

# Nachhaltige Präventionsstrategien im schulischen Alltag"

Hospitationstag an der Janusz-Korczak-Schule  
**Ibbenbüren**

30.05.2017  
Prof. Dr. Ute Koglin



## Förderung sozial-emotionaler Kompetenz und Prävention externalisierender Verhaltensprobleme

1. Sozial-emotionale Kompetenz
2. Aggressives und dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen
3. Grundlagen der Interventionen
4. Effektive Interventionen – evidenzbasiert
5. Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme
6. Strategien zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz und Prävention von aggressivem Verhalten in der Schule

## Sozial-emotionale Kompetenz

Saarni (1990) Emotionale Kompetenz wird definiert als **Selbstwirksamkeit** in emotionsauslösenden sozialen Interaktionen.

Soziale Kompetenz kann als **Effektivität in Interaktionen** beschrieben werden (Rose-Krasnor, 1997).

- Diese wird ermittelt über soziale Fähigkeiten, den Status in der Gleichaltrigengruppe, erfolgreiche Beziehungen zu anderen und das Erreichen von Handlungszielen.

**Sozial-emotionale Kompetenz** ist ein multidimensionales Konstrukt.

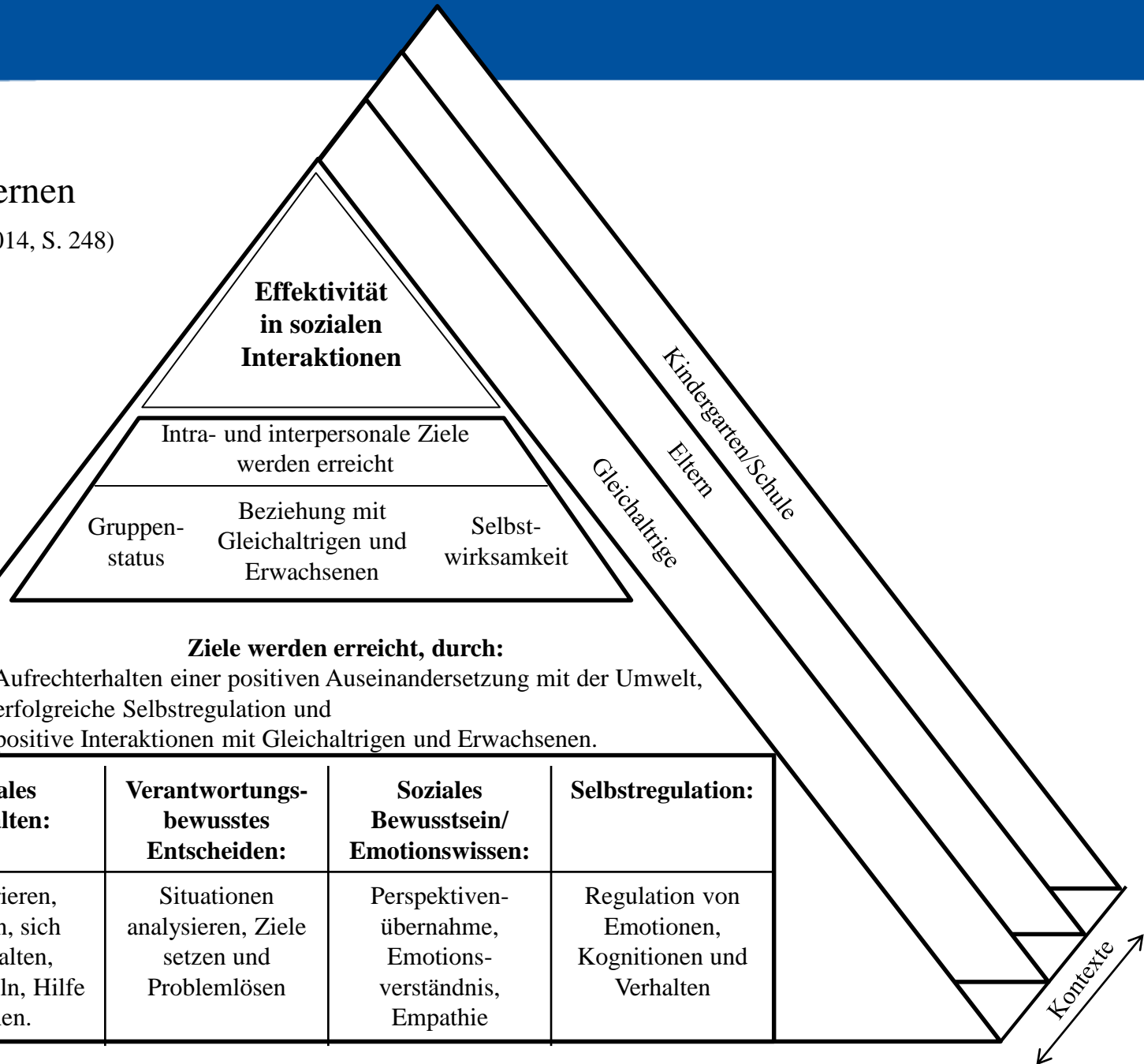
### **Intrapersonal**

- Realistische Zielsetzungen
- Positive Einstellungen
- Selbstkontrolle
- Emotionsregulation
- Coping-Strategien
- ...

### **Interpersonal**

- Zuhören
- Kommunizieren
- Perspektivenübernahme
- Verhandeln
- Soziale Problemlösung
- ...

# Sozial-emotionales Lernen nach Denham et al. (2014, S. 248)



## Prävalenz von Verhaltensproblemen im Kindes- und Jugendalter

KiGGS (Basiserhebung <sup>1,2</sup> )	KiGGS Erste Welle (2009- 2012, <sup>1,2</sup> )	BELLA- Studie <sup>2</sup>	Barkmann und Schulte- Wortmann (2012)
N = 14.477	N = 10.353	N = 2.863	33 Studien
18,5% (KI 17,7–19,3)	20,2% (18,9–21,6)	14,5%	17,3%

Anmerkungen. <sup>1</sup> nach deutschen Normen, <sup>2</sup> Hölling et al., 2014.

## Häufigkeit spezifischer Symptome im Elternurteil der BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2008)

Prozent	Symptome bei den 7 – 10 Jährigen	Prozent	Symptome bei den 11 – 17 Jährigen
10,7	Depression	11,1	Depression
14,3	Angst	9,9	Angst
10,3 <sup>1</sup>	ADHS	7,9 <sup>1</sup>	ADHS
15,5	Aggressives Verhalten	14,2	Aggressives Verhalten

Anmerkungen. <sup>1</sup> Conners  $\geq$  15.

Hölling et al. (2014, S.809):

„Die anhaltend hohe Prävalenz und das gleichbleibend hohe Ausmaß von emotionalen und verhaltensbedingten Auffälligkeiten sollten Anlass zu vermehrten präventiven Anstrengungen geben.“

Zur **Ätiologie** der Störungen werden in der Regel entwicklungspsychopathologische Modelle zu Grunde gelegt.

Sie beziehen sich auf Wechselwirkungen zwischen

- biologischen
- psychologischen und
- sozialen Faktoren.

Monokausale Erklärungen werden ausgeschlossen (z.B. Genetik).



## Aggressives Verhalten im Kindesalter ist ein heterogenes Phänomen!

### Aggressive Handlungen

- treten
- schreien
- lügen
- stehlen
- andere Kinder ausschließen
- lästern
- Tiere quälen
- Gegenstände zerstören
- Regeln überschreiten
- ...

### Motive:

- Rache
- Abwehr von Gefahren
- Selbstbehauptung
- Dominanz
- Mangelnde Selbstregulation von starken Affekten wie Wut oder Angst
- ...

- Tritt aggressives Verhalten über einen längeren Zeitraum wiederholt als Muster auf, dann wird dieses nach ICD-10 als Störung des Sozialverhaltens bezeichnet

## Subtypen aggressiven Verhaltens

### „Störungen des Sozialverhaltens“ klassifiziert nach ICD-10:

- auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F91.0),
- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F91.1),
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2),
- Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3),
- sonstige Störungen des Sozialverhaltens (F91.8) und
- nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens (F91.8).
  
- „kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“ (F92)
- „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1).

## Verlauf aggressiven Verhaltens in der Kindheit (oder: „*das wächst sich nicht aus!*“)

Es können ausgehend vom Alter zu Beginn der Störung drei Subtypen bestimmt werden (Tremblay, 2015):

- Mit Beginn in der Kindheit (**Childhood-onset type**): Mindestens ein Symptom ist vor dem 10. Lebensjahr aufgetreten.
- Mit Beginn im Jugendalter (**Adolescent-onset type**): Die Jugendlichen weisen kein Symptom der Störung vor dem 10. Lebensjahr auf.
- Unbestimmtes Auftreten: Die Kriterien der Störung des Sozialverhalten werden erfüllt. Es liegen jedoch nicht genügend Informationen vor, um zu bestimmen, wann das erste Symptom aufgetreten ist.

Eine Reihe von längsschnittlichen Studien weisen konsistent auf Unterschiede in der Ätiologie und der Prognose in Abhängigkeit vom Alter bei Störungsbeginn hin (Tremblay 2015).

## Früher oder später Beginn aggressiven Verhaltens

### Adolescent-onset type

- soziale Prozesse
- „Lücke“ zwischen biologischer Reife und Zugang zu Privilegien Erwachsener
- zeitlich begrenzt
- beeinflusst durch die Peergruppe
- oftmals unauffällige familiäre Umwelt

### Childhood-onset type

- entwicklungsneurologische Prozesse
- Neuropsychologische Defizite (z.B. Sprachentwicklung, exekutive Funktionen)
- ADHS
- **pathologische familiäre Umwelt**

## Entwicklungsverlauf aggressiven Verhaltens (Tremblay, 2015)

- Das größte Ausmaß physisch aggressiven Verhaltens zeigen Kinder im Kleinkindalter
- Die große Mehrheit der Kinder erlernt im Entwicklungsverlauf andere Problemlösungsstrategien
- Einige Kinder benötigen dazu mehr Zeit als andere
- Mädchen lernen diese Strategien schneller als Jungen
- Kinder und Jugendliche mit chronisch aggressivem Verhalten zeigen dieses oftmals bereits seit dem Kindergartenalter



... sie legen das aggressive Verhalten nicht ab!

## Stabilität...

Farrington, Tfofi und Coid (2009) - „Cambridge Study in Delinquent Development“ (CSDD)

- **7%** der Stichprobe konnten als chronisch kriminell identifiziert werden (d.h. mindestens zehn Verurteilungen) und auf diese ließen sich **52%** aller **Straftaten** zurückführen.
- Nahezu alle gehörten dem Störungstypus mit frühem Beginn an.
- Im Unterschied dazu entwickelten sich diejenigen mit auf das Jugendalter begrenztem delinquenten Verhalten bis zum 48. Lebensjahr ähnlich wie diejenigen, mit unauffälligem Verhalten. Lediglich der Alkoholkonsum war ungünstiger als der in der unauffälligen Gruppe.

## Formen aggressiven Verhaltens

Bei der reaktiven Aggression (**Opfer-  
Aggression**) handelt es sich um ein  
Verhalten, das resultiert aus:

- einer wahrgenommenen Provokation und/oder Bedrohung beziehungsweise
- Frustration.

## Selbstregulationsmodell angstmotivierter Aggression





## Formen aggressiven Verhaltens

Bei der aktiven Aggression (**Täter-Aggression**) handelt es sich um ein Verhalten bei dem:

- ein erkennbares Ziel erreicht werden soll und
- emotionale Betroffenheit kaum als Motiv auftritt.

## Formen aggressiven Verhaltens

- Aggressives Verhalten führt zu Erfolgen! Kinder erreichen damit ein Spielzeug oder Gehorsam von anderen; Unterstützung durch Lachen usw.
- **Aggression, wie jedes andere Verhalten, steigt in der Häufigkeit und Intensität, wenn es positiv verstärkt wird.**
- Wichtig: Verstärkerkontrolle durch Bezugspersonen (Eltern, Lehrkräfte)



## DSM-5: Störung des Sozialverhaltens mit begrenzten prosozialen Emotionen („Callous-unemotional Traits“ (CU-Traits))

- **Fehlende Reue oder Schuld:** Fühlt sich nicht schlecht oder schuldig, wenn er/sie etwas falsch gemacht hat (außer, wenn die Reue ausgedrückt wird, wenn er/sie erwischt wurde oder eine Bestrafung erwartet).
- **Gleichgültigkeit und Fehlen von Empathie:** Missachtet Gefühle anderer und ist von Gefühlen anderer nicht berührt.
- **Sorglosigkeit gegenüber eigenen Leistungen:** Zeigt keine Sorgen wegen schlechten oder problematischen Leistungen in der Schule, Arbeit oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.
- **Oberflächiger oder defizitärer Affekt:** Drückt keine Gefühle aus oder zeigt sie anderen nicht, oder wenn sie für ein bestimmtes Ziel eingesetzt werden; außer in einer oberflächigen Art.

## Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens und CU-Traits sind anders...

- Das aggressive Verhalten ist schwerwiegender als bei Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens ohne Psychopathie-Merkmale (Frick et al., 2014).
- Störungen des Sozialverhaltens mit CU-Traits sind stabiler und beeinflussen den Verlauf negativ (Frick et al., 2014; Fontaine et al., 2011)
- Kinder mit CU-Traits berichten im Jugendalter über eine höhere Rate selbstberichteter Delinquenz und über mehr Polizeikontakte.
- CU-Traits in der Kindheit stellen einen Prädiktor für Psychopathie im Erwachsenenalter dar (Burke, 2007; Lynam, 2007)

Blair und Kollegen (2005) geben eine Prävalenz von Psychopathie-Merkmalen bei Kindern zwischen 1,2% und 3,4% an.



# Risikofaktoren externalisierender Verhaltensstörungen

## Kindliche Faktoren:

- Genetische und biologische Faktoren wie prä-, peri- und postnatale Faktoren (z.B. Frühgeburt; niedriges Geburtsgewicht)
- Schwieriges Temperament (z.B. kann sich nur schwer neuen Situationen anpassen, häufige und starke negative Emotionen)
- Negative Bindungserfahrungen des Kindes
- Geringe emotionale Kompetenz (z.B. mangelnde Emotionsregulation, geringe Frustrationstoleranz, Empathiedefizit)
- Defizite in der kognitiven Entwicklung sowie der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung

# Risikofaktoren externalisierender Verhaltensstörungen

## Familiäre Faktoren:

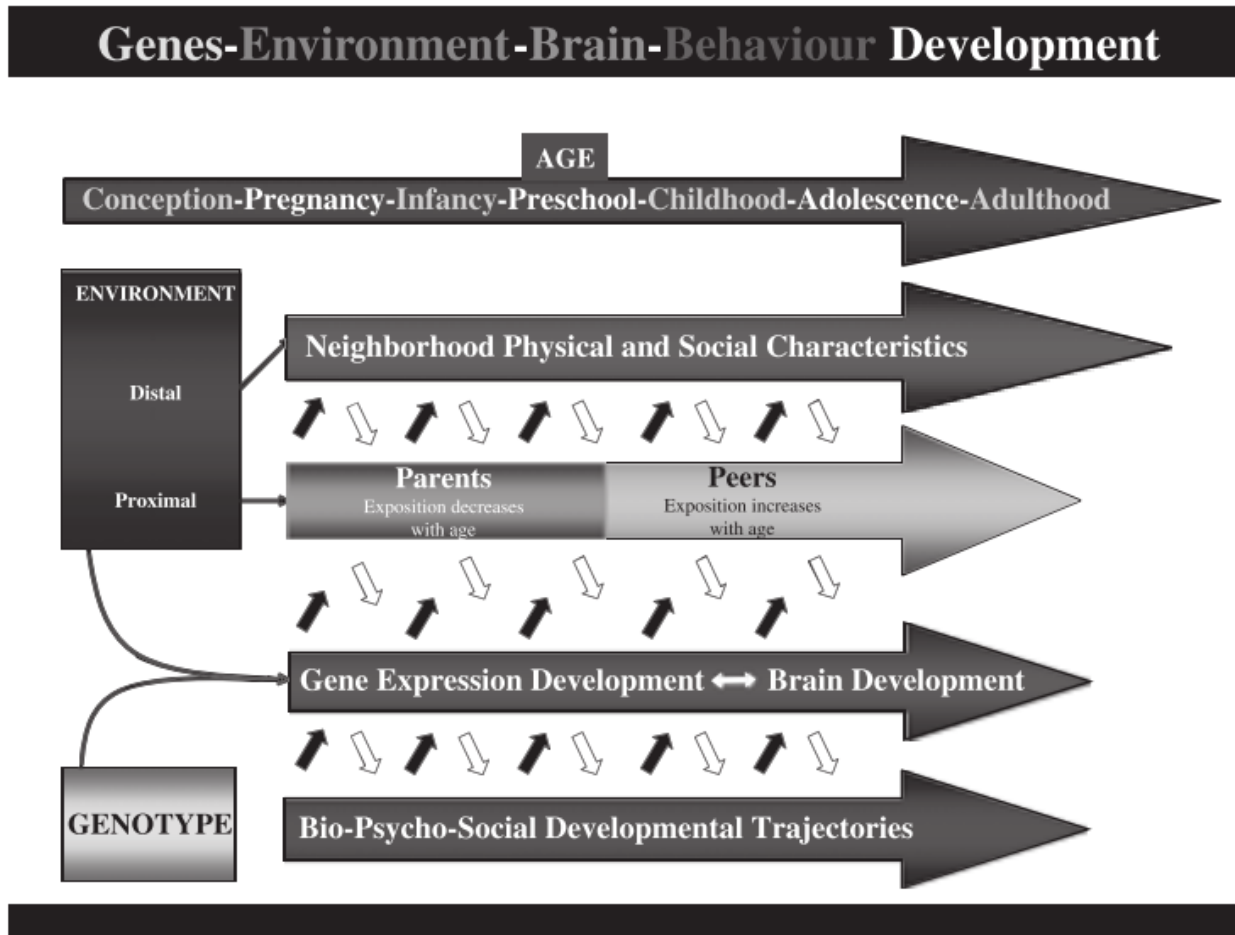
- Beeinträchtigte Eltern-Kind-Beziehung; negatives Erziehungsverhalten (z.B. keine klaren Regeln, zu strenge und körperliche Bestrafung)
- Ehe- oder Partnerkonflikte
- Psychische Störungen der Eltern (wie Depression der Mutter; Substanzabhängigkeit, Antisoziale Persönlichkeitsstörung)
- geringes Bildungsniveau der Eltern
- finanzielle Probleme

## Risikofaktoren externalisierender Verhaltensstörungen

### Soziale Faktoren:

- Ablehnung durch Gleichaltrige
- Schlechte soziale Integration in die Gleichaltrigengruppe
- Anschluss an deviante Peergroup
- Negative Schulerfahrung; geringe Anbindung an die Schule
- Geringe Qualität der Lehrer-Schüler-Beziehung
- Schulabsentismus und Drop-out

# Bio-psycho-soziales Modell zur Entstehung aggressiven Verhaltens (Temblay, 2010, p. 357)





## Grundlagen der Interventionen

### Zielgruppe:

- Elternorientiert
- kindorientiert
- Klasse/Kleingruppe
- schulorientiert
- Wohnumfeld

### Auf den verschiedensten Präventionsebenen

- universell
- selektiv
- Indiziert

❖ Mehrebenenmodelle

## Verbreitete Interventionsziele und Methoden

### Kindorientierte Programme:

- emotionale Kompetenzen (wie z. B. Emotionserkennung, Emotionsregulation, Selbstregulation, Einfühlungsvermögen),
  - sozial-kognitive Fähigkeiten (z. B. Wahrnehmung von Konflikten, Auswahl von Handlungsalternativen),
  - Einüben sozialen Verhaltens (z. B. in Rollenspielen),
  - Förderung der Selbstregulation und
  - die Förderung schulischer Kompetenzen.
- 
- Kognitiv-behaviorale Methoden: Rollen- und Modellspiele, Verstärkersysteme, Selbstinstruktion, Selbstbeobachtung, Übungen, Gespräche, Geschichten, Spiele

## Verbreitete Interventionsziele und Methoden

### Schulorientierte Programme:

- Qualität der Beziehungen zwischen Lehrkräften, Schülern und Mitarbeitern in der Schule
- Sicherheit in der Schule
- Normen, die sich auf Respekt, Diversität und/oder zwischenmenschliche Werte beziehen
- Schulische Strukturen (kleinere Klassen, Beratungsangebote durch Fachkräfte, Lenkungsgremien)
- Einsatz von entwicklungsangemessenen Instruktionsstrategien
- Classroom-Management
- Emotional unterstützendes Lehrerverhalten (Lehrer-Schüler-Beziehung)

## Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen (Sandler et al., 2014, S247 ff.)

Autor	Studien	N	Altersbereich
Beelmann & Lösel (2006)	84	16.723	Geburt – 18
Derzon et al. (2006)	83	Range <51-500)	5-18
Mytton et al. (2006)	56	k. A.	Kindergarten bis 12. Klasse
Park-Higgerson et al., (2008)	26	10.773	5-18
Piquero et al. (2009)	34	k. A.	3-10
Wilson & Lipsey (2007)	249	k. A.	5-18

## Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen (Sandler et al., 2014, S247 ff.)

	Effekte für Meta-Analysen, die sich auf aggressives, antisoziales Verhalten und Gewalt beziehen	Effekte für Meta-Analysen, die (auch) über aggressives, antisoziales Verhalten und Gewalt berichten
Aggressives Verhalten (Sandler et al., 2014)	ES = 0.19 (SD = 0.17, k = 29)	ES = 0.25 (SD = 0.28, k = 32)
Beelmann (2014) deutschsprachige Programme	ES <sub>w</sub> = .28 zum Posttest (k = 30)	

Konvention: ES von .20 kleiner Effekt  
ES von .50 mittlerer Effekt

# Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen

Was bedeutet ein Effekt von 0,25?

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu
① Teilt Spielsachen mit anderen Kindern. ....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② Hat einen starken Bewegungsdrang. ....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ Ist oft besorgt. ....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ Zerstört Gegenstände. ....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ Reizt Grenzen aus. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen (Sandler et al., 2014, S247 ff.)

### Moderatoren der Wirksamkeit:

- größere Effekte für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risiko oder mit höheren Problemwerten zu Beginn der Intervention
- selektive Programme für Kinder in Kleingruppen
- höhere Implementationsqualität (Fortbildung, Begleitung, Unterstützung durch Schule)
- Kognitiv-behaviorale Programme (vs. Beratung)

## Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen (Sandler et al., 2014, S247 ff.)

Maßnahmen, die das **SAFE-Prinzip** berücksichtigen (Durlak et al., 2011):

- **Sequenziert:** die Maßnahme umfasst miteinander verbundene und aufeinander aufbauende Übungen
- **Aktiv:** es werden aktive Lernformen genutzt, um den SuS sozial-emotionales Lernen zu ermöglichen
- **Fokussiert:** es werden spezifische Übungen (empirisch begründet) eingesetzt, um sozial-emotionale Fähigkeiten zu fördern
- **Explizit:** Die Lernziele werden den SuS explizit mitgeteilt, sodass diese wissen, was von ihnen erwartet wird.



Institution	Evidenzstufen	Anzahl der Programme
<p><b>Blueprints for Violence Prevention</b> (Center for the Study and Prevention of Violence; University of Colorado)  <a href="http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/">http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/</a></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ „Model Program“</li> <li>➤ „Promising Programs“</li> </ul> <p><b>Modell-Programme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens a) zwei hoch qualitative randomisierte Kontrollstudien oder b) eine hochqualitative randomisierte und eine hochqualitative quasi-experimentelle Evaluationsstudie</li> <li>• Positive Interventionseffekte bleiben für mind. 12 Monate nach Ende des Programms bestehen.</li> <li>• Model Plus: Unabhängige Replikation!</li> </ul>	

## Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme

### „Dodo Bird Verdict“

*...sorry, hier war ein Bild...*

...die Interventionen wirken vergleichbar gut.

*„jeder hat gewonnen und alle müssen einen Preis bekommen“*

## Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme

### Probleme:

- In der Regel ist der Grundgedanke, dass durch Präventions- und Interventionsprogramme positive Effekte erreicht werden. Das potenziell auch negative Effekte auftreten können, wird nicht bedacht bzw. in Studien erhoben.
- Publikationsbias: Evaluationsstudien mit nicht signifikanten oder gar negativen Ergebnissen werden seltener veröffentlicht (Wilson, 2009).
- Negative Effekte können nur in Studien mit einem hochqualitativen Forschungsdesign festgestellt werden, in dem die schädlichen Effekte auch sicher auf das Treatment zurückgeführt werden können.

3,4% (Welsh & Roque, 2014)

29% (Lipsey, 1996)

8,8% (Beelmann & Pfist, 2014)

## Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme

### McCord (2003): **Devianztraining**

- Über soziale Lernprozesse üben die Rückmeldungen der ebenfalls devianten Gleichaltrigen eine motivierende Wirkung auf die Jugendlichen aus. Aggressiv-dissoziales Verhalten führt zu einer höheren Anerkennung durch die Peers.

Moderierende Einflussfaktoren auf das Devianztraining (Cécile & Born, 2005, Rorie et al., 2011)

- Bewusstsein für negative Effekte auf Seiten der Programmdurchführer,
- hochstrukturierte Aktivitäten,
- Einbezug der Familie und
- Kontakt mit prosozialen Peers.

## Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme

- *Labeling oder Stigmatisierungseffekte* führen zu einem Anstieg devianten Verhaltens: nach dem Personen als deviant bezeichnet wurden, steigt dieses Verhalten an (Lopes et al., 2012, Paternoster & Iovanni, 1989)
- Schlecht ausgebildete Therapeuten oder Umsetzer der Prävention (Lilienfeld, 2007)
- Effekte der Dosis (Lilienfeld, 2007)

## Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme

### Strategien zu Einschüchterung und Verängstigung

#### Scared Straight! (Finkenauer, 1982)

- Romantisierung der Insassen
- Schrecken führt zur Herausforderung, es sich selbst und anderen zu beweisen, dass man besser ist und nicht erwischt wird.

(Welsh & Rocque, 2014)

## Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme

### Boot-Camps/Überlebenstrainings

Wilson et al. (2008) berichten aus einer Meta-Analyse mit 43 Studien:

- durchschnittlich keine Unterschiede bei der Rückfallquote
- allerdings zeigten sich für Boot-Camps, die keine therapeutische Begleitung für Jugendliche anboten, **negative Effekte bezogen auf die Rückfallquote.**

## Schädliche Präventions- und Interventionsprogramme

### Anti-Bullying Programm

- HBSC-Studie mit rund 7.000 Kindern: Kinder hatten an Schulen mit Anti-Bullying Programmen ein höheres Viktimisierungsrisiko (Jeon & Lee, 2013)
- Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Anti-Bullying-Programmen (Farrington & Ttofi, 2009):
  - Durchschnittlich konnte Bullying um 20-23% reduziert werden und Viktimisierungen gingen um 17-20%
  - Ausnahme bildete eine Programmkomponente, die mit einem Anstieg von Viktimisierung einherging. Dies waren Programme, die **Gleichaltrige als Mediatoren oder Verteidiger** einsetzen.



Solche Plattformen in Deutschland?

<http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

The screenshot shows the top part of the CTC website. At the top left is the CTC logo with the tagline "communities that care". Below the logo is a navigation menu with four items: "CTC" (Was Communities That Care ist.), "SPIN: CTC" (Modellversuch in Niedersachsen), "GRÜNE LISTE PRÄVENTION" (Datenbank), and "DOWNLOADS" (Material und Dokumente). Below the navigation menu is the main header text: "Grüne Liste Prävention – CTC - Datenbank empfohlener Präventionsprogramme".

This screenshot shows a list of three effectiveness criteria. At the top, it says "Für weitere Informationen bitte anklicken." Below that are three items, each with a number in a circle and a description:

- 1 Effektivität theoretisch gut begründet
- 2 Effektivität wahrscheinlich
- 3 Effektivität nachgewiesen

## Lubo aus dem All - 1. und 2. Klasse

### 2 Effektivität wahrscheinlich

#### Programminformationen

##### Ziel

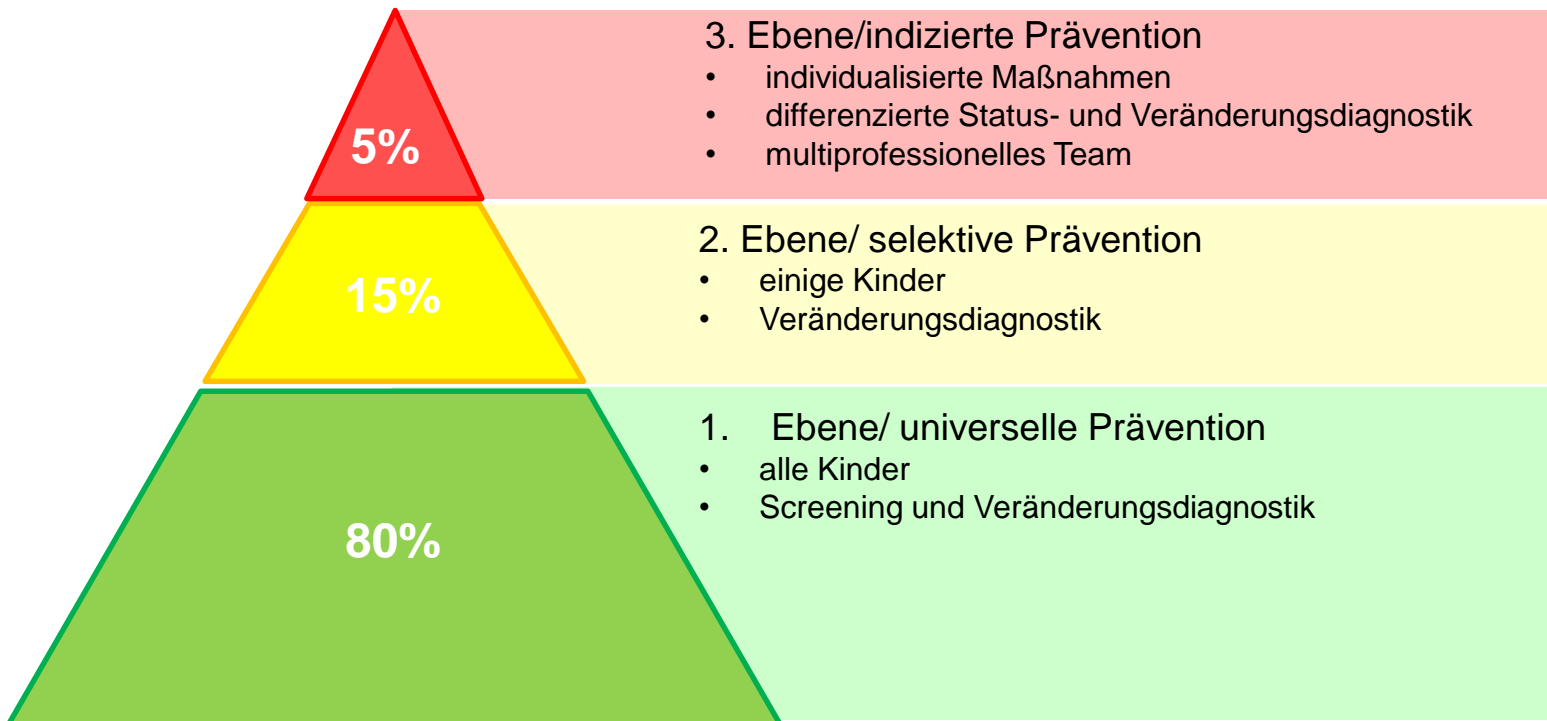
Lubo aus dem All ist ein Präventionsprogramm zur Förderung der Informationsverarbeitung und der beteiligten emotionalen Prozesse

Emotionale Kompetenzförderung:

- Wahrnehmen, Erkennen und Verstehen von Gefühlen
- Umgang mit Gefühlen wie z.B. Wut, Ausgeschlossen sein, Frustration
- angemessenes Verhalten in emotional belastenden Situationen

Soziale Kompetenzförderung:

## Präventionsstrategie in der Schule: Response to Intervention (RTI)



## Präventionsstrategie in der Schule: Response to Intervention (RTI)

### Diagnostik:

- **Differenzierte und hypothesengeleitete Statusdiagnostik** (z.B. Screeningverfahren, Subtypen aggressiven Verhaltens, komorbide Störungen (Substanzmissbrauch); Ebene 1 und 3)
- **Veränderungsdiagnostik:** aktuell noch wenig Verfahren, da in der Regel nach der klassischen Testtheorie verfahren wird; Ebene 1-3
- **Direct Behavior Rating (DBR):**  
(z.B. Chafouleas et al., 2009; Casale, Hennemann & Grosche, 2015)



## Präventionsstrategie in der Schule: Response to Intervention (RTI)



### **Multiprofessionelles Team:**

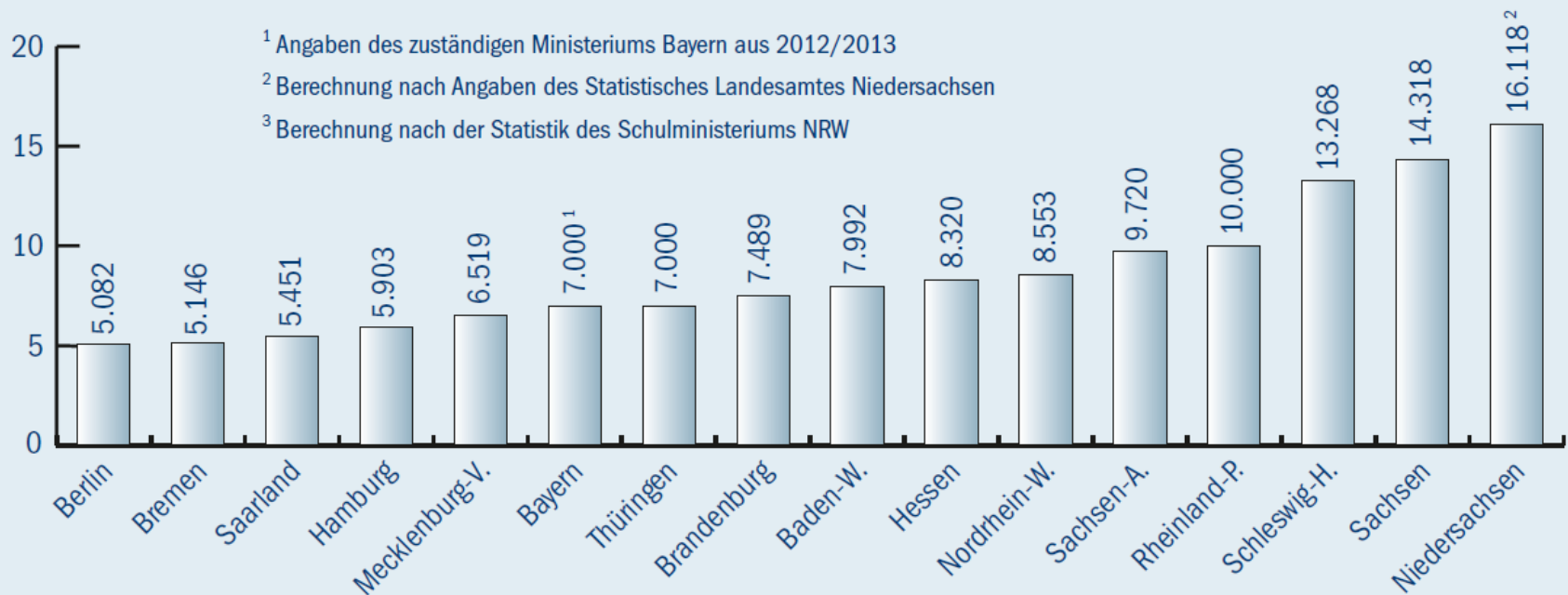
- Lehrkräfte
- Sonderpädagogen
- Schulpsychologen
- Jugendhilfe
- SPZ
- Kinder- und Jugendpsychotherapeuten
- Kinder- und Jugendpsychiater

### Ziele u.a.:

- Sammlung und Bewertung bisheriger Maßnahmen
- Abstimmung der Maßnahmen in den verschiedenen Lebenskontexten
- Feedback über die Wirksamkeit der Maßnahmen

# Präventionsstrategie in der Schule: Response to Intervention (RTI)

## Anzahl der SchülerInnen pro SchulpsychologIn (alle Schulformen) Vergleich der Bundesländer zum Schuljahr 2013/2014 (Deutschland gesamt: 8.617)



(BDP; Sektion Schulpsychologie, Drewes, 2014)

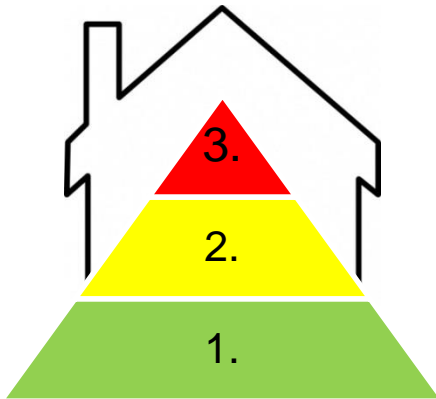
## Präventionsstrategie in der Schule: Response to Intervention (RTI)

- Die Bundespsychotherapeutenkammer weist auf die flächendeckende strukturelle Unterversorgung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hin.
- Die Prävalenzrate psychischer Störungen ist bei Kindern ebenso hoch wie bei Erwachsenen, dennoch entfallen nur 12,2% der Psychotherapeuten auf den Bereich „Kinder und Jugend“.

Alter	%	erhalten oder benötigen eine Behandlung (%)
<b>7-10 Jährige</b>		
Mädchen	14,8	17,7
Jungen	16,1	32,9
<b>11-17 Jährige</b>		
Mädchen	13,3	33,4
Jungen	15,0	23,3

Anmerkungen. Elternurteil aus der Bella-Studie N = 2863; Ravens-Sieberer et al., 2008

## Rahmung durch schulweite Maßnahmen gegen aggressives Verhalten



- Einstellungen der Lehrkräfte und Erwachsenen
- Präsenz der Lehrkräfte und Erwachsenen
- Klare Regeln zum Umgang mit aggressivem Verhalten
- Elternarbeit
- Positives Schulklima
- Positive Lehrer-Schüler-Beziehungen

## Nachhaltige Präventionsstrategien im schulischen Alltag

- Maßnahmen sollten nach den **SAFE**-Prinzipien angelegt sein
- Die Schülerinnen und Schüler über den Entwicklungsverlauf begleiten
- Rahmung durch einen **Response-to-Intervention-Ansatz**
- Prävention sollte als reguläres Angebot der Schule verankert sein (Ressourcen)
- Begleitung der Lehrkräfte (Intervision und Supervision)



... wenn' s einfach wär, dann  
hätten wir es schon..

## Literatur

- Andrade, B. F., Sorge, G. B., Na, J. J., & Wharton-Shukster, E. (2015). Clinical Profiles of Children with Disruptive Behaviors Based on the Severity of Their Conduct Problems, Callous-Unemotional Traits and Emotional Difficulties. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 567-576.
- Beelmann, A., Pfof, M., & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. [Article]. *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie*, 22(1), 1-14.
- Casale, G., Hennemann, T. & Grosche, M. (2015). Zum Beitrag der Verlaufsdagnostik für eine evidenzbasierte sonderpädagogische Praxis am Beispiel der Förderschwerpunktes der emotionalen und sozialen Entwicklung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 66, 325-334.
- Chafouleas, S.M., Riley-Tillman, Christ, T.J. (2009). Direct behavior rating (DBR). *Assessment for Effective Intervention*, 34, 195-200.
- Farrington, D. P., & Ttofi, M. M. (2009). Reducing School Bullying: Evidence-Based Implications for Policy. In M. Tonry (Ed.), *Crime and Justice: A Review of Research*, Vol 38 (Vol. 38, pp. 281-345).
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can Callous-Unemotional Traits Enhance the Understanding, Diagnosis, and Treatment of Serious Conduct Problems in Children and Adolescents? A Comprehensive Review. [Review]. *Psychological Bulletin*, 140(1), 1-57.

## Literatur

- Grosche, M., & Volpe, R. J. (2013). Response-to-intervention (RTI) as a model to facilitate inclusion for students with learning and behaviour problems. *European Journal of Special Needs Education, 28*(3), 254-269.
- Huber, C. (2015). Verhaltensprobleme gemeinsam lösen! Wie sich multiprofessionelle Teams nach dem RI-Modell effektiv organisieren lassen. *Lernen und Lernstörungen, 4*, 283-291.
- Koglin, U., & Petermann, F. (2012). Callous-unemotional traits: Behavioral problems und prosocial behavior in kindergarten children. *Kindheit Und Entwicklung, 21*(3), 141-150.
- Moffitt, T. E. (1993). ADOLESCENCE-LIMITED AND LIFE-COURSE-PERSISTENT ANTISOCIAL-BEHAVIOR - A DEVELOPMENTAL TAXONOMY. [Review]. *Psychological Review, 100*(4), 674-701.
- Petermann, F. & Koglin, U. (2013). *Aggression und Gewalt von Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer.
- Sandler, I., Wolchik, S. A., Cruden, G., Mahrer, N. E., Ahn, S., Brincks, A., et al. (2014). Overview of Meta-Analyses of the Prevention of Mental Health, Substance Use, and Conduct Problems. [Article; Book Chapter]. *Annual Review of Clinical Psychology, Vol 10, 10*, 243-273.
- Silberg, J., Moore, A. A., & Rutter, M. (2015). Age of onset and the subclassification of conduct/dissocial disorder. [Article]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(7), 826-833.
- Tremblay, R. E. (2015). Developmental origins of chronic physical aggression: An international perspective on using singletons, twins and epigenetics. *European Journal of Criminology, 12*(5), 551-561.
- Welsh, B. C., & Rocque, M. (2014). When crime prevention harms: a review of systematic reviews. *Journal of Experimental Criminology, 10*(3), 245-266.
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior - Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 33*(2), S130-S143.