

Sampson, Matthew

## **Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schülängsten**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 3, S. 214-224*

urn:nbn:de:0111-opus-9708

Erstveröffentlichung bei:



[www.v-r.de](http://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](mailto:pedocs@dipf.de)

Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

1  
2  
3  
5

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,  
Psychologie und Familientherapie

10  
**55. Jahrgang 2006**

---

15  
**Herausgeberinnen und Herausgeber**

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

20  
**Verantwortliche Herausgeberinnen**

25  
Ulrike Lehmkuhl, Berlin  
Annette Streck-Fischer, Göttingen

30  
**Redakteur**

Günter Presting, Göttingen

---

35  
40  
42  
43  
44  
45  
**V&R** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

# Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten

Matthew Sampson

## Summary

### A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia

This paper presents in concise form elements of psychotherapeutic treatment that the author views as helpful in working with families of children exhibiting severe school phobia. The article consists of a list of pragmatic suggestions and proposals that might aid the therapist in better organizing treatment of a problem that usually involves remarkable complexities.

**Key words:** psychotherapy – school phobia – intervention guide – integrative psychotherapy – reframing

## Zusammenfassung

In knapper Form werden psychotherapeutische Behandlungselemente zusammengetragen, die der Autor bei der therapeutischen Arbeit mit Familien mit einem akut schulängstlichen bzw. schulphobischen Kind als hilfreich ansieht. Es handelt sich um Hinweise, Vorschläge und Anregungen pragmatischer Art, die dem Praktiker behilflich sein können, eine in aller Regel äußerst komplexe Behandlung effektiv zu organisieren.

**Schlagwörter:** Psychotherapie – Schulängste – Interventionsleitfaden – integrative Psychotherapie – positive Konnotation

## 1 Einleitung und theoretischer Überblick

Erziehungsberatungsstellen und Praxen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, werden häufig von verzweifelten Familien aufgesucht, die ratlos vor dem Problem stehen, dass ein Kind auf Grund von Ängsten die Schule nicht besucht.<sup>1</sup> Klinisch erfahrene Kollegen berichten immer wieder vom enormen Handlungsdruck, der sich bereits in der telefonischen Anmeldung vermittelt, und nicht selten bekommt ein Therapeut innerhalb weniger Tage besorgte Anrufe von Lehrern, Hort,

---

<sup>1</sup> Für ihre hilfreichen Anregungen und unermüdlichen Korrekturen danke ich Herrn Dr. med. Peter Nölkel aus Bayreuth und Frau Gisela Sampson aus Göttingen herzlich.

Jugend- und Ordnungsämtern, Nachbarn und Verwandten. Die schwierige und notwendige Aufgabe, sich von diesem Druck zu distanzieren, um auf eine fachlich gerechte Diagnostik, Indikation und gegebenenfalls eine Therapie fokussieren zu können, ist Thema vieler Supervisionssitzungen und kann sich leicht zu einem entscheidenden Element der Behandlung entwickeln. Erfreulicherweise und zu unserer Entlastung mangelt es nicht an wissenschaftlich fundierter Literatur über Schulängste; eine Sichtung der psychotherapeutischen Fachzeitschriften und Lehrbücher nicht nur der letzten Jahre ergibt eine Vielzahl von Veröffentlichungen zu diesem Thema. Den Schwerpunkt bildet dabei in der Regel ein Überblick über die psychodynamischen, systemischen oder verhaltenstherapeutischen Hintergründe der Störung, zusammen mit Praxisbeispielen und praktischen Vorschlägen.

Die wichtige Arbeit von Lehmkuhl et al. (2003) ermöglicht eine präzise differenzialdiagnostische Einschätzung dieses Problems, nicht zuletzt durch die Klärung der bislang verwirrenden Begrifflichkeit. Demnach bezieht sich eine *Schulangst* auf eher reale Ängste vor Leistungsanforderungen, Lehrern, Mitschülern etc.; eine *Schulphobie* bezeichnet ein Schulvermeidungsverhalten, bei dem Trennungsangst eine zentrale Rolle spielt und körperliche Symptome ohne organische Ursache häufig vorkommen; *Schulschwänzer* hingegen weisen in der Regel keine schulbezogenen Ängste auf, das Fernbleiben von der Schule geschieht ohne Wissen der Eltern, aggressive und dissoziale Verhaltensweisen treten bei ihnen häufig auf. Die Diskussion über einen alles umfassenden Oberbegriff wird schon lange kontrovers geführt (vgl. Nitzschmann 2002), wobei *Schulverweigerung*, *Schulvermeidung* und die englisch-lateinische Anleihe *Schulabsentismus* sich in der Gunst abwechseln. Wer mit einem Kind arbeitet, das unter einer akuten, Panik erzeugenden Schulphobie leidet, findet in diesem Zustand sehr wenig, was an eine Verweigerung erinnert, die auch nach der im Duden zu findenden Definition (2003) ein eher bewusstes, intentionales Verhalten beinhaltet. Bei einer Schulphobie treten nicht selten lähmende, auch lärmende Ängste zusammen mit zum Teil massiven körperlichen Beschwerden auf, die es angemessener erscheinen lassen, dieses Verhalten im Lichte einer regressiv-vermeidenden und aus Sicht des Kindes nahezu lebensrettenden Maßnahme zu sehen. Diese und andere semantische Lösungsversuche wirken deswegen so unbefriedigend, weil damit ein gemeinsames Dach über zwei weit auseinander stehenden Gebäude errichtet werden soll, was enorme statische Probleme nach sich zieht. Wenn angenommen wird, dass es zwei verschiedene Grundlagen für unerlaubtes Fernbleiben von der Schule gibt (grob gesagt: „Angst“ und „Nicht-Angst“), wird es kaum jemals einen wirklich passenden Oberbegriff für beide geben können. Es ist wenig dadurch gewonnen, wenn diesem Zustand nicht auch sprachlich Rechnung getragen wird. Deshalb wird in dieser Arbeit schlicht von „*Schulängsten*“ in der Mehrzahl die Rede sein, wobei damit sowohl *Schulangst* als auch *Schulphobie* in der bei Lehmkuhl et al. (2003) beschriebenen Definition gemeint sind. Nach der dortigen Beschreibung zu urteilen, handelt es sich beim *Schulschwänzen* überwiegend um ein dissoziales Verhalten, bei dem der Begriff Verweigerung angemessen erscheint.

Die drei oben erwähnten und am häufigsten vertretenen Therapieverfahren (eine Arbeit zu diesem Thema aus gesprächstherapeutischer Sicht ist mir noch nicht bekannt) haben naturgemäß unterschiedliche Sicht- und Vorgehensweisen im jeweili-

gen Umgang mit Schulängsten. *Systemische Ansätze*, hier am Beispiel der Arbeit von Schweitzer und Ochs (2003), setzen sich im Vorfeld auch mit gesellschaftlichen Strukturen auseinander; sie gehen bei der Entstehung des Problems von Beziehungskonflikten aus, betonen die häufige Komorbidität der Eltern und beschreiben die Bedeutung von dämpfenden und verstärkenden Prozessen innerhalb verschiedener Systemebenen. In der therapeutischen Behandlung plädieren sie für eine positiv-konnotierende Haltung bezogen auf verschiedene logische Ebenen und arbeiten in der (Familien-)Therapie vorzugsweise mit paradoxen Interventionen. Verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Maßnahmen seien oft flankierend einzusetzen. *Kognitive Verhaltenstherapeuten* sehen Ursachen für Schulängste unter anderem in einer Kombination aus behavioraler Inhibition (zurückgezogenes, vorsichtiges Verhalten als Charaktermerkmal) und einem unsicheren Bindungsstil („Integriertes behaviorales Inhibition-Attachment-Modell“) oder in der chronischen Überaktivierung von im Gedächtnis verankerten Gefahrenschemata zusammen mit dem Vorliegen kognitiver Defizite und Verzerrungen („Kognitives Modell“; vgl. Schneider 2004). In der Behandlung wird die Wirksamkeit unter anderem von Expositionstraining, Entspannungsverfahren, kognitiver Umstrukturierung und Belohnung betont (Ihle et al. 2003). In seinem Aufsatz über die *analytische Behandlung* von schulphobischen Kindern geht Oelsner (2003) von einer Fixierung in dyadischen Beziehungsstrukturen sowie von ausagierten Widerständen in Form von Verweigerung aus. Es fehle ein triangulierendes Objekt, dessen Einsetzung therapeutisch zu forcieren sei. Streng genommen sieht Oelsner die Indikation für eine analytische Behandlung nur bei der Diagnose Schulphobie; bei Schulangst seien eher reale Ängste und kein neurotischer Konflikt vorhanden, zumindest nicht beim Kind, und Verhaltenstherapie sei eher indiziert. Auch wenn ein verhaltenstherapeutischer Ansatz bei einer Schulangst oft sehr hilfreich ist – hier eine fehlende Indikation für ein analytisches Verfahren zu sehen, überzeugt noch nicht. Bei vielen dieser Kinder und deren Eltern liegt oft genug auch eine erhebliche Selbstwertstörung vor, die auf eine tiefenpsychologisch-fundierte Behandlung mit Ich-stützenden Elementen gut anspricht.

## 2 Aus der Praxis

Im klinischen Alltag überschneiden sich die einzelnen Ansätze weit mehr als angenommen wird. Aus meiner Erfahrung mit gelungenen und fehlgeschlagenen Behandlungen mit Schulängsten habe ich über die Jahre jene Elemente – ganz gleich von welcher theoretischer Grundlage – zu bestimmen versucht, die meiner Einschätzung nach im Gesamtkomplex der Therapie zum Erfolg beigetragen haben oder hätten, wenn sie von mir nicht übersehen worden wären. In dieser Arbeit geht es nicht primär um die Genese der Störung oder um das, was sich in psychotherapeutischen Sitzungen ereignet, sondern auch und eher darum, was außerhalb und am Rande davon noch zu berücksichtigen ist, damit das schulängstliche Kind und seine Familie möglichst bald ihre unterbrochene Entwicklung fortsetzen können. Sie ist empirisch entstanden, befasst sich eher mit technischen Fragen und möchte so verstanden werden. Durch „trial and error“ sowie durch Hinweise von erfahre-

nen Kollegen ist eine Art Checkliste entstanden, eine in knapper Form verfasste Sammlung von Grundsätzen, Gedächtnisstützen und Interventionsideen, die ich während einer Behandlung häufig durchblättere und mit Ergänzungen und Streichungen versehe. Bei keiner anderen Störung habe ich den Wert einer integrativen Vorgehensweise mehr schätzen gelernt als bei Schulängsten. Die einzelnen unten aufgeführten Punkte spiegeln daher mein Bestreben wider, progressionsfördernde Ansätze verschiedener therapeutischer Richtungen zu integrieren. Selbstverständlich gleicht keine Familie der anderen. So sehr ich es mir wünsche, kein Rezept ist geeignet, allen gerecht zu werden. Dennoch erweist sich dieser Leitfaden häufig als hilfreich, vorausgesetzt, er wird mit der gebotenen Flexibilität und kritischen Distanz angewandt. In erster Linie ist er als eine Unterstützung unserer Kreativität bei der Organisation einer Behandlung gedacht, die uns oft genug vor Rätsel stellt, leicht in Widersprüche verwickelt und unsere klinischen Grenzen aufzeigt.

Die Reihenfolge der nachfolgenden Punkte ist weder willkürlich, noch ist sie als zwingend chronologisch anzusehen.

1. An erster Stelle steht die differentialdiagnostische Klärung. Handelt es sich um eine *Schulangst* (Angst vor Leistungsanforderungen, Lehrern, Mitschülern), um eine *Schulphobie* (Trennungsangst, körperliche Symptome) oder um *Schulschwänzen* (keine Ängste, ohne Wissen der Eltern, aggressive und dissoziale Elemente) (Lehmkuhl 2003). Die Antwort darauf – falls keine Mischform diagnostiziert wird – erlaubt eine (sehr) grobe Indikationsorientierung bezüglich therapeutischer Maßnahmen: Schulangst = verhaltenstherapeutisches, systemisches, tiefenpsychologisch-fundiertes Vorgehen; Schulphobie = eher analytisches Vorgehen; Schulschwänzen = Kontakt zum Jugendamt, wobei später, nach einer behördlichen und eventuell sozialtherapeutischen Intervention, eine weitere Indikationsüberprüfung je nach gewonnen Erkenntnissen über die Familiendynamik und Differentialdiagnose erfolgen muss – in vielen Fällen kann sich auch hier eine Psychotherapie oder Familientherapie lohnen.
2. In allen Phasen der Behandlung steht die Beantwortung einer weiteren Frage im Mittelpunkt: Welche Funktion, welchen tieferen Sinn haben die Schulängste für diese Familie? Die zunächst vielleicht selbstverständlich erscheinende Antwort ist oft vielschichtiger, schwerer greifbar und veränderlicher als anfangs gedacht. Hinter anfänglichen manifesten Konflikten mit einem Lehrer verbergen sich oft Ängste vor Leistungsversagen, vor überhöhten Leistungserwartungen seitens der Eltern und Großeltern, vor einer Trennung der Eltern oder auch Ängste der Eltern im Zusammenhang mit unverarbeiteten früheren Verlusten etc. Oft genug handelt es sich um ein Mosaik bestehend aus diesen und anderen Ursachen, das erst nach und nach erkennbar wird. Ohne ein möglichst vollständiges Bild dieser wechselhaften Hintergründe werden wir Mühe haben, der Familie zu helfen.
3. Es ist ratsam, beim Erstkontakt auf eine sofortige Darstellung der Problematik durch die Familie zu verzichten. Wesentlich hilfreicher für den weiteren Verlauf der Zusammenarbeit ist es, wenn der Therapeut zunächst mit dem Kind – in Gegenwart der Eltern – ein ausführliches Interview über die Aktivitäten des Kindes in seiner Freizeit führt: Hobbys, Sport, Musik, Sammlungen, Vereine und all jenes, wofür sich das Kind begeistern kann, wo es sich gesund fühlt, wo es Aktivi-

täten mit Freunden unternimmt und woraus es Kraft schöpft. Erst nachdem eine Beziehung zu den gesunden Seiten seiner Persönlichkeit hergestellt worden ist und nachdem das Kind spürt, dass diese Seiten wahrgenommen und gewürdigt werden, kann man mit ihm vereinbaren, auch über die schwierigen Dinge zu reden. Der Selbstwert fast all dieser Kinder hat in den Wochen nach Beginn der Symptomatik einen Tiefpunkt erreicht, und eine erneute detaillierte Schilderung des Problems vor einem zunächst völlig fremden und aus Sicht des Kindes einflussreichen Erwachsenen richtet erheblichen Schaden an. Stattdessen sollte unser Bestreben sein, Selbstvertrauen und ein positives Selbstbild von der ersten Minute an zu fördern (Fürstenau 1994, 2001).<sup>2</sup>

4. Eine normative oder gar moralisierende Einstellung zum Schulbesuch des Kindes sollte anderen Instanzen überlassen werden: Eltern, Schule, Ordnungsamt, Jugendamt, Polizei, Familiengerichte. Wenn ein Kind seit Langem die Schule nicht besucht hat, wird es in der Zwischenzeit jedes nur erdenkliche Argument, weshalb dieses Verhalten sanktioniert wird, vielfach gehört und vermutlich verinnerlicht haben. Befragen wir dazu das Kind, werden wir feststellen, dass ihm sämtliche Drohungen bereits vertraut sind. Weitere Wiederholungen aufzuzählen hilft nicht. Unsere Position in diesem Gebilde müsste in einer fast gleichmäßigen Nähe zu allen Beteiligten sein, mit einer leichten Tendenz zum Erleben des Kindes.
5. Bei allem Respekt vor der Not und Erkrankung in der Familie: ein voreiliges Ausschalten der eben erwähnten Instanzen ist kontraindiziert. Der Druck aus diesen Quellen kann in den meisten Fällen auch als eine Ressource angesehen werden. Bei zahlreichen Familien entsteht unnötigerweise eine schwere Chronifizierung der Schulängste dadurch, dass Kinder unbedacht und übermäßig lange krankgeschrieben werden, ohne dass die Krankschreibung mit der sofortigen Einleitung psychotherapeutischer Maßnahmen verknüpft wird. Bei der Frage nach behördlichen Konsequenzen ist es vielfach und vor allem bei Jugendlichen ratsam, ein Bußgeldverfahren in gemeinnützige Arbeitsstunden umzuwandeln, die der Jugendliche selbst zu leisten hat.
6. Vor allem bei einer Schulphobie, allerdings auch häufig bei einer Schulangst, kann nach meiner Erfahrung auf eine intensive Psychotherapie des Kindes (zwei Mal wöchentlich), bei der es ausreichend Gelegenheit zur freien Spiel- und Gesprächsentfaltung bekommt, nicht verzichtet werden. Nur durch die Psychotherapie können die intrapsychischen Grundlagen der Störung, die Ängste und die abgewehrten aggressiven Impulse bearbeitet und das stark unter Druck stehende Kind dosiert entlastet werden.

<sup>2</sup> In der Elternarbeit zu diesem Thema male ich am Flipchart oft eine primitive dreidimensionale Zeichnung zweier runder Kuchen – jeweils stellvertretend für den Menschen – von schräg oben gesehen. In jedem ist ein schmales Stück – „Das Problem“ – erkennbar angeschnitten: In dem einen Kuchen auf der Vorderseite, im anderen auf der Rückseite. Im Erstgespräch wird uns üblicherweise der Kuchen mit dem Problem-Stück im Vordergrund präsentiert; es springt uns so sehr ins Auge, dass der ganze gesunde Rest im Hintergrund weniger sichtbar ist. Unsere Aufgabe lässt sich mit dem Drehen des Kuchens um 180° vergleichen: Das Problem ist dann auf der Rückseite noch gut zu erkennen, und seine bislang so dominante Wirkung wird jetzt durch den gesunden Rest relativiert.

7. Es ist hilfreich, damit zu rechnen, dass in der Spieltherapie bald sadistische Inhalte zum Vorschein kommen, dass der Therapeut im Spiel willkürlich erschossen, erdolcht, eingekerkert, ausgeschlossen, ausgelacht wird. Heftige Übertragungen und projektive Identifikationen sind wegen der Notlage dieser Kinder oft anzutreffen. Sie müssen vom Therapeuten angenommen und in verarbeiteter Form dem Kind wieder zur Verfügung gestellt werden.<sup>3</sup>
8. Die begleitende Beratung der Eltern sollte in der akuten Phase der Ängste möglichst wöchentlich, mindestens 14-tägig stattfinden. Mehr als in vielen anderen Behandlungen muss hier die therapeutische Arbeit breit angelegt und mit verschiedenen Stellen gut koordiniert werden, und bei jedem Schritt müssen Eltern und Kind lange im Vorfeld einbezogen werden. Die vielfältigen Ängste der Eltern, vor allem *ihre* vor- und unbewussten Trennungsängste und aggressiven Impulse, müssen einen Fokus bilden. Ohne es zu wissen, können auch sie in vielen Fällen nicht loslassen.
9. Der Kontakt mit der Schule ist zu verschiedenen Zeiten der Behandlung unerlässlich, vor allem während der Diagnostik- und in der Wiedereingliederungsphase, in der die Belastung des Kindes gesteuert werden muss. Die Organisation von Unterricht zu Hause und Ähnlichem sollte in der Hand der Eltern bleiben und ausführlich mit ihnen besprochen werden.
10. Die Erstellung eines umfassenden Genogramms über mindestens drei Generationen mit Fokus auf Beziehungs- und Bindungsqualität ist an Wirksamkeit für den Behandlungsprozess kaum zu überschätzen (vgl. Brisch 2003; McGoldrick u. Gerson 2002; Morin 1998; Schweitzer u. Ochs 2003). Genogramme bieten mit Hilfe sachlicher, neutraler, distanzierter Fragen einen fast direkten Zugang zu komplexem, emotional besetztem Familienmaterial. Auf einer symbolischen Ebene werden so oftmals Personen und Beziehungskonflikte in die Behandlung hineingetragen, die zwar auf die Familiendynamik viel Einfluss ausüben, aber sonst erst sehr viel später – oder gar nicht – eine Rolle im Beratungsprozess spielen würden. Das gemeinsame Sammeln von Informationen – auf einem Flipchart und zusammen mit der ganzen Familie – kann rigide Familiensysteme lockern und Therapeuten wie Klienten helfen, bisher verborgen gebliebene Zusammenhänge zu erkennen. Darüber hinaus kann die Visualisierung durch das Genogramm es dem Therapeuten erleichtern, komplizierte Familiensysteme ins Langzeitgedächtnis aufzunehmen.

---

<sup>3</sup> In der Arbeit mit Kindern nimmt man die zugewiesene Rolle in der Spieltherapie bereitwillig an und kostet sie zunächst aus. Wir dürfen annehmen, dass uns das Kind durch diese Zuweisung an seinem inneren Erleben teilhaben lässt; genauso fühlt es sich, und so fühlt es sich im mehr oder minder übertragenen Sinne von anderen behandelt. Da die Lage, in der sie sich befinden, viele Kinder (und Jugendliche und Erwachsene) überfordert, sorgen sie unbewusst durch Projektion dafür, dass andere ebenfalls diesen Empfindungen ausgesetzt werden, wodurch eine Entlastung möglich ist. Wenn wir diese Rolle im Spiel eine Weile übernehmen, nach und nach die innere Befindlichkeit dieses Charakters kennen lernen, verbalisieren und dem Kind zeigen, wie man mit so einer misslichen Lage zurechtkommen kann, schaffen wir auf diese Weise die Voraussetzungen dafür, dass das Kind unsere Erfahrungen mit seinem Erleben in einer von uns verarbeiteten Form wieder annehmen kann. Dieser Prozess kann Wochen, unter Umständen auch viel länger andauern (vgl. Odgen 1988).



11. Eine positiv konnotierende Haltung im Umgang mit der Symptomatik ist zur Förderung eines positiven Selbstwertgefühls aller Beteiligten in jedem Fall hilfreich. Hier handelt es sich keineswegs um eine Umdeutung im Dienste der Verleugnung, um ein Schönreden, wie so häufig als Einwand zu hören ist. Positiv konnotieren bedeutet, aus den zahlreichen möglichen, logischen und legitimen Betrachtungsweisen eines Problems genau jene ausfindig zu machen, die erstens dem problematischen Inhalt in einem progressiven Sinne am ehesten gerecht wird; der zweitens nichts Krankhaftes bzw. Unveränderliches anhaftet; die drittens die schwierige Lage des Klienten berücksichtigt und eine Rückmeldung an ihn beinhaltet, warum auf dem Hintergrund seiner Genese dieses Verhalten einen Sinn ergibt und die viertens die Annahme enthält, dass dieses Verhalten aus einer positiv zu verstehenden Motivation heraus entstanden ist. Eine Umdeutung, die an den Haaren herbeigezogen wirkt, von der der Therapeut selbst nicht überzeugt ist und die mit dem Wort „aber“ statt „und“ eingeleitet wird, nützt wenig. Es geht um die konsequente und vielfältige Vermittlung unserer Überzeugung, dass das unerwünschte Verhalten, so störend es sein mag, gleichzeitig eine Ich-Leistung darstellt, die es verdient, gewürdigt zu werden und die im Lichte der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Klienten logisch und sinnvoll erscheint (vgl. Freud 1980).<sup>4</sup> Trotz allem beinhaltet das Symptom die *zur Zeit* bestmögliche Lösung eines schwer lösbaren Problems. Andere, noch weit sinnvollere Lösungen werden in der nun beginnenden Therapie gefunden. Diese Haltung bewirkt viel Gutes; vor allem wirkt sie unmittelbar einem weiteren Selbstwertverfall aller Beteiligten entgegen. Sie ermöglicht eine deutende Rückmeldung schwieriger Zusammenhänge an Familien viel früher, als sonst im psychotherapeutischen Setting üblich ist und sie entlastet und erleichtert es den Klienten, sich von nicht mehr angemessenen Überzeugungen, Einstellungen oder Erwartungen zu distanzieren. Darüber hinaus hilft uns die Annahme oder die Unterstellung positiver Beweggründe, heftige Gegenübertragungsgefühle zu bewältigen und gewinnbringend für die Behandlung einzusetzen (vgl. Fürstenau 1994, 2001).<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Es handelt sich hier u. a. um konsequent zu Ende gedachte Annahmen der psychoanalytischen Ich-Psychologie, erkennbar bereits in den 1936 erschienenen Arbeiten Anna Freuds, vermutlich auch früher. Eine hilfreiche Weiterentwicklung setzte mit dem systemischen Ansatz von Bateson, Watzlawick, Haley etc. ein. Diese ressourcenorientierte Sichtweise löste die in der Psychoanalyse weit verbreitete defizitäre Sichtweise ab. Eine gelungene Synthese beider Richtungen findet man bei Fürstenau (2001).

<sup>5</sup> Die Literatur ist reich an Beispielen gelungener Umdeutungen (vgl. vor allem Watzlawick et al. 1974). Fast jedem ist die Pionierarbeit von „Tom Sawyer“ (Clemens 1876) bekannt, der das lästige Streichen eines Zauns seinen zunächst höhnischen Freunden gegenüber als einmalige Chance darstellte – was Arbeit durchaus sein kann – und sich am Ende dafür fürstlich entlohnen ließ, dass die Freunde ihm die Arbeit abnehmen durften. Etwas weniger gelungen, dafür zeitlich und räumlich näher ist das Beispiel unter Punkt 5, wo aus z. T. bedrohlichen und sanktionierenden Instanzen Ressourcen werden, was sie oft genug sein können. In einem verwandten Sinne bringen Schulängste zweifellos viele Unannehmlichkeiten mit sich, während sie gleichzeitig in vielen Fällen das Kind beispielsweise vor Leistungsversagen und unerträglichen Trennungsängsten schützen, abgewehrte aggressive Impulse fernhalten oder eine Trennung der Eltern verhindern. Darüber hinaus hat das Unbewusste des Kindes dieses Verhalten nicht zufällig gewählt, sondern bestimmte Lebenserfahrungen und aktuelle Beziehungen haben den Weg dorthin vorgezeichnet. Unsere Intervention sollte vor allem diese beiden Bereiche – der zunächst wenig sichtbare progressive Lösungsversuch im gewählten Verhalten und eine positiv formulierte Hypothese darüber, welche Lebenserfahrungen zu dieser Lösung geführt haben – miteinander verknüpfen (vgl. Fürstenau 1994).

12. Durch eine sorgfältige und *immer wieder* zu thematisierende Alltagsstrukturierung sollte dafür gesorgt werden, dass kein sekundärer Krankheitsgewinn entsteht. Das Kind ist und bleibt Schüler, die Schule ist sein Beruf. Es soll also wie an einem normalen Schultag aufstehen, sich anziehen, Hausaufgaben machen, Vokabeln üben etc.; kein Computer, kein Fernseher, kein Urlaubsgefühl. Ab Ende des Schultags kann ein „normales“ Familienleben wieder zugelassen werden. Das Kind soll zu regulären Schultagzeiten ins Bett gehen. Bei länger anhaltenden Schulängsten geht diese Strukturierung leicht verloren und muss deswegen immer wieder eingerichtet werden.
13. Bei anhaltender Symptomatik sollte zu Hause ein ernst zu nehmender Unterricht mit Schulcharakter und mit einem professionellen Lehrer organisiert werden. Manche Schulen bieten diesen Unterricht an.
14. Eltern und Therapeut sollten das Kind immer wieder bestätigen und würdigen, wenn es als mutig zu verstehende Schritte unternimmt, wie zum Beispiel ein Treffen mit Freunden am Nachmittag, nachdem es lange das Haus nicht verlassen konnte. Dies sollte dem Kind gegenüber so interpretiert werden, dass es offensichtlich große Fortschritte gemacht hat und bald wieder die frühere selbstverständliche Selbstsicherheit zurückerobert wird.
15. Die Eltern sollen zusammen mit dem Kind das Schulgelände mehrmals in der Woche besuchen, dort ausgedehnte Spaziergänge machen, Ball spielen, an die Tür gehen. Am Anfang ist diese Aufgabe meist nur außerhalb der Schulzeit zu bewältigen.
16. Der Einsatz paradoxer Interventionen sollte in Erwägung gezogen werden, vor allem bei Familien, in denen sich lange Zeit wenig bewegt oder in denen der Leidensdruck der Eltern eher schwach ausgebildet ist (vgl. Watzlawick et al. 1974). Es wäre beispielsweise daran zu denken, die übermäßigen und in aller Regel äußerst ambivalenten Nähebedürfnisse zwischen Eltern und Kind, die zu einem späteren Behandlungszeitpunkt häufig bei beiden Elternteilen einen aus therapeutischer Sicht willkommenen Leidensdruck erzeugen, aus der Zukunft in die Gegenwart zu verlagern. Um das zu erreichen, könnte schon jetzt eine übermäßige Nähe verschrieben werden. Weitere, bisweilen noch ungewöhnlichere Formen paradoxer Interventionen finden sich unter anderem bei Schweitzer und Ochs (2003).
17. In mindestens zwei Kliniken sollten die Eltern Vorgespräche für eine stationäre Behandlung führen. Hier geht es sowohl um eine sinnvolle und realitätsgerechte Zukunftsplanung, als auch um die Vermittlung der Ernsthaftigkeit der Lage und der Entschlossenheit der Eltern an das Kind. Manche Kinder können sich erst dann auf therapeutische Angebote einlassen, wenn ihnen die Alternativen am Horizont wirklich unangenehm erscheinen.
18. Jede nur erdenkliche Trennungssituation zwischen Eltern und Kind soll geübt werden. Denkbar sind beispielsweise eigenständiges Brötchenholen oder dass die Eltern während der Therapiesitzung nur dann im Wartezimmer auf das Kind warten, wenn es anders nicht geht.
19. Die Standfestigkeit der Eltern sollte in der Therapie regelrecht geübt werden, damit sie in den zahlreichen Situationen zu Hause bestehen können, in denen

das Kind auf Grund seiner Ängste um Nachsicht bittet und bettelt, Nachsicht in diesem Fall aber nicht oder nicht mehr hilfreich erscheint. Dies ist vor allem dann notwendig, wenn eine Reduzierung der akuten Ängste erkennbar wird und das Kind nun von einem leichten Stoß in der Zukunft profitieren würde. Dabei sind die zu erwartenden Nähewünsche des Kindes nicht nur zuzulassen, sondern ausdrücklich zu begrüßen. Gleichzeitig sollte dem Kind vermittelt werden, dass die Eltern diese Schritte vom Kind erwarten und ihm zutrauen und zumuten.

20. Wenn die Schulklasse auswärtigen Unterricht plant, zum Beispiel einen Ausflug ins Museum oder eine Wanderung, sollte jeder Versuch unternommen werden, damit sich das Kind daran beteiligen kann. Diese Gelegenheiten, wenn mit der Klasse gut vorbereitet („Bleib doch, wir wollen dich hier haben ...“), können eine wichtige Nahtstelle auf dem Weg zurück in den normalen Unterricht sein. In diesem Zusammenhang müssen wir auch in einem Praxissetting bei kurzfristig abgesagten Terminen flexibel sein. Manche spontane Verabredungen der Kinder können der Genesung förderlicher sein als eine Therapiesitzung.
21. Wichtig ist auch der Hinweis, dass diese „blöden Gefühle in der Magengegend“, die nicht nur beim Kind auftreten können, völlig normal sind und nach der Rückkehr in die Schule jeden Morgen kurz auftreten und fünf Minuten später verschwinden werden. Auch hier ist die Standfestigkeit der Eltern einzuüben. Es ist in vielen Fällen hilfreich, paradoxerweise und allen Ernstes alle Beteiligten aufzufordern, diese „Schmetterlinge im Bauch“ bereits im Vorfeld bewusst zu erzeugen, damit sie den Eindruck bekommen, sich damit besser vertraut gemacht und mehr Kontrolle darüber erlangt zu haben.
22. Nach der Wiederaufnahme des Schulbesuchs sollte damit gerechnet werden, dass Unterbrechungen durch Ferien oder Erkrankungen alte Ängste wieder aufleben lassen. Diese Zusammenhänge müssen unbedingt lange im Vorfeld mit der Familie und in der Einzeltherapie besprochen werden. Hier kann es ebenfalls sinnvoll sein, das Kind aufzufordern, die Angstgefühle schon während der Ferien etc. bewusst herbeizuführen.
23. Bei Behandlungsfortschritten sollte den Eltern und dem Kind gegenüber immer wieder betont werden, dass *sie* es sind, die durch ihre starke Motivation, ihre konsequente Haltung und mutiges Handeln die positiven Veränderungen herbeigeführt haben. Wiederholtes Beglückwünschen und Aufforderungen, den offenbar erfolgreichen Weg fortzusetzen, ist hilfreich. Dies verlangt vom Therapeuten jedoch, den eigenen Narzissmus im Zaum zu halten.
24. Die Verantwortung für den Schulbesuch bleibt bei den Eltern, nicht beim Therapeuten. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls mit immer wiederkehrenden Übertragungen und projektiven Identifikationen zu rechnen, bei denen der Therapeut die Aufgabe zugewiesen bekommen kann, die treibende Kraft für den Schulbesuch zu sein und für dessen Durchsetzung sorgen zu müssen. Dies ist nicht weiter verwunderlich, denn der Druck, der auf der Familie lastet und der unbewusste Drang, ihn mit jemandem zu teilen, sind erheblich. Auch hier gilt, das Übertragene und Projizierte vorübergehend anzunehmen, um dann *in derselben Sitzung (!)* die Verantwortlichkeit wieder zu klären. Wenn es uns ge-

lingt, eine positiv konnotierende Haltung beizubehalten und uns den therapeutisch sinnvollen Umgang mit einer projektiven Identifikation rechtzeitig ins Gedächtnis zu rufen, bleibt die Idee zu einer gewinnbringenden Intervention sicher nicht aus.

25. Geduld mitbringen: auch unter idealen Bedingungen bleiben viele Kinder der Schule Monate fern, und manche Familien kommen um eine stationäre Behandlung nicht herum. Angesichts der langen Wartezeiten für klinische Behandlungsplätze ist es auch deswegen für die Familie ratsam, sich rechtzeitig um Vorgespräche in Kliniken zu bemühen. Dieses sollte der Familie bald nach Beginn der Behandlung mitgeteilt werden.

### 3 Schlussbemerkung

Diese Liste ist überwiegend ein Produkt klinischer Arbeit. In keiner Behandlung kommen alle Hinweise zum Tragen, und in der Arbeit mit manchen Familien können einzelne Punkte sogar kontraindiziert sein. Hier gilt es, Brauchbares zu nutzen und Unpassendes zu verwerfen. Der Leitfaden ist über einen langen Zeitraum gewachsen und schon immer einer dauerhaften Veränderung unterworfen. Dieser Prozess endet auch nicht hier, und bis zur Veröffentlichung wird es vermutlich weitere Ergänzungen und Verfeinerungen geben, die ich Patienten und Kollegen zu verdanken haben werde. Freuen würde es mich, wenn Kollegen für ihre Patienten Nutzbringendes darin finden und mir weitere Anregungen mitteilen würden.

### Literatur

- Brisch, K. H. (2003): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clemens, S. L. (Twain, M.) (1956): Tom Sawyer. New York: The Heritage Press.
- Duden (2003): Deutsches Universalwörterbuch. Mannheim: Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG.
- Freud, A. (1980): Das Ich und die Abwehrmechanismen. In: Freud, A.: Die Schriften der Anna Freud. München: Kindler.
- Fürstenau, P. (1994): Entwicklungsförderung durch Therapie – Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Stuttgart: Pfeiffer.
- Fürstenau, P. (2001): Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G. (2003): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 409–424.
- Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U. (2003): Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 371–386.
- McGoldrick, M.; Gerson, R. (2002): Genogramme in der Familienberatung. Bern: Huber.
- Morin, D. (1998): GenoPro Beta. Computerprogramm für die Erstellung von Genogrammen (erhältlich im Internet unter [www.genopro.com](http://www.genopro.com)).
- Nitzschmann, K. (2002): Die Schule als symbolischer Austragungsort für entwicklungsbedingte Konflikte – Zum Verständnis von Schulvermeiden und Weglaufen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 31: 144–150.

- Oelsner, W. (2003): Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 425–439.
- Ogden, T. H. (1988): Die projektive Identifikation. *Forum der Psychoanalyse* 4: 1–21.
- Schneider, S. (2004): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Springer.
- Schweitzer, J.; Ochs, M. (2003): Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 440–455.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. H.; Fisch, R. (1974): *Change – Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton.

**Korrespondenzadresse:** Matthew Sampson, Kurze Straße 17, 37073 Göttingen;  
E-Mail: [praxissampson@aol.com](mailto:praxissampson@aol.com)