch weiter erforscht werden. Für die Evaluation der schulinternen Lehrer*innenveranstaltung liegen mit einer Fragebogenerhebung im Auftrag der Bezirksregierung Düsseldorf noch Daten vor, die in weiteren Forschungsvorhaben ausgewertet werden könnten. Eine flächendeckendere Verbreitung des Projekts an vergleichbaren Schulen könnte weitere Forschungsaktivitäten nach sich ziehen. Ein Kontrollgruppendesign zur Messung der langfristigen Auswirkungen der Fortbildung als Interventionsmöglichkeit mit gesundheitsförderlichen Effekten ist denkbar, schließlich sind die Schulen mit dem Bildungsgang Berufliches Gymnasium Gesundheit miteinander vernetzt. Auch das Potenzial zur Messung der Bereitschaft als Psychologieschüler*in selbst aktiv beratend tätig zu werden, scheint noch nicht ausgeschöpft. Befragungen unter den Schüler*innen und deren langfristiger Benefit durch eine vom Psychologieunterricht initiierte Peeraktivität können Aufschluss darüber geben, welche Bereicherung diese Art der Ausrichtung des Fachs darstellen kann.

Verzeichnis: Literatur

- Adler, M. & Oehler, P. (2005). Peer-Education. Jugendliche arbeiten in der Prävention. *Suchtmagazin*, 31(5), 11–14.
- Appel, E. & Kleiber, D. (1999). "...dass ich dann was lern' dabei und auch noch an andere Leute weitergeben kann!". Auswirkungen des Berliner Peer-Projektes auf Jugendliche. In R. Gerdes, I. Nuij-Brandt, L. Wronska & H. Backes (Hrsg.), *Viele Wege führen nach Rom. Dokumentation der Fachtagung Peer Education, Berlin, 22.10.-24.10.1997* (S. 26–35). Berlin: Landesamt für Gesundheit und Soziales.
- Bastian, J., Meyer, M. A., Lehmann, L., Andresen, E., Team der Jenaplanschule, Oswald, H. et al. (1997). Schüler als Lehrende. (Mit 8 Einzelbeiträgen). *Pädagogik*, 49(11), 5–38.
- Bauch, J. (1997). Peer-Education und Peer-Involvement. Ein neuer Königsweg in der Gesundheitsförderung? *Prävention*, 20(2), 35–37.
- Bauch, J. (1999). Selbstbefähigung oder Manipulation? eine Contra-Position zur Peer-Education. *Pro Jugend*, (4), 8–10.
- Behrendt, B. (2009). *"Meine persönlichen Warnsignale"* (Materialie / Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Nr. 51, 2., überarb. und erw. Aufl.). Tübingen: Dgvt-Verl.
- Blaich, H. (2015). ajs Medienscouts Jugendhilfe souverän im Netz unterwegs! *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 60(1), 8–10.
- Boulton, M. J. (2005). school Peer Counselling for Bullying. Services as a Source of Social Support: A Study with Secondary School Pupils. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(4), 485–494.
- Boulton, M. J. (2014). High School Pupils' Understanding of Peer Counselling and Willingness to Use it for Different Types of Bullying. *Pastoral Care in Education*, 32(2), 95–103.
- Bovet, G. (1993). *Wahrnehmung - Unterrichtsreihe*.
- Bultmann, R. (1992). Schueler beraten Schuelerinnen und Schueler. *Schulverwaltung. Niedersachsen*, 2(12), 254.
- Büttner, G., Warwas, J. & Adl-Amini, K. (2012). Kooperatives Lernen und Peer Tutoring im inklusiven Unterricht. *Zeitschrift für Inklusion*, (1-2), 1–14.
- Christoph, M. & Heckmann, W. (2005). Peer-Education gegen Alkohol und Drogen am Steuer. *Suchtmagazin*, 31(5), 21–26.
- Combrink-Souhjouid, B., Bauer, T. & Jahnke, B. (2016). Wir machen das jetzt! ein Hintergrundgespräch zum Peer Counseling Modell- und Forschungsprojekt des LVR. *Kerbe*, 34(2), 13–15.
- DAK Gesundheit & Unfallkasse NRW. (2012). *Handbuch Lehrgesundheit - Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen* (2., umfänglich überarbeitete und erweiterte Auflage). Köln: Carl Link.
- Dornbusch, R. & Trelewsky, K. (2016). *Keine Angst vor Projektarbeit! So gelingt Themenfindung, Umsetzung und Bewertung* (Sekundarstufe I+II, 1. Auflage). Berlin: Cornelsen.
- Drefahl, S. (2016). Peer-to-Peer-Education. In D. Molthagen & T. Schöne (Hrsg.), *Lernen in der Einwanderungsgesellschaft. Lern- und Arbeitsbuch : ein Handbuch für die Bildungsarbeit in Schule, Jugendarbeit und Erwachsenenbildung in einer vielfältigen Gesellschaft* (S. 183–198). Bonn: Dietz.
- Fehnker, U. (2006). Planung einer Ernährungsberatungsagentur. Peer Education als Beitrag zur Ernährungsbildung - ein Unterrichtsmodell. *Haushalt & Bildung*, 83(2), 3–13.
- Fendler, J. (2018). *Psychologie unterrichten. Gegenstands- und zielorientierte Didaktik des Psychologie-Unterrichts an berufsbildenden Schulen* (1. Auflage). Haan-Gruiten: Verlag Europa-Lehrmittel Nourney-Vollmer GmbH & Co. KG.

- Frenkel, M., Georg Anna & Plessner, H. (2020). Achtsamkeit zur Förderung der Selbstregulation bei Jugendlichen in der Schule. Evaluation des Achtsamkeitstrainings „8-sam“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69, 321–338.
- Geiß, P. G. (2016). *Fachdidaktik Psychologie. Kompetenzorientiertes Unterrichten und Prüfen in der gymnasialen Oberstufe* (UTB Fachdidaktik, Bd. 4638, 1. Auflage). Bern: Haupt Verlag. Verfügbar unter: <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838546384>
- Glattacker, M., Engel, E.-M., Hilt, F., Grüner, T. & Käppler, C. (2002). Ist Gewaltprävention an Schulen wirksam? - Eine erste Bilanz über das Präventionsprogramm "Konflikt-Kultur". *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 49(2), 141–150.
- Gomolzig, K. (2010). Handy-Scouts - ein Peer-Projekt zur Gewaltprävention und Förderung von Medienkompetenz an Schulen. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 55(3), 84–85.
- Green, N. & Green, K. (2007). *Kooperatives Lernen im Klassenraum und im Kollegium. Das Trainingsbuch*. Seelze-Velber: Klett; Kallmeyer.
- Greiner, W., Witte, J. & Batram, M. (2019). *Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern* (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. 31, 1. Auflage). Heidelberg, Neckar: medhochzwei Verlag.
- Groeben, A. von der. (2011). Beraten lernen. Warum sollen wir lernen, was wir täglich tun? *Pädagogik*, 63(2), 10–13.
- Haag, L. & Streber, D. (2011). Tutorielles Lernen. *Empirische Pädagogik*, 25(3), 358–369.
- Hamann, S. & Schweigert, N.-M. (2013). Ein Praxisbericht aus der Suizidprävention an Schulen mit Beteiligung von Peers. *Suizidprophylaxe*, 40(1), 23–27.
- Hanke, O. & Heider, M. (2012). Körperbehinderte Schüler als Streitschlichter. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 63(11), 478–482.
- Heinen, R., El Makhoukhi, A. & Kerres, M. (2014). Peer-Education in der Schule - Partizipative Projekte zur Förderung von Medienkompetenz. In C. Tillack, J. Fetzer & D. Raufelder (Hrsg.), *Soziale Beziehungen im Kontext von Motivation und Leistung* (Reihe, Band 25, S. 290–309). Immenhausen bei Kassel: Prolog-Verlag.
- Henke, C. (2006). Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(8), 644–659.
- Hermes, G. (2019). Experten aus eigener Erfahrung. Peer Counseling in Beratungs- und Unterstützungskontexten. *Case Management*, 16(1), 32–36.
- Hermes, G. & Rösch, M. (2019). Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung. Peer Counseling und die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 50(1), 64–71.
- Hiemann, B. (2001). "Streiten will gelernt sein!" Entwicklung einer Streitkultur. *ajs Fakt*, (2), 48–57.
- Hildebrand, A., Weiss, M. & Stemmler, M. (2019). Online-Peer-Suizidpräventionsprogramme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Eine systematische Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 67(4), 221–229.
- Hobmair, H. & Altenthan, S. (Hrsg.). (2013). *Psychologie* (5. Aufl.). Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

- Hochschule Düsseldorf, University of Applied Sciences, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften. (2019). *Modulhandbuch Bachelor Soziale Arbeit und Sozialpädagogik*, Hochschule Düsseldorf, University of Applied Sciences, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften. Zugriff am 07.12.2020. Verfügbar unter: <https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/studium/studiengaenge/ba-sasp/Documents/ModulhandbuchBASaSp2019.pdf>
- Jaschinski, U. & Grob, A. (2004). pc4youth - Förderung benachteiligter Jugendlicher durch Peer-Tutoring. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, (1), 31–36.
- Jaszus, R., Ackermann, A. & Klemens, G. (2015). *Psychologie und Pädagogik. Lehrbuch für berufliche Gymnasien* (Sozialpädagogik Handwerk und Technik, 1. Aufl.). Stuttgart: Holland + Josenhans.
- Kagermeier, E. (2019, 15. August). Und in der 3. Stunde Glücksunterricht. *Die Zeit*. Zugriff am 15.03.2021. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/schule/2019-08/schuleunterricht-glueck-schulfach-bildung-werte-glueck-lehrerin>
- Kern-Scheffeldt, W. (2005). Peer-Education und Suchtprävention. *Suchtmagazin*, 31(5), 3–10.
- Kilgariff, L., Solomon, M., Zanotti, M. & Chambliss, C. (1999). *High School Peer Helping: A Program Evaluation*. Zugriff am 08.07.2020. Verfügbar unter: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED426319.pdf>
- Kleiber, D. (1999). Empowerment und Partizipation. Chancen von Peer-Education in der Präventionsarbeit. *Pro Jugend*, (4), 4–7.
- Kolossa, B. (2015). *Grundwissen Psychologie - Sekundarstufe II* (Grundwissen Psychologie - Sekundarstufe II, 1. Aufl.). Berlin: Cornelsen.
- Kraus, M. H. (2003). Schulmediation - Neues wagen, Kontinuität schaffen. *MultiMind - NLP aktuell*, 12(3), 10–16.
- Krizan, A. & Hecht, T. (2018). Peergestütztes Lernen. In J. Sengpiel & D. Smolka (Hrsg.), *Das große Handbuch Schulkultur* (Handlungsfeld, S. 240–248). Köln: Carl Link.
- Kultusministerkonferenz. (2018). *Bildung und Erziehung als gemeinsame Aufgabe von Eltern und Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 11.10.2018*. Zugriff am 30.03.2021. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2018/2018_10_11-Empfehlung-Bildung-und-Erziehung.pdf
- Lampert, C. (2003). Gesundheitsförderung durch Unterhaltung? zum Potenzial des Entertainment-Education-Ansatzes für die Förderung des Gesundheitsbewusstseins. *Medien & Kommunikationswissenschaft*, 51(3-4), 461–477.
- Malach, J. (2004). *Prosoziales Verhalten und Ausbleiben von Hilfeleistung in Notsituationen. Unterrichtseinheit im Rahmen einer problemorientierten Lernumgebung*.
- Metzger, M., Meili, A. & Wyss, S. (2016). Soziale Peer-to-Peer-Unterstützung im Jugendalter. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 85(2), 140–147.
- Meyer, G. & Findeisen, S. (2001). Schülermultiplikatoren. Arbeitsgemeinschaft an Schulen "Schüler für Schüler". *ajs Fakt*, (2), 46–47.
- Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen - Onlinebroschürens-service. (2020). *Die gymnasiale Oberstufe an Gymnasien und Gesamtschulen in Nordrhein-Westfalen. Informationen für Schülerinnen und Schüler, die im Jahr 2021 in die gymnasiale Oberstufe eintreten*. Zugriff am 26.03.2021. Verfügbar unter: <https://xn--broschren-v9a.nrw/gymnasiale-oberstufe/home/#!/Die-gymnasiale-Oberstufe>

- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. (2010). *Bildungspläne zur Erprobung für die Bildungsgänge, die zu einem Berufsabschluss nach Landesrecht und zur allgemeinen Hochschulreife oder zu beruflichen Kenntnissen und zur allgemeinen Hochschulreife führen. Teil III: Fachlehrplan Mathematik Fachbereich Erziehung und Soziales Grundkurs*. Zugriff am 01.04.2021. Verfügbar unter: https://www.berufsbildung.nrw.de/cms/upload/_lehrplaene/d/erziehung_und_soziales/teil3/teil3_mathe_eus_gk.pdf
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2014). *Kernlehrplan für die Sekundarstufe II Gymnasium/Gesamtschule in Nordrhein-Westfalen. Psychologie*. Zugriff am 08.12.2020. Verfügbar unter: https://www.schulentwicklung.nrw.de/lehrplaene/lehrplan/188/KLP_GOSt_Psychologie.pdf
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. (2016). *Kerncurriculum für die Ausbildung im Vorbereitungsdienst für Lehrämter in den Zentren für schulpraktische Lehrerausbildung und in den Ausbildungsschulen*. Zugriff am 29.03.2021. Verfügbar unter: <https://www.schulministerium.nrw/sites/default/files/documents/Kerncurriculum.pdf>
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2017). *Bildungspläne zur Erprobung für die Bildungsgänge, die zu einem Berufsabschluss nach Landesrecht und zur allgemeinen Hochschulreife oder zu beruflichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten und zur allgemeinen Hochschulreife führen (Bildungsgänge der Anlage D APO-BK). Teil III: Fachlehrplan Psychologie Fachbereich Gesundheit und Soziales Grundkurs*. Zugriff am 08.12.2020. Verfügbar unter: https://www.berufsbildung.nrw.de/cms/upload/_lehrplaene/d/gesundheit_und_soziales/teil3/teil3_psychologie_gk_gus.pdf
- Müller, L. (2017). In and Out - die peer-to-peer Beratung des Jugendnetzwerks Lambda. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 12(2), 225–229.
- Nörber, M. (Hrsg.). (2003). *Peer Education. Bildung und Erziehung von Gleichaltrigen durch Gleichaltrige* (Beltz-Votum, 1. Aufl.). Weinheim: Beltz. Verfügbar unter: <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-407-55891-6>
- Nörber, M. (2005). Peer-Education. ein vernachlässigtes Bildungs- und Erziehungsangebot. *Das Baugerüst*, 57(4), 74–79.
- O. A. (2013). "Mir hat gut gefallen, dass ...". 88 Impulskarten für gezielte und begründete Reflexion. Mühlheim an der Ruhr: Verlag an der Ruhr.
- O'Reilly, A., Barry, J., Neary, M.-L., Lane, S. & O'Keefe, L. (2016). An Evaluation of Participation in a Schools-Based Youth Mental Health Peer Education Training Programme. *Advances in School Mental Health Promotion*, 9(2), 107–118.
- Porter, J. R. & Smith-Adcock, S. (2011). Children Who Help Victims of Bullying: Implications for Practice. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 33(3), 196–205.
- Presley, J. A. & Hughes, C. (2000). Peers as Teachers of Anger Management to High School Students with Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders*, 25(2), 114–130.
- Pruchnik, S. (2011). Der Personenzentrierte Ansatz in der Ausbildung jugendlicher Berater für die Telefonberatung. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 42(1), 37–45.
- Rettenwender, E. (2019). *Psychologie* (2. Auflage). Linz: Veritas.
- Rothenberg, B. (2011). Peer Counseling. In A. Lenz (Hrsg.), *Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis* (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 22, S. 257–276). Tübingen: Dgvt-Verl.

- Ruppe, S. (2011). Auf gleicher Augenhöhe. Möglichkeiten und Grenzen des Peer Counseling. *Behinderte Menschen*, (4-5), 86–96.
- Sämmer, G. (1993). *Gruppen, soziale Systeme und Kommunikation - Unterrichtsreihe*.
- Sauer, J., Kranzler, L. & Thiele, C. (2002). Versuch einer suchtpreventiven Peer-Education bei Mädchen: Eine Evaluationsstudie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 49(2), 133–140.
- Schaefer, C., Besser-Scholz, B. & Kinder, B. (2012). "Schüler-beraten-Schüler" (SbS). Ein an systemischen Prinzipien orientiertes Peer-Projekt am Ernst-Moritz-Arndt-Gymnasium (EMA), Bonn. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 30(4), 164–168.
- Schulte, A. (2019). *Scriptor Praxis/ Außerschulische Lernorte. Buch* (Scriptor Praxis). Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Schwager, S., Gläser, A., Wick, K. & Berger, U. (2019). Gemeinsam Gesund Lernen. Entwicklung einer schulischen Praxishilfe zur Prävention psychischer Herausforderungen im Kindes- und Jugendalter. *Prävention und Gesundheitsförderung*, (14), 3–8.
- Silins, E., Bleeker, A. M. & Copeland, J. (2010). Peer Education bei Ecstasy-Konsumierenden. *Suchtmagazin*, 36(5), 18–21.
- Steiner, O. & Heeg, R. (2016). Peer-Involvement zur Förderung von Medienkompetenzen. *Medien + Erziehung*, 60(1), 47–52.
- Steininger, M. (2010). Jugendliche beraten Jugendliche. Peer to Peer-Beratung am Kinder- und Jugendtelefon Hamburg. *Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis*, 55(3), 86–88.
- Ttofi, M.M., Farrington, D.P. (2012). Bullying prevention programs: the importance of peer intervention, disciplinary methods and age variations. *J Exp Criminol*, 8, 443–462.
- Tuncel, Z. (2019). Peer-Education - Konfliktkompetenz auf Augenhöhe. *Die Mediation*, (01), 37–39.
- Unger, N. (2003). "Gemeinsam statt einsam". Peergruppenarbeit in der schulischen Erziehungshilfe. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 54(12), 505–510.
- Weiss, M., Hildebrand, A., Braun-Scharm, H., Weckwerth, K., Held, D. & Stemmler, M. (2020). Werden suizidgefährdete junge Menschen durch Online-Beratung erreicht? Bewertung der Zielgruppenerreichung der [U25]-Online-Suizidprävention. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48, 204–214.
- Young, J. (1997). *The Effectiveness of High School Peer Helper Training*. Zugriff am 08.07.2020. Verfügbar unter: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED407629.pdf>

Anhang

Verzeichnis: Anhang

Anhang 1: Materialien für interessierte Lehrer*innen, Schulsozialarbeiter*innen und alle anderen interessierten Leser*innen zu dem eigenen entwickelten Projekt „Students-to-teacher-(psycho)education“ (Kap. 4)	_____	II
Anhang 2: Schülerreflexion	_____	XLIV
Anhang 3: Lehrer*innenreflexion	_____	XLVII
Anhang 4: Kooperationspartner*innenreflexion	_____	XLVIII

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Anhang 1: Materialien für interessierte Lehrer*innen, Schulsozialarbeiter*innen und alle anderen interessierten Leser*innen zu dem eigenen entwickelten Projekt „Students-to-teacher-(psycho)education“ (Kap. 4)

Arbeitsauftragäe SuS Projektarbeit „psychische Störungen“

Orientieren Sie sich bitte an den folgenden Hinweisen und „Spielregeln“ zu der oben genannten Projektarbeit. Ihr Arbeitsergebnis ist ein Leistungsnachweis, der ähnlich wie eine Klausur Bestandteil Ihrer Zeugnisnote sein wird.

Arbeitsumfang:

- Ihnen steht der Zeitraum vom: _____ bis _____ zur Verfügung. Am Ende dieses Zeitraums erhält die Lehrkraft alle Materialien und Arbeitsergebnisse.
- Bis zu diesem Zeitpunkt sollten Sie auch kommuniziert haben, welche Medien, Räumlichkeiten, Materialien etc. Sie für Ihre Präsentation benötigen.
- Über die drei Doppelstunden hinaus ist es notwendig, dass Sie sich in Ihren Arbeitsgruppen abstimmen und austauschen. Sie erhalten für den Zeitraum der Projektphase keine zusätzlichen Hausaufgaben

Inhaltliche Dimension:

- Sie informieren innerhalb Ihrer Präsentation über folgende Aspekte: *Symptomatik, Diagnostik (nach ICD und DSM), Epidemiologie, Erklärungsansätze (min. 2 Paradigmen), Prävention/ Therapie.*
- Sie bereiten Ihre Informationen so auf, dass Sie Ihrer Klasse verständliche Informationen zu dem von Ihnen aufbereiteten Störungsbild präsentieren können (z.B. funktionaler Medieneinsatz, Beteiligung der Zuhörer, Fallbeispiele und Filmbeispiele)
- Ihre Präsentation enthält einen Anwendungsaspekt (z.B. Anwendungsaufgabe auf ein Fallbeispiel, vergleichende Diskussion über unterschiedliche Therapieansätze), den Sie in Absprache mit der Lehrkraft planen.
- Ihre Präsentation sichert den Lernzuwachs für die Klasse, insbesondere für eventuelle Abiturprüfungsinhalte. SEIEN SIE SICH DIESER VERANTWORTUNG BITTE BEWUSST!!!

Hilfestellungen:

- Recherchieren Sie erst selber, bevor Sie um Zusatzmaterial fragen. In der Mediothek und Stadtbücherei finden Sie die gängigen Standardwerke der Klinischen Psychologie
- Sprechen Sie mich rechtzeitig an, damit ich Sie bei eventuellen Problemen und Fragen unterstützen kann.
- Bedenken Sie, dass ich nicht ständig meine „Psychologiebibliothek“ dabei habe, aber von einer Woche zur anderen gerne Bücher und Materialien mitbringe und zur Verfügung stelle.

Bewertungskriterien:

- Sachliche Richtigkeit
- Angemessene Informationsvielfalt (Sie haben 3 Doppelstunden Zeit zur Vorbereitung!) => Planen Sie ca. 45 Minuten Gesamtpräsentation ein!
- Beteiligung aller Gruppenmitglieder (Haben alle Beteiligten Redeanteile an der Gesamtpräsentation?)
- Verständlichkeit der Sachverhalte und Informationen (Was konnte das Plenum aus Ihrem Vortrag mitnehmen?)
- Interaktivität (Wie wurde das Plenum einbezogen?)
- Praktische Anwendung (Wie beurteilt das Plenum die Anwendungseinheit?)
- Sprachliche Angemessenheit (Wie immer geht es auch um Rechtschreibung und Co. ;-)

„Psychologie im Schulalltag“

Psychische Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern

Leitung: ehem. SchülerInnen der GY13, Dr. Pia Weber und Benjamin Schulz

Termin: Zeitumfang 2,5 Std., Raum

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die psychische Gesundheit spielt im schulischen Kontext zunehmend eine bedeutende Rolle. Wir als Lehrerinnen und Lehrer sind in unserem Berufsalltag immer wieder mit Diagnosebegriffen, Verhaltensauffälligkeiten und Beratungssettings von Seiten unserer Schülerschaft konfrontiert. Der Psychologieunterricht im beruflichen Gymnasium bietet den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit sich diesen Herausforderungen wissenschaftlich zu nähern.

Die Ergebnisse unseres Unterrichts möchten wir Ihnen im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung zukommen lassen, um Ihnen eine erste Sensibilisierung mit der Thematik zu ermöglichen. Es erwarten Sie folgende Themen:

- Was ist normal? Was ist psychisch krank?
- Vorstellung ausgewählter klinischer Störungsbilder
- Ziele, Inhalte und Vorgehensweisen in einer Psychotherapie (Verhaltenstherapie)
- Anwendungsmöglichkeiten auf den schulischen Kontext: Chancen, Herausforderungen, Lösungsmöglichkeiten

Sind Sie dabei? Dann bitte ich Sie, sich **verbindlich bis zum** in die Liste am Aushang „Fortbildung“ einzutragen.

Danke ☺ und kollegiale Grüße,
Benjamin Schulz

„Psychologie im Schulalltag“*Psychische Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern*Leitung: ehem. SchülerInnen der GY13, Dr. Pia Anna Weber und Benjamin Schulz

Termin: 15.06.2016, 14.00 – 16.30 Uhr, Raum N 307

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Düsseldorf,

Sie haben sich zu der oben genannten Fortbildungsveranstaltung am angemeldet. Für unsere Planung benötigen wir noch einige Angaben von Ihnen. Bitte füllen Sie den unten stehenden Abschnitt aus und legen Sie ihn bis zum in das Fach von Herrn Schulz.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,

i.A. Benjamin Schulz

-----bitte abtrennen-----

1. Workshop-Wahl: Innerhalb der Fortbildung findet eine themenintensive Workshop-Phase statt. Bitte wählen Sie aus der folgenden Themenliste 2 Workshops, die Sie gerne besuchen möchten:

 Workshop 1: Depressionen Workshop 2: Schizophrenie Workshop 3: Zwangsstörungen Workshop 4: Borderline-Persönlichkeits-Störung

2. Vorkenntnisse: Beurteilen Sie bitte Ihre Vorkenntnisse zum Fortbildungsthema „Psychologie im Schulalltag“ mit einer Schulnote von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend)

Note:

3. „Hausaufgabe“: Bringen Sie bitte zur Fortbildung ein Erfahrungsbeispiel (z.B. SchülerInnen mit einer psychischen Erkrankung) aus Ihrem beruflichen Alltag als Lehrer mit.

4. Wünsche und Erwartungen: Notieren Sie hier alles, was wir bei unserer Planung noch beachten sollen, damit Sie sich gut fortgebildet fühlen. Nutzen Sie auch die Rückseite!

Psychologie im Schulalltag

Psychische Erkrankungen bei Schüler/-innen

15.06.2016

Dr. Pia Anna Weber & Benjamin Schulz

Überblick

2

- I. Einleitung
- II. Was ist „normal“ und was ist psychisch krank?
- III. Beratung versus Psychotherapie – Eine Abgrenzung
- IV. Vorstellung ausgewählter klinischer Störungsbilder
- V. Psychotherapeutisches Vorgehen bei ausgewählten klinischen Störungsbildern
- VI. Fazit
- VII. Anwendung auf den Schulkontext: Chancen, Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten

I. Einleitung

3

L.: Ihre sonstige Mitarbeit bewerte ich für das laufende Quartal mit einer 5

S.: Ich möchte Sie wissen lassen, dass ich – Sie kennen es selber vielleicht auch – ähm...äh... am Reizdarmsyndrom leide

L.: Was soll ich jetzt mit dieser Information anfangen?

S.: Naja... vielleicht kann man da ja jetzt noch etwas machen?

I. Einleitung

4

Kollege A.: Du kennst dich doch mit Psychologie aus, ich hab da ne Schülerin, ich glaub die hat Depressionen!

Kollege B.: Was bedeuten denn für dich Depressionen?

Kollege A.: Ja, die ist oft so traurig!

I. Einleitung

5

Fazit:

- ▣ Lehrer sein bedeutet mit Verhaltensauffälligkeiten, Diagnosebegriffen und Beratungsbedarf konfrontiert sein...
- ▣ ...aber er stellt keine Diagnosen, therapiert nicht und muss Leistungen messen und bewerten
- ▣ Zielsetzung für heute: Sensibilisierung für ausgewählte Beispielstörungen und Vermittlung von Hintergrundinformationen

I. Einleitung

6

Häufigkeit von psychischen Erkrankungen:

- ▣ Depressionen: 5% bei Kindern, 15-20% bei Jugendlichen (Schneider & Margraf, 2009)
- ▣ Zwangsstörungen: 2-4% der Jugendlichen (Schneider & Margraf, 2009)
- ▣ Borderline-Persönlichkeitsstörung: 5-11% bei Jugendlichen (Miller et al., 2006)
- ▣ Schizophrenie: 0,6-1% (Lauth et al., 2011)

II. Was ist „normal“ und was ist psychisch krank?

7

1. Das statistische Modell – oder „Abweichung vom Durchschnitt“ (Davison et. al., 2007)
 - Abnorm = seltenes oder statistisch ungewöhnliches Verhalten
 - Problem: was ist wünschenswert, was nicht?
 - Beispiel: die Sinfonie eines Komponisten ist höchst selten zu finden, aber ist sie deswegen ein Anzeichen für eine psychische Erkrankung?

II. Was ist „normal“ und was ist psychisch krank?

8

2. Das Kulturelle Modell – oder „Abweichung von sozialen Normen“ (Davison et. al., 2007)
 - Abnorm = Abweichung von gesellschaftlich angemessenem Verhalten
 - Verhalten muss vor dem kulturellen Kontext, in dem es auftritt, bewertet werden

II. Was ist „normal“ und was ist psychisch krank?

9

2. Das Kulturelle Modell – oder „Abweichung von sozialen Normen“ (Davison et. al., 2007)

- Problem: Sind dann nicht ganze Kulturen psychisch krank? Lassen sich dann überhaupt weltweite Krankheiten definieren?
- Beispiel: der Glaube an Hexenverfolgung ist in manchen Kulturen weit verbreitet, gilt aber in anderen als Anzeichen für eine psychische Erkrankung

II. Was ist „normal“ und was ist psychisch krank?

10

3. Das Modell des persönlichen Leidensdrucks – oder „wie sehr leide ich unter meinem Verhalten, meinen Gedanken oder Gefühlen“ (Davison et. al., 2007)

- Abnorm = Subjektiv empfundenen Leid
- Eigenberichte sind wichtige Informationsquellen für eine Diagnose
- Problem: Nicht jeder psychisch Kranke empfindet sich und sein Verhalten „unnormale“, sein Umfeld leidet aber unter seinem Verhalten

II. Was ist „normal“ und was ist psychisch krank?

11

Fazit:

- ▣ Jedes Modell hat seine Schwächen
- ▣ Die Kombination aller drei Modelle stellt eine angemessene Betrachtung von normal und psychisch krank dar
- ▣ Die weltweiten Diagnosesysteme zur Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 und DSM-IV/V) wurden aus diesen Modellen entwickelt

III. Beratung versus Psychotherapie - Eine Abgrenzung

12

- ▣ Zeitliche Abstände zwischen den Sitzungen
- ▣ Zeitliches Kriterium für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung
- ▣ Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung
- ▣ Vorliegen/ Nicht-Vorliegen einer psychischen Störung
- ▣ Zeitliche Dauer
- ▣ Inhalte, Themen und Ablauf
- ▣ Beratung auch anonym und kostenlos möglich, Therapie nach geregelter Kostenübernahme

IV. Vorstellung ausgewählter klinischer Störungsbilder

13

Workshop-Phase (2 mal 30 Minuten):

- ▣ Raum 1: Depressionen (Fr. Schweitzer)
- ▣ Raum 2: Schizophrenie (Fr. Tekeli & Fr. Fritzke)
- ▣ Raum 3: Zwangsstörungen (Hr. Schulz & Fr. Dr. Weber)
- ▣ Raum 4: Borderlinepersönlichkeitsstörung (Fr. Mamedi & Hr. Wardag)

V. Psychotherapeutisches Vorgehen bei ausgewählten klinischen Störungsbildern

14

Verhaltenstherapeutische Interventionen

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DUISSELDORF

Depressionen

15

- ▣ Korrektur dysfunktionaler Kognitionen
- ▣ Förderung positiver Aktivitäten
- ▣ Kommunikations- und Konfliktbewältigungstraining
- ▣ Entspannungstechniken
- ▣ Familientherapeutische Sitzungen

Zwangsstörungen

16

- ▣ Familienzentrierte Interventionen zur Bearbeitung von innerfamiliären Konflikten
- ▣ Erstellung einer Angsthierarchie
- ▣ Expositionsbehandlung mit Reaktionsverhinderung

Borderline-Persönlichkeitsstörung

17

- ▣ Stresstoleranz
- ▣ Emotionsregulation
- ▣ Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- ▣ Achtsamkeitstraining
- ▣ „Notfallkoffer“

Schizophrenie

18

- ▣ Medikamentöse Behandlung (atypische Neuroleptika)
- ▣ Vermittlung eines Störungsmodells
- ▣ Veränderung der auslösenden Bedingungen und potentiellen Stressoren
- ▣ Strukturierung des Tagesablaufes
- ▣ Vermittlung von Coping-Techniken

VI. Fazit

19

- ▣ Hinter einer psychischen Störung stehen häufig sehr individuell gestaltete Problematiken

- ▣ der schulische Alltag nimmt Einfluss auf den Störungsverlauf des Schülers
 - ▣ Kann einen Schutzraum darstellen
 - ▣ Kann Belastung darstellen
 - ▣ Kann Erfolge, aber auch Misserfolge darstellen

VII. Anwendung auf den Schulkontext

20

Fragen und Diskussion

VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT!

Weiterführende Literatur

22

- ▣ Lauth G. W., Linderkamp S., Schneider S. & Brack U. B. (2011). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- ▣ Reissner V., Hebebrand J., Knollmann M. (2015). *Beratung und Therapie bei schulvermeidendem Verhalten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- ▣ Schneider S. & Margraf J. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Wiesbaden: Springer VS.
- ▣ Steins G., Weber P. A. & Welling V. (2014). *Von der Psychiatrie zurück in die Schule: Reintegration bei Schulabsentismus. Konzepte - Begründungen - Materialien*. Wiesbaden: Springer VS.

Workshopmaterialien Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (DSM-IV) oder auch emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD 10) wird laut DSM-IV als ein "tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Gefühlen sowie unter deutlicher Impulsivität" definiert. Nach DSM-IV müssen mindestens fünf der folgenden Diagnosekriterien erfüllt sein, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) diagnostizieren zu können:

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehung, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und der Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, etc.).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen, -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (hochgradig episodische Freudlosigkeit, Reizbarkeit oder Angst), die gewöhnlich nicht länger als einige Stunden andauern.
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten diese zu kontrollieren.
9. Akute, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

0,8 - 2 % (unbehandelte Prävalenz) bzw. 14,5% (behandelte Prävalenz) der erwachsenen Bevölkerung leidet an einer BPS. Frauen sind mit einem Anteil von 75%⁴ aller Borderline-Erkrankten wesentlich häufiger betroffen als Männer.

Häufig werden bei den Betroffenen weitere Erkrankungen diagnostiziert. Die Komorbidität mit einer Depression tritt mit 38 - 78% am häufigsten auf, gefolgt von Substanzmittelmissbrauch (64 - 66%), AD(H)S (60%), Posttraumatische Belastungsstörung (46 - 56%), Essstörung (29 - 35%) und weiteren Persönlichkeitsstörungen (ängstlich-vermeidend 43 - 47%, zwanghaft 16 - 25%, dependent 16 - 51% und paranoid 14 - 30%). Zudem besteht eine Selbstverletzungsrate von 69 - 80% und eine Suizidrate von 5 - 10%.⁵

Bei der BPS handelt sich um eine dispositionelle und multifaktorielle Erkrankung, die in einer spezifischen Belastungssituation, wie z.B. Konflikte beim Lösen vom Elternhaus oder berufliche Schwierigkeiten ausgelöst wird. Auch erste Erfahrungen in der Partnerschaft können eine BPS auslösen. Das zentrale Merkmal zur Bildung dieser Disposition ist die Anlage zur emotionalen Instabilität. Jedoch erhöht sich trotz dieser Anlage die Wahrscheinlichkeit zu einer BPS nur, wenn dem Kind in seiner persönlichen Entwicklung kein angemessener Umgang mit Emotionen

vermittelt wird. Wenn das Kind weder Sicherheit noch soziale Unterstützung vermittelt bekommt, es also eine "missglückte Bindungserfahrung"⁶ macht, kann dies ebenfalls zu einer BPS führen. Zu solchen Bindungserfahrungen gehören traumatisierende Erlebnissen, wie Gewalt, sexueller Missbrauch oder starke Vernachlässigung. Zudem ist die Hirnaktivität von Borderline-Patienten aufgrund einer

⁴ http://psychiatrie.uni-bonn.de/krankheitsbilder/emotional_instabile_borderline__persoenlichkeitsstoerung/index_ger.html

⁵ http://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/krankheitsbilder/borderline_dialektisch_behaviorale_therapie_dbt/die_borderline_stoerung/

⁶ Ewald Rahn: Borderline Basiswissen: Umgang mit Borderline Patienten 4. Auflage 2007, Psychiatrie-Verlag, S.38

Strukturveränderung des Mandelkerns und dem Hippocampus beeinträchtigt. Der Mandelkern ist für die Verarbeitung von Stress, Gefahrensignalen und Ängsten zuständig, während der Hippocampus u.a. an der Steuerung von Emotionen beteiligt ist. Dadurch, dass diese Hirnregionen kleiner sind, sind sie wesentlich empfindlicher.

Eine BPS löst wie in den oben genannten Kriterien starke Stimmungsschwankungen aus, was zu einer, für den Betroffenen als unerträglich empfundenen Anspannung führen kann. Diese Anspannung versuchen sie durch selbstverletzendes Verhalten, wie Drogenkonsum, Selbstverletzung durch scharfe oder spitze Gegenstände oder riskante Aktivitäten zu lindern. Die Denkmuster Erkrankter sind häufig als typisch schwarz-weiß zu bezeichnen. Neben der unerträglichen Anspannung sind Betroffene oft von Schuld, Scham und Selbstverachtung geprägt. Das führt zu Problemen zwischenmenschlicher Interaktionen und erschwert Betroffenen eine Beziehung zu führen. Zudem besteht eine Ambivalenz von Sehnsucht wie auch eine Angst nach Zuwendung, was wiederum eine innere Anspannung auslöst. Es herrscht ein Teufelskreis.

Aufgaben

1. Arbeite die Merkmale bzw. die Symptome, die einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entsprechen, aus dem Fallbeispiel heraus.

Literaturverzeichnis:

Ewald Rahn: Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten, 2. Auflage der Neuausgabe 2011, Psychiatrieverlag

Ewald Rahn: Borderline verstehen und bewältigen 4. Auflage 2013, Balance Verlag

<http://www.psychiatrie.de/krankheitsbilder/borderline/#c718>, 06.12.2015

<http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/krankheitsbild/>, 06.12.2015

http://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/krankheitsbilder/borderline_dialektisch_behaviorale_therapie_dbt/die_borderline_stoerung/, 06.12.2015

Fallbeispiel: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

K.A. ist 24 Jahre alt und wird an einem Novemberabend von einer Freundin auf unsere Psychotherapiestation gebracht, weil er seit Tagen von der Absicht angetrieben werde, sich das Leben nehmen zu wollen.

Der Patient berichtet, dass er bereits als Kind immer wieder große Probleme mit den Eltern, mit der Schule und mit Gleichaltrigen gehabt hätte. Er habe sich nicht verstanden und angegriffen gefühlt. Dann sei in ihm immer wieder Wut, Trotz und Ärger aufgestiegen. Mit Gleichaltrigen habe er sich dabei immer wieder in Schlägereien verwickelt. Schließlich habe er zunehmend häufiger auch mit Rückzug reagiert und sich in seinem Zimmer zuhause eingeschlossen. Damit habe er dann auch noch die Eltern schier zu Verzweiflung gebracht. Um ihre Beschimpfungen und Klagen vor der Tür nicht anhören zu müssen, habe er die Musik im Radio so stark aufgedreht, dass sich dann regelmäßig auch noch die Nachbarn beschwerten. Auch wenn ihm vieles hinterher immer sehr leid getan habe, hätte er sich nie für seine Wutanfälle entschuldigen können.

Mit 11 Jahren hat K.A. erstmals einen Suizidversuch (Pulsaderschnitt mit einer Schere) durchgeführt, nachdem es in der Schule wieder einmal zu massiven Problemen und in der Folge zu Streitigkeiten mit den Eltern gekommen war. Danach hätten seine Schwierigkeiten erst so richtig zugenommen. Er habe sich oft sehr einsam oder leer gefühlt und ab seinem 15. Lebensjahr wiederholt Suizidversuche durchgeführt. Etwa seit seinem 14. Lebensjahr habe er regelmäßig begonnen Haschisch zu rauchen oder auch immer wieder andere Drogen oder Medikamente eingenommen. Wegen dieser Schwierigkeiten und wegen seines häufigen Schuleschwänzens sei er mit 16 Jahren, nach dem Hauptschulabschluss, erstmals für ein Vierteljahr stationär in kinder- und jugendpsychiatrischer

Behandlung gewesen. Eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker brach er mit 17 Jahren nach etwa 10 Monaten Ausbildungszeit ab.

Seither ist K.A. keiner geregelten Arbeit mehr nachgegangen. Er habe sich eigentlich durchgehend sehr labil gefühlt und sehr häufig unter aggressiven Phantasien und einem inneren Druck gelitten, vor allem wegen Wut und Ärger gegenüber allem, was ihm nicht passte. Deshalb habe er oft Drogen eingesetzt, um sich selbst zu beruhigen. Im Zusammenhang mit Spannungsgefühlen oder auch Gefühlen der >>inneren Leere<< sei es wiederholt eben auch zu Suizidversuchen oder anderen selbstverletzenden Handlungen gekommen - zumeist zu oberflächlichen Hautschnitten, von denen er Narben an den Armen und Beinen vorweisen kann. Wenn er sich selbst verletzt habe, gehe es ihm zeitweilig deutlich besser.

Bis zur aktuellen Aufnahme unserer Psychotherapiestation war K.A. wegen seiner Auffälligkeiten bereits 5- oder 6-mal in psychiatrischer stationärer oder teilstationärer Behandlung.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Eine Depression ist eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, vermehrten Schuldgefühlen und ein geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann.

Sie kann über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten und die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben beeinträchtigen. Im schlimmsten Fall kann eine Depression zum Suizid führen. Milde Formen können ohne Medikamente behandelt werden, mittlere bis schwere Fälle müssen jedoch medikamentös bzw. durch professionelle Psychotherapie behandelt werden.

Depressionen setzen oft in einem jungen Alter ein. Sie betreffen häufiger Frauen als Männer und Arbeitslose sind ebenfalls stärker gefährdet.⁷

Man unterscheidet die unipolare und die bipolare Depression. Kurz gesagt spricht man von einer unipolaren Depression, wenn es nur zur depressiven Krankheitsphase kommt. Bei einer bipolaren Depression kommt es nicht nur zu depressiven, sondern auch zu manischen Krankheitsphasen. Die Manie erscheint wie das Gegenteil einer Depression, das heißt die Betroffenen fühlen sich unbesiegt und werden nachts nicht müde.⁸

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Schätzungen zufolge leiden weltweit inzwischen circa 350 Millionen Menschen unter einer Depression. Das Ersterkrankungsalter liegt meist im frühen bis mittleren Erwachsenenalter.⁹ Aktuell sind 10,3% der Bevölkerung in irgendeiner Form depressiv, davon 5,6% leicht, 7,3% mittelgradig und 4,2% schwer. Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken liegt bei Männern bei etwa 12% und bei Frauen bei etwa 26%. Bis zum Jahr 2020 werden Depressionen oder affektive Störungen laut Weltgesundheitsorganisation weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit sein.¹⁰

Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Verstimmung, Reizbarkeit, Energielosigkeit, Antriebsminderung, Selbstzweifel, Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Appetitstörungen, Gewichtsverlust, Libidoverlust, Schlafstörungen, Schmerzen, Konzentrationsprobleme und Suizidideen sind typische Symptome und Auffälligkeiten einer Depression. Viele der genannten Gefühlszustände kennen jedoch alle Menschen. Sie sind, wenn sie eine bestimmte Dauer nicht überschreiten, normale, natürliche Reaktionen auf die Erfahrungen von beispielsweise Verlusten, Misserfolge, Enttäuschungen, Belastungen, Einsamkeit und Erschöpfung.¹¹

Bis heute weiß man nicht genau, warum eine Depression wirklich entsteht. Es wird angenommen, dass viele verschiedene Faktoren bei der Entstehung der Krankheit beteiligt sind. Als Auslöser einer depressiven Episode wirken meist persönlich belastende Ereignisse oder Überforderungssituationen. Eine genetische Veranlagung trägt nach dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu der Entstehung einer Depression wesentlich bei, denn Depressionen treten familiär gehäuft auf. Eine andere Ursache für eine Depression sind häufig auch psychosoziale Belastungen, wie zum Beispiel eine dauerhafte Überforderung am Arbeitsplatz oder eine konfliktreiche Partnerschaft, aber auch belastende Lebensereignisse, wie der Verlust des Partners oder ein schweres Trauma. Eine weitere Ursache beruht auf einer fehlgeleiteten

⁷ <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

⁸ Dr. David Althaus/Prof. Dr. Ulrich Hegerl/ Holger Reiners: *Depressiv?*, Kösel-Verlag, 2006, S. 21 f.

⁹ Nicolas Hoffmann/Birgit Hofman: *Verhaltenstherapie bei Depressionen*, Pabst Science Publishers, 2002, S. 7

¹⁰ <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/depression.html>

¹¹ Martin Hautzinger: *Depressionen im Alter*, Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz, 2000, S. 3

Entwicklung in der Kindheit, wie zum Beispiel ein ängstlich-fürsorglicher Erziehungsstil, eine daraus resultierende „erlernte Hilflosigkeit“, sowie geringe Fähigkeiten der Betroffenen, Stress zu bewältigen. Auch körperliche Erkrankungen, wie dauernde Schmerzen, chronische Erkrankungen, Parkinson, Tumore, Alkohol- oder Tablettenmissbrauch, eine körperliche Behinderung oder auch Akne können Ursachen für Depressionen sein.¹²

Depressionen werden heutzutage nach Schweregrad und Verlauf eingeteilt. Ein Klassifikationssystem depressiver Störung (DSM-IV und ICD-10) hilft bei der Diagnostik. Der Schweregrad der depressiven Störung wird über die Anzahl gleichzeitig vorhandener Symptome definiert.

ICD10 ¹³	DSM IV ¹⁴
<p>Mindestens zwei bis drei der folgenden drei Symptome bestehen über mindestens zwei Wochen (je nach Schweregrad der Störung)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung 2. Verlust an Interesse und Freude 3. Erhöhte Ermüdbarkeit <p>Leichte depressive Episode mindestens zwei oder drei der oben folgenden Symptome</p> <p>Mittelgradige depressive Episode vier oder mehr der folgenden Symptome</p> <p>Schwere depressive Episode ohne psychotische Störung Mehrere der folgenden Symptome</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schlafstörungen 2. Verminderter Appetit 3. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen 4. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit 5. Verminderung von Antrieb und Aktivität 6. Gedanken an oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen 7. Negative oder pessimistische Zukunftsperspektive 	<p>Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen über einen Zeitraum von zwei Wochen an fast allen Tagen, davon ist mindestens ein Symptom entweder (1) oder (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Verstimmung, vom Betroffenen oder anderen berichtet 2. Vermindertem Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten 3. Müdigkeit oder Energieverlust 4. Psychomotorische Unruhen oder Verlangsamung 5. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf 6. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme oder verminderter oder gesteigerter Appetit 7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder verringerte Entscheidungsfähigkeit 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidvorstellungen ohne Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids 10. Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit 11. Es gibt keine alternativen Erklärungen für die Symptome

Depressionen weisen eine hohe Rate (75-90%) an Komorbidität auf. Überlappungen bzw. gleichzeitiges Vorkommen von Depressionen mit Angststörungen, Zwängen, Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit, Schlafstörungen, doch

¹² <http://www.depressionen-depression.net/ursachen-von-depressionen/ursachen-einer-depression.htm>

<http://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/depression/ursachen-und-ausloeser/>

¹³ <http://www.icd-code.de/icd/code/F32.1.html>

¹⁴ <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj6oLy5tMfJAhVGgA8KHTU-DCrMQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.beltz.de%2Ffileadmin%2Fbeltz%2Fdownloads%2Fkompakt%2F127755-Diagnosekriterien.pdf&usq=AFQjCNHQfkk0V1D0vEOPCL-p0zJyng3KfA&bvm=bv.108538919,d.ZWU>

auch mit schizophrenen Störungen, hirnorganischen Störungen, sowie verschiedenen Persönlichkeitsstörungen sind häufig.¹⁵

Das Risiko für eine depressive Entwicklung ist unter anderem das Geschlecht. Frauen haben ein fast doppelt so hohes Risiko an einer Depression zu erkranken als Männer. Besonders bei jüngeren Frauen ist im Vergleich zu jüngeren Männern eine Erkrankung wahrscheinlicher. Ein weiteres Risiko ist das Lebensalter. Zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr erkranken immer häufiger Menschen an einer Depression. Das soziale Umfeld spielt auch eine wichtige Rolle, denn Depressionen treten häufiger bei Menschen auf, die geschieden sind oder getrennt leben. Auch Menschen mit wenigen Freunden und einer zerrütteten Familie erkranken häufiger an Depressionen. Auch psychosoziale Belastungen könnten ein Risiko sein nach beispielsweise schweren Lebensereignissen, die vielleicht nicht ausreichend verarbeitet wurden. Ein Risiko ist erblich bedingt, das heißt, wenn deine Eltern an einer Depression erkrankt sind, ist das Risiko, das man selber an einer Depression erkrankt, um 20% erhöht.

Auch ein schlechter Lebensrhythmus kann ein Risiko aufweisen, wenn Menschen beispielsweise in Wechselschichten oder in Nachtschichten arbeiten und ihre Wach- und Ruhephasen nicht konstant einhalten. Kurz zurückliegende Verluste von geliebten Menschen begünstigt ebenso eine Depression.¹⁶

Menschen, die ein erhöhtes Risiko für Depressionen aufweisen, sollten früh damit beginnen, ihre Kompetenzen im Umgang mit alltäglichen Belastungen, aber auch mit möglichen unerwarteten Krisensituationen zu fördern. Die Kontakte und ein regelmäßiger Austausch mit anderen Menschen können helfen, einer Depression vorzubeugen. Durch körperliche Aktivität wie Spaziergehen an der frischen Luft, Radfahren oder ähnliches kann das eigene Wohlbefinden gesteigert werden. Im Alltag sollten man auf eine Balance zwischen Pflichten und angenehmen Aktivitäten achten. Man sollte sich Zeit nehmen für Genuss von Dingen, die einem Freude bereiten. Klare Tagesstrukturen (feste Aufstehzeiten und regelmäßige Mahlzeiten) können äußerst hilfreich sein, um ein gesundes und ausgeglichenes Leben zu führen. Ein regelmäßiger und ausreichender Schlaf dient zum Schutz vor Depressionen. Da Depressionen häufig eine Reaktion auf eine starke Überforderung darstellen, ist es im Sinne der Prävention wichtig, sich die eigenen Stärken und Schwächen vor Augen zu führen. Betroffene verlieren in einer depressiven Phase oft die Fähigkeit, eigene Stärken als solche erkennen zu können und nehmen nur noch ihre eigenen vermeintlichen Fehler wahr.¹⁷

Therapien von Depressionen

Die Behandlung der Depression sollte individuell auf den Patienten abgestimmt sein. (Personalisierte Behandlung)

Drei Grundpfeiler der Therapie (Behandlung der Depression):

- Behandlung mit Antidepressiva (Pharmakotherapie)

¹⁵ Nicolas Hoffmann/Birgit Hofman: Verhaltenstherapie bei Depressionen, Pabst Science Publishers, 2002, S. 9
Martin Hautzinger: Depressionen im Alter, Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz, 2000, S. 16 f.

¹⁶ <http://www.depressionen-depression.net/ursachen-von-depressionen/risikofaktoren.htm>

¹⁷ <https://www.novego.de/wissen/depression/praevention-der-depression/>

- psychotherapeutische Verfahren
- zusätzliche therapeutische Maßnahmen wie körperbezogene Therapien (Ergotherapie, Bewegungstherapie) oder psychotherapeutische Maßnahmen, zum Beispiel am Arbeitsplatz.

Die besten Erfolge bringt eine Depressionsbehandlung, welche die für den jeweiligen Patienten individuell beste Kombination aus den drei Bereichen zusammenstellt.

Bei sehr schweren Depressionen, bei denen ambulante psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmethoden nicht ausreichend greifen, wird die Betreuung im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik nötig. Dies gilt insbesondere bei akuter Suizidgefahr.

1) Therapie mit Medikamenten (Biopsychologisches Paradigma)

Antidepressiva sind meist unverzichtbar – zumindest bei mittelschweren und schweren Depressionen. Die Medikamente bringen die Hirnbotenstoffe wieder ins Gleichgewicht und normalisieren die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen. Es ist allerdings wichtig zu wissen, dass die Wirkung nicht immer sofort einsetzt, sondern oft erst nach rund zwei Wochen. Das erfordert viel Geduld vom Patienten und eine engmaschige Betreuung durch den behandelnden Arzt. Entgegen verbreiteter Vorurteile machen Antidepressiva nicht abhängig und verändern auch nicht die Persönlichkeit. Allerdings können sie Nebenwirkungen haben und es kann vorkommen, dass das erste verabreichte Antidepressivum nicht gut genug wirkt, so dass der Arzt einen anderen Wirkstoff verschreiben muss.

Es gibt zahlreiche verschiedene antidepressiv wirksame Präparate unterschiedlicher Hersteller.

2) Psychotherapie

Bei leichten Depressionen kann diese Form der Behandlung bereits ausreichen. Bei mittleren und schweren Depressionen ist sie für den Behandlungserfolg ebenso wichtig wie die Therapie mit Antidepressiva. Es gibt prinzipiell zwei unterschiedliche Formen der Psychotherapie, die auf verschiedenen Grundannahmen basieren: Zum einen den verhaltenstherapeutischen, zum anderen den tiefenpsychologischen Ansatz.

Verhaltenstherapie (Behaviorismus)

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie werden schädliche Verhaltensweisen und negative Denkmuster benannt und zum Positiven verändert. Der Patient lernt, sich selbst und seine Umwelt nicht mehr "schwarz-weiß" wahrzunehmen. Die Fähigkeit, sich schöne (positiv erlebte und wahrgenommene) Erlebnisse zu verschaffen, wird nach und nach wieder aufgebaut.

Tiefenpsychologie

Tiefenpsychologische Behandlungsverfahren wie die Psychodynamische Psychotherapie, aus der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie stammend, und die interpersonelle Psychotherapie (IPT), die speziell für Depressionskranke entwickelt wurde, gehen davon aus, dass die Depressionserkrankung auf einen unbewussten inneren Konflikt zurückgeht, der durch negative Erfahrungen in der frühen Kindheit und Jugend entstanden ist. Durch die Bewusstmachung dieses Konflikts, so die Annahme, gelingt es, ihn aufzulösen.

3) Unterstützende Therapie

Dazu zählen Angebote von der Bewegungstherapie über die Tanztherapie, von der Kunst- bis hin zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Jede zielt prinzipiell auf mindestens einen der folgenden drei Punkte ab:

- die körperliche Erholung und Erfahrung des eigenen Körpers durch Bewegung,
- die Selbstbestätigung durch (kreative) Leistungen,
- die Stabilisierung des Betroffenen in seiner Alltagsbewältigung.

Es hat sich gezeigt, dass vielen Patienten Bewegung und Sport / Körpertherapie dabei hilft, ihre Depression zu überwinden. Auch die Ermutigung durch die gemeinsamen Aktivitäten in einer Gruppe wird von Menschen mit Depression, die sich häufig sozial stark zurückziehen, als sehr positiv empfunden.

Aufgabe: Erarbeiten Sie aus dem Text die folgenden Aspekte für Ihr Handout. Anschließend besprechen wir diese im Plenum.

Definition:

Epidemiologie:

Symptome:

Fallbeispiel

Frau Therese Müller, eine 32jährige Bäckereifachverkäuferin, ist seit 8 Jahren verheiratet. Ihr Mann und sie leben mit ihren zwei Kindern in einem Vorort von Düsseldorf. Seit ein paar Wochen bemerkt ihr Mann Ralf, dass seine Frau unruhig schläft, morgens sehr früh wach ist und nicht mehr einschlafen kann. Fast täglich klagt sie über Kopfschmerzen. Auch bei der Arbeit fällt der Kollegin auf, dass Therese nicht mehr richtig mit anpackt. Ralf nimmt seine Frau auch als sehr anhänglich wahr. Bei dem letzten Campingurlaub weint Therese bei dem Zeltaufbau, weil ihr das nicht gelingen will. Überhaupt weint sie sehr häufig ohne sichtbaren Grund. Als Therese sich eine Woche nach dem Urlaub wieder frei nimmt und die ganze Woche im dunklen Schlafzimmer liegt, macht Ralf einen Termin beim Arzt, der Frau Müller an einen Psychiater überweist.

(eigenes Fallbeispiel)

(1) Welche Symptome weist Frau Müller auf?

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Definition

Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können.

Arten der Schizophrenie

-
- Paranoide Schizophrenie
 - häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen
 - Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache
 - katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend.

Hebephrene Schizophrenie

- die affektiven Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten, das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar
- Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich sozial zu isolieren.
- Eine Hebephrenie tritt meist nur bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen auf.

Katatone Schizophrenie

- Psychomotorische Störungen: Befehlsautomatismus und Negativismus abwechseln können.
- Zwangshaltungen und -stellungen können lange Zeit beibehalten werden.
- traumähnlicher (oneiroider) Zustand mit lebhaften szenischen Halluzinationen verbunden

Undifferenzierte Schizophrenie

- allgemeinen diagnostische Kriterien der Schizophrenie erfüllen
- ohne dass bestimmte diagnostische Charakteristika eindeutig überwiegen.

Postschizophrene Depression

- länger anhaltende depressive Episode, die im Anschluss an eine schizophrene Krankheit auftritt.
- "positive" oder "negative" schizophrene Symptome müssen noch vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht mehr

Schizophrenes Residuum

- eine eindeutige Verschlechterung von einem frühen zu einem späteren Stadium vorliegt und das durch langandauernde
- "negative" Symptome
- psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativemangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.

Schizophrenia simplex

- merkwürdiges Verhalten mit einer Einschränkung, gesellschaftliche Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit.
- Affektverflachung und Antriebsminderung
- entwickelt sich ohne vorhergehende produktive psychotische Symptome.

Epidemiologie:

- Prävalenz:
 - zwischen 0,5% und 1% der Gesamtbevölkerung
 - jährliche Inzidenz: 0,05%
 - Lebenszeitprävalenz: zwischen 1% und 2%
 - Erkrankungshäufigkeit ist bei Männern und Frauen gleich
 - Männer erkranken allerdings früher
 - 700.000 Menschen sind in Deutschland betroffen
 - Weltweit ungefähr 60 Millionen
 - 10% der Erkrankten sterben an Suizid

Symptome

Positive Symptome:

- Halluzination :
 - hören von Stimmen ,die es nicht gibt
 - hören von Befehlen
 - sehen von Dingen, die nicht da sind
 - fühlen von etwas, was nicht da ist
- Wahnvorstellungen : Verfolgungswahn, Beeinflussungswahn

Negative Symptome:

- können den Alltag nicht alleine bewältigen, sozialer Rückzug, Energiemangel, vernachlässigen oft ihre Hygiene, Bewegungsmangel, Mangel an Motivation,

Affektive Symptome:

- depressive Symptome und Angstzustände

Kognitive Symptome:

- „nicht organisierte“ Sprache
- ziehen sich zurück aus ihrem Umfeld
- Aggressivität

Ursachen/ Risikofaktoren

- Noch nicht vollständig geklärt
- ein Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren wird angenommen
- Genetische Faktoren
 - können mit Psychobiologie begründet werden
- Biologische Faktoren
- Psychosoziale Faktoren
- Weitere Faktoren:
 - Frühkindliche Infektionen/ Hirnschäden
 - Drogen
 - erhöhte Dopaminausschüttung
 - belastende Lebensereignisse

Diagnose

Durch:

- Erzählungen der Patienten und deren Umfeld
- Klinische Interviews
- klinische Fragebögen (ICD10)

der Arzt muss andere Ursachen und psychische Krankheiten ausschließen

- körperliche und neurologische Untersuchungen

Prävention

- die aktuelle Forschungslage ist für verlässliche Aussagen noch nicht ausreichend; derzeitige Forschung beschäftigt sich mit Fragen zu:
 - genetischer Disposition
 - Bedeutung des Hormons Östrogen: reduziert das Erkrankungsrisiko und Symptome bei ausreichender Konzentration

Therapie

- Wird individuell abgestimmt
- Kombination aus medikamentöser Therapie, Psychotherapie und Soziotherapie
- Medikamentöse Behandlung:
 - wird bei akuten psychotischen Phasen verordnet
 - lindert Symptome
- 2 Gruppen:
 - Atypische Neuroleptika
 - wenige Nebenwirkungen
 - Wirken gegen alle Symptome
 - Typische Neuroleptika
 - reduzieren Positivsymptome
 - intensive Nebenwirkungen
- Soziotherapie
 - Ziel ist es die sozialen Fähigkeiten zu fördern (z.B. Kritik- und Konfliktmanagement)

- Psychotherapie:
 - Ziele sind den sozialen Rückhalt zu stärken, die Krankheit verständlich zu machen, Stress bewältigen zu können, soziale Fähigkeiten auszubauen, Linderung der Symptomatik und Rückfallprophylaxe)

Quellen:

Davison, Neale u. Hautzinger: Klinische Psychologie. Beltz, 2007, S. 364 ff.

Hans-Ulrich Wittchen: Handbuch Psychische Störungen. Beltz, 1998. S. 212 ff.

Heinz Häfner: Das Rätsel Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt. C.H. Beck, 2006, S.340 f.

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF

Zwangsstörung

Von: Dilara Tekin & Katharina Santos
Klasse: Gy13
Fach: Psychologie
Lehrer: Herr Schulz (leicht ergänzt und überarbeitet)

Inhaltsverzeichnis (evtl. überarbeiten)

- Begriffsbestimmung und Einordnung
- Erscheinungsformen
- Symptomatik
- Epidemiologie
- Fallbeispiel
- Diagnostik: ICD 10 und DSM IV
- Ursachen/Erklärungsansätze
- Risikofaktoren
- Prävention
- Therapie
- Anwendungsaufgabe

Begriffsbestimmung und Einordnung

Zwangsstörung =

- wiederkehrende, anhaltende Verhaltensweisen, Ideen, Gedanken und Impulse, die sich gegen einen inneren Widerstand aufdrängen
- Wichtig: diese Verhaltensweisen werden vom Patienten selbst als unsinnig, übertrieben oder quälend erlebt
- Laufen meist nach bestimmten individuellen Regeln ab
- Personen, die versuchen die Handlungen zu unterdrücken, erleben:
 - Unsicherheit
 - Angst
 - Anspannung
 - Ekelgefühl
- Zwangsstörung zählt zur Gruppe der Angststörungen

Begriffsbestimmung und Einordnung

- Weitere Angststörungen sind:
 - Generalisierte Angst
 - Phobien
 - Soziale Phobie
 - Spezifische Phobien
 - Posttraumatische Belastungsstörung
 - Panikstörung

Fallbeispiel Jim

Noch vor einem Jahr schien der 17-Jährige Jim ein ganz normaler Junge mit vielen Talenten und Interessen zu sein. Dann, beinahe über Nacht, wurde er zu einem einsamen Außenseiter, durch ein psychisches Gebrechen ausgeschlossen vom sozialen Leben. Er entwickelte eine fixe Idee, nämlich das Waschen. Verfolgt von der Auffassung, er sei Schmutzig – entgegen dem, was seine Sinneswahrnehmung ihm sagten -, begann er immer mehr Zeit darauf zu verwenden, sich von seinem eingebildeten Schmutz zu reinigen. Anfangs begrenzten sich seine rituellen Reinigungen auf die Abende oder das Wochenende, aber bald begannen sie, seine gesamte Zeit in Anspruch zu nehmen. Er war nicht mehr in der Lage, zur Schule zu gehen. (Report, 1989)

Symptomatik:

Zwangsgedanken

- Ideen, Impulse oder Bilder
- Gedanken nicht unterdrückbar
- Treten immer wieder auf
- Unangenehm
- Person ist nicht mehr in der Lage ein geregeltes Leben nachzugehen

Zwangshandlungen

- Wiederholte und sinnlose Handlungen
- Als Reaktion von den bestimmten Zwangsgedanken ausgeführt
- Angstgefühle zu reduzieren
- Person leidet an Frustration

Symptomatik: Zwangsgedanken

Inhalte von Zwangsgedanken (nach Jans et al. 2007)

- Verschmutzung
- Aggressive oder sexuelle Gedanken
- Symmetrie oder Ordnung
- Dass etwas Schlimmes passiert
- Ekel vor Ausscheidungen
- Furcht, andere zu verletzen
- Magisches Denken
- Sonstige Zwangsgedanken

Symptomatik: Zwangshandlungen

Formen von Zwangshandlungen (nach Jans et al. 2007)

- Reinigungs- und Waschwänge
- Kontrollzwänge
- Zur Kontaktermeidung bzgl. Schmutz
- Wiederholungszwänge
- Ordnungszwänge
- Zählzwänge
- Berührungszwänge
- Sonstige Zwangshandlungen

Diagnostik nach ICD 10 und DSM IV

EA (5 Min.): Aufgabe für Teilnehmer 1

Bereiten Sie das Material zum ICD 10 vor, damit Sie Ihrem Nachbarn die Inhalte kurz vorstellen können

EA (5 Min.): Aufgabe für Teilnehmer 2

Bereiten Sie das Material zum DSM IV vor, damit Sie Ihrem Nachbarn die Inhalte vorstellen können

PA (5 Min.) Aufgabe für die Zweier-Gruppen:

Vergleichen Sie die beiden Diagnostika zur Zwangsstörung

Epidemiologie

Prävalenz = Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt

- 0,5 – 4,0% (Wittchen et. al., 1998, Heyman et. al., 2001)
- ältere Jugendliche = 2,5 % (Douglass et al., 1995)
- junge Erwachsene und Erwachsene: Männer und Frauen gleich verteilt (Rasmussen & Eisen, 1998)
- Kinder: Jungen 2 mal häufiger als Mädchen (Hanna et al., 1995)
- Erkrankungsbeginn (Garcia et. al., 2009):
 - 6-14 Jahre
 - Durchschnittsalter: 10 Jahre

Epidemiologie

- Komorbidität = gemeinsames Auftreten mit anderen (psychischen) Erkrankungen (Jans et. al., 2007)
 - Mehr als 50% der Zwangserkrankten hat min. eine weitere psychische Störung
 - Kinder und Jugendliche häufig: ADHS, Sozialstörungen, Ticstörungen (besonders hoch), Depressionen

Erklärungsansätze

Psychoanalytische Perspektive = Erlebnisse der frühen Kindheit

- z.B. Sigmund Freud

Behavioristische Perspektive = Lernprozesse

- z.B. Frost und Steketee, Stanley und Rachman

Kognitivistische Perspektive = Informationsverarbeitung und innere Überzeugungen

Psychobiologische Perspektive = Wechselwirkung von Biologie (z.B. Hormonen, Genen, neurophysiologischen Prozessen) und Psychologie)

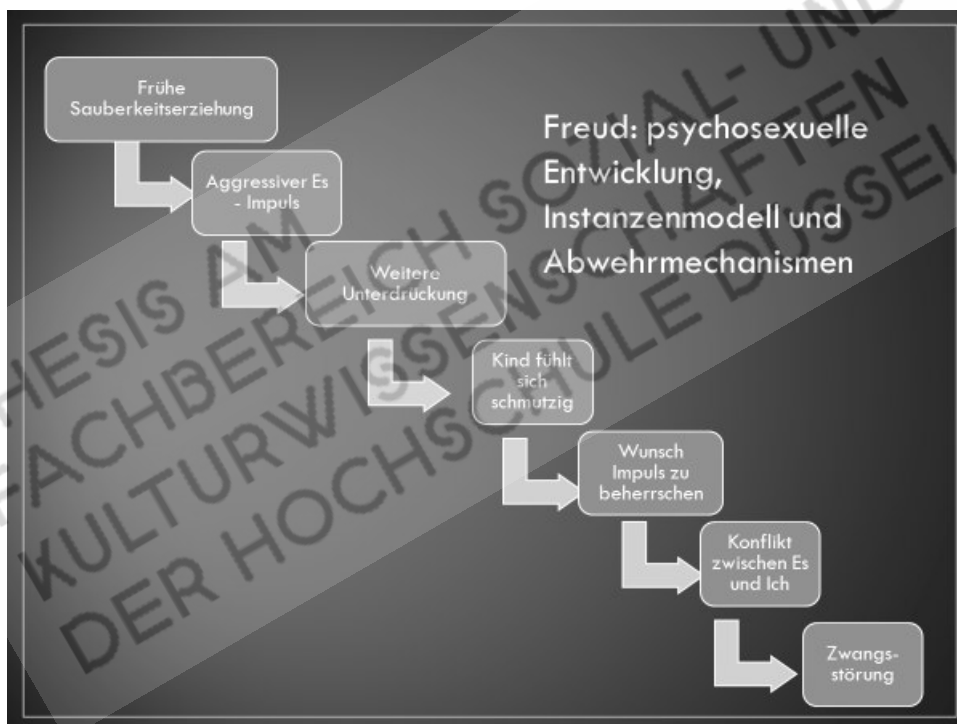
- z.B. Lambert und Kinsley

Psychoanalytische Perspektive (nach Freud)

- Es-Impuls = Zwangsgedanken
- Abwehrmechanismen = Zwangshandlungen

Drei Abwehrmechanismen

1. Isolierung
2. Ungeschehen machen
3. Reaktionsbildung



Behavioristische Perspektive (Frost und Steketee)



Kognitivistische Perspektive

- Unerwünschte, unangenehme und störende Gedanken sind Voraussetzung für eine Zwangsstörung
- Versuch die Gedanken durch neutralisierende Handlungen zu vermeiden

Psychobiologische Perspektive

Genetische Disposition?

- Erkrankungsrisiko 3 bis 12 mal höher bei erkrankten Geschwistern oder Eltern (Walitza et. al., 2008, 2010)

Hirnschädigungen?

- Bestimmte neurologische Erkrankungen treten häufig mit Zwangserkrankungen auf => Basalganglienschäden als mögliche Ursache
- Niedrige Aktivität des Neurotransmitters Serotonin
- Beteiligung von Neurotransmitter Glutamat und Dopamin

Risikofaktoren

Multifaktorielles Krankheitsbild:

- Vererbung
- Neurobiologische Faktoren
- Erziehungsstile
- Prägende Ereignisse in der Lebensgeschichte
- Persönlichkeitseigenschaften
- Belastungen vor und während des Beginns der Erkrankung

Fazit:

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle wurde nicht befriedigt durch, z.B.

- Kritische Lebensphasen (z.B. Trennung der Eltern, wechselnde Betreuungssituationen, psychisch kranke Eltern)
- Wichtig: fremdbestimmte Lebensereignisse

Prävention

- Angehörige informieren
- Akzeptieren
- Wiedererkrankung vermeiden

Therapie

Medikamentöse Behandlung

- Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)
- Trizyklische Antidepressiva
- Neuroleptika

Psychotherapeutische Behandlung

- Kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie wird bevorzugt
- Durchführung: Konfrontation, Exposition mit Reaktionsverhinderung
- Ziel: Veränderung dysfunktionaler Annahmen, Symptomreduktion

Quellen:

- <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/downloads/kompakt/127755-Diagnosekriterien.pdf>
- Reinecker, H. S. (1991): Zwänge. Göttingen: Verlag Hans Huber
- <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/psyche/angststoerung/zwang/>
- Wewetzer, G. & C. (2012): Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Teilnahmenachweis

schulinterne Fortbildung „Psychologie im Schulalltag“
Psychische Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern

Leitung: ehem. SchülerInnen der GY13 (berufliches Gymnasium, Gesundheit),
Dr. Pia Anna Weber (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Verhaltenstherapie), Benjamin Schulz (Psychologielehrer)

Frau/ Herr

Düsseldorf,

hat an einer schulinternen Fortbildung zum Thema „Psychologie im Schulalltag – Psychische Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern“ teilgenommen. Folgende Inhalte wurden thematisiert:

- ausgewählte Beispielstörungsbilder der klinischen Psychologie: Depressionen, Schizophrenie, Zwangsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung
- exemplarische verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen zu den oben aufgeführten Störungsbildern

Die Fortbildungsveranstaltung umfasste einen Umfang von 2,5 Stunden.

(Dr. Pia Anna Weber)

(Benjamin Schulz)

Zertifikat

Mitwirkung bei der Fortbildung „Psychologie im Schulalltag“

Psychische Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern

Leitung: ehem. SchülerInnen der GY13, Dr. Pia Anna Weber und Benjamin Schulz

Frau/ Herr

Düsseldorf,

hat im Rahmen einer schulinternen Fortbildung zum Thema „Psychologie im Schulalltag“ mit großem Einsatz mitgewirkt. Folgende Kompetenzen wurden erworben und vertieft:

- wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ausgewählten Beispielstörungen der klinischen Psychologie (hier insbesondere die Recherche und Auswertung zu den Inhalten: Symptomatik, Diagnostik, Epidemiologie, Ätiologie, Prävention und Therapie zu: Depressionen, Schizophrenie, Zwangsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung)
- Exkursion zu und Experteninterview mit einer niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie)
- Aufbereitung und Konzeption eines umfangreichen Workshop-Materials (hier insbesondere eine interaktive Vortragsgestaltung mit didaktisch anspruchsvollen Arbeitsblättern unter Anwendung fachtheoretischer und schulpraktischer Indikatoren)
- Durchführung der Fortbildung als hauptverantwortlicher Workshop-Moderator
- Evaluation der Fortbildung unter Anwendung quantitativer und qualitativer Fragestellungen

Ich bedanke mich recht herzlich bei Frau/ Herrn für das hohe Maß an Engagement und Zuverlässigkeit. Die Zusammenarbeit war sehr bereichernd und zu meiner vollsten Zufriedenheit.

(Benjamin Schulz, Psychologielehrer an der Elly-Heuss-Knapp-Schule Düsseldorf)

Anhang 2:

Reflexionsanregungen zur Projektbewertung

„Lehrer*innenfortbildung zum Thema Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen“ – Schüler*innenversion

Die folgenden Reflexionsanregungen dienen der Gesamtbewertung des Projekts. Nehmen Sie sich bitte ausreichend Zeit um diese Fragen für sich zu beantworten. Sie können gerne stichpunktartig oder in Textform per E-Mail Ihre Reflexionsergebnisse zusenden, Sprachnachrichten dazu verfassen und per WhatsApp versenden oder einen Termin zur Videokonferenz bzw. Telefoninterview vereinbaren. Ihre Daten werden bis zum 15.12.2020 zur Auswertung benötigt. Sollten Sie zur Beantwortung noch Informationen zum Projekthintergrund benötigen, kontaktieren Sie mich bitte. Natürlich werden Ihre Ausführungen anonymisiert und pseudonymisiert in meiner Masterthesis verarbeitet und wiedergegeben.

1. Ein Ziel der Veranstaltung war Lehrer*innen für psychische Erkrankungen bei Schüler*innen zu sensibilisieren und Wissen zu ausgewählten Störungsbildern zu vermitteln. Bewerten Sie, inwieweit dieses Ziel durch die Veranstaltung erreicht wurde. Welchen Beitrag haben Sie zur Erreichung des Ziels geleistet?

Durch das Feedback und die Qualität der Rückfragen der Lehrer*innen, welche an dem Projekt teilgenommen haben, betrachte ich das Ziel der Wissensvermittlung zu ausgewählten Störungsbildern des Projekts als vollständig erreicht.

Um weiter zu sensibilisieren, ist es jedoch ebenfalls wichtig dem Thema mehr und durchgängige Aufmerksamkeit zu schenken, damit dieses im Bewusstsein der Lehrkräfte verankert ist.

In meiner Rolle als lehrender Schüler habe ich dafür sorgen können, dass die Krankheiten und deren Bedeutung nicht nur theoretisch erklärt wurden, sondern ich auch repräsentativ für meine Altersklasse und meine anderen Mitschüler sprechen konnte. Dies hat zur Varietät und Authentizität der vermittelten Inhalte beigetragen.

2. Innerhalb der Veranstaltung haben Sie als Schüler*in einen Workshop für Lehrer*innen durchgeführt. Reflektieren Sie Ihre Rolle als Lehrender/ als Lehrende, der/die Lehrer*innen berät und informiert im Umgang mit psychisch kranken Jugendlichen in der Schule.

Der Rollentausch von Schülerinnen und Lehrenden ist dem Projekt zugutegekommen.

Der Rollentausch hat sowohl das Interesse der SuS (Schülerinnen und Schüler) und der Lehrenden geweckt. Die SuS haben sich in einer anderen Art und Weise mit dem Thema beschäftigt als sie es sonst für die Vorbereitung auf Klausuren tun. Sie standen in einer anderen Verantwortung. Ich hatte den Eindruck, dass die Lehrenden die Fortbildung genossen haben, da sie aus der Lehrsituation entzogen wurden und sich nun selbst weiterbilden konnten.

Durch die Aufzählung von authentischen Beispielen aus unserem Schulalltag konnten die Lehrkräfte sich besser in die Lage der psychisch erkrankten SuS einfühlen. Meiner Meinung nach macht es einen großen Unterschied wer über ein Thema referiert. Wenn eine Lehrkraft über psychische Erkrankungen von SuS spricht ist, vermittelt dieser Informationen auf einer anderen Ebene als ein SuS, der oder die wohlmöglich sogar selbst betroffen ist. Wenn die Referenten (SuS) nicht betroffen sind, haben sie meist ein besseres Bild von dem Schulalltag eines psychisch erkrankten Kindes.

3. Vielleicht haben Sie selbst eine psychische Erkrankung. Falls nicht, stellen Sie sich bitte vor, Sie besitzen eine Diagnose. Welche Chancen und Risiken nehmen Sie wahr, wenn Schüler*innen mit psychischer Erkrankung einen der durchgeführten Workshops leiten mit Lehrer*innen?

Risiken:

SuS mit einer psychischen Erkrankung könnten sich durch den Workshop anfangs zu sehr mit der Thematik überfallen und dementsprechend angegriffen fühlen.

SuS mit einer psychischen Erkrankung können sich von ihrer eigenen Krankheit entfremden, weil sie durch das zu abstrakte Lernen des Themas dazu neigen Eigendiagnosen und Fremddiagnosen zu stellen und sich somit nicht mehr als betroffen sehen. Beispiel: Autismusspektrum. Autismus ist größtenteils an Männern erforscht, was sich in Studien und in der Forschung zeigt. Autismus äußert sich möglicherweise bei Frauen anders. Wenn sich nun eine Schülerin abstrakt mit dem Thema beschäftigt, besteht die Problematik, dass diese feststellt, dass die genannten Symptome nicht auf sie zutreffen und sie somit gar nicht betroffen ist. Der Projektleiter muss somit für eine hohe Qualitätskontrolle und einen richtigen Umgang mit dem Lehrstoff sorgen.

SuS, die über ihre Krankheit reden müssen, möchten gegebenenfalls gar nicht darüber sprechen, weil dies zu Mobbing in der Klasse führen kann.

Chancen:

Sowohl SuS und Lehrkräfte erkennen durch die Beschäftigung mit dem Thema, dass auch psychische Krankheiten echte Krankheiten sind.

SuS erhalten die Möglichkeit auf weitere Aufklärung, die so wohlmöglich woanders nicht bekommen.

Die SuS erhalten Unterstützung, Respekt und eine andere Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse, welche Ihnen möglicherweise zuhause nicht geboten werden.

Die SuS können sich gegebenenfalls über ihre Erfahrungen mit ihren Krankheiten austauschen. Es ist somit ein Nebeneffekt, welcher sich nicht direkt bei den SuS bemerkbar macht.

Die SuS haben die Möglichkeit den Lehrkräften klarzumachen unter welchen Belastungen Sie und andere Betroffene stehen und können gegebenenfalls Anregungen zu möglichen Alternativen im Schulalltag geben.

Den SuS wird durch den Rahmen des Projektes die Hemmschwelle genommen, über ihre Krankheit zu sprechen.

4. Bewerten Sie bitte den gesamten Projektverlauf (Auswahl der Störungsbilder, Präsentation vor der Klasse, Exkursion in die Praxis einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Fortbildungsveranstaltung für Lehrer*innen) bezüglich Stärken und Verbesserungsideen für das Gesamtprojekt. Fragen Sie sich dabei bitte auch aus Ihrer Perspektive als ehemalige*r Schüler*in, ob solch ein Projekt generell an Schulen mit dem Unterrichtsfach Psychologie etabliert werden sollte. Welche Gründe sprechen dafür bzw. dagegen?

Der Projektverlauf hatte sich rückblickend etwas in die Länge gezogen, was dazu geführt hat, dass bei mir als Schüler nicht jeder Teilpunkt des Projektes bewusst kognitiv miteinander verknüpft wurde.

Die Auswahl der Störungsbilder wurden soweit ich mich erinnern kann von dem Projektleiter vorgeschlagen. Alternativ könnte man SuS fragen mit welchen Krankheitsbildern Sie sich beschäftigen möchten.

Der Besuch der Praxis einer Kinder- und Jugendpsychotherapeutin hat geholfen einen Einblick in das Berufsleben einer Therapeutin bekommen. Mir persönlich ist dieser Besuch jedoch nicht wirklich stark in Erinnerung geblieben. Alternativ könnte man diverse Dozenten in die Schule einladen. Möglicherweise sogar mit einem Betroffenen, der über seine Krankheit sprechen möchte. Im weiteren Verlauf könnte der Betroffene (möglichst Schüler oder Schülern) darüber sprechen welche Herausforderungen und er Potentiale er im Schulalltag aufgrund der psychischen Krankheit durchlebt. Dies könnte bei den teilnehmenden SuS zu einem Motivationsschub führen.

Die Risiken, die dagegensprechen, habe ich bereits bei Punkt 3 angeführt. Jene kann man jedoch durch gewisse Abwandlungen meist leicht beheben.

Zusammenfassend stellt das Projekt im Unterrichtsfach Psychologie eine tolle Möglichkeit dar sowohl Lehrende als auch SuS nahezu simultan zu bilden. Es werden Kommunikationspunkte geschaffen, die sonst, wenn überhaupt zwischen Vertrauenslehrern und SuS bestehen. Beim Projekt wird anfangs auf der Metaebene über eine Krankheit gesprochen. Im weiteren Verlauf kann es dann dazu kommen, dass falls es zu Anzeichen einer psychologischen Krankheit kommt, die Hemmschwelle auf beiden Seiten (SuS und Lehrkräften) sinkt das Thema anzusprechen.

5. Welchen Lernzuwachs und Kompetenzerwerb (auch in Hinblick auf Ihr weiteres Leben) haben Sie durch das gesamte Projekt für sich selbst wahrgenommen?

Ich bin mir als Schüler in Lehrfunktion durch das Projekt über meine eigenen Kompetenzen bewusst geworden. Mir wurde klar, dass ich ebenfalls in der Erwachsenenbildung arbeiten kann. Derzeit studiere ich auf Lehramt für Berufskollege und gebe seit einigen Jahren Deutschkurse für Migranten in unterschiedlichen Altersklassen. Ebenfalls arbeite ich in der Universität und stehe vor vielen Studenten, die teilweise älter sind als ich. Das Projekt hat dazu beigetragen, dass ich verstehe, dass nicht nur der jeweils ältere dem jüngeren etwas auf seriöser Ebene beibringen kann, sondern auch umgekehrt. Dieser Aspekt spiegelt sich auch in meinem Berufsleben wider.

Zum anderen habe ich die Informationen, die ich dort gelernt habe, teilweise immer noch im Hinterkopf. Oft bemerke ich rückblickend, dass ich unterbewusst rücksichtsvoller im Umgang mit Menschen und meinen eigenen SuS umgehe, da ich durch das Projekt sensibilisiert wurde. Psychische Erkrankungen sind oft nicht äußerlich bemerkbar. Daher ist diese Erkenntnis, dass das Fehlverhalten von Menschen im Alltag oder im Berufsleben nicht immer selbstbestimmt ist, sondern möglicherweise aus anderen Gründen hervorgerufen wird. Dies sollte man und vor allem als Lehrkraft berücksichtigen.

6. Alles, was Sie darüber hinaus noch zum Projekt äußern möchten, können Sie gerne hier angeben. Meine Erfahrung hat somit gezeigt, dass es sich lohnt mit Jugendlichen über psychische Krankheiten zu sprechen. Ein derartiges Projekt verleiht dem Hintergrund den nötigen Rahmen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 3:

Reflexionsanregungen zur Projektbewertung

„Lehrer*innenfortbildung zum Thema Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen“ – Lehrer*innenversion

Die folgenden Reflexionsanregungen dienen der Gesamtbewertung des Projekts. Nehmen Sie sich bitte ausreichend Zeit um diese Fragen für sich zu beantworten. Sie können gerne stichpunktartig oder in Textform per E-Mail Ihre Reflexionsergebnisse zusenden, Sprachnachrichten dazu verfassen und per WhatsApp versenden oder einen Termin zur Videokonferenz bzw. Telefoninterview vereinbaren. Ihre Daten werden bis zum 15.12.2020 zur Auswertung benötigt. Sollten Sie zur Beantwortung noch Informationen zum Projekthintergrund benötigen, kontaktieren Sie mich bitte. Natürlich werden Ihre Ausführungen anonymisiert und pseudonymisiert in meiner Masterthesis verarbeitet und wiedergegeben.

1. Ein Ziel der Veranstaltung war Lehrer*innen für psychische Erkrankungen bei Schüler*innen zu sensibilisieren und Wissen zu ausgewählten Störungsbildern zu vermitteln. Bewerten Sie, inwieweit dieses Ziel durch die Veranstaltung erreicht wurde.

Sensibilisiert auf jeden Fall, Wissen gut, vielleicht für manche Teilnehmer zu schnell, abhängig von Person, je nach Vorwissen, für Interviewpartner gut, Ziel erreicht

2. Innerhalb der Veranstaltung haben Schüler*innen einen Workshop für Lehrer*innen durchgeführt. Reflektieren Sie Ihre Rolle als Lernender/ als Lernende, der/die durch Schüler*innen berät und informiert wird im Umgang mit psychisch kranken Jugendlichen in der Schule.

Kein Problem, gut wenn Lehrer mal Lerner sind, Interesse am Thema, vertiefende Lektüre wäre schön, schwierig beim hektischen Alltag, Vertrauen zu den SchülerInnen, konnte Nachfragen stellen, sehr bequemes Vorgehen, konnte Fragen an Schüler*innen stellen, fühlte sich gut betreuet durch die Schüler*innen

3. Schätzen Sie bitte den Lernzuwachs und Kompetenzerwerb für Schüler*innen (z.B. für Studium, Beruf und die eigene Lebensführung) ein, die solch ein Projekt planen und für Lehrer*innen durchführen.

Für Schüler besonders großer Lernzuwachs, weil es eine andere Vorbereitung bei Zuhörerschaft Lehrer ist (z.B. andere Fragen), anderes Niveau, andere Fragen als aus der Klasse kommen könnten, Umgang mit Nervosität und Aufregung, über das themenbezogene Wissen hinaus

4. Beurteilen Sie bitte aus Ihrer Perspektive als Lehrer*in, ob solch ein Projekt generell an Schulen mit dem Unterrichtsfach Psychologie etabliert werden sollte. Welche Gründe sprechen dafür bzw. dagegen?

Prinzipiell gut (Schüler bereiten für Lehrer etwas vor), Umgang mit neuer Dimension bei Einarbeitung und Planung, andere Rolle für Lehrer, Perspektivwechsel für beide Seiten hilfreich, Erfahrung, dass gute Vorbereitung zeitintensiv ist, muss nicht unbedingt auf das Thema beschränkt sein, Thema insgesamt ja, aber auch andere Inhalte des Psychologieunterrichts (z.B. Bewertungs-, Wahrnehmungsfehler)

5. Alles, was Sie darüber hinaus noch zum Projekt äußern möchten, können Sie gerne hier angeben. Vertiefung wäre wünschenswert gewesen, Wiederholung zur Festigung wäre gut, mehr solcher Aktivitäten, nicht mit jeder Lerngruppe möglich

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 4:

Reflexionsanregungen zur Projektbewertung

„Lehrer*innenfortbildung zum Thema Umgang mit psychisch kranken Schüler*innen“ –

Referent*innenversion

Die folgenden Reflexionsanregungen dienen der Gesamtbewertung des Projekts. Nehmen Sie sich bitte ausreichend Zeit um diese Fragen für sich zu beantworten. Sie können gerne stichpunktartig oder in Textform per E-Mail Ihre Reflexionsergebnisse zusenden, Sprachnachrichten dazu verfassen und per WhatsApp versenden oder einen Termin zur Videokonferenz bzw. Telefoninterview vereinbaren. Ihre Daten werden bis zum 15.12.2020 zur Auswertung benötigt. Sollten Sie zur Beantwortung noch Informationen zum Projekthintergrund benötigen, kontaktieren Sie mich bitte. Natürlich werden Ihre Ausführungen anonymisiert und pseudonymisiert in meiner Masterthesis verarbeitet und wiedergegeben.

1. Ein Ziel der Veranstaltung war Lehrer*innen für psychische Erkrankungen bei Schüler*innen zu sensibilisieren und Wissen zu ausgewählten Störungsbildern zu vermitteln. Bewerten Sie, inwieweit dieses Ziel durch die Veranstaltung erreicht wurde. Welchen Beitrag haben Sie dazu geleistet?
 - Für die Lehrer Profit, mehr Wissen als vorher
 - Freiwillige und interessierte Lehrer
 - Viele Fragen
 - Keine konkreten Anleitungen möglich
2. Innerhalb der Veranstaltung haben Schüler*innen einen Workshop für Lehrer*innen durchgeführt. Reflektieren Sie bitte Chancen und Risiken, wenn Schüler*innen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen Lehrer*innen beraten und informieren.
 - Chance: Schüler erleben Selbstwirksamkeit durch die Rolle des Lehrers und Wissen zu haben, das Lehrer nicht haben
 - Experte sein
 - Möglichkeit sich intensiv zu beschäftigen
 - Risiko: Freunde oder eigene Diagnose Grenzen überschreiten, Emotionen überfordern
 - Rollentausch als Risiko? Beziehung zwischen Lehrer und Schüler muss stimmen, keine zynischen Kommentare
 - Lösung: kein Abhängigkeitsverhältnis mehr
3. Stellen Sie sich vor ein*e Schüler*in hat selbst eine psychische Erkrankung und nimmt an diesem Projekt teil. Welche Chancen und Risiken vermuten Sie aus Ihrer Perspektive als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, wenn Schüler*innen mit eigener psychischer Erkrankung sich mit Störungsbildern thematisch beschäftigen und Lehrer*innen dazu fortbilden?
 - Chance: mal theoretisch auf eigene und andere Erkrankungen => Abstand
 - Risiko: Problem sich selbst mit sowas auseinanderzusetzen, z.B. bei Konzentrationsstörungen bei Depression
 - Bedeutung des schulischen Kontexts für die Störungsentwicklung
 - Lösungen entsprechend der Vorerkrankungen berücksichtigen, eigene Problematik berücksichtigen

4. Innerhalb des Projekts fand eine Exkursion in Ihre Praxis statt. Bewerten Sie bitte rückblickend den Nutzen dieser Exkursion und die Zusammenarbeit mit den Schüler*innen bei Ihnen vor Ort zur Vorbereitung einer Lehrer*innenfortbildung.
- Begeistert Praxis zu sehen
 - Methoden gezeigt
 - Praxisalltag erzählt
 - Fragen, praxisorientierter
 - Fallbeispiele
 - Theorie-Praxis-Bezug
5. Beurteilen Sie bitte aus Ihrer Perspektive als Kooperationspartnerin und externe Referentin das Gesamtprojekt. Wo sehen Sie Stärken und Schwächen? Fragen Sie sich bitte auch, ob solch ein Projekt und die Zusammenarbeit generell an Schulen mit dem Unterrichtsfach Psychologie etabliert werden sollte. Welche Gründe sprechen dafür bzw. dagegen?
- Stärken: anbieten ja, auf freiwilliger Basis, bietet Orientierung für die eigene Berufswahl, hilft bei der Studienwahl
 - Schwächen: mangelnde Vorbereitung, Problem: wer nimmt an Fortbildungen teil? Nur die, die eh schon Vorkenntnisse haben und engagiert sind; wer wird überhaupt erreicht?
 - Expertensicht auch wichtig
6. Alles, was Sie darüber hinaus noch zum Projekt und der Zusammenarbeit äußern möchten, können Sie gerne hier angeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Master-Thesis selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen, benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren/-innen wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angaben von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Exemplar meiner Master-Thesis zur Einsicht ausgelegt wird.

Düsseldorf, _____

(Benjamin Schulz)

THESIS AM
FACHBEREICH SOZIAL- UND
KULTURWISSENSCHAFTEN
DER HOCHSCHULE DÜSSELDORF