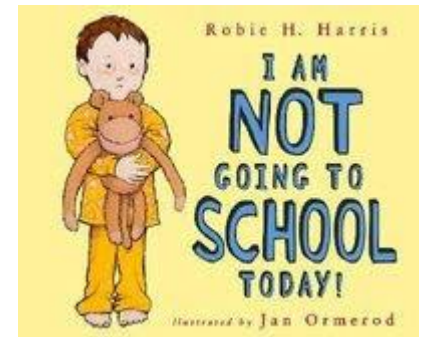




Schulvermeidung – Fakten und (Un)Möglichkeiten

ISABEL BÖGE, LKH SÜD, MEDUNI GRAZ

23.06.2023



Struktur

Schulpflicht

Schule und Psychische Gesundheit

Prävalenz

Behandlung(smöglichkeiten)

- Ambulant
- Stationär
- Hometreatment
- CCSchool



Schulpflicht

Vor dem Jahre 1774 war die Bildung in den Habsburgischen Erblanden den oberen Gesellschaftsschichten vorbehalten. Sie war Aufgabe der Kirche und der Klosterschulen.

Die älteste heute noch bestehende Schule Österreichs ist das Stiftsgymnasium Melk, das im 12. Jahrhundert als Klosterschule gegründet wurde.

Reichsvolksschulgesetz 1869

- 8 Jahre Schulbildung als Pflicht
(Alternative 5 Jahre Volksschule und 3 Jahre Bürgerschule)
- Klassengröße wurde auf 80 Schüler begrenzt
- Bildung wurde dem Staat unterstellt



Entwicklung der heutigen Gesetzeslage

1868 erste Mittelschule für Mädchen

1892 erstes Mädchengymnasium, 77 Knabengymnasien

1901 durften Maturantinnen auch bestimmte Universitäten besuchen

1918 erste Schulreform; Mädchen konnten an Knabenschulen aufgenommen werden

• 1927 Hauptschule = Pflichtschule für zehn- bis vierzehnjährige Kinder.

1962 erste Schulnovelle. Schulpflicht wurde auf neun Jahre verlängert.

1974 zweite Schulnovelle. Mit ihr trat das heute noch gültige Schulunterrichtsgesetz in Kraft.

1975 Koedukation wurde eingeführt

2005 Einführung Gesamtschule

Schule ist

- ... ein Ort, den man in einem bestimmten Alter aufsuchen muss
- ... ein Ort an dem Wissen vermittelt wird
- ... ein Ort, an dem soziale Kontakte stattfinden
- ... ein Ort, an dem alle gleich behandelt werden

Schule ist aber auch

... ein Ort an dem man versagen kann

... an dem man gemobbt werden kann

... an dem man Angst vor anderen Schülern/Lehrern entwickeln kann

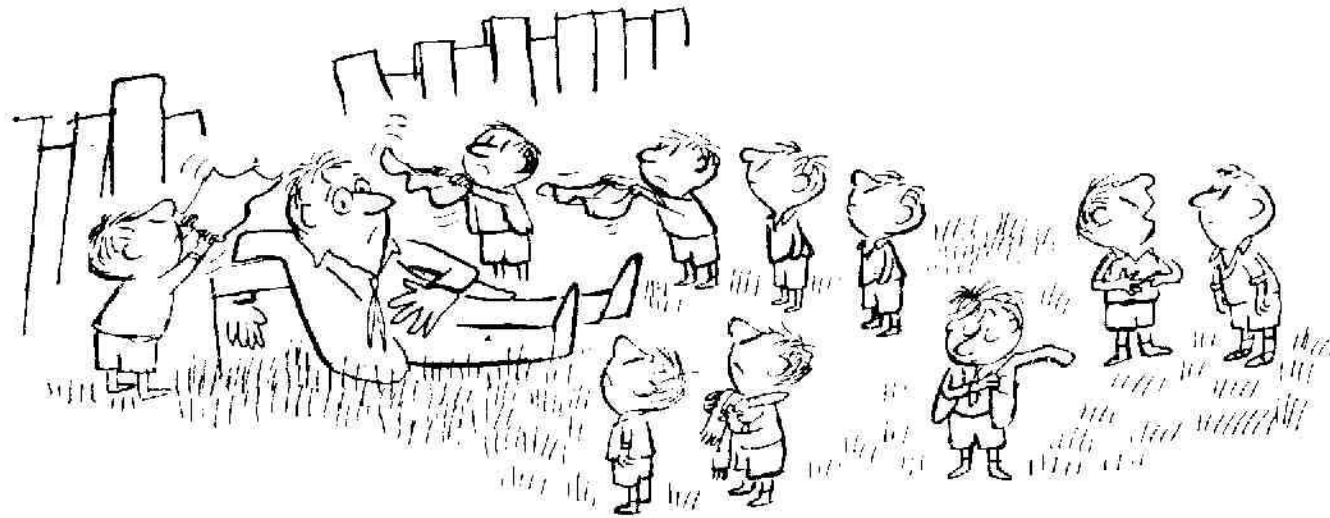
... an dem man Konflikte austragen muss

... an dem man mobben kann

....

Schule ist

... ein Ort, an dem $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ der wachen Zeit
zugebracht wird



Prävalenz Schulabsentismus?

Wenig Studien, insbesondere hinsichtlich entschuldigter Fehlzeiten

Studie von Fischer et al 2012

- 2.679 Schüler, Ø 14 Jahren (M = 13.94, SD = 0.85, Range = 11-19)
- 49,35 % ♂ und 50,65 % ♀
- Schulfehlzeiten wurden fragebogenbasiert im Selbstbericht erhoben.

4,1 % der Schüler fehlten > 4 Tage/Mo

6,1 % fehlten > 10 Tage/Mo entschuldigt.

Sowohl bei den unentschuldigten als auch bei den entschuldigten Fehlzeiten zeigte sich eine deutliche Zunahme von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten in Abhängigkeit vom Ausmaß des Fehlens.

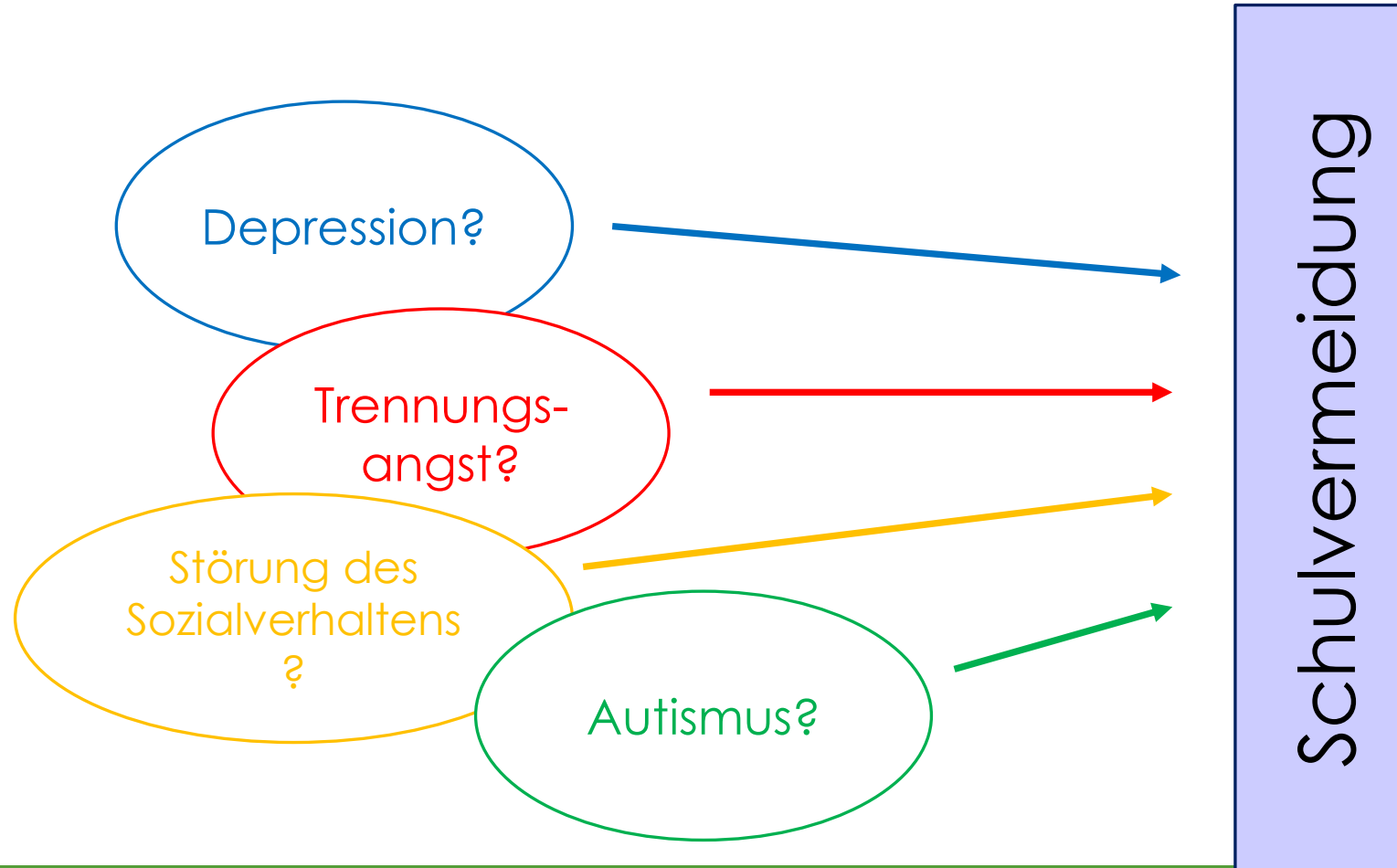
Schule und psychische Gesundheit

Geht man bei Schulverweigerung in der Katamnese 4 Jahre zurück findet man bei fast $\frac{3}{4}$: psychiatrische Diagnosen

- Psychosomatische Beschwerden (b. ca. 50% d. schulängstlichen Kinder)
- Substanzmissbrauch
- Angst
- Depression
- Selbstwertprobleme
- Verhaltensstörungen

Schulvermeidene Kinder sind mit einem 3 fach höherem Risiko
psychisch erkrankt

Viele Ursachen – eine Endstrecke



Fragen die wir uns stellen müssen

Liegen ernsthafte (psychiatrische) Erkrankungen vor, die Schulbesuch unmöglich machen?

Wissen die Eltern über Fehlen Bescheid (und wie schwingen sie mit)?

Gibt es schulbezogene Ängste (Bullying, Lehrer,..) od.
Überforderungssituationen?

Gibt es Anzeichen von Trennungsangst? Sozialer Angst? Gibt es erhöhte Selbstunsicherheit?

Aber auch...

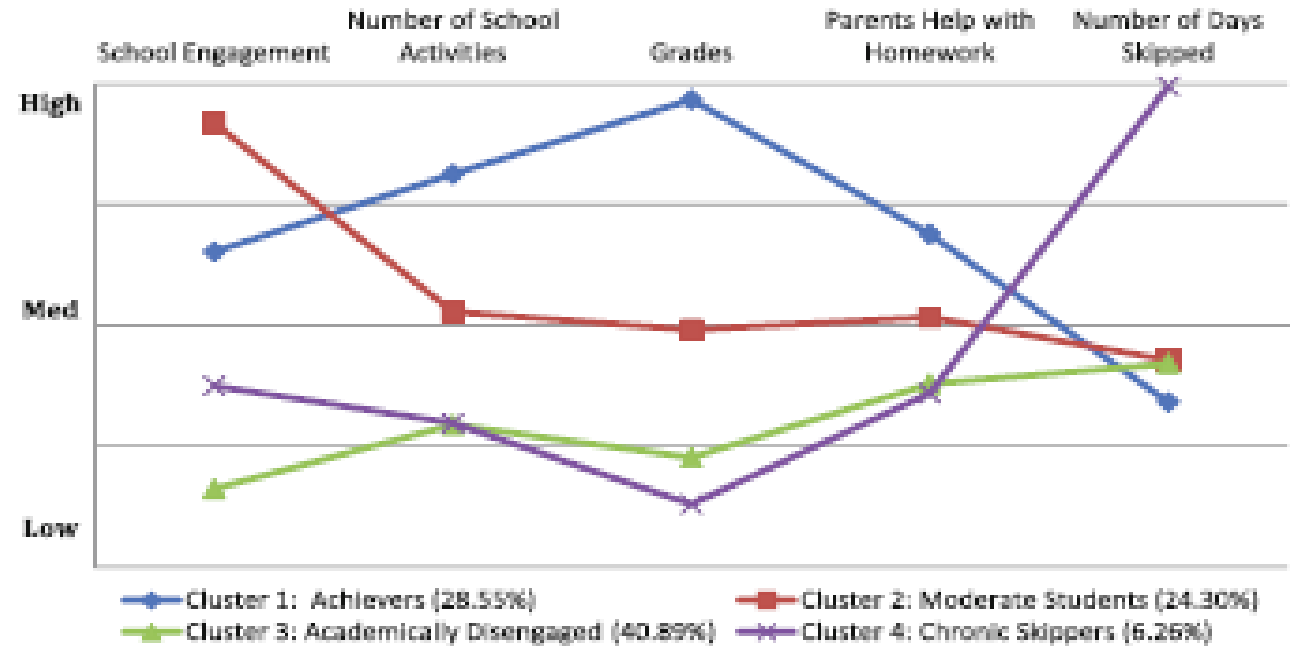
Lehmkuhl&Lehmkuhl, 2004

Wo ist es ggf. Folge von...?

	Mittlere Schüler	Leistungsversagen	Chron. Schulschwänzen
THC		++	+++++
Drogen dealen			+++++
Diebstahl	++		+++++
Aggressivität	++	+++	+++

Maynard, 2012

N: 1646, 12-17 Jahre



Das heißt wir müssen unterscheiden...

Schulmeidendes Verhalten

Trennungsangst

Soziale Angst, Leistungsangst

Fehlen:

- Das Kind ist mit Wissen der Eltern zu Hause

Symptome:

- Angst insbesondere morgens: Zittern, Schwindel, Herzrasen, Übelkeit, Kopf- oder Bauchschmerzen, Erbrechen, Hyperventilation
- Depressive Symptome
- Über Tag ist es meist besser, bis Abends die Schule wieder droht
- Viele Versprechungen, keine werden gehalten

Schulschwänzen

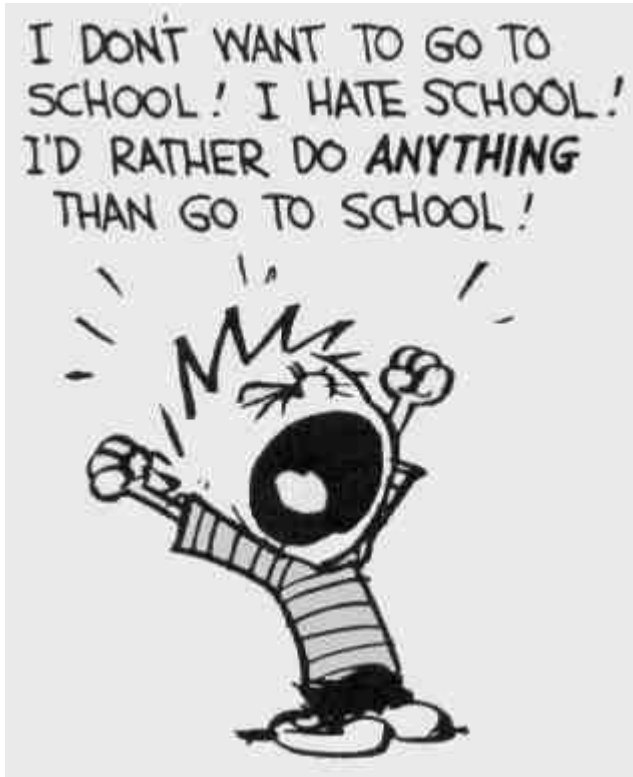
Fehlen:

- Ohne Wissen der Eltern, Kind ist oft nicht zu Hause, ggf. ist es auch einfach „egal“/oppositionell

Symptome:

- Opposition
- Lügen
- Delinquenz
- Aggressivität
- Impulsivität
- Hyperkinetische Symptome

Was fun?



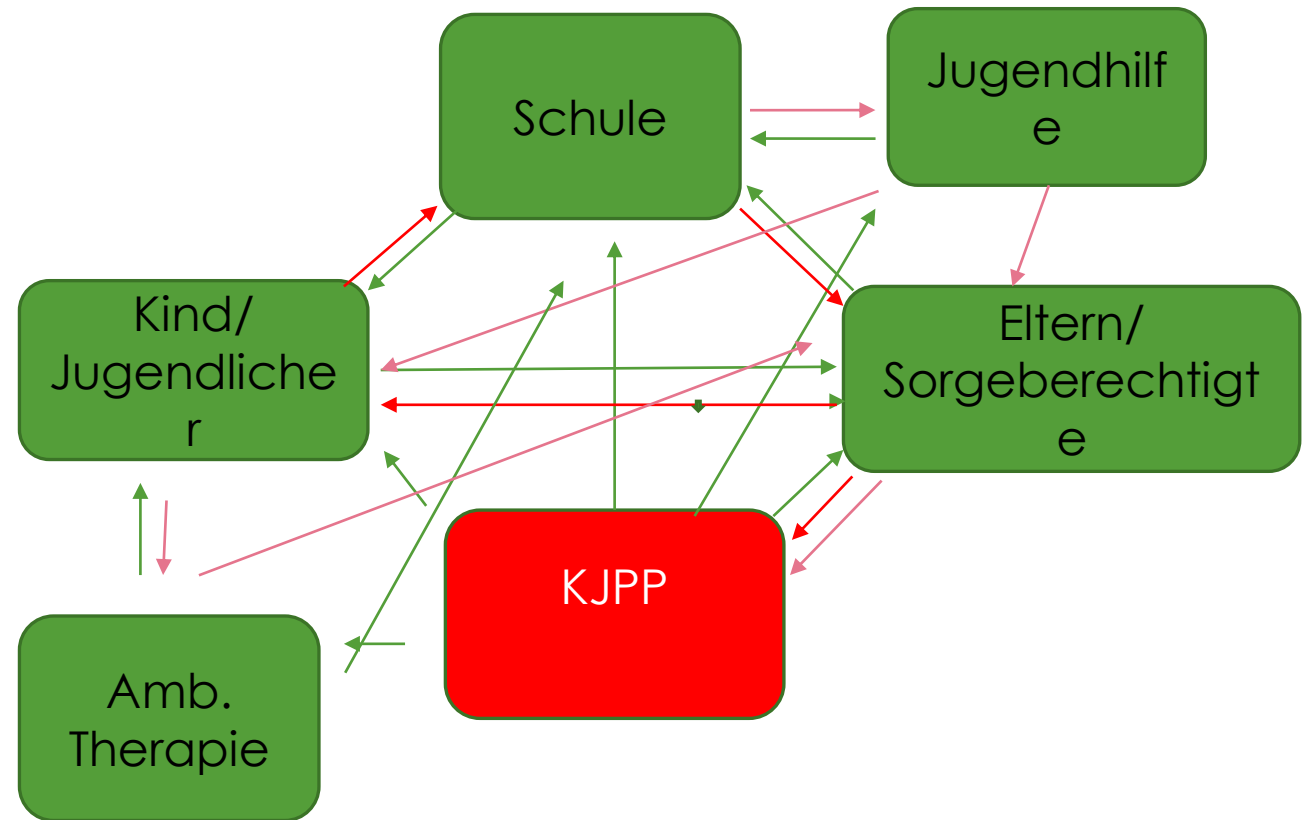
V.a. Handeln!!

Bis ein Schulverweigerer in der Praxis eines Kinder und Jugendpsychiaters landet, ist oft viel Zeit vergangen. „Oft zu viel“,

Zuallererst geht es dann darum, dass das Kind innerhalb von zwei bis drei Monaten wieder zur Schule geht, ansonsten muss eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden.

Dafür braucht es erst einmal: Diagnostik

Systemkarte KJPP



Ursachen Schüler

Leistungs-, soziale und Trennungsängste,

Kopf- und Bauchschmerzen,

depressive und dissoziale Tendenzen,

Teilleistungsstörungen

Antriebsminderung.

Fehlende Lerntechniken

Geringe soziale Fertigkeiten

Geringe Frustrationstoleranz

Vorziehen lustbetonter Tätigkeiten außerhalb der Schule

Ursachen Schule

Schulsituation an sich

große Klassen mit vielen auffälligen Mitschülern

hohe Leistungsanforderungen, Leistungsflucht

Mobbing durch Mitschüler

Lehrerverhalten

Ursachen Familie

psychische Erkrankung der Eltern

Schulabsentismus Geschwister

niedriger sozioökonomischer Status der Eltern

Arbeitslosigkeit,

häufige Umzüge

Geringe elterliche Kontrolle

soziale Isolation der Familie

häufige familiäre Konflikte

Erzieherische Überforderung

Übernahme von erlebten Verhaltensweisen bei Bezugspersonen wie

Unzuverlässigkeit, Pflichtignoranz, - Orientierungslosigkeit, Depressivität/Rückzug

BEOBACHTUNGEN, FRÜHE SYMPTOME, GEFÄHRDUNGEN I

- Generelle schulische Überforderung mit ständigen Misserfolgen
- Unterrichtsstörungen
- Oft fehlende Mitarbeit und fehlende Hausaufgaben
- Häufige Konflikte mit Lehrpersonen oder mit Mitschüler/innen
- Soziale Isolation, Niedergeschlagenheit
- Häufiges Zuspätkommen, häufiges Fehlen wegen unspezifischen Krankheiten oder nach den Wochenenden

BEOBACHTUNGEN, FRÜHE SYMPTOME, GEFÄHRDUNGEN II

- Schulferner und/oder schuldistanzierter Freundeskreis
- Eltern des betreffenden Schülers bzw. der Schülerin sind schwer erreichbar, kommen nicht zu den Sprechtagen, blocken Kontakte ab
- Weigerung, am Morgen aufzustehen; Klagen über Beschwerden wie Übelkeit, Bauch oder Kopfschmerzen; sich verstecken; trotz rechtzeitigem Verlassen des Elternhauses nicht zum Unterricht kommen usw.
- Häufige Entschuldigungen – von den Eltern unterschrieben oder vom Kind/Jugendlichen selbst.
- Unentschuldigtes Fehlen, Verweigerung von Auskünften dazu
- Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens

Auf der Handlungsebene

Auf Fehlstunden ohne plausible Begründung so schnell wie möglich reagieren. ANSPRECHEN.

„Erfolgreiches“ Schwänzen wirkt verstärkend, längerer Schulabsentismus macht den Wiedereinstieg für das Kind/den Jugendlichen immer schwerer.

Nicht affektiv reagieren, sondern genau beobachten und nachfragen,

„Fakten“ sammeln, Rücksprache und Austausch mit Kolleg/inn/en, evtl. auch mit Expert/inn/en.

Gespräche mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen führen (am besten durch eine Person mit dem besten Zugang zum Betroffenen), um Einblick in die Situation aus seiner Sicht zu erhalten.

Kontaktaufnahme mit den Eltern und/oder anderen Bezugspersonen mit einem Angebot zur Kooperation.

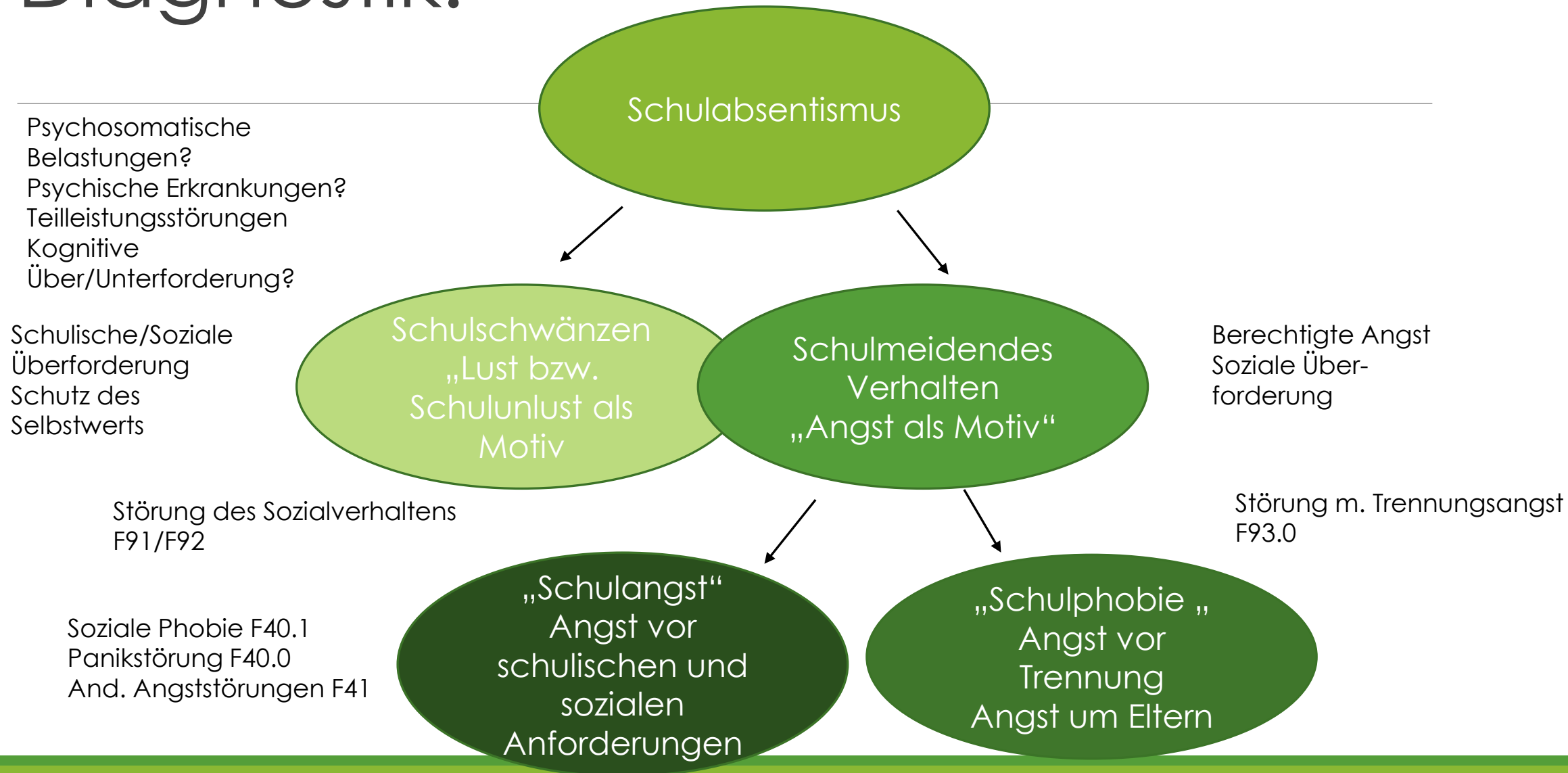
Keine einseitige Zuschreibung der Verantwortung an das Elternhaus, sondern gemeinsame Suche nach Zusammenhängen und Erklärungen

Klärung der Fragen, was das Kind/der Jugendliche mit seinem Verhalten ausdrücken, erreichen, vermeiden möchte.

Wenn keine klare Ursache
ersichtlich

Diagnostik !!!

Diagnostik:

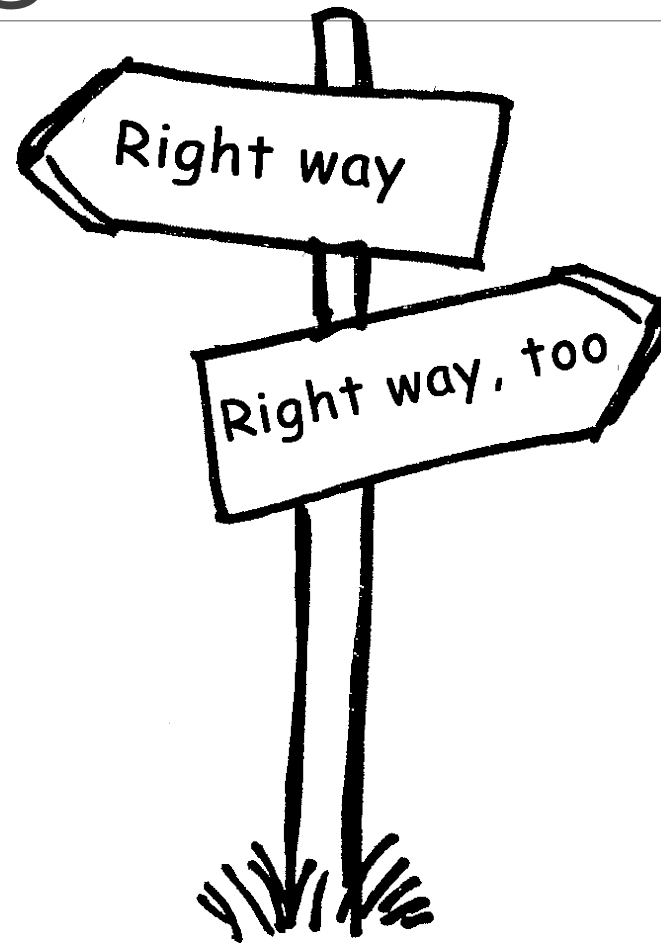


Diagnostik II

Testpsychologische Befunde

- (Teil-) Leistungsdiagnostik: WISC IV, SON 21/2 – 7; ELFE 1-6, DRT 1-6, ZAREKI
- Störungsspezifische fragebogengestützte Diagnostik: AFS, SPAIK, PHOKI, DIKJ
- Belastungsorientierte Fragebögen: CROPS, Fragebogen
- Projektive Diagnostik/systemische Diagnostik: Satzergänzungstest, Familie in Tieren, Gefühlskarten etc., Familienbrett.

Behandlung



Wer ist der Auftraggeber?

Die Auftraggeber können sein...

Eltern

Lehrer

Schulsozialarbeit

Jugendamt ...

... Schüler

Ambulante Behandlung

Verstehen der Symptomatik

Psychoedukation Eltern und Kind/Jugendlicher

Anleitung Eltern zu kompetenten Eltern, welche klare Regeln und Grenzen einfordern können

Wichtig!: Toleranz/Entschuldigung von Fehlzeiten ist nicht sinnvoll ist

KEINE Heimbeschulung!

Erstellen eines Beschulungsplans Schule

Angstexposition mit möglichst schneller Regelbeschulung wieder

Ggf. Einbezug Jugendamt

Stationär



Formen einer stationären Klinikbehandlung

- 1 Offen oder gar geschützt?
- 2 Stationär oder Tagklinik?
- 3 Intervallbehandlung
- 4 Sonderform: Hometreatment

§§ Offen oder Geschützt

Psychiatrische Unterbringung wegen Schulvermeidung – geht das ???

Gibt es eine staatliche Verpflichtung zum Durchsetzen der Schulpflicht?

§ §

Nein! 

Schulvermeidung ist **kein** Sachverhalt, der die Schwelle des UBG erreichen würde (Leben und Gesundheit oder Rechtsgüter anderer gefährdet).

Stationär



Oftmals sehr verfahrenere Fälle, mit langjährigem Schulabsentismus ...

...und mehrfachen schon vollzogenen Schulwechselln

Oft nicht freiwillig

Zum Teil sind nicht nur Kinder/Jugendliche sondern auch Eltern geschickt (von Heimatschule, von Jugendamt)

Oft bagatellisierende/verharmlosende/erklärende Familien: „*Wenn der Unterricht etwas später anfangen würde, dann würde Paul ja...*“

Tagklinik

Grundgedanke einer tagesklinischen Behandlung ist immer multiprofessionell

- Alltagsgestaltung auf der Station (Milieuthherapie), Peergroup
- Psychotherapeutische Einzeltherapie
- Einbezug der Familie
- Fachtherapie zur Steigerung von Kompetenzen



Wichtiger Partner: Die Klinikschule

Als Brücke zwischen
Heimatschule und
Kind/Jugendlichem



Klinikschule

- Unterricht in Kleinstgruppe (Individuell, Ablenkung durch Klassenverband fällt weg, Probleme werden sichtbarer)
- Schulstunden mit therapeutischen Terminen gleichgestellt
- Diagnostische Zusammenarbeit (Einbezug von Teilleistungsschwächen, Lernstörungen, Gruppenfähigkeit)
- Hausaufgabenzeit ermöglicht Rückmeldung PED-Lehrer
- Tägliche Rückmeldemöglichkeit
- Wöchentliche Visitenteilnahme der Lehrer
- Verzahnung pädag.-therapeutischer Interventionen mit schulischen Aktivitäten

Chancen Stationäres Setting

Anderes Umfeld (stationäres Setting, Peergroup) kann den Schulbesuch in der Klinikschule erleichtern (klappt fast immer)

Begleiteter Übergang in die Außenbeschulung

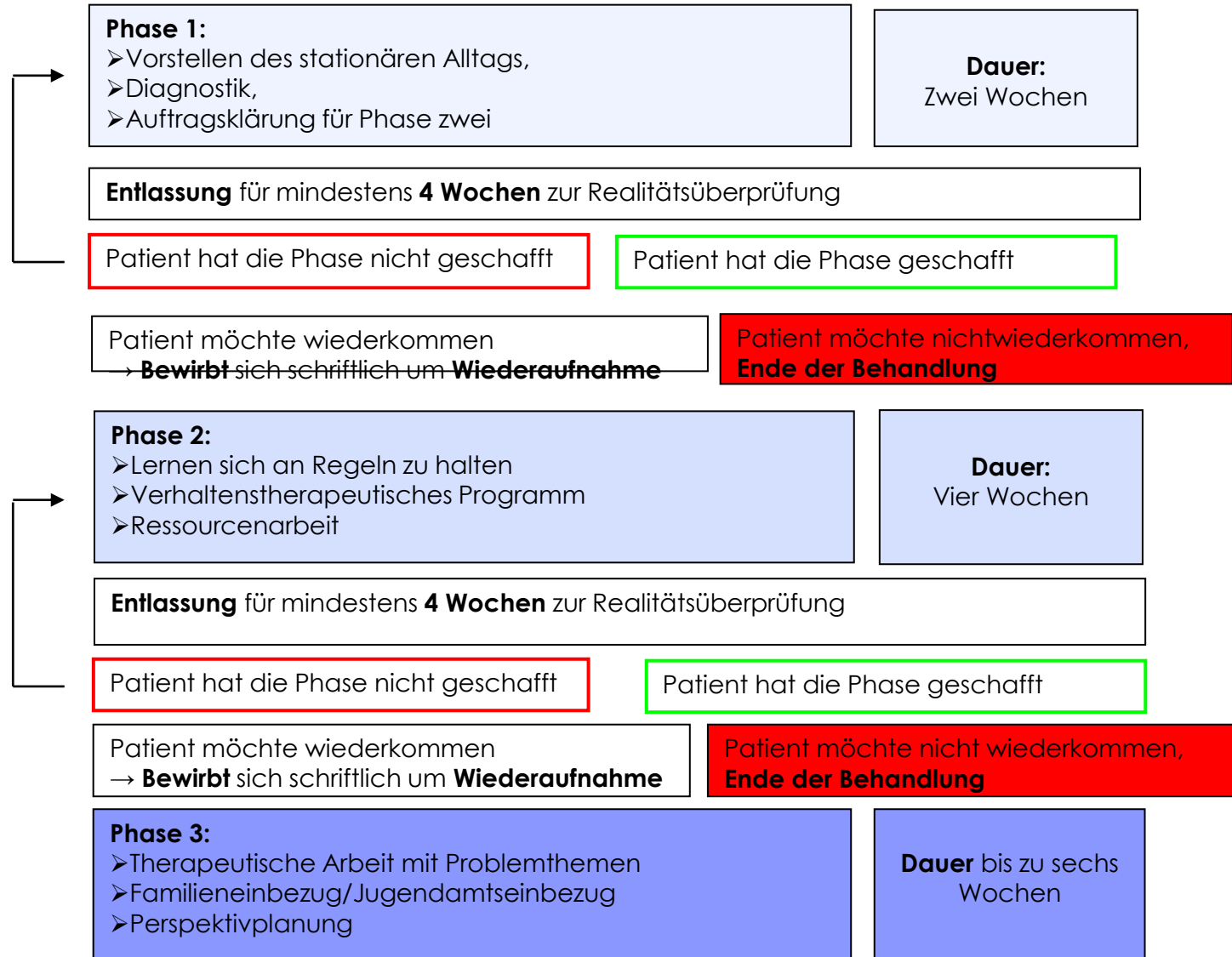
24h Setting ermöglicht genaue Beobachtung von möglichen Grunderkrankungen/Ursachen

Multiprofessionalität ermöglicht es Ressourcen zu stärken, und positiv den Selbstwert zu stärken

Einbezug von Außeninstanzen/Familie wichtig aber nicht immer in der Intensität möglich wie nötig

Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten ermöglichen Individualisierung der Behandlung (begleitete Angstexposition, soziales Kompetenztraining)

Intervallprogramm



Erfahrungen mit Intervallen

Team kann Jugendliche besser halten

Jugendliche kommen mit mehr Motivation

Phase 2 wird zum Teil mehrfach gemacht

Die Intervallpausen helfen die Realität besser einschätzen.

Bessere und dauerhaftere Erfolge durch die lange Bindung an die Station/Tagklinik

Hometreatment und Schule

integrative Therapieformen bei denen **in der Gemeinde** gearbeitet wird, bewirken einen wesentlich höheren Erhalt der Integration in die bestehenden Systeme, so auch Schulen, als eine stationäre Aufnahme mit Herausnahme des Kindes/Jugendlichen aus dem sozialen Kontext (Schmidt et al, 2006, Henggeler et al, 1999).

Dieses ist gerade für die Förderung von z.B. Patienten mit ausgeprägtem Schulabsentismus oder fehlenden sozialen Kompetenzen wichtig.

Nachweislich können weit mehr als die Hälfte der behandlungsbedürftigen Störungen im Kindes- und Jugendalter ambulant behandelt werden (80!) (Lambert, 2013),

Ein Einbezug der Schule ist unabdingbar, und prognostisch für den Erhalt des psychosozialen Funktionsniveaus hoch relevant.

Hometreatment und Schule

75% der Kinder und Jugendlichen fallen erstmals im Schulsystem auf. Nur 16% der Kinder erhalten die erste Versorgung über das Gesundheitssystem. **(Burns et al, 1995)**

Effektive therapeutischen Interventionen sind deswegen **in der Schule** extrem wichtig.

Schule und schulisches Umfeld = „Gesundheitssystem“ der Kinder **(Hoagwood, 1997)**

Nachweislich besonders effektiv

- Verhaltenstherapeutische Interventionen,
- soziales Kompetenztraining und
- Beratung von Lehrern.



Interventionen in der Schule

Im regulären stationären Alltag nur in Ausnahmefällen möglich.

In der Regel nimmt die Klinikschule Kontakt zur Heimatschule auf, kein direkter Therapeutenkontakt

Seltener erfolgt ein Kooperationsgespräch des Fallführenden Therapeuten unter Beteiligung der Schule auf der Station.

Noch seltener kommt es zur direkten therapeutischen Begleitung des Patienten in die Heimatschule

- z.B. Psychoedukation der Klasse – wenn gewünscht oder
- Begleitung in die Schule nach langem Schulabsentismus (PED)

Was kann Hometreatment?

Je nach Bedarf erfolgten individuelle Maßnahmen wie

- psychoedukative Beratungsgespräche mit Lehrern,
- Beobachtungen von Schulsituationen im Unterricht mit anschließender Reflektion und Beratung zur Intervention mit dem Kind/Jugendlichen oder Lehrer,
- Interventionen mit den jeweiligen Kindern und Jugendlichen oder auch ganzen Klassen zur sozialen Kompetenz,
- psychologisch/psychiatrische Begleitung in der gestuften langsamen Reintegration nach einem langen stationären Aufenthalt.

Schulproblematiken

Hometreatment

	Gesamt n=92		Home- treatment n= 51		Kontrolle n=41	
	n	%	n	%	n	%
Schulabsentismus	22	23,9	11	21,6	11	33,3
Leistungsprobleme	14	15,2	7	13,7	7	16,7
Schulabsentismus und Leistungsprobleme	2	2,2	2	3,9	0	0
Störendes Verhalten	19	20,6	10	19,6	9	21,4
Mobbing	4	4,3	3	5,9	1	2,4
Notwendigkeit der Reintegration	3	3,3	3	5,9	0	0
Keine Probleme	29	31,5	15	29,4	14	33,3

Martin, 11 Jahre

Diagnose: Schulverweigerung, ambulante Maßnahmen haben nicht gegriffen, M. zeige laut Mutter eine depressive Stimmungslage, M. selbst beschreibt es als Langeweile. Sozialer Rückzug. Tod des Vaters als er 2 Jahre alt gewesen sei, bei einem Motorradunfall, keine PTBS ersichtlich

Realschule, 6. Klasse

- Zunächst tagesklinischen Status mit Besuch der Klinikschule.
- Dann 21 Hausbesuche, mit dem Ziel: problematische Morgensituation konstruktiv stabilisieren: beispielhafte morgendliche Begleitung der Aufstehsituation ebenso wie u.a. Krisenbesuche, wenn M. nicht in die Schule ging,
- Besprechungen in der Schule, zur engen Absprache des Vorgehens wenn M. nicht zur Schule gehen will, etablierter Kriseninterventionsplan.
- Einbezug des Jugendamtes wenn M. den Schulbesuch nicht schaffen sollte => Überführung in die stationäre Jugendhilfe vorbereitet

Ergebnis:

- Präsenz des BeZuHG-Teams gab Mutter mehr Sicherheit in ihrem pädagogischen Handeln
- Krisen konnten zeitnah aufgefangen werden. Martin zeigte sich erreichbar, entschied sich mit Ende der BeZuHG Zeit dann aber für die stationäre Jugendhilfe

Fall: Tina

8 Jahre alt, 2. Klasse Grundschule, 1 Bruder 10 Jahre, Eltern zusammenlebend

Infekt vor Weihnachten mit kleinfleckigem Exanthem

Danach in den Osterferien verreist nach Polen.

Nach der Reise dann nach und nach Entwicklung von Beinschmerzen und Schmerzen der Fußsohlen, so dass sie nicht mehr laufen kann, wache jede Nacht mit Schmerzen auf, schreie dann Stundenlang.

Mutter schlief bei ihr, Eltern haben sie dennoch jeden Morgen in die Schule begleitet, ihren Ranzen getragen, bis sie den Schulweg gar nicht mehr bewältigen konnte.

Liege jetzt viel auf dem Sofa mit angezogenen Beinen.

Morgens Anlaufschwierigkeiten, könne nicht mehr auf Fersen und Hacken gehen, verändertes Gangbild, 3 kg Abnahme, traue sich nichts mehr zu.

Früher Leichtathletik, Trampolin und Reck geturnt, bastele jetzt noch

Fall: Tina II

Tinas Auftrag: Schmerzen sollen weggehen, Nachts wieder schlafen können, aktiver und selbstbewusster werden.

Somatische Befunde: alle „ohne Befund“, MRT unauffällig

Anamnese: genauer nachgefragt: 3 Jungs hätten ihr in die Beine getreten und gesagt, dass sie häßlich und doof sei

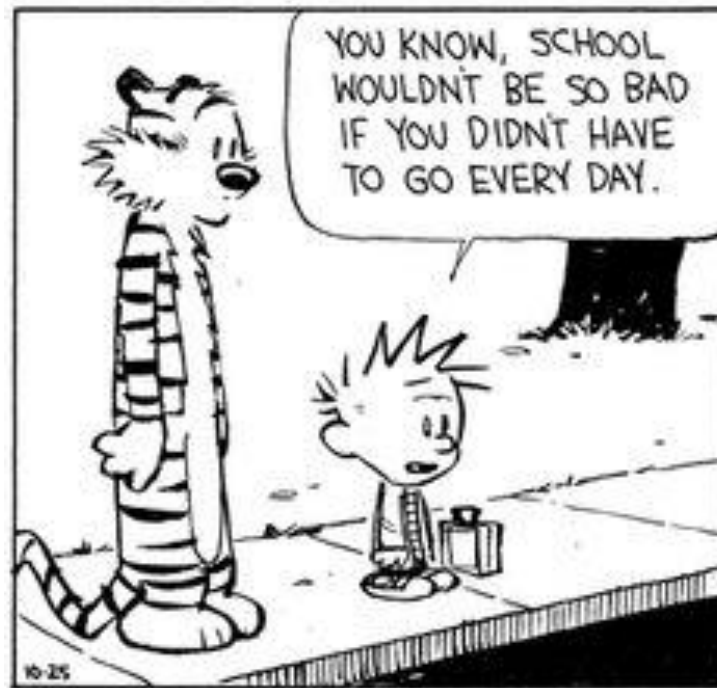
Behandlung: Hometreatment um Eltern und Schule mit einzubeziehen

Nach Bewußtwerden der Psychodynamik nahm Tina sich selbst motiviert kleine Ziele vor, die sie mit Anleitung erfolgreich hinbekam, es gelang ihr wieder Fahrrad zu fahren Trampolin zu springen und sich mit Freundinnen zu treffen. Die Eltern unterstützten sie mit Lob und Zuwendung.

Schulisch wurden die 3 Jungs in eine andere Klasse versetzt

Sie konnte wieder im eigenen Bett schlafen, gewann an Selbstbewusstsein.

Kann man mit Behandlung früher ansetzen?



Projekt CC School

Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung sind ihr Leben lang auf gute medizinische Diagnostik und Behandlung angewiesen. Die derzeitige Versorgung führt jedoch häufig zu wiederholten (zu späten) Einweisungen ins Krankenhaus, die mit der stationären Behandlung erzielten Verbesserungen gehen dann bei bei Rückkehr in den (Schul-)Alltag oft wieder verloren.

Die Studie CCSchool (Continuum of care) richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Schulproblematiken und (drohender) seelischer Behinderung mit dem Ziel:

- Verringerung der voll- und teilstationären Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen
- Verbesserung der Teilhabe v. Patienten und Patienten insbesondere in Schule und Ausbildung
- Steigerung der Lebensqualität von Betroffenen und ihren Familien

CCSchool – Prozess A

Vorstellung des Kindes bei einem KJ Psychiater/Psychologen auf Initiative der Eltern (ggf. ergänzt durch Hinweis der Schule) oder Zuweisung durch Kinderarzt/ärztin

- Körperliche Untersuchung und standardisierte Diagnostik des Funktionsniveaus
- Systematische Teilhabediagnostik, (Teilhabeinterview mit Eltern)
- Zusammenfassung und Bewertung der Befunde in einem strukturierten Bericht

CC School – Prozess B

Schulbasiertes therapeutisches Assessment

- Teilnehmende Beobachtung des Kindes im schulischen Milieu und Lehrergespräche nach (halb-) standardisierter Vorgabe durch CCS-Therapeuten/innen (CCS-THP)
- Abstimmung der anhand einer Zielsystematik dokumentierten Ergebnisse mit den Beteiligten durch BHV und CCS-THP, gefolgt von verhaltenstherapeutischer Kurzintervention (Therapeutic Assessment)
- Verstärkender Kurzbericht nach einer Woche, Telefonkontakt durch BHV nach vier Wochen zur Evaluation der Effektivität der Intervention

CC School – Prozess C

Schulbasierte Behandlung

- 3 monatiges Behandlungsprogramm bestehend aus z.B. Kleingruppenarbeit, Anti-Stigma-/ Anti-Mobbing-Training, Psychoedukation, Skills-Training, Good Behavior Game
- Basis mit 4-6 Terminen /
- Intensiv mit 6-12 Terminen des CCS-THP in der Schule
- Fallübergreifende Abstimmung und Supervision zwischen BHV & CCS-THP einmal pro Monat
- Evaluation zum Schluss

Fazit

Schulabsentismus sollte so früh wie möglich zur Aufmerksamkeit gebracht werden

Auch bei entschuldigtem (somatischen) Fehltagen sollte man, wenn sich diese häufen, an eine mögliche zugrundeliegende psychische Erkrankung denken

Die Ursache muss verstanden werden

Verbesserung und Reintegration in die Schule kann nur gelingen, wenn Kind/Jugendlicher, Eltern, Lehrer und Psychiater an einem Strang ziehen, Multiprofessionalität ist wichtig

Es bedarf manchmal mehr als der Regelbehandlung (insbesondere Arbeit im Heimatumfeld) um langfristig eine Besserung zu erzielen



Punkt



Ich danke für Ihre
Aufmerksamkeit !