

Ihle, Wolfgang; Jahnke, Dörte; Esser, Günter

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 6, S. 409-424

urn:nbn:de:0111-opus-9473

Erstveröffentlichung bei:



www.v-r.de

Nutzungsbedingungen

pedocs gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

52. Jahrgang 2003

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst

Wolfgang Ihle, Dörte Jahnke und Günter Esser

Summary

Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety

The study provides an overview of current cognitive-behavioral interventions to treat school-refusal in children and adolescents. First of all we define the problem area and describe the standard of knowledge about prevalence, course and risk factors. The main focus of our work is presented by psychotherapeutic treatments of school phobia and school anxiety. Apart from general treatment principles we give a survey of the most important behavioral therapeutic as well as cognitive-behavioral therapeutic treatments. In addition, we provide a detailed description of current research about efficacy. After all we characterize diagnostic, treatment planning and implementation.

Keywords: school refusal – school phobia – anxiety – cognitive-behavioral therapy – children

Zusammenfassung

Die Arbeit gibt einen Überblick über aktuelle kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung (Schulphobie und Schulangst) bei Kindern und Jugendlichen. Einleitend wird der Problembereich definiert sowie der Stand des Wissens zu Prävalenz, Verlauf und Risikofaktoren dargestellt. Den Schwerpunkt der Arbeit stellt die psychotherapeutische Behandlung von Schulphobie und Schulangst dar. Neben allgemeinen Behandlungsprinzipien wird auf die wichtigsten verhaltenstherapeutischen Techniken sowie auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme eingegangen. Es folgt eine ausführliche Beschreibung des Stands der Wirksamkeitsforschung. Schließlich wird praxisnah der Ablauf der Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung dargestellt.

Schlagwörter: Schulverweigerung – Schulphobie – Schulangst – kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung – Kinder

1 Einleitung

Angststörungen gehören mit 6-Monatsprävalenzraten von durchschnittlich 10% zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters (Ihle u. Esser 2002). Auf eine Subgruppe dieses Störungsbereichs, die angstbedingte Schulverweigerung und deren kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung wird in der vorliegenden Arbeit eingegangen.

Definition: Neben dem dissozialen Schuleschwänzen (Fernbleiben vom Schulunterricht ohne Wissen der Eltern) sind eine Reihe von weiteren Ursachen für Schulverweigerung zu beobachten. Dazu gehören unterschiedliche Symptome wie Trennungsangst, die Angst vor Prüfungssituationen oder auch soziale Angst. Im angloamerikanischen Sprachgebrauch wurde der Begriff „school refusal“ hierfür eingeführt, daneben wurde der Begriff „school phobia“ jedoch als Oberbegriff für Störungsbilder, die das Fernbleiben von der Schule mit Wissen der Eltern beinhalten, beibehalten. Im deutschen Sprachgebrauch wird zwischen „Schulphobie“ (Hauptsymptom Trennungsangst) und „Schulangst“ (Ängste beziehen sich unmittelbar auf die Schulsituation) unterschieden (Mattejat 2001). Diese Unterscheidung wurde bereits von Poustka (1980) mit dem Begriff „nicht dissoziale Schulverweigerung“ zusammengefasst (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Differenzierung der nicht dissozialen Schulverweigerung nach Poustka (1980)

Symptom	Angst, die Schule zu besuchen	
Syndrom	„Schulphobie“ Angst, die unabhängig von der Schule zur Schulverweigerung führt	„Schulangst“ Angst vor Situationen, die mit der Schule direkt zusammenhängen
Ätiologische Faktoren	– Trennungsangst – Phobische Ängste (vor Menschenansammlungen, Beförderungsmitteln etc.)	– Leistungsschwierigkeit – Kontakt- / Beziehungsschwierigkeiten zu Lehrern / Schülern

Schulphobie ist ein Phänomen, das sich in einer Abneigung respektive einer vollständigen Verweigerung des Schulbesuchs manifestiert. Angstsymptome der Schulphobie schließen physische Beschwerden wie Übelkeit, Anorexie, Erbrechen, Kopfschmerzen, Blässe, Bauchschmerzen, Unwohlsein, vermehrten Harndrang und Diarrhö ein. Dieses Syndrom lässt sich aufseiten des Kindes charakterisieren durch das Zuhausebleiben und die Verweigerung zur Schule zu gehen trotz nachdrücklicher Bemühungen der Eltern, das Kind zum Schulbesuch zu bewegen. Die häufigste Ursache der Schulphobie ist eine Trennungsangst. Die klinischen Merkmale der Trennungsangst sind in Tabelle 2 dargestellt.

Die Betroffenen sind in der Regel eher leistungsfähige Kinder mit guten Noten und normalen sozialen Kontakten. Die Trennungsangst stellt beim Schuleintritt ein klinisch relevantes Symptom dar, ihren Häufigkeitsgipfel erreicht sie jedoch in der spä-

Tab.2: Klinische Merkmale von Trennungsangst (nach Moore u. Carr 2000)

Merkmalsbereich	Beschreibung
Wahrnehmung	Trennung wird als bedrohlich wahrgenommen
Kognition	Das Kind glaubt, dass den Eltern oder ihm selbst durch die Trennung Gefahr droht
Affekt	Intensive Angst tritt vor (Antizipation), während oder nach der Trennung auf
Arousal	Episoden von Hyperarousal, Schlafproblemen
Verhalten	Trennung wird vermieden oder abgelehnt Das Kind weigert sich in die Schule zu gehen Das Kind weigert sich allein zu schlafen
Interpersonale Anpassung	Verschlechterung der Beziehungen zu Gleichaltrigen Verschlechterung der akademischen Leistungen

ten Kindheit (Alter > 11 Jahre) (Moore u. Carr 2000). In der Trennungsangst ist vor allem bei der Einschulung die häufigste Ursache für Schulverweigerung zu sehen, zusammen mit anderen Faktoren aber auch beim Übergang zu anderen Schultypen (vgl. Tab. 3). Ein dritter Häufigkeitsgipfel tritt schließlich in der Adoleszenz auf.

Tab.3: Häufigste Ursachen nicht dissozialer Schulverweigerung (nach Carr 1999)

Zeitpunkt	Ursache
Einschulung	Trennungsangst
Übergang zu neuem Schultyp	Trennungsangst Tyrannisieren durch andere Mitschüler Viktimisierung durch Lehrer Neue Schulsituation als akutes Lebensereignis Furcht vor akademischem/ sportlichem Misserfolg
Adoleszenz	Trennungsangst Vermeidung besonders belastender Situationen in der Schule Beginn anderer psychischer Probleme (z. B. Depression)

Bei der Schulangst beziehen sich die Ängste auf die Schulsituation im engeren Sinne. Sie betreffen z. B. die Angst vor Schulversagen oder der Bewertung durch andere, Angst vor den Mitschülern (insbesondere gehänselt oder verprügelt zu werden) und die Angst vor einem oder mehreren Lehrern (die als überhart, unbarmherzig, verletzend erlebt werden) (Schmidt u. Esser 1985). Kinder mit derartigen Ängsten sind meist übersensibel, häufig auch überbehütet, haben Probleme im Kontakt zu Gleichaltrigen (soziale Ängstlichkeit), können sich nicht durchsetzen und verzagen leicht. Auslöser für die manifest werdende Schulangst sind ein oder mehrere Ereignisse, die als Belastungssituationen zu identifizieren sind. Es ist daher sorgfältig abzuklären, ob

z.B. eine intellektuelle (richtiger Schultyp, richtige Klassenstufe), familiäre (akute Lebensereignisse oder chronische Belastungen) oder soziale Überforderung (Angst vor Mitschülern oder Lehrer) vorliegt.

Die beschriebenen Phänomene wurden trotz ihrer Alltagsrelevanz in den letzten Jahren in vielen der besten Bücher über Störungen im Kindesalter vernachlässigt. Darüber hinaus ist es in den wichtigsten Systemen zur Klassifikation psychischer Störungen – dem DSM-IV und der ICD-10 – versäumt worden, eine Kategorie für die Schulphobie bereitzustellen. Diese Vernachlässigung lässt sich vor allem durch das häufige komorbide Auftreten von Schulphobie bei verschiedenen anderen psychischen Störungen erklären (Berg 1993).

Prävalenz: Da unterschiedliche Definitionen und Begriffe ein und desselben Störungsbildes vorliegen, differieren die Prävalenzangaben in epidemiologischen Studien erheblich. Granell de Aldaz et al. (1984) geben für angloamerikanische Studien eine Auftretenswahrscheinlichkeit von 1,2 bis 8% an. Im Rahmen der Mannheimer Längsschnittstudie konnten Esser et al. (1990) belegen, dass das Auftreten von „Schulphobie“ und „Schulangst“ anscheinend altersabhängig ist. Im Alter von 8 Jahren wiesen 1,9% der Jungen und 0,9% der Mädchen eine „Schulphobie“ oder „Schulangst“ auf, in der Altersgruppen der 13-Jährigen traf dies auf 6,5% der Jungen bzw. 5% der Mädchen zu. Es existieren keine Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz dieser Störungen (King u. Bernstein 2001).

Verlauf: Sowohl Berg (1970) als auch Kammerer und Mattejat (1981) konnten in katamnestic Studien für ein Drittel der untersuchten Patienten einen günstigen, für ein Drittel einen bezüglich der Symptomatik verbesserten und für ein weiteres Drittel einen unveränderten Verlauf aufzeigen. Beide Studien untersuchten jedoch lediglich Patienten mit „Schulphobie“. Eine Studie von Lehmkuhl et al. (1990), die zwischen „schulängstlichen“ und „schulphobischen“ Patienten differenzierte, konnte eine längere Dauer der Schulverweigerung, ein häufigeres Auftreten von Trennungsängsten, weniger Schwierigkeiten mit Lehrern und Leistungsanforderungen und eine häufigere bzw. längere stationäre Behandlung „schulphobischer“ als „schulängstlicher“ Patienten nachweisen.

Overmeyer et al. (1994) suchten nach Unterscheidungsmerkmalen von Patienten mit „Schulphobie“ und „Schulangst“. Dabei zeigte sich, dass „schulphobische“ Patienten sich häufiger durch eine Trennungsangst, sozialen Rückzug, den Besuch höherer Schulen, einen vermehrten Wechsel der Schule vor Ausbruch der akuten Symptomatik und Entlassungen gegen ärztlichen Rat charakterisieren lassen. Bei „schulängstlichen“ Patienten hingegen fanden sich häufiger eine abnorme Familiensituation, gute Kooperationsbereitschaft und gute Prognose. Diese Befunde legen nahe, dass für Patienten mit „schulängstlicher“ Symptomatik ein günstigerer Verlauf zu erwarten ist. Trennungsangst in Kombination mit Schulverweigerung stellt ein ernstzunehmendes Problem dar, das unbehandelt eine schlechte Prognose aufweist (Carr 2000). Tonge (1994) stellt fest, dass ca. ein Drittel dieser Kinder später eine Panikstörung und/oder Agoraphobie entwickeln.

Eine frühe und wirksame Intervention ist daher bei nicht dissozialer Schulverweigerung dringend anzuraten. Eine Behandlung ist vor allem dann indiziert, wenn die Ängste für das Kind eine starke und anhaltende Beeinträchtigung mit

sich bringen und wenn die Ängste langfristig eine normale Entwicklung des Kindes gefährden.

Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen: Aufgrund der Heterogenität des Störungsbildes sowie der zahlreichen möglichen auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen ist im diagnostischen Prozess ein sehr differenziertes und sowohl Aspekte des Kindes, der Familie, der Schule sowie des weiteren professionellen Netzwerkes erfassendes Vorgehen zu fordern (Carr 1999). In Abbildung 1 sind die wichtigsten einzubeziehenden Faktoren im Überblick dargestellt.

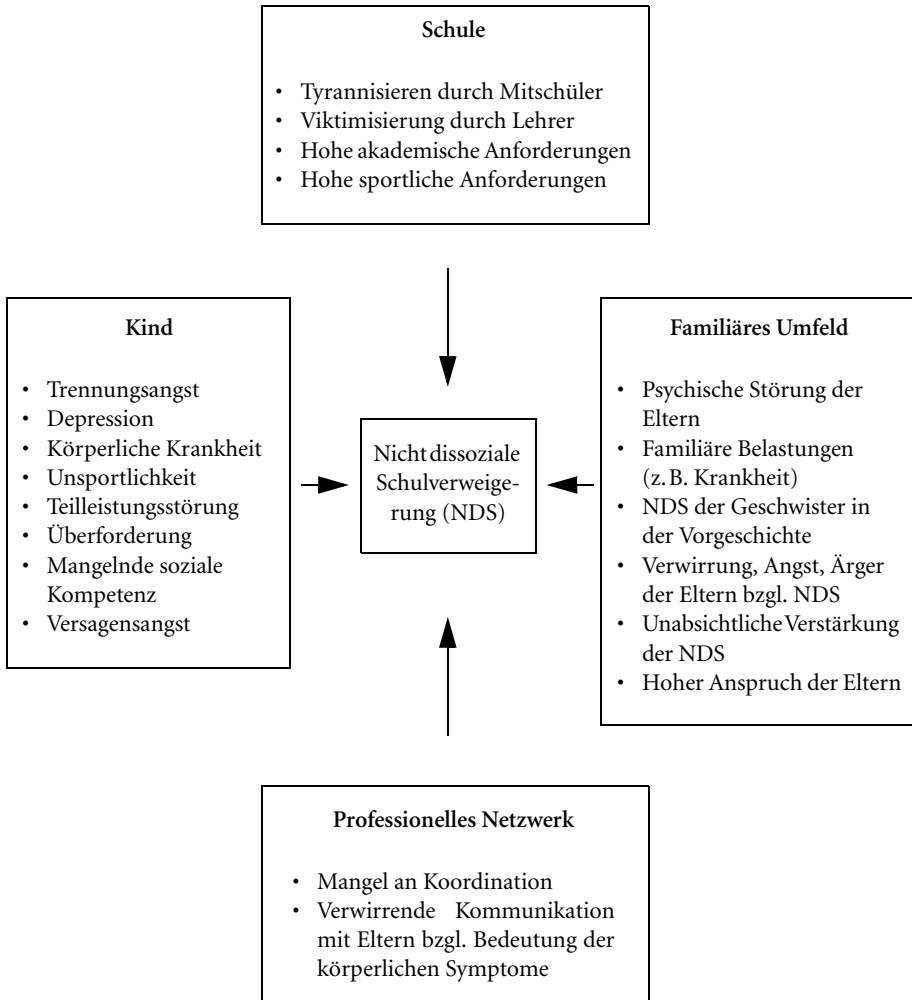


Abb. 1: Welche verschiedenen Faktoren müssen bei der nicht dissozialen Schulverweigerung in Betracht gezogen werden (nach Carr 1999)

2 Behandlung nicht dissozialer Schulverweigerung

2.1 Allgemeine Prinzipien

Unabhängig davon, welche psychotherapeutische Perspektive zur Behandlung von angstbedingter Schulverweigerung herangezogen wird, gilt es, eine Reihe von Aspekten zu berücksichtigen (Blagg u. Yule 1994):

1. Welche Kernfaktoren sollten untersucht werden?
2. Welche Personen sollten in die Behandlung einbezogen werden?
3. Sollte das Kind behandelt werden, bevor es den Schulbesuch wieder versucht aufzunehmen oder sollte die Rückkehr in die Schule und die Behandlung parallel erfolgen?
4. Sollte die Rückkehr in die Schule als ein gestufter, langsamer Prozess oder sofort, Vollzeit und notfalls erzwungen erfolgen?

Im Folgenden werden wir auf verhaltenstherapeutische Techniken sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und damit verbundene Wirksamkeitsstudien eingehen.

2.2 Verhaltenstherapeutische Behandlungstechniken

Zunächst werden die wichtigsten verhaltenstherapeutischen Techniken dargestellt. Diese sind z. B. in Borg-Laufs (2001), Kazdin (2001), Lauth et al. (2001) und Linden und Hautzinger (2000) detaillierter beschrieben.

Nach Miller et al. (1974) lassen sich die meisten Behandlungsansätze auf vier essenzielle Elemente reduzieren: a) Aufbau einer Beziehung; b) Klärung des Stimulus; c) Desensibilisierung des Stimulus und d) Konfrontation mit dem Stimulus. Einige Verhaltenstherapeuten favorisieren einen graduellen Prozess bei der Rückkehr in die Schule und verwenden sowohl Techniken des klassischen als auch des operanten Konditionierens. Das Paradigma des klassischen Konditionierens berücksichtigt die in sensu sowie in vivo Desensibilisierung. Die systematische Desensibilisierung graduert die angstausslösenden Situationen für das Kind in eine Hierarchie, wobei mit einer gering angstausslösenden Situation begonnen wird. Es erfolgt eine Steigerung bis hin zu den am meisten angstausslösenden Situationen. Auf jeder Stufe versucht das Kind, seine Angst zu überwinden, indem es sich auf Verhaltensweisen konzentriert, die mit Angst unvereinbar sind (Wolpe 1958). Dieses Vorgehen ist sehr zeitintensiv und erfordert hohe therapeutische Kompetenzen, insbesondere die Fähigkeit, angstausslösende Bedingungen der Schulphobie zu analysieren, eine gestufte Angsthierarchie zu erstellen sowie entspannende Gedanken für das Kind auf jedem Angstniveau zu finden. In sensu Ansätze erfordern sehr viel Vorbereitung aufseiten des Therapeuten, hängen jedoch letztlich von dem Imaginationsvermögen des Kindes ab. Für beide Varianten – in vivo und in sensu Desensibilisierung – liegen Einzelfallstudien vor, die die Effektivität belegen (Chapel 1967; Garvey u. Hegrenes 1966; Lazarus u. Abramovitz 1962; Schermann u. Grover 1962).

Systematische Desensibilisierung wird ebenfalls mit Techniken des operanten Konditionierens verwendet. Beispielsweise kombinierten Lazarus et al. (1964) in

der Behandlung eines 9-jährigen Jungen nach erfolgloser in sensu Desensibilisierung die in vivo Methode mit operanten Strategien. Bei kontingentem Schulbesuch erhielt der Junge ein Comicbuch und Tokens, die später für einen Baseballhandschuh eingetauscht werden konnten. Die in vivo Desensibilisierung birgt das Risiko der Verstärkung des abhängigen Verhaltens und Vermeidungstendenzen, wenn dem Kind erlaubt wird, nach Hause zu gehen nachdem die Angst während der Behandlung gestiegen ist. Andererseits können operante Methoden zu einem Angstanstieg beitragen, wenn das Kind die Möglichkeit zur Flucht hat. Wird das Kind jedoch in der angstausslösenden Situation ohne Fluchtmöglichkeit belassen, setzt die Desensibilisierung durch den Prozess der Habituation ein. Werden nun operante Methoden zur Unterstützung der Anreizes eingesetzt, stehen die klassischen und operanten Paradigmen nicht mehr im Widerspruch. Die Autoren schlagen bei hohem Angstlevel eine Desensibilisierung, bei einem geringen Angstlevel den Einsatz operanter Prozeduren vor.

Darüber hinaus präferieren einige Therapeuten im Gegensatz zur graduellen Wiedereingliederung in die Schule die sofortigen Rückkehr zur Schule ohne sorgfältige Vorbereitung nach dem klassischen Extinktionsmodell (Stampfl 1967, 1968). Dieses Vorgehen kann auch imaginär erfolgen, indem der Therapeut das Kind bei der Visualisierung hoch angstausslösender Situationen in der Schule unterstützt. „Flooding“ bedeutet in vivo Exposition (Blagg u. Yule 1984; Kennedy 1965; Rines 1973). Flooding hat den Vorteil der schnellen Behandlung durch kurzfristiges Erhöhen der Angst beim Kind bevor der Prozess der Habituation einsetzt. Im Vorfeld sollte eine gründliche Analyse der Probleme des Kindes sowie der schulischen und familiären Bedingungen erfolgen (Blagg u. Yule 1984). Dieser Ansatz erwies sich in der Studie von Kennedy (1965) als wichtige Komponente. Kennedy kombinierte klassische und operante Paradigmen: 1) sofortiger und erzwungener Schulbesuch, 2) positive Verstärkung für Schulbesuch, 3) Kontingenzmanagement beim Umgang mit somatischen Beschwerden.

Ferner betont Kennedy die Wichtigkeit guter interpersoneller Beziehungen für ein konsistentes Vorgehen und die Fähigkeit, das Vertrauen der Eltern in die Behandlungsmethode zu gewinnen. In seiner Untersuchung konnte Kennedy zeigen, dass alle behandelten 50 schulphobischen Kinder (Typ 1) nach dreitägiger Intervention die Schule wieder besuchten. Dieser Erfolg konnte auch noch 8 Jahre später nachgewiesen werden.

2.3 Multimodale kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze und Stand der Wirksamkeitsforschung

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze stellen derzeit die bestevaluierte Psychotherapiemethode zur Angstbehandlung im Kindes- und Jugendalter dar (AACAP 1997). Hier ist vor allem das wegweisende Programm von Kendall et al. (1990, 1994) zu nennen, das bisher als einziges nach den strengen Kriterien der American Psychological Association (vgl. Chambless u. Ollendick 2001) als wahrscheinlich wirksames Interventionsverfahren gelten kann. Evaluierter Modifikationen dieses Programmes liegen auch von anderen Forschergruppen vor (vgl. Barrett

et al. 1996). Ein empfehlenswertes spezifisches Programm zur Behandlung von Schulverweigerung wurde vor kurzem von Kearney und Albano (2000a, b) vorgelegt. Die generellen Behandlungsprinzipien multimodaler kognitiv-verhaltenstherapeutischer Angstbewältigungsprogramme sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tab. 4: Generelle Behandlungsprinzipien multimodaler kognitiv-verhaltenstherapeutischer Angstbewältigungsprogramme

Methoden	Inhalte/ Ziele
Psychoedukation	Ursache der Angst, Behandlung
Selbstbeobachtung	Auftreten/ Nichtauftreten der Symptome
Expositionsbehandlung	Konfrontation mit gefürchteten Stimuli bis Habituation erreicht
Entspannungsverfahren	Kindgerechte Verfahren
Kognitive Umstrukturierung	Ersetzen der irrationalen, unrealistischen Gedanken durch positive, realistische Gegengedanken
Modelllernen	Beobachtung eines Modells, wie dieses die gefürchtete Situation bewältigt
Belohnung	Erhöhung der Motivation um die Exposition durchzustehen
Einbezug der Familie	Mindestens Eltern, wenn nötig auch Geschwister
Einbezug der Schule	Klassenlehrer, Mitschüler wenn nötig
Individuelle Exploration/ Therapieplanung	Anpassung der Therapie an das Individuum; kein Standardvorgehen
Zusammenarbeit mit anderen Professionen	Zusammenarbeit mit Schulpsychologen, Ärzten
Therapie der Eltern	Parallele Psychotherapie der Eltern bei vorhandenen psychischen Störungen

Besonderheiten bei der Durchführung kognitiver Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen werden u. a. von Ronen (2000) näher behandelt. Im Folgenden werden wir auf die derzeit wichtigsten Evaluationsstudien von Blagg und Yule (1984), King et al. (1998), Last et al. (1998) und Heyne et al. (2002) näher eingehen. Die Studien und deren wichtigsten Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt.

Blagg und Yule (1984) verglichen die Wirksamkeit (a) einer familienbasierten Verhaltenstherapie (VT – K,E,L), (b) eines stationären multimodalen Programms (STAT) und (c) einer individuellen Psychotherapie plus Hometraining (HOME) für die Behandlung angstbedingter Schulverweigerung. Alle Teilnehmer der Untersuchung wiesen folgende diagnostischen Kriterien auf: mindestens drei Tage extreme Schwierigkeiten zur Schule zu gehen; begleitet von markanter emotionaler Reaktion; das Kind bleibt mit Erlaubnis der Eltern zu Hause; keine antisozialen Auffälligkeiten (Berg et al. 1969). Das familienbasierte Programm enthält eine detaillierte Abklärung der Problematik des Kindes; Diskussion der prinzipiellen Beschwerden des Kindes, der Eltern und der Lehrer; Entwicklung eines Kontingenzplans um die Aufrechterhaltung der Fortschritte des Kindes bei Rückkehr in die Schule abzusichern; in vivo Flooding, mit Hilfe dessen das Kind so schnell wie möglich in die

Tab. 5: Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze bei angstbedingter Schulverweigerung

Autoren (Jahr)	N pro Gruppe	Mittleres Alter (Range)	Geschlecht	Hauptdiagnose	Behandlungsdauer	Ergebnisse
Blagg u. Yule (1984)	1. VT = 30	13 (11-16)	50% männlich	Schulphobie	VT = 6 Sitzungen (3 Wo.) STAT/HOME = 1 Jahr	1 > 2 > 3 Aufrechterhaltung der Erfolge der VT im 1-Jahres-Follow-up 93% vs. 38% vs. 10% gebessert (Schulbesuch) 100% vs. 93% vs. 33% gebessert (Trennungsangst)
	2. STAT = 16					
	3. HOME = 20					
King et al. (1998)	1. KVT = 17	11 (5-15)	53% männlich	Nicht-dissoziale Schulverweigerung	KVT = 6 Sitzungen (4 Wo.)	1 > 21: 61,5% vs. 93,5%; 2: 40% vs. 55,6% (Schulbesuch) Aufrechterhaltung der Erfolge im 3-Monats-Follow-up
	2. KG = 17					
Last et al. (1998)	1. KVT = 20	11,7 (6-17)	40% männlich	Schulphobie	KVT = EST = 12 Sitzungen (12 Wo.)	1 = 2 (Pre-, Mittel- und Posttest) 1: 26,4% vs. 51,7% vs 67,4%; 2: 30,1% vs. 39,5% vs 60% (Schulbesuch) Aufrechterhaltung der Befunde im 4-Wochen-Follow-up
	2. EST = 21					
Heyne et al. (2002)	1. KVT-K = 21	11,5 (7-14)	54% männlich	Nicht-dissoziale Schulverweigerung	KVT-K 8 Sitzungen KVT-EL 8 Sitzungen KVT-KEL 8+8 Sitzungen	2,3 > 1 (Post) 77%, 86% vs. 58% gebessert (Schulbesuch) 1 = 2 = 3 Follow-up 1:77, 2:72; 3:69
	KVT-EL = 20					
	KVT-KEL = 20					

VT = familienbasierte Verhaltenstherapie, STAT = Multimodale stationäre Therapie, HOME = individuelle Psychotherapie plus Hometraining; KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, KG= Wartelisten-Kontrollgruppe; EST = Edukativ-supportive Therapie; K = Kind; EL = Eltern, Lehrer

Schule zurückkehrt sowie Nachbehandlungstermine mit den Eltern und Lehrern, sobald das Kind wieder ohne Probleme wenigstens sechs Wochen die Schule besucht. Das stationäre Behandlungsprogramm lässt sich kennzeichnen durch Hospitalisierung; tägliche stationäre Gruppen und Milieuthérapie; tägliche pädagogische und Beschäftigungstherapie; pharmakologische Behandlung der Angstsymptome; reguläre Treffen mit Eltern und Lehrern sowie geplante Entlassung. Die individuelle Psychotherapie mit Hometraining schließt sowohl tägliche Behandlung bei dem Psychotherapeuten oder beim Kind zu Hause als auch vierzehntägige individuelle Psychotherapie und vierzehntägige Elternberatung ein.

Die familienbasierte Verhaltenstherapie wurde in sechs Sitzungen über eine Dauer von drei Wochen durchgeführt, wohingegen das stationäre multimodale Programm und die individuelle Psychotherapie mit Hometraining durchschnittlich ein Jahr durchgeführt wurden. Ein Jahr nach der Intervention hatten 93 % der mit der familienbasierten Verhaltenstherapie behandelten Kinder den Schulbesuch erfolgreich wieder aufgenommen – im Vergleich zu 38 % der an dem stationären multimodalen Programm und 10 % der an der individuellen Psychotherapie mit Hometraining teilgenommenen Kinder. Darüber hinaus zeigten die verschiedenen Interventionen unterschiedliche Effekte hinsichtlich der Trennungsangst. So zeigte keines der Kinder unter der Bedingung familienbasierter Verhaltenstherapie eine klinisch signifikante Trennungsängstlichkeit, wohingegen 7 % der stationär multimodal und 67 % der individuell psychotherapeutisch behandelten Kinder signifikante klinische Symptome von Trennungsängstlichkeit aufwiesen.

King et al. (1998) evaluierten die Effektivität eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms (KVT-KEL) zur Behandlung schulverweigernder Kinder gegenüber einer Wartekontrollgruppe (KG). Dazu entwickelten die Autoren ein vierwöchiges Programm, das sowohl das Kind als auch Eltern und Lehrer einbezieht. Die Kinder erhielten sechs 50-minütige individuelle Therapiesitzungen, im Rahmen derer in erster Linie die Bewältigung der Schwierigkeiten, die Schule zu besuchen und der assoziierten Ängstlichkeit fokussiert wurden. Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm geht auf die Arbeiten von Kendall (1994) zurück. In der ersten Sitzung werden spezifische angstauslösende Situationen in der Schule oder zu Hause und die Reaktionen des Kindes auf die Angst identifiziert. Sitzung 2 und 3 vermitteln Coping-Strategien, um mit angstauslösenden Situationen umzugehen. Es werden ferner Entspannungsübungen eingeführt sowie vermittelt, während der angstauslösenden Situation ablaufende Selbstgespräche zu erkennen und zu bewerten. Mithilfe von Bildmaterial wird das Kind angehalten, angemessenere Selbstgespräche anzuwenden und die Beziehung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten zu erfassen. Darüber hinaus werden verbale und nonverbale Aspekte assertiver Verhaltensweisen besprochen. Sitzung 4 bis 6 fokussieren die Umsetzung dieser Fertigkeiten durch imaginär und in vivo angstauslösende Situationen. Dazu werden die angstauslösenden Situationen in hierarchischer Form von der am geringsten angstauslösenden zur am meisten angstauslösenden präsentiert. Durch diese Vorgehensweise wird das schulvermeidende Kind graduell wieder in die Schule eingeführt, bis es die Schule problemlos für eine ganze Woche besuchen kann. Assoziierte Ängste, wie die Angst davor, Bus zu fahren, werden durch graduierte Exposition oder

Desensibilisierung behandelt. In der letzten Sitzung werden die Konzepte und Fertigkeiten wiederholt und die Wahrscheinlichkeit stressreicher Ereignisse in der Zukunft besprochen. Eltern erhalten fünf 50-minütige Sitzungen, in denen Kontingenzmanagementtechniken vermittelt werden. Die Eltern lernen, ihre Kinder bei der Bewältigung ihrer Ängste und Schulverweigerung zu unterstützen. Insbesondere die Bedeutung sozialer Verstärkung für positives Coping-Verhalten und Schulbesuch des Kindes wird hervorgehoben. Hinsichtlich des Schulbesuchs zeigen die mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm behandelten schulverweigernden Kinder signifikante Verbesserungen gegenüber der Wartekontrollgruppe. Darüber hinaus verbesserten sich die behandelten Kinder im Hinblick auf selbstberichtete Furcht, Ängstlichkeit, Depression und Coping. Diese Befunde konnten ebenfalls durch Elterneinschätzungen und klinische Einschätzungen abgesichert werden. Diese Verbesserungen ließen sich auch noch nach 3 Monaten nachweisen.

Last et al. (1998) überprüften ebenfalls die Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms (KVT) zur Behandlung von Schulverweigerung – allerdings nicht gegenüber einer Wartekontrollgruppe. Die Autoren nahmen an, dass Eltern einer Verzögerung des Behandlungsbeginns nicht zustimmen würden und wählten auf Grund dessen eine edukativ-supportive Therapie als Kontrollbedingung. Beide Interventionen umfassten zwölf 60-minütige Sitzungen, die einmal wöchentlich stattfanden. Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm wurde auf der Basis des Programms von Barlow et al. (1984) zur Behandlung agoraphobischer Erwachsener konzipiert. Im Rahmen des Programms wurden sowohl die graduierte *in vivo* Exposition als auch ein Selbstinstruktionstraining fokussiert. In der ersten Sitzung erfolgt die Erstellung einer individuellen Angst- und Vermeidungshierarchie, deren 10 Items schulbezogene Situationen enthält, die das Kind zum gegenwärtigen Zeitpunkt fürchtet und vermeidet. In jeder Sitzung bewerten Eltern und Kind die Hierarchie neu. Im Rahmen von Hausaufgaben wird jeweils ein Item der Hierarchie bis zur nächsten Sitzung an jedem Schultag erprobt. Es wird mit dem leichtesten Item begonnen und der Schwierigkeitsgrad der Situationen im Therapieprozess gesteigert. Der Therapeut betreut über Telefonkontakt die Fortschritte und verstärkt diese. Im Rahmen des kognitiven Selbstinstruktionstrainings (Meichenbaum 1977) lernt das Kind, unangemessene Gedanken während der Antizipation bzw. Konfrontation mit angstauslösenden Situationen zu identifizieren und solche unangemessenen Gedanken durch adäquate Selbstinstruktionen zu ersetzen. Selbstinstruktionen werden eingesetzt, um die antizipatorische Angst und die Angst während der Expositionsübungen zu reduzieren. Die als Kontrollbedingung eingesetzte edukativ-supportive Therapie (EST) stellt eine Modifikation der von Silverman (1993) und Heimberg et al. (1990) eingesetzten Methoden dar. EST kombiniert edukative Präsentationen und eine supportive Psychotherapie, im Rahmen derer Kinder ermutigt werden, über ihre Ängste zu sprechen und lernen, zwischen Furcht, Ängstlichkeit und Phobien zu unterscheiden. Die Kinder notieren täglich in einem Tagebuch, vor welchen Dingen sie sich fürchten, wie oft diese Dinge auftreten und wie sie mit den Situationen umgehen. Sie erhalten zusätzlich in jeder Sitzung Handouts mit Zusammenfassungen zu der jeweiligen Sitzung und Fragen, über die sie nachdenken sollen. In den einzelnen Sitzungen werden die Kinder aufgefordert, über spezifische Ängste und

Sorgen der vergangenen Woche zu sprechen. Im Unterschied zum kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm ermutigt oder instruiert der Therapeut das Kind nicht dazu, die angstauslösenden Situationen aufzusuchen und übt ebenso wenig verbale Verstärkung hinsichtlich der Bemühungen des Kindes, die Schule wieder zu besuchen, aus. Beide Therapiemethoden führten zu signifikanten Verbesserungen des Schulbesuchs. Allerdings ließen sich zwischen der experimentalen Behandlungs- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede finden. Im Hinblick auf die Reduktion ängstlicher und depressiver Symptome erwiesen sich beide Therapieprogramme als effektiv. Die Befunde konnten in beiden Gruppe auch nach 4 Wochen aufrechterhalten werden. Eine Überlegenheit des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms konnte demnach nicht bestätigt werden.

In einer jüngst veröffentlichten Studie von Heyne et al. (2002) wurde untersucht, ob die Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Kindtherapie und Eltern-/Lehrertraining (KVT-KEL) gegenüber der Kindtherapie (KVT-K) oder Eltern-/Lehrertraining (KVT-EL) allein in der Behandlung von Schulverweigerung überlegen ist. Die Kindtherapie umfasste acht 50-minütige Sitzungen und schloss sowohl Entspannungsübungen, ein Training sozialer Fertigkeiten zur Überwindung von sozialen Ängsten, kognitive Therapie zur Reduktion angstauslösender Gedanken als auch Desensibilisierung in Form von emotionaler Imagination sowie graduiertes in vivo Exposition ein. Das Eltern-/Lehrertraining beinhaltete klinische Sitzungen mit Eltern sowie Konsultationen mit dem Schulpersonal. Die acht 50-minütigen Elternsitzungen umfassten neben Strategien zum Verhaltensmanagement auch Elemente der kognitiven Therapie, um die Wichtigkeit der eigenen Rolle anzuerkennen und eigene Ängste zu bewältigen. Mit den Lehrern wurde die Rückkehr des Kindes in die Schule besprochen und Unterstützung und positive Verstärkung des Kindes bei Rückkehr in die Schule. Im Rahmen der kombinierten Kindtherapie plus Eltern-/Lehrertraining wurden 8 Kindtherapiesitzungen und 8 Elternsitzungen wie beschrieben durchgeführt. Unter allen Behandlungsbedingungen konnten signifikante Verbesserungen gefunden werden. Hinsichtlich des Schulbesuchs erwiesen sich das Eltern-/Lehrertraining und das kombinierte Kindtherapie plus Eltern-/Lehrertraining als effektiver als die Kindtherapie. Die kombinierte Kindtherapie plus Eltern-/Lehrertraining zeigte sich jedoch gegenüber dem Eltern-/Lehrertraining nicht als überlegen. Selbstberichte der Kinder zu Furcht, Ängstlichkeit, Depression und Selbstwirksamkeit am Ende der Behandlung und zum Follow-up unterschieden sich zwischen den drei Behandlungsgruppen in den Totalscores ebenfalls nicht. Analysen der Subskalen zeigten aber, dass die Kinder unter ELT signifikant weniger Ängste vor Unbekanntem und weniger physiologische Ängstlichkeit angeben als Kinder unter KT. Ferner gaben die Mütter der Kinder unter allen Bedingungen signifikante Verbesserungen hinsichtlich der internalen Symptome an, wobei die Verbesserungen in der ELT- und der KT+ELT-Bedingung gegenüber der KT signifikant höher ausfielen. Nach einem Follow-up konnten zwischen den drei Gruppen hinsichtlich aller Fragestellungen jedoch keine signifikanten Unterschiede mehr nachgewiesen werden.

Die Heterogenität der Störungsbilder und der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen verbunden mit der bisher noch nicht ausreichenden Befundlage unterstreicht die Forderung nach weiteren Forschungsbemühungen zur Überprü-

fung der Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Behandlung von angstbedingter Schulverweigerung.

2.4 *Wie sollte man bei Vorliegen angstbedingter Schulverweigerung therapeutisch vorgehen?*

Im Folgenden stellen wir einen kurzen Ablaufplan dar, der die verschiedenen Schritte bei der Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung erläutern soll. Wir orientieren uns hierbei vor allem an Carr (1999). Diese Darstellung ist als praxisnahe Ergänzung zur Durchführung der genannten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme zu verstehen.

1. *Sorgfältige Erfassung aller relevanter Faktoren* (Kind, Familie, Schule, professionelles Helfersystem; vgl. Abb. 1), die zur Nichtteilnahme am Unterricht beitragen können. Informationsquellen hierfür sollten das Gespräch mit den Eltern, dem Kind, den Lehrern sowie weiteren relevanten Personen sein (z. B. Hausarzt, Kinderarzt, Schulpsychologe).
2. *Sorgfältige Erfassung der kindlichen Fähigkeiten und der Symptomatik*. Eine ausführliche Darstellung der einzusetzenden diagnostischen Methoden findet sich z. B. bei Mattejat (2001).
3. *Identifikation prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren*. Funktionale und problemorientierte Verhaltensdiagnostik (vgl. u. a. Esser 2001).
4. *Besprechung der Ergebnisse der Diagnostikphase* mit allen relevanten Personen. Erklärung der kognitiven, affektiven, somatischen und Verhaltenskomponenten der Angst (Psychoedukation).
5. *Bei Trennungsangst*: Als erstes muss dem Kind, den Eltern und den Lehrern in überzeugender Form nahegebracht werden, dass die somatischen Symptome (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen) und die damit verbundenen Ängste nur überwunden werden können, wenn das Kind sich selbst beweist, dass es tapfer genug ist, die Schule zu besuchen und die Angst und die Begleitsymptome zu tolerieren. Das bedeutet, dass die sofortige Reintegration des Kindes in die Schule das erste und vordringliche Therapieziel darstellt. Ein bis zwei Monate regelmäßigen Schulbesuchs wird die meisten Symptome beheben. Die umgekehrte Reihenfolge (zunächst Behebung der Ängste und der somatischen Symptome und danach Rückkehr in die Schule) würde in der Regel die Problematik verschlimmern, da das Kind die Angst ohne Konfrontation mit der gefürchteten Situation nicht überwinden wird. Das therapeutische Bemühen liegt in einer Lockerung der Eltern-Kind-Beziehung und in einer Verselbständigung des Kindes. Hierfür ist das Erreichen einer hinreichenden Kooperationsbereitschaft der Eltern bei der Einhaltung therapeutischer Absprachen von zentraler Bedeutung.
6. Wenn die *Furcht vor Tyrannisieren durch Mitschüler, Viktimisierung durch Lehrer oder akademischem Versagen* zur Schulverweigerung beitragen, müssen diese Themen vor der Rückkehr geklärt werden. Tyrannisieren durch Mitschüler und Viktimisierung durch Lehrer sollte durch Konfrontation der Betroffenen und sorgfältiges Monitoring in der Schule bearbeitet werden. Vorhandene Leistungsdefizite sollten durch Nachhilfe bearbeitet werden. Wo nötig und nicht umgäng-

lich sollte ein Wechsel der Schule, des Schultyps bzw. eine Rückstufung in Betracht gezogen werden. Im Vordergrund der Behandlung stehen u. a. Bemühungen zur Festigung des Selbstwertgefühls, der Erhöhung der Frustrationstoleranz sowie der sozialen Kompetenz und Kontaktfähigkeit. Eine frühestmögliche Reintegration in die Schule ist aber auch hier erstes Therapieziel.

7. *Präzise Planung des Rückkehrprozesses*: Alle Aspekte des Rückkehrprozesses müssen präzise und transparent festgelegt werden. Das beinhaltet den Zeitpunkt, den Umfang (Vollzeit, Teilzeit), die Begleitung des Kindes, die Abholung des Kindes in der Schule, den Einbezug von Mitschülern, das Vorhandensein eines Lehrers als sichere Basis bei Angstepisoden in der Schule sowie die genaue Vorbesprechung des Ablaufs sowie der Bewältigung schwieriger Situationen.
8. *Einführung eines Belohnungssystems*: Die Schaffung von Anreizen ist nötig, die unvermeidlich in den ersten Tagen auftretenden Ängste zu tolerieren. Dabei sollte auf konkrete tägliche Belohnungen zurückgegriffen werden, die unmittelbar im Anschluss an den Unterricht erfolgen sollte. Darüber hinaus sollte ein Punktesystem Verwendung finden, das das Sammeln von Punkten erlaubt, um einen noch attraktiveren Verstärker am Ende jeder Schulwoche erhalten zu können.
9. *Rückfallprävention*: Die höchste Rückfallwahrscheinlichkeit ergibt sich naturgemäß am ersten Schultag nach den Ferien, nach Erkrankungen oder auch nach dem Wochenende. Hierfür sollten spezifische Planungen vorgesehen werden, was die Begleitung in die Schule bzw. das Kontingenzmanagement angeht. Wie unter 7. und 8. dargestellt, sollten wieder Lehrer und Mitschüler eingebunden sowie Anreize für das Aushalten von Trennungsangst geschaffen werden.

Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (supplement): 69S-84S.
- Barlow, D. H.; O'Brien, G. T.; Last, C. G. (1984): Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy* 15: 41-58.
- Barrett, P.; Dadds, M.; Rapee, R. (1996): Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Berg, I. (1970): A follow-up of school phobic adolescents admitted to an in-patient unit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 11: 37-47.
- Berg, I. (1993): Aspects of school phobia. In: Last, C. G. (Hg.): *Anxiety across the lifespan: a developmental perspective*. New York: Springer, S. 78-93.
- Berg, I.; Nichols, K.; Pritchard, C. (1969): School phobia: First classification and relationships to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 10: 123-141.
- Blagg, N.; Yule, W. (1984): The behavioral treatment of school refusal: a comparative study. *Behavior Research and Therapy* 22: 119-127.
- Blagg, N.; Yule, W. (1994): School phobia. In: Ollendick, T. H.; King, N. J.; Yule, W. (Hg.): *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum, S. 169-186.
- Borg-Laufs, M. (Hg.) (2001): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Carr, A. (1999): *The handbook of child and adolescent psychology. A contextual approach*. London: Routledge, S. 403-468.

- Chambless, D. L.; Ollendick, T. H. (2001): Epirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* 52: 685-715.
- Chapel, J. L. (1967): Treatment of a case of school phobia by reciprocal inhibition. *Canadian Psychiatric Association Journal* 12: 25-28.
- Esser, G. (2001): Verhaltensdiagnostik. In: Esser, G. (Hg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme, S. 72-78.
- Esser, G.; Schmidt, M. H.; Blanz, B. (1990): Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children – results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31: 243-263
- Garvey, W. P.; Hegrenes, J. R. (1966): Desensitisation techniques in the treatment of school phobia. *Behavioural Psychotherapy* 6: 7-10.
- Goodman, R.; Scott, S.; Rothenberger, A. (2000): *Kinderpsychiatrie kompakt*. Darmstadt: Steinkopff, S. 108-116.
- Granell de Aldaz, E.; Viva, E.; Gelfand, D. M.; Feldman, L. (1984): Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears: a Venezuelan sample. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 172: 722-729.
- Häring, H.-G. (2001): Schulvermeidendes Verhalten bei Kindern. In: Lauth, G.; Brack, U. B.; Linderkamp, F. (Hg) (2001): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. PVU: Weinheim.
- Heimberg, R. G.; Dodge, C. S.; Hope, D. A.; Kennedy, C. R.; Zolle, L. J.; Becker, R. E. (1990): Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research* 14: 1-23.
- Heyne, D.; King, N. J.; Tonge, B. J.; Rollings, S.; Young, D.; Pritchard, M.; Ollendick, T. H. (2002): Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41: 687-695.
- Ihle, W.; Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau* 53: 159-169.
- Kammerer, E.; Mattejat, F. (1981): Katamnestiche Untersuchung zur stationären Therapie schwerer Schulphobien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 9: 273-287.
- Kazdin, A. E. (2001): *Behavior modification in applied settings*, 6. Aufl. Belmont: Wadsworth.
- Kearney, C. A.; Albano, A. M. (2000a): When children refuse school: a cognitive-behavioral therapy approach – Therapist Guide. San Antonio: Psychological Corporation.
- Kearney, C. A.; Albano, A. M. (2000b): When children refuse school: a cognitive-behavioral therapy approach – Parent Workbook. San Antonio: Psychological Corporation.
- Kendall, P. C. (1994): Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 100-110.
- Kendall, P.; Kane, M.; Howard, B.; Siqueland, L. (1990): *Cognitive-behavioural therapy for anxious children*. Treatment manual. Admore: Workbook Publishing.
- Kennedy, W. A. (1965): School phobia: rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal Psychology* 70: 285-289.
- King, N. J.; Bernstein, G. A. (2001): School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40: 197-205.
- King, N. J.; Ollendick, T. H.; Tonge, B. J. (1995): *School refusal: assessment and treatment*: Boston: Allyn & Bacon.
- King, N. J.; Tonge, B. J.; Heyne, D.; Pritchard, M.; Rollings, S. et al. (1998): Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 395-403
- Last, C. G.; Hansen, C.; Franco, N. (1998): Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 404-411.
- Lauth, G.; Brack, U. B.; Linderkamp, F. (Hg) (2001): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: PVU.
- Lazarus, A. A.; Abramovitz, A. (1962): The use of „emotive imagery“ in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science* 108: 191-195.

- Lazarus, A. A.; Davidson, G. C.; Polefka, D. A. (1964): Classical and operant factors in the treatment of school phobia. *Journal of Abnormal Psychology* 70: 225-229.
- Lehmkuhl, G.; Doll, U.; Blanz, B. (1990): Schulphobisches Verhalten. Eine Untersuchung zu Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 10: 569-575.
- Linden, M.; Hautzinger, M. (Hg) (2000): *Verhaltenstherapiemanual*, 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Mattejat, F. (1981): Schulphobie: Klinik und Therapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 30: 292-298.
- Mattejat, F. (2001): Ängste, Phobien und Kontaktstörungen. In: Esser, G. (Hg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme, S. 211-241.
- Meichenbaum, D. H. (1977): *Cognitive Behavior Modification*. New York: Plenum.
- Miller, L. C.; Barrett, C. L.; Hampe, E. (1974): Phobias of childhood in a pre-scientific era. In: Davies, A. (Hg.): *Child personality and psychopathology: current topics*. New York: Wiley, S. 89-134.
- Moore, M.; Carr, A. (2000): Anxiety disorders. In: Carr, A. (Hg.): *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Routledge, S. 178-202.
- Overmeyer, S.; Blanz, B.; Schmidt, M. H.; Rose, F.; Schmidbauer, M. (1994): Schulverweigerung – eine katamnestiche Untersuchung zu dem diagnostischen Konzept von „Schulphobie“ und „Schulangst“. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 23: 35-43.
- Poustka, F. (1980): Schulphobie – Differentialdiagnose und Behandlungsindikation. *Pädiatrische Praxis* 23: 575-586.
- Rines, W. B. (1973): Behavior therapy before institutionalisation. *Psychology: Theory, research and practice* 10: 281-283.
- Ronen, T. (2000): *Kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern*. Bern: Huber.
- Schermann, A.; Grover, V. M. (1962): Treatment of children's behavior disorders: a method of re-education. *Medical procedures* 8: 151-154.
- Schmidt, M.; Esser, G. (1985): *Psychologie für Kinderärzte*. Stuttgart: Enke.
- Silverman, W. K. (1993): Behavioral treatment of childhood phobias: an update and preliminary research findings. In: *Psychosocial and Combined Treatment for Childhood Disorders: Development and Issue*, Hibbs, E., chair. Symposium conducted at the meeting of the New Clinical Drug Evaluation Unit Program, Boca Raton, FL, June.
- Stampfl, T. G. (1967): Implosive therapy. I. The theory. In: Armitage, S. G. (Hg.): *Behavior modification techniques in the treatment of emotional disorders*. Battle Creek: Veterans Administration.
- Stampfl, T. G. (1968): Implosive therapy: a behavioural therapy? *Behaviour Research and Therapy* 6: 31-36.
- Tonge, B. (1994): Separation anxiety disorder. In: Ollendick, T. H.; King, N. J.; Yule, W. (Hg.): *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum, S. 45-167.
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: University Press.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle, Abteilung Klinische Psychologie/Psychotherapie und Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung der Universität Potsdam, Postfach 601553, 14415 Potsdam; E-Mail: ihle@rz.uni-potsdam.de