Die Nachsorge von schulabstinenten Kindern und Jugendlichen: Die Relevanz einer sozialpsychologischen Perspektive

Pia Anna Weber
Lecturer und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe von Professorin Dr. Gisela Steins, Sozialpsychologie und Allgemeine Psychologie, Universität Duisburg-Essen
Verena Welling
Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe von Professorin Dr. Gisela Steins, Sozialpsychologie und Allgemeine Psychologie, Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Gisela Steins
Professorin für Allgemeine Psychologie und Sozialpsychologie an der Universität Duisburg-Essen

1. Theoretischer Hintergrund

Übergänge, seien sie biographisch und/oder institutionell, können von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen als belastend empfunden werden. Die Übergänge vom häuslichen Milieu und dem Besuch einer Regelschule hin in eine psychiatrische Einrichtung und dem damit verbundenen Besuch einer Klinikschule werden möglicherweise von den Schülern/-innen als extrem krisenhaft erlebt (Wertgen, 2009). Nach Ciompi 1982 und Kuchenbecker 2002 haben psychisch kranke Kinder generell eine erhöhte Vulnerabilität. Werden sie mit Stressoren konfrontiert, ist von einer niedrigen Belastungsschwelle auszugehen. Hinzu kommt die Gefahr möglicher Stigmatisierungsprozesse, denen psychisch kranke Kinder und Jugendliche im Vergleich zu gesunden Kindern ausgesetzt sind (Haep et al., 2011). Treffen die Schüler/-innen in der Schule auf Unverständnis und negative Erwartungshaltungen von Seiten der Lehrkräfte und/oder Mitschülern/-innen, sind dies ungünstige Prädiktoren für einen regelmäßigen Schulbesuch. Zudem können aus einer unzureichenden Ausbildung negative Erwartungshaltungen und unzulässige Dispositionszuschreibungen entstehen (vgl. hierzu Hirsch-Herzogenrath & Schleider, 2010). Weiterhin nimmt auch das schulische Umfeld Einfluss auf das Verhalten, die psychische Gesundheit und die Genesung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher (Harter-Meyer & Weidenbach, 2001).

Unseren Beobachtungen aus dem Projekt „Qualitätssicherung in Schulen für Kranke“ zu Folge, gelingt es Schülern/-innen, die nicht die notwendigen Ressourcen mitbringen, nur schwer ohne externe Hilfe den Schulbesuch zu meistern (Weber et al., 2008). In einigen Fällen wechseln die Schüler/-innen nach ihrem Klinikaufenthalt nicht in ihre Stammschule zurück, sondern in eine neue Schule, was mit deutlichen Herausforderungen verbunden ist. Versuche der Reintegration scheitern häufig bei Kindern und Jugendlichen ohne unterstützendes und verlässliches soziales Umfeld (Steins, 2008). Im Rahmen der o.g. Forschungsarbeit ist in einer Befragung von betroffenen Schülern/-innen und deren Eltern deutlich geworden, dass die Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher den Übergang aus der Psychiatrie zurück in die Regelschule als belastend und risikoreich erleben und sich gezielte Unterstützungsmaßnahmen für ihre Kinder wünschen (Weber et al., 2008). In manchen Fällen sind Angst- und Vermeidungsverhalten so chronifiziert, dass die Schüler/-innen ohne externe Unterstützung keinen Wiedereinstieg schaffen. Weiterhin spricht für die Notwendigkeit einer Unterstützungsmaßnahme, dass psychisch kranke Schüler/-innen nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrie oft nicht völlig gesund sind und somit weitere Unterstützung benötigen. Abgedeckt werden sollte nicht nur der Zeitpunkt der Rückschulung während der Behandlung, sondern besonders auch die Zeit unmittelbar nach dem Klinikaufenthalt. Brechen Hilfesysteme plötzlich weg, ist unseren Erfahrungen zu Folge die Gefahr eines schulischen Einbruches für psychisch kranke Schüler/-innen besonders hoch.

2. Beteiligte Schnittstellen

Die Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Klinikschule und Heimatschule ist das Thema des Projekts. Soulguard ist ein Kooperationsprojekt der Universität Duisburg-Essen, Fakultät Bildungswissenschaften und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Essen-Werden (Ltd. Arzt: Herr Christoph Arning) und wurde bis Februar 2011 von der RWE-Jugendstiftung gefördert.

„Soulguard“ heißt übersetzt Seelenwächter. So wie ein Leibwächter sich um das körperliche Wohl seines Schutzbefohlenen kümmert, wird in diesem Projekt versucht auf die seelische Balance erkrankter Kinder und Jugendlicher zu achten.

Psychisch erkrankte Schüler/-innen werden während der Behandlung und nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrie bei der Wiedereingliederung in ihre Schule unterstützt. Das Angebot richtet sich insbesondere an Schüler/-innen mit einer Schulverweigerungssymptomatik und/oder schulischen Problemen sozialer und emotionaler Art.

Auf diesem Weg sollen Probleme in der Reintegration entdeckt und Lösungen entwickelt werden. Prof. Dr. Gisela Steins leitet das Projekt, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen sind Frau Pia Weber und Frau Verena Welling.

Soulguard ist ein Folgeprojekt des Forschungsprojekts "Guter Unterricht für kranke Kinder".

Unsere Unterstützungsangebote

Wie bereits erwähnt werden Übergänge zwischen den Institutionen sowohl von Eltern als auch von Lehrern/-innen und von den Schülern/-innen als problematisch erlebt (Steins, 2008). Es kann bei der Reintegration zu Problemen innerhalb eines Systems (z.B. innerhalb des Systems Schule) und darüber hinaus auch zu Problemen zwischen den Systemen kommen (z.B. Schule – Elternhaus – Psychiatrie). Dieses Phänomen wird als Schnittstellenproblematik bezeichnet. In Abbildung 1 werden alle beteiligten Schnittstellen und deren Beziehungen zueinander graphisch veranschaulicht.

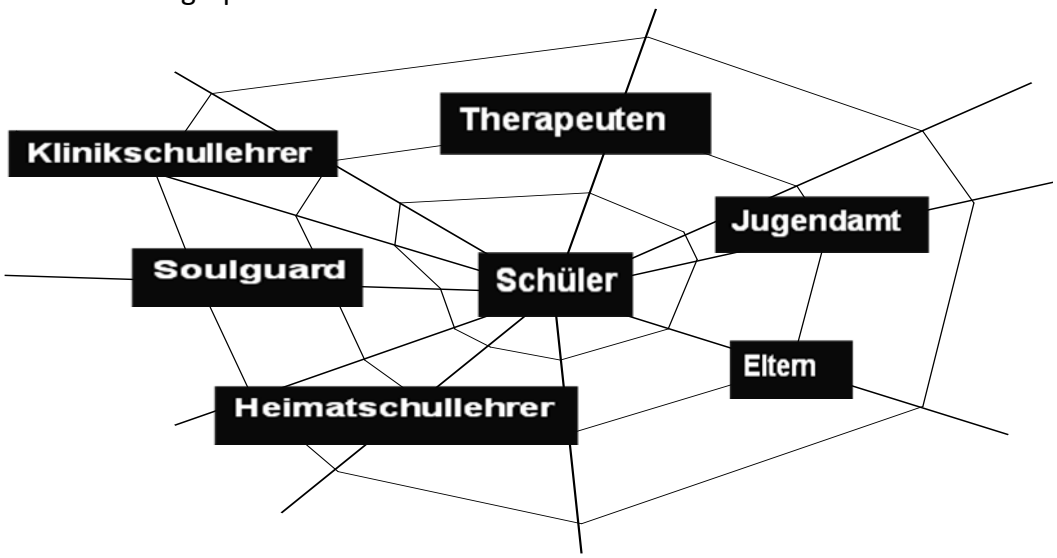

Abbildung 1: Am Reintegrationsprozess beteiligte Schnittstellen im Forschungsprojekt Soulguard.

Wir bieten im Projekt Soulguard den beteiligten Systemen ein psychologisches Unterstützungskonzept mit dem Schwerpunkt einer Unterstützung am Kind an. Das heißt, dass für jede/n Schüler/-in ein zielorientierter Maßnahmenplan entwickelt wird. Dieser Plan hat das Ziel, soziale Kompetenzen in vivo zu fördern, den Selbstwert durch positive Verstärkung zu erhöhen, die Selbstwirksamkeit durch sukzessive Reduzierung des Begleitungsumfangs zu

stärken und den emotionalen Gefühlszustand durch rationale Erklärungsmodelle (Ellis & Hoellen, 2004) zu verbessern.
Wir erreichen diese Ziele durch drei Arten der Unterstützung: Soziale Unterstützung, emotionale Unterstützung und strukturelle Unterstützung.
Unter sozialer und emotionaler Unterstützung verstehen wir z.B.

- Abholen von zu Hause und Begleiten in die Schule
- Verweilen in der Schule
- Gespräche mit Lehrern/-innen, Schulsozialarbeitern/-innen, Schulpsychologen/-innen
- Verhaltensbeobachtungen
- Weitere individuelle Möglichkeiten der Begleitung, die zur Lösung der Schulproblematik beitragen können
  - Verhaltensprogramme zur Reduzierung einer bestimmten Problematik, z.B. Ärgermanagement (Haep, Steins & Wilde, 2011)
  - Streitschlichtung zwischen dem Kind/Jugendlichen und Mitschülern/-innen

Mit einer strukturellen Unterstützung sind alle Hilfestellungen gemeint, die den Schüler/-innen helfen, den Schulalltag besser zu planen. Dies könnte eine Hilfestellung bei der Beschaffung von Unterrichtsmaterialien sein, aber auch das Besorgen des aktuellen Stundenplanes. In Fällen von Schulwechseln oder Klassenwiederholungen wird der/die Schüler/-in beim Beschaffen aktueller Unterrichtsmaterialien unterstützt.

3. Das Konzept der irrationalen Gedanken

Unsere Unterstützungsmaßnahme basiert auf psychologischen Prinzipien, insbesondere auf dem rational-emotiven Verhaltensansatz (Ellis & Hoellen, 2004). Dieser Ansatz arbeitet mit dem Konzept der irrationalen Gedanken.
Der Begriff irrational bei Ellis wird ins Deutsche mit unangemessen, unangebracht, unrealistisch und nicht zielführend übersetzt. Irrationale Gedanken oder irrationales Handeln wird in diesem Kontext nicht mit gefühlsbetont oder emotional bezeichnet, wie es in der Alltagssprache häufig üblich ist. Irrational bezeichnet mangelnde Logik/fehlende Realitätsnähe der Überzeugungen, so dass ein Mensch sie als hinderlich im Hinblick auf die Erreichung seiner persönlichen Ziele erlebt (Ellis & Hoellen, 2004).
Auf Basis dieses Ansatzes vermitteln wir den psychisch erkrankten Schülern/-innen rationale Problemlösefähigkeiten und zeigen ihnen den Unterschied zwischen selbstschädigenden Gefühlen (irrational) und hilfreichen Gefühlen (rational) auf. Abbildung 2 zeigt irrationale und rationale Gefühle im Vergleich.

Irrational		Rational
Angst, Panik	➡	Besorgnis, Beunruhigung
Wut, Feindseligkeit, starker Ärger	➡	Unzufriedenheit, Irritation, milder Ärger
Niedergeschlagenheit, Depression	➡	Enttäuschung, Trauer
Schuldgefühle, schlechtes Gewissen	➡	Bedauern

Abbildung 2: Übersicht angemessener und unangemessener Gefühle (vgl. Waters et al., 2003).

Folgend haben wir einige irrationale Bewertungen im schulischen Alltag zusammengestellt, die wir häufig bei unseren Klienten beobachten:

- Weil Schule nicht immer Spaß macht, gehe ich nicht hin!
- Sobald ich ein leichtes Unwohlsein spüre, bin ich nicht in der Lage die Schule zu besuchen!
- Wenn jemand mich beleidigt, muss ich ihn verbal und/oder körperlich angreifen!
- Wenn niemand mir Aufmerksamkeit schenkt, halte ich das nicht aus!
- Wenn ich eine schlechte Note bekomme, heißt das, dass ich eine Niete in diesem Fach bin!

Was sind rationale Überzeugungen von Schülern/-innen?

- Ich mag die Schule nicht, aber ich komme irgendwie mit ihr klar!
- Ich habe mich ziemlich daneben benommen, deswegen bin ich noch lange kein schrecklicher Mensch!
- Ich mag es nicht, wenn man mich beschimpft, aber wenn es passiert, ist dies keine Katastrophe!
- Nur weil jemand mich beleidigt, heißt das noch lange nicht, dass die Person Recht hat!
- Wenn ich mich am Unterricht beteilige, vergeht die Zeit schneller!
- Wenn ich die Schule bei Unwohlsein besuche, kann ich es erst recht schaffen, wenn es mir gut geht!

Um diesen Prozess der kognitiven Umstrukturierung anzuregen, arbeiten die Reintegrationshilfen mit diversen Methoden.
Eine zentrale Rolle nimmt das Prinzip der Wiederholung und des ständigen Übens ein. Die Schüler/-innen werden in gemeinsamen Treffen und während der Begleitung auf irrationale Gedanken hingewiesen und erarbeiten gemeinsam mit den studentischen Mitarbeiterinnen rationale Pendants. Die Studierenden werden in dieser anspruchsvollen Aufgabenstellung durch ein verbindliches Beratungssystem unterstützt. Dazu gehören u.a. wöchentliche Treffen in Kleingruppen, die durch wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen geleitet werden. Es ist u.a. ein Ziel der Klienten/-innen, mit Problemen lösungsorientiert umzugehen. Die Schüler/-innen sollen schnellstmöglich verselbstständigt werden und in der Lage sein, die Schule regelmäßig und in vollem Stundenumfang zu besuchen.
Darüber hinaus bekommen sie weitere Hilfen, Situationen angemessen zu bewerten. So führen sie beispielsweise mit den Reintegrationshilfen gemeinsam erarbeitete Kärtchen mit sich, die ihnen in Angst besetzten Situationen Mut machen sollen.

4. Ausgewählte Beispiele

An dieser Stelle beschreiben wir zwei Fallbeispiele aus dem Projekt Soulguard, um Beispiele für eine Schnittstellenproblematik a) innerhalb eines Systems und b) zwischen Systemen am Beispiel Schule – Elternhaus – Psychiatrie exemplarisch aufzuzeigen.

a) Schnittstellenproblematik innerhalb eines Systems – Der Fall Sven Scholl

Der Schüler Sven Scholl ist 13 Jahre alt und verweigert seit mehr als zwei Jahren den Schulbesuch und ist mit einer Sozialen Phobie und einer Emotionalen Störung des Kindesalters (F 40.1, F 93) diagnostiziert. Sven wurde in seine Heimatschule, eine Hauptschule, in die 7. Klasse reintegriert.
Sven hat eine umfangreiche Therapiegeschichte und erlebte bereits mehrere Schulwechsel, zuletzt von einer Realschule in seine derzeitige Heimatschule. Es handelt sich nach Angaben

des Schülers um eine angstbedingte Schulverweigerung, weil er in der Realschule gemobbt (psychisch und physisch) worden sei.
Anhand dieses Falls stellen wir die Problematik innerhalb eines Systems am Beispiel Schule dar. In Abbildung 3 werden diese Zusammenhänge veranschaulicht.

Abbildung 3: Schnittstellenproblematik innerhalb eines Systems am Beispiel der Schule.

In Svens Fall ergaben sich Unklarheiten und unterschiedliche Erwartungen in Hinblick auf die Leistungsbewertung und unzureichende Absprachen bezüglich Svens Versetzung in die Jahrgangsstufe 8. Obwohl Sven nur vereinzelte Tage in der Schule anwesend war, erwarteten Frau und Herr Scholl eine pädagogische Versetzung. In einer Vorbesprechung zum Schulbesuch, die kurz vor den Sommerschulferien stattfand, vereinbarten Kliniklehrer und Klassenlehrer der Heimatschule gemeinsam mit Eltern und Klinikpersonal, dass Sven zur Probe versetzt werden solle, wenn die Schulleitung ihr Einverständnis gäbe.
Für Sven bedeutete dies, dass er noch drei Monate nach Schuljahresbeginn die Jahrgangsstufe 7 zurückversetzt werden könnte, wenn sich abzeichnet, dass die Schulleistungen nicht ausreichend sind. Aus diesem Grunde und um seine Eigenmotivation zu zeigen, sollte Sven diverse Klassenarbeiten in der Klinikschule nachschreiben. Allerdings wurden hierzu keine Kriterien vereinbart, d.h. wie viele Arbeiten nachgeschrieben werden müssen und wann genau die Klausurleistungen vorliegen müssen. Bedingt durch die schulischen Ferien waren sowohl Kliniklehrer, als auch Klassenlehrer und die Schulleitung der Heimatschule nicht für die Familie erreichbar.
Somit konnte Sven weder Klassenarbeiten schreiben, noch erfuhr er, ob die Schulleitung einer pädagogischen Versetzung in die Jahrgangsstufe 8 zugestimmt hatte. Dieser Umstand wirkte sich angstfördernd auf Sven aus.
Kurz vor Schulbeginn wurde Sven mitgeteilt, dass er zunächst in seine bisherige Klasse (somit Jahrgangsstufe 8) gehen könne. Da seine Fachlehrer/-innen ihn aber bereits anwiesen, Bücher für die Jahrgangsstufe 8 zu bestellen, schien für Sven klar zu sein, dass er nicht mehr rückversetzt wird.
Alle Vorfälle wirkten sich auf Svens Anstrengungsbereitschaft negativ aus. Die Klassenarbeiten wurden nicht mehr zur Sprache gebracht und Sven hat dadurch gelernt, dass er auch durch wenig Eigenanteil seine Ziele erreicht. Für Sven ergab sich aus dieser Erfahrung kein Anreiz für eine Verhaltensänderung.

Unzureichende Absprachen können auch zwischen unterschiedlichen Systemen bestehen. Der nächste Fall soll dies exemplarisch veranschaulichen.

b) Schnittstellenproblematik zwischen den Systemen – Der Fall Kathrin Porz
Ein weiteres Fallbespiel für eine Schnittstellenproblematik ist der Fall Kathrin Porz.

Die Schülerin Kathrin Porz ist 16 Jahre alt und leidet an einer chronischen Schulverweigerung. Sie verweigert seit 3 Monaten die Schule, wobei sich ihre Symptomatik seit Sommer 2009 allmählich verstärkte. Sie ist mit einer Generalisierten Angststörung und einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen diagnostiziert worden (F 41.1., F 92.8). Kathrin wurde in die 10. Klasse ihrer Heimatschule reintegriert.
Neben der chronischen Schulverweigerung gibt es in diesem Fall die Besonderheit, dass die Schülerin schriftliche Leistungen bei Sonderterminen und in Sonderräumen erbringt. Weiterhin sind Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln angstbedingt problematisch, insbesondere das Fahren mit dem Bus.
Obwohl die beteiligten Systeme gemeinsame Ziele aufweisen, kristallisierten sich unterschiedliche Erwartungshaltungen zur Erreichung dieser heraus. Intention aller Beteiligten war es, dass Kathrins Störungsproblematik sich reduziert und dass sie regelmäßig die Schule in vollem Stundenumfang besucht, ohne dabei Sonderbehandlungen zu bekommen. Vordergründiges schulisches Ziel ist der Abschluss nach Klasse 10. Die Schule ermöglichte es ihr bis zum Behandlungsbeginn und teilweise noch während der Behandlung, Klausuren in separaten Schulräumen zu eigens eingerichteten Terminen zu schreiben. Übungsaufgaben wurden stets von Frau Porz in der Schule abgeholt. Obwohl Kathrin seit 2009 nur partiell in der Schule anwesend war, erhielt sie im Januar 2010 ein Halbjahreszeugnis mit dem Durchschnitt 2,5. Diese Erleichterungen wurden der Schülerin von der Schule mit der Intention gewährt, dass dies hilfreich im Zusammenhang mit der Störungsproblematik ist. Ungewollt hat die Schule jedoch das Vermeidungsverhalten durch Sonderbehandlungen noch verstärkt.
Da Kathrins Störungsproblematik neben den Angstanteilen auch einen Vermeidungsanteil aufwies, war von Seiten der Klinik bestimmt worden, dass es Aufgabe der Familie und der Schule ist, keine Vermeidungssituationen mehr zuzulassen und Sonderbehandlungen aufzugeben. Sowohl die Schule als auch die Eltern konnten dieses Wohlwollen der Schülerin gegenüber nicht aufgeben. Die Schule ermöglichte weitere Sondertermine und die Eltern verstärkten Kathrins Vermeidungsverhalten, indem sie ihr weiterhin Pflichten abnahmen. Beispielsweise fuhren sie ihre Tochter mit dem Auto in die Schule oder zu Freizeitaktivitäten, sie organisierten für ihre Tochter Unterrichtsmaterial und handelten Sonderbedingungen aus.
Kathrin hat durch die inkonsistenten Absprachen und Handlungen gelernt, dass sie durch hartnäckiges Beklagen und Betonen ihres Leidensdrucks Pflichten abgenommen bekommt. Auch für Kathrin ergab sich aus dieser Erfahrung kein Anreiz für eine Verhaltensänderung.

5. Fragestellungen

Aus dem Forschungsstand und unserem Kenntnisstand heraus, entwickelten wir folgende Fragestellung:
Wie viele Schüler/-innen der Treatmentgruppe (Schüler/-innen, die Unterstützung durch Soulguard bekamen) im Vergleich zur Kontrollgruppe (Schüler/-innen ohne Unterstützung durch Soulguard) besuchen zu T1, T2 und T3 regelmäßig, partiell oder gar nicht die Schule?

6. Methode

Zur Etablierung einer Vergleichsgruppe werden derzeit vermehrt Interviews mit ehemaligen Patienten/-innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und deren Eltern geführt. Deren Behandlungszeitraum erstreckt sich von 2006 bis zum Jahre 2010. Die Vergleichsgruppe umfasst bisher 21 ehemalige Patienten/-innen. Es wird mittels Telefoninterviews mit Schülern/-innen und deren Eltern geprüft, ob der/die Schüler/-in zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3

regelmäßig, partiell oder gar nicht die Schule besuchte. Die 3 Messzeitpunkte erlauben uns Aussagen zur Dauer des Schulbesuches.
Zum explorativen Forschungsdesign werden qualitative Methoden eingesetzt. Die nachfolgenden Ergebnisse für Experimental- und Vergleichsgruppe wurden mittels Dokumentenanalysen, Interviews, Beobachtungsdaten (Verhaltensbeobachtungen und Unterrichtsbeobachtungen für die Experimentalgruppe), Selbstbericht- und Fremdberichtdaten zu drei Messzeitpunkten erhoben. Der erste Messzeitpunkt (T1) im Längsschnittdesign umfasst Beobachtungsdaten und Interviews mit dem/der Schüler/-in und einem Elternteil während des Klinikaufenthaltes. Der zweite Messzeitpunkt (T2) erfolgt 8 Wochen nach Begleitungsende und T3 erfolgt 5 Monate nach der Entlassung aus der Klinik. Die Ermittlung der Daten zu T2 und T3 erfolgt über Telefoninterviews.

7. Ergebnisse

Die in den Abbildungen 4 bis 6 dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Treatmentgruppe. Hierbei wird zwischen unterschiedlichen Messzeitpunkten differenziert.

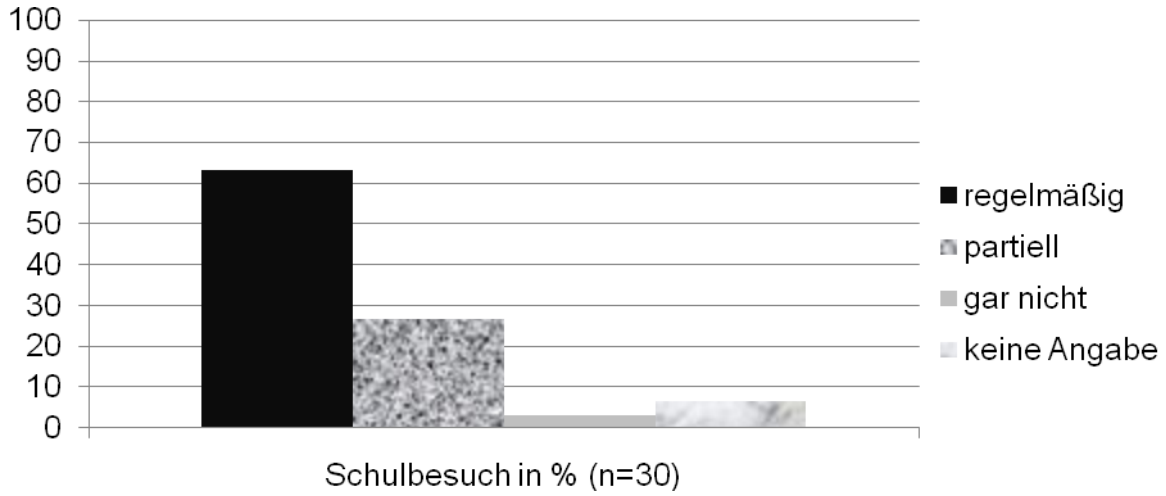

Abbildung 4: Schulbesuch zum 1. Messzeitpunkt in % (Begleitung während des Klinikaufenthaltes).

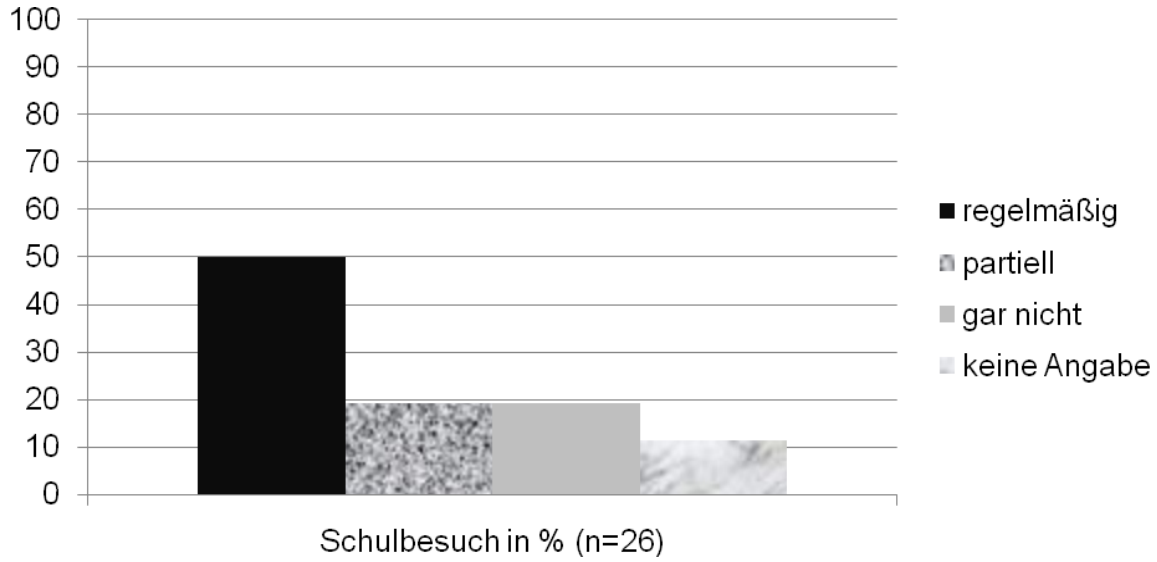

Abbildung 5: Schulbesuch zum 2. Messzeitpunkt in % (2 Monate nach Begleitungsende).

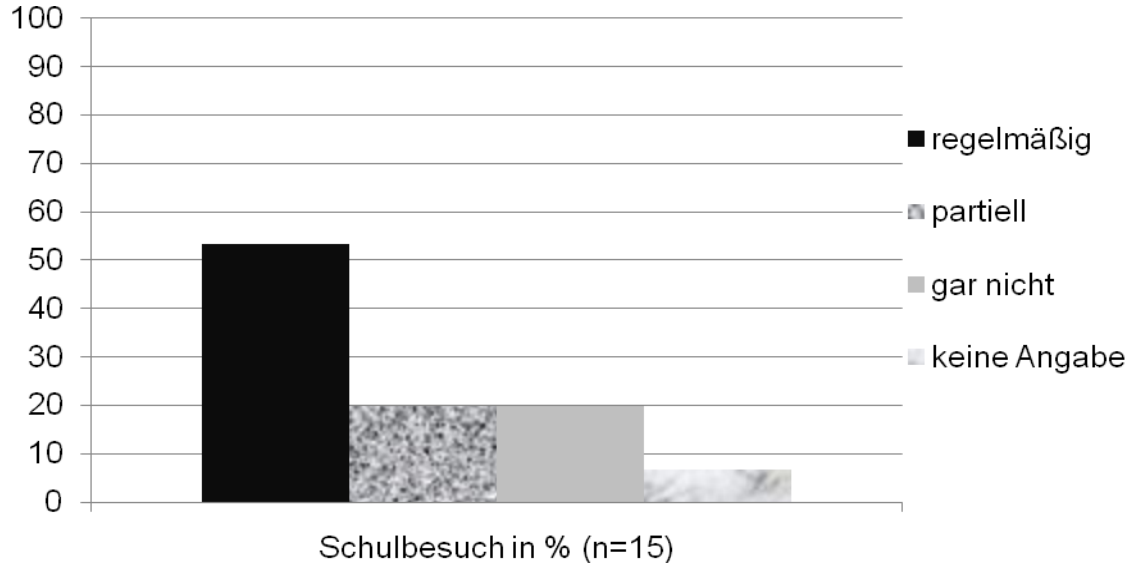

Abbildung 6: Schulbesuch zum 3. Messzeitpunkt in % (5 Monate nach Begleitungsende).

Die in Abbildung 7 dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf den Schulbesuch zu 3 verschiedenen Messzeitpunkten der Vergleichsgruppe.

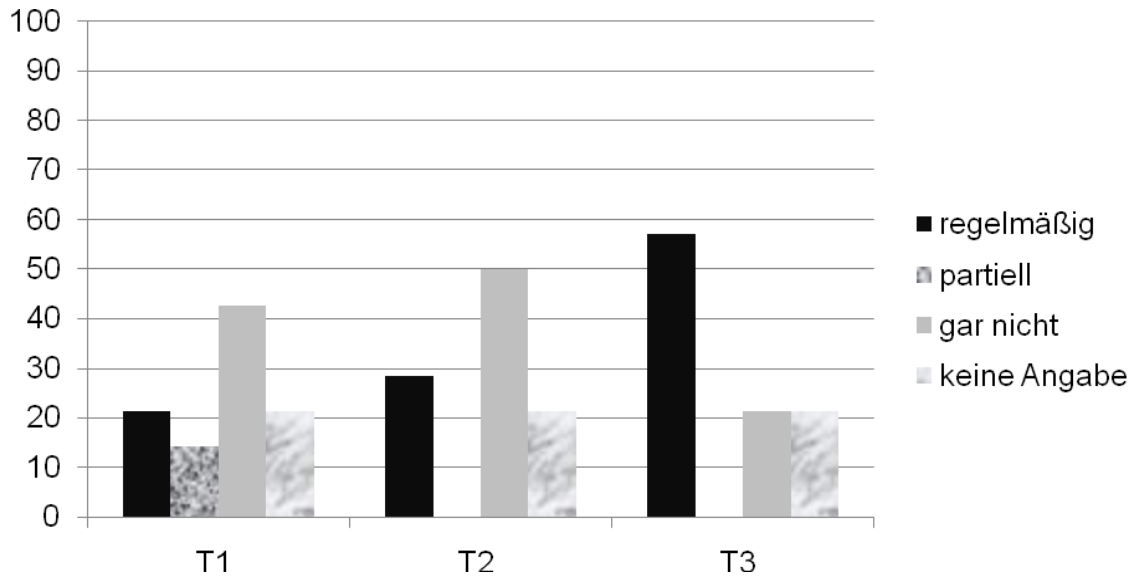

Abbildung 7: Schulbesuch zu den 3 Messzeitpunkten in % (n=21).

Es wird deutlich, dass der regelmäßige Schulbesuch bei der Treatmentgruppe mit 63,3% zum ersten Messzeitpunkt dreimal höher ist, als bei der Vergleichsgruppe mit 21,4 %. Zudem gehen zu T1 in der Treatmentgruppe 3,3% gar nicht in die Schule, während in der Vergleichsgruppe 42,8% gar nicht in die Schule gehen.
Zum zweiten Messzeitpunkt ist der regelmäßige Schulbesuch mit 50% bei fast doppelt so vielen Schülern/-innen gegeben als in der Vergleichsgruppe mit 28,6%. Gar nicht in die Schule gehen zu T2 50% der Vergleichsgruppe und 19,2% der Treatmentgruppe. In der Treatmentgruppe gehen 19,2% der Schüler/-innen partiell in die Schule, in der Vergleichsgruppe besucht kein/e Schüler/-in partiell die Schule.
Während des dritten Messzeitpunktes ist der regelmäßige Schulbesuch bei nahezu gleich vielen Schülern/-innen der Treatmentgruppe mit 53,3% und der Vergleichsgruppe mit 57,7% festzustellen.
Kein Schulbesuch liegt bei 20% der Schüler/-innen aus der Treatmentgruppe und bei 21,4% der Schüler/-innen aus der Vergleichsgruppe zum dritten Messzeitpunkt vor. Keine Angabe zum Schulbesuch liegt bei der Vergleichsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten bei 21,4%. Der Anteil der Schüler/-innen, bei denen keine Angabe zum Schulbesuch zur Verfügung steht, ist bei der Treatmentgruppe 6,7% (T1, T3) bzw. 11,6% (T2). Die Gründe für die fehlenden Angaben liegen daran, dass die Schüler/-innen und/oder deren Eltern telefonisch nicht kontaktiert werden konnten bzw. eine telefonische Befragung ablehnten.

8. Diskussion

Die Ergebnisse zum Schulbesuch (regelmäßig, partiell, gar nicht) ergeben, dass zu den Messzeitpunkten 1 und 2 doppelt so viele Schüler/-innen der Treatmentgruppe regelmäßig die Schule besuchen wie in der Vergleichsgruppe. Zum ersten Messzeitpunkt sind fast 13 Mal mehr Schüler/-innen aus der Vergleichsgruppe gar nicht mehr zur Schule gegangen im Vergleich zur Experimentalgruppe. Zum zweiten Messzeitpunkt, also 8 Wochen nach T1, sind 2,6 Mal mehr Schüler/-innen aus der Vergleichsgruppe gar nicht mehr zur Schule gegangen im Vergleich zur Experimentalgruppe.
Fokussiert man im Rahmen der schulischen Reintegration die Dauerhaftigkeit des Schulbesuches, so ist zum 3. Messzeitpunkt auffällig, dass sich die Experimentalgruppe in der Dimensi-

on regelmäßiger Schulbesuch nur unwesentlich von der Vergleichsgruppe unterscheidet. Ein ähnlicher Effekt lässt sich für die Dimension *kein Schulbesuch* feststellen. Warum diese positiven Effekte in T1 und T2 zu T3 verschwinden, ist unklar. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass sich mindestens 5 Monate nach Entlassung aus der Psychiatrie die Hilfesysteme zurückgezogen haben. Kommen dann persönliche Probleme hinzu, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit eines unregelmäßigen Schulbesuches oder gar eines erneuten Schulabbruches.

Aus den bisherigen Ergebnissen kann resümiert werden, dass die begleiteten Übergänge – besonders während des Klinikaufenthaltes und in den ersten zwei Monaten nach Entlassung aus der Psychiatrie – einen wesentlich regelmäßigeren Schulbesuch zur Folge haben könnten im Vergleich zu den Schülern/-innen, die bei ihrer Reintegration aus der Psychiatrie zurück in die Regelschule nicht unterstützt wurden.
Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass der Anteil der Schüler/-innen, bei denen keine Angabe zum Schulbesuch zur Verfügung steht, bei der Treatmentgruppe nur 6,7% (T1, T3) bzw. 11,6% (T2) ist. In der Vergleichsgruppe liegt dieser Anteil zu allen drei Messzeitpunkten bei 21,4%. Demnach müssten die Schüler/-innen ohne Angabe zum Schulbesuch noch auf die Items regelmäßig, partiell und gar nicht verteilt werden, dadurch könnten sich die Ergebnisse der Treatmentgruppe und Vergleichsgruppe verändern und so auch ihre Relationen zueinander.
Bedingt durch das Längsschnitt-Design des Forschungsprojektes nimmt die Stichprobengröße der Treatmentgruppe von T1 zu T3 ab. Darüber hinaus werden derzeit noch weitere Daten für die Vergleichsgruppe ermittelt. Eine weitere wichtige Fragestellung: Welche Reibungsverluste entstehen an den Schnittstellen Psychiatrie – Elternhaus – Heimatschule im Kontext psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Schulverweigerungsproblematik und Schülern/-innen mit Schulproblemen? wird derzeit noch mit qualitativen Analyseverfahren untersucht.

9. Fazit

Ein Großteil der Schüler/-innen, die bei ihrer Wiedereingliederung in die Regelschule unterstützt wurden, profitiert vom Unterstützungsangebot während ihres Klinikaufenthaltes und 2 Monate danach.
Bei der Interpretation der Ergebniswerte zu T3 ist die Varianz der Stichprobengröße zu berücksichtigen. Zu diesem Zeitpunkt ist noch schwer einzuschätzen, wie erfolgreich diese Art der Intervention für einen regelmäßigen und dauerhaften Schulbesuch wirklich ist.

10. Ausblick

In zukünftigen Forschungsvorhaben sollte das Phänomen der Schulvermeidung auf individueller, institutioneller und systemischer Ebene untersucht werden. Die Ziele sind eine Systematisierung der Problematiken auf allen drei Ebenen, die Bestimmung der gravierendsten Problematiken und die Generierung von Lösungen hierfür. Der Zugang zum Feld sollte durch eine Intervention gewählt werden, die gleichzeitig erlaubt, die Entwicklungen auf der individuellen Ebene weiterzuverfolgen und zu untersuchen, wie wirksam die Anstrengungen der verschiedenen Systeme sind.

11. Literaturangaben

Ciompi, L. (1982). Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ellis, A. & Hoellen, B. (2004). Die Rational Emotive Verhaltenstherapie - Reflexionen und Neubestimmungen. Stuttgart: Pfeiffer.

Haep, A., Weber, P.A., Welling, V. & Steins, G. (2011). Psychopathologisierung von Kindern und Jugendlichen, die Rolle des Elternhauses und der Schule und die Relevanz einer sozialpsychologischen Perspektive. In E. Witte (Hrsg.). Sozialpsychologie, Sozialisation und Schule, 26. Hamburger Symposium zur Methodologie der Sozialpsychologie (im Druck). Berlin: Pabst Science Publishers.

Haep, A., Steins, G. & Wilde, J. (2011). Materialpaket Soziales Lernen Sekundarstufe I. Donauwörth: Auer.

Harter-Meyer, R. & Weidenbach, M. (2001). Bildung und Krankheit. Herausforderungen für Lehrkräfte. Münster: LIT Verlag.

Hirsch-Herzogenrath, S. & Schleider, K. (2010). Reintegration psychisch kranker Schülerinnen und Schüler in die Allgemeine Schule aus Sicht der Schulen für Kranke – empirische Befunde. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 9, 351-359.

Kuchenbecker, A. (2002). Behandlungsende und Entlassvorbereitung: die Begleitung von Abschied, Trennung und Übergang. In: Kuchenbecker, A. (Hrsg.). Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dortmund, 137–153.

Steins, G. (2008). Schule trotz Krankheit – Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Waters, V., Schwartz, D., Gravemeier, R., Grünke, M. (2003). Fritzchen Flunder und Nora Nachtigall. Bern: Huber.

Weber, P. A., Steins, G., Brendgen, A., Haep, A. (2008). Entwicklung weiterführender Maßnahmen. In: Steins Gisela: Schule trotz Krankheit – Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen (316-353). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Wertgen, A. (2009). Auf den Übergang kommt es an! Pädagogisch begleitet Schulrückführung als Angebot der Schule für Kranke für Schüler nach einem Psychiatrieaufenthalt. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 8, 308-319.