pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Lehmkuhl, Gerd; Flechtner, Henning; Lehmkuhl, Ulrike

Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 6, S. 371-386
urn:nbn:de:0111-opus-9450

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht V&R

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

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

ÜBERSICHTSARBEITEN

Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze

Gerd Lehmkuhl, Henning Flechtner und Ulrike Lehmkuhl

Summary

School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches

In many cases the refusal of school is one manifestation of a complex psychiatric disorder. There is an increased comorbidity with depression, phobia and other anxiety disorders. The program of therapy should be conceptualized as multimodal. In general there is no rapid remission of the symptoms. As catamnestic studies proved, long-term consequences should be anticipated concerning the occupational integration as well as further psychiatric morbidity. Triggering and sustainable factors are heterogeneous and there is no typical psychosocial pattern.

Keywords: school refusal – comorbidity – multimodel therapy – catamnestic studies

Zusammenfassung

Schulverweigerung ist häufig Ausdruck einer komplexen psychiatrischen Störung. Es besteht eine erhöhte Komorbidität mit Depressionen, Phobien sowie anderen Angststörungen. Therapieprogramme sollten multimodal konzipiert sein und es ist nicht davon auszugehen, dass es zu einer raschen Rückbildung der Symptomatik kommt. Katamnestische Studien belegen eindrucksvoll, dass mit Langzeitfolgen gerechnet werden muss sowohl hinsichtlich der beruflichen Integration als auch der weiteren psychiatrischen Morbidität. Auslösende und aufrechterhaltende Faktoren sind heterogen und es findet sich kein typisches psychosoziales Belastungsmuster.

Schlagwörter: Schulverweigerung – Komorbidität – multimodale Therapie – Katamnesen

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 52: 371-386 (2003), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 2003

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

1 Einleitung

Die diagnostischen Leitlinien für das Symptom Schulverweigerung (school refusal) verdeutlichen, dass es sich nicht um ein einheitliches Störungsbild handelt, sondern umfangreiche diagnostische und therapeutische Maßnahmen notwendig sind (King u. Bernstein 2001). Während in der ersten Ausgabe des Lehrbuchs von Rutter und Hersov (1985) der Schulverweigerung noch ein eigenes Kapitel eingeräumt wurde, tritt sie in der aktuellen 5. Auflage nur noch im verhaltenstherapeutischen Kapitel unter den emotionalen Störungen auf (Rutter u. Taylor 2002, S. 908). Schulverweigerung wird hierbei als ein heterogenes Problem charakterisiert, das bekannt für seine konzeptuelle Komplexität sei. Dass unterschiedliche Formen der Schulverweigerung mit heterogener Ätiologie existieren, wurde bereits von Davidson (1961) sowie Hodgman und Braiman (1965) kritisch angemerkt: Schulphobie sei keine diagnostische Entität, sondern es würde sich um einen Symptomkomplex handeln. Schlung (1987) kam bei einer kritischen Sichtung der Literatur zu dem Schluss, dass die Mehrzahl der Autoren von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge ausgeht, das sich vom nosologischen Standpunkt aus nur schwer als eigenes Krankheitsbild definieren lasse. Ähnlich argumentieren King und Bernstein (2001), wenn sie die Literatur der vergangenen zehn Jahre dahingehend interpretieren, dass die Heterogenität des Phänomens Schulverweigerung und die stark variierenden familiären Hintergrundfaktoren weitere Forschungsanstrengungen notwendig machen mit dem Ziel, diagnostische und therapeutische Ansätze besser zu verbinden.

2 Klassifikation und Epidemiologie

Kearney und Silverman (1996) definieren Schulverweigerung als ein Verhalten, bei dem es aus durch das Kind motivierten Gründen nicht möglich ist, die Schule zu besuchen oder den Schultag durchzuhalten. Diese Definition schließt Jugendliche ein, die den Schulbesuch völlig eingestellt haben, die Schule nur mit Verspätung aufsuchen können, mit körperlichen Beschwerden oder sie aus mangelnder Motivation bzw. subjektivem Krankheitsgefühl nach kurzer Zeit wieder verlassen (Lee u. Miltenberger 1996). In den Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003) besteht ein zentrales Leitsymptom der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters in der Weigerung, zur Schule zu gehen, um bei der Bezugsperson oder zu Hause bleiben zu können. In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling et al. 1991) wird die Trennung von einer Hauptbezugsperson als das gemeinsame Element der verschiedenen Angst auslösenden Situationen definiert. Schulverweigerung bzw. Schulphobie beruhe oft auf Trennungsangst, manchmal (besonders während der Adoleszenz) jedoch nicht. Schulverweigerung, die erstmals während der Adoleszenz aufträte, sollte hier nicht klassifiziert werden, es sei denn, sie sei primär eine Funktion der Trennungsangst und übermäßige Angst sei bereits erstmals während des Vorschulalters vorhanden gewesen. Seien die Kriterien nicht erfüllt,

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

dann solle das Verhalten den phobischen Angst- bzw. Anpassungsstörungen zugeordnet werden.

Die Differentialdiagnose der Schulverweigerung muss zwischen Schulphobie, Schulangst und Schulschwänzen getroffen werden. Die Abgrenzung zum Schulschwänzen (truancy) gelingt meist unproblematisch, da Schule schwänzende Kinder keine Angst vor der Schulsituation haben, das Fernbleiben ohne Wissen der Eltern geschieht und körperliche Symptome eher selten auftreten, während aggressive und dissoziale Verhaltensweisen im Vordergrund stehen. Bei der Schulangst lassen sich die Auslöser zumeist auf die Schulsituation bzw. den Schulweg zurückführen. Hierzu gehören auch Angst vor Leistungsanforderungen bzw. Klassenarbeiten, Mitschülern und Lehrern. Damit verbunden sind häufig Gefühle der Demütigung und Bloßstellung sowie eine starke Selbstunsicherheit einschließlich sozialer Ängste. Bei der Schulphobie liegt hingegen ein Vermeidungsverhalten vor ohne direkten Bezug zur Schulsituation. Eine zentrale Rolle spielen Trennungsängste, die Verweigerung geschieht mit Wissen der Eltern. Häufig stehen körperliche Beschwerden im Vordergrund, für die jedoch keine organische Ursache gefunden werden kann. Der diagnostische Entscheidungsprozess beim Symptom „Nichterscheinen in der Schule" hat zu klären, ob bei dem Kind körperliche Erkrankungen vorliegen, es sich während der Schulzeit zu Hause aufhält, es aktiv zu Hause gehalten wird, ob ein Vermeidungsverhalten ohne direkt erkennbaren Bezug auf die Schulsituation besteht oder Ängste durch die Schule selbst unterhalten werden (Berg et al. 1969, 1976; Poustka 1980).

Die Prävalenzangaben für die Schulverweigerung liegen bei 5% aller Schulkinder, die Zahl in einigen Großstädten kann bedeutend höher sein (Burke u. Silverman 1987; Kearney u. Roblek 1997; King et al. 1995). Obwohl das Phänomen Schulverweigerung alle Klassenstufen betreffen kann, gibt es besonders anfällige Altersgruppen. Diese liegen nach Ollendick und Mayer (1984) zwischen dem 5. und 6. bzw. 10. und 11. Lebensjahr. In einer eigenen Untersuchung betrug das mittlere Alter bei der Vorstellung 12,5 Jahre, wobei sich die Symptomatik bereits über mehrere Monate zurückverfolgen ließ (Lehmkuhl et al. 1988; Lehkuhl u. Doll 1994). Bei fast der Hälfte der betroffenen Kinder lagen schulische und außerschulische Belastungsfaktoren in Form von Schulwechsel, Verlust von Bezugspersonen bzw. Krankenhausaufenthalten vor (Lehmkuhl et al. 1988). Über den familiären Hintergrund und die psychosozialen Belastungsfaktoren gibt es nur wenige systematische Studien, die ein ganz unterschiedliches Muster psychosozialer Risiken aufführen (Bernstein et al. 1990, 1999; Bernstein u. Borchardt 1996; Kearney u. Silverman 1995).

3 Diagnostische Instrumente und Komorbidität

Da sich Kinder und Jugendliche mit Schulverweigerung hinsichtlich ihrer klinischen Symptomatik, Schulsituation und den psychosozialen Belastungen stark unterscheiden, kommt einer multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik ein besonderer Stellenwert zu (Döpfner u. Lehmkuhl 1997). Hierbei geht es vor allem darum, die Überschneidung von Angststörung, Depression und Schulverweigerung zu klären. King und Bernstein (2001) betonen die Notwendigkeit verschiedener Informa-

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

tionsquellen und verlangen ein multimethodales Vorgehen. Dass dies speziell bei Verhaltensmerkmalen wie sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst, Depression und internalisierten Symptomen besonders wichtig ist, zeigt eine Studie von Plück und Mitarbeitern (1997), die belegen konnten, dass Jugendliche in diesen Problemskalen ein deutlich höheres Selbsturteil gegenüber der elterlichen Einschätzung aufweisen. Neben der Durchführung von semistrukturierten Interviews existieren eine Reihe spezifischer Verfahren zur Erfassung von schulbezogenen Schwierigkeiten. Hierzu gehört die School Refusal Assessment Scale (SRAS) von Kearney und Silverman (1990, 1993), die in einer modifizierten deutschen Fassung vorliegt (Overmeyer et al. 1994). Es gibt eine Eltern- und Lehrerversion, so dass verschiedene Perspektiven einander gegenübergestellt werden können. Mit der Einschätzungsskala der Verweigerung lassen sich mehrere, die Symptomatik aufrecht erhaltenden Variablen erkennen, wobei ausgehend von diesen funktionellen Zusammenhängen ein kognitives verhaltenstherapeutisches Manual für Therapeuten und eine Elterninformation abgeleitet wurde (Kearney u. Albano 2000 a, b). Ein weiteres Verfahren wurde von Heyne et al. (1998) entwickelt und versucht, das Bewältigungsverhalten von Kindern in der Schule zu erfassen (Self-Efficacy-Questionnaire for School Situations, SEQ-SS, Heyne et al. 1998). Für den deutschsprachigen Raum liegen Checklisten zur Diagnostik von Angststörungen aus Sicht der Eltern und Lehrer sowie zur Selbstbeurteilung vor (Döpfner u. Lehmkuhl 2000). Darüber hinaus sollte eine umfassende Angstdiagnostik und eine Abklärung depressiver Symptome durchgeführt werden. Notwendig ist außerdem eine differenzielle Leistungsdiagnostik, zum Beispiel mit der Kaufman-ABC-Testbatterie oder dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder.

Die empirischen Ergebnisse zur Komorbidität belegen eindrucksvoll, dass schulvermeidendes Verhalten in knapp 40% mit Trennungsangst, in 30% mit sozialen Phobien und gut 20% mit einfachen Phobien gemeinsam auftritt (Last u. Strauss 1990). Weniger häufig ist die Beziehung mit Panikstörungen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen. In einer Schulstichprobe von Berg et al. (1993) zeigten 50% der Schüler mit Anwesenheitsproblemen keine psychiatrische Störung, bei einem Drittel lag eine expansive Störung vor und bei einem Fünftel konnte eine Angst- oder affektive Störung festgestellt werden. Während Trennungsangst im Vor- und Grundschulalter eine bedeutende Rolle spielt, kommt es bei älteren Kindern vermehrt zu phobischen Störungen. Martin et al. (1999) beschreiben zwei Subgruppen von Schulverweigerern: Während Eltern von Kindern mit Trennungsangst eine erhöhte Rate von Panikattacken aufweisen, sind hingegen bei Eltern von Kindern mit phobischen Störungen vermehrt einfache Phobien oder soziale Phobien vorhanden. Tritt das schulvermeidende Verhalten gemeinsam mit Angst und Depression auf, so ist die Symptomatik besonders ausgeprägt und schwer (Bernstein 1991). Diese Jugendlichen berichten auch über gehäufte somatische Beschwerden, insbesondere im Magen-Darm-Bereich (Bernstein 1997). In einem Vergleich von schulphobischen, schulängstlichen und leistungsüberforderten Kindern wurde deutlich, dass Kontaktstörungen und familiäre Beziehungen in den Gruppen unterschiedlich ausgeprägt sind, während generell eine höhere Komorbidität besteht (Lehmkuhl et al. 1988; Lehmkuhl u. Seeger 1991; Lehmkuhl u. Doll 1994, s. Tab. 1).

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

Tab. 1: Psychiatrische Morbidität und Belastungsfaktoren von Kindern mit Schulphobie, Schulangst und Schulüberforderung (Lehmkuhl et al. 1988; Lehmkuhl u. Seeger 1991; Lehmkuhl u. Doll 1994)

Variablen	Schulphobie (N = 42)	Schulangst (N = 37)	Schulüberforderung (N = 15)
Jungen	22	17	10
Mädchen	20	20	5
Alter bei Vorstellung (Jahre)	12,7	12,6	16,8
Körperliche Beschwerden vor dem Schulbesuch	24	18	3
Schulwechsel	15	15	12
Kontaktstörungen	12	20	11
Übermäßige ausgeprägte enge familiäre Beziehungen	27	14	5
Hohe elterliche Leistungserwartung	6	8	11
Spezielle emotionale Störung (ICD-10: F40, F93)	35	23	8
Expansive Störungen (ICD-10: F90)	1	2	2
Persönlichkeitsstörungen	2	1	3
Andere Diagnosen	4	6	2
Keine Diagnose	–	5	–

4 Subgruppen, Verlauf und Prognose – ein entwicklungspsychopathologischer Ansatz

Schulverweigerndes Verhalten ist meistens in eine allgemeinere psychopathologische Belastung eingebettet, wobei insbesondere alterstypische Merkmale zu beachten sind. Während bei jüngeren Kindern überwiegend Trennungs- und Leistungsängste im Vordergrund stehen, wird mit zunehmendem Alter das Spektrum der psychiatrischen Diagnosen größer. King und Bernstein (2001) unterscheiden zwischen drei klinischen Gruppen von Schulverweigerern: solchen mit phobischen Symptomen sowie trennungsängstliche und ängstlich-depressive Kinder und Jugendliche. Eine andere kleine Gruppe betrifft Kinder mit anderen Angststörungen. Die Untersuchung von Berg et al. (1993) hat jedoch auch verdeutlicht, dass zwischen Kindern, die klinisch behandelt werden und solchen, die aus einer repräsentativen Schulkohorte stammen, hinsichtlich der Diagnosehäufigkeit deutliche Differenzen bestehen. Eine erhöhte Komorbidität ist mit einer ausgeprägteren schulbezogenen Symptomatik verbunden. Parallel hierzu erhöhten sich die familiären Belastungsfaktoren (Bernstein u. Borchardt 1996). Betrachtet man den familialen Kontext, so lässt sich feststellen, dass eine Vielzahl von problematischen Familieninteraktionen vorhanden sein können und keine typische Situation für Schulverweigerung existiert. Während die Beziehung zwischen Schulverweigerung, psychiatrischer Komorbidität und

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

familiären Belastungsfaktoren gründlich untersucht wurde, blieb die Rolle von Lern- und Sprachstörungen bisher wenig beachtet. Dabei können Leistungsdefizite eine wichtige intervenierende Variable darstellen, wie Naylor und Mitarbeiter (1994) ausführen. In ihrer Stichprobe von schulverweigernden depressiven Adoleszenten, die stationär behandelt wurden, traten signifikant häufiger Lernstörungen und sprachliche Teilleistungsstörungen auf als in einer gematchten psychiatrischen Kontrollgruppe. Sie folgern daraus, dass lernbezogene und kommunikative Misserfolge es dem Adoleszenten unmöglich machen, den schulischen Anforderungen gerecht zu werden, und es kommt hierdurch zu schulischem Rückzugsverhalten.

Auch bei unserem Vergleich von schulphobischem und schulängstlichem Verhalten konnten wir belegen, dass Kinder mit Schulangst signifikant schlechtere kognitive Leistungen erzielten als schulphobische Kinder. Schwierigkeiten mit Leistungsanforderungen spielten bei über 80% der schulängstlichen Kinder eine Rolle. Als prognostisch relevantes Kriterium wird das Alter bei Symptombeginn beurteilt. Je älter die Patienten sind, umso häufiger kommt es zu Therapieabbrüchen und einem weiteren schlechten Verlauf (Kammerer u. Mattejat 1981). Ebenso wie Klicpera (1983) konnten wir feststellen, dass die Prognose in Bezug auf die schulphobische Kernsymptomatik eher günstig erscheint, während bei vielen Kindern Schwierigkeiten in anderen Bereichen bestehen blieben, entsprechend den zu Grunde liegenden psychiatrischen Diagnosen (Lehmkuhl u. Doll 1994). Die prognoserelevanten Faktoren sind in Tabelle 2 zusammengefasst und verdeutlichen, dass vor allem jüngere Kinder und ein rascher Therapiebeginn für die weitere Entwicklung günstig sind. Keine prädiktive Bedeutung für den Behandlungsverlauf kommt externalen Symptomen sowie expansiven Störungen zu, hingegen Angststörungen und depressiven Episoden (Southam-Gerow et al. 2001, Layne et al. 2003). Andererseits sind sehr spezifische Indikatoren bei der heterogenen komplexen Symptomatik auch nicht zu erwarten.

In einer eigenen Katamnese konnten von 42 Kindern und Jugendlichen mit Schulverweigerung 27 nachuntersucht werden, bei denen der Katamnesezeitraum mindestens vier Jahre betragen hatte. Von den bei der Nachuntersuchung im Mittel 21-Jährigen waren 13 zu einem ausführlichen Interview sowie zur Beantwortung verschiedener Fragebogenverfahren bereit. Von 11 weiteren Probanden war es zumindest möglich, telefonische Angaben zu erhalten. Nur 3 verweigerten jegliche Information. Die Nachuntersuchung wurden folgende Verfahren angewandt: das strukturelle klinische Interview für DSM-III-R-Diagnosen (SKID), die Symptom-Checklist (SCL 90-R) sowie das State-Trait-Angstinventar (STAI) und die Skala Angst vor negativen Bewertungen und zur Vermeidung sozialer Situationen. Bei 4 Patienten waren ausgeprägte Symptome entsprechend den Diagnosen Agoraphobie, soziale Phobie, bipolare Störung, Dysthymie sowie Agoraphobie mit Panikattacken vorhanden. Bei 5 Patienten ließ sich eine mäßig ausgeprägte psychische Beeinträchtigung feststellen mit Symptomen aus dem Spektrum Depression (2), Zwangssymptome (2) und Phobie. Als psychiatrisch unauffällig wurden 4 der ehemaligen Patienten beurteilt. Die Schule hatten alle Untersuchten erfolgreich beendet und nur ein Patient musste erneut wegen Schulproblemen stationär behandelt werden. Obwohl die Schulbildung als überdurchschnittlich gut bezeichnet werden kann, fiel den meisten jungen Erwachsenen die soziale Eingliederung und die Ablösung von den Eltern schwer. Zum Katamnesezeitraum waren bei 3 der 13 ausführ-

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

lich untersuchten Patienten sowohl depressive als auch phobische Symptome vorhanden. In der Katamnesestudie von Berg et al. (1996) ließ sich bei einem Drittel der Stichprobe ein guter Therapieerfolg feststellen, bei einem weiteren Drittel ein mäßiger und ein weiteres Drittel wurde als Therapieversager bzw. Therapieabbrecher eingestuft. In dieser Gruppe kam es zu einer hohen Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen, überwiegend mit einer Angst- bzw. depressiven Symptomatik.

Flakierska et al. (1988) sowie Flakierska-Praquin et al. (1997) überblicken mit 20 bis 29 Jahren einen langen Katamnesezeitraum. Die Studie belegt, dass Kinder mit Schulverweigerung im späteren Verlauf häufiger psychiatrisch behandelt werden und länger in ihrer Herkunftsfamilie leben als eine Vergleichsstichprobe. In der Katamneseuntersuchung von Waldron et al. (1976) wiesen drei Viertel der ehemaligen schulverweigernden Kinder psychiatrische Störungen auf und zeigten deutliche Tendenzen zu Somatisierungsstörungen. Vergleichbar mit den Ergebnissen von Berg (1976), Flakierska et al. (1988, 1997) sowie Lehmkuhl und Doll (1994) stellten die Autoren eine erhöhte Selbstunsicherheit und mangelnde Autonomie fest. Neuere Studien konnten den Zusammenhang zwischen sozialer Phobie, schulängstlichem Verhalten und größeren Defiziten in sozialen Fähigkeiten sowie sozialen Kompetenzen bestätigen (Beidel et al. 1999, 2000; Spence et al. 1999, 2000; Masia et al. 2001).

Die nachfolgenden Fallbeispiele sollen verdeutlichen, wie – besonders im Jugendalter – das Symptom Frühverweigerung im Rahmen einer komplexen psychiatrischen Störung mit vielfältigen Bedingungsfaktoren zu verstehen ist.

Tab. 2: Prognostisch günstige Faktoren für den Verlauf der Schulphobie

Waldfogel (1959)	Frühzeitige Diagnostik und Therapie
Rodriguez (1959)	Alter bei Symptombeginn (< 11 Jahre)
Hersov (1960)	Frühzeitige Therapie
Berg (1976)	Akuter Symptombeginn
Berg (1976)	Klinik (Therapieerfolg) bei Entlassung kein Zusammenhang zu Therapiedauer höhere Intelligenz ist ungünstig
Berg (1978)	Jüngeres Alter Höhere soziale Schicht Therapiedauer bei Mädchen
Kammerer und Mattejat (1981)	Jüngeres Alter (bei stationärer Aufnahme) Dauer des Schulversäumnisses
Berg (1985)	Höherer IQ Jüngeres Alter(< 14 Jahre)
Flakierska (1988)	Jüngeres Alter
Last et al. (1998)	Geringere Fehlzeiten, bessere Ergebnisse in der kognitiven Verhaltenstherapie
Southam-Gerow et al (2001)	Jüngeres Alter, geringere internale Komorbidität, keine mütterliche Depression
Layne et al. (2003)	Geringe Fehlzeiten, geringere Ausprägung von Trennungsangst und Vermeidungsverhalten

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

5 Fallvignetten

„Die Lehrer sind zu hart“

Der 12,8 Jahre alte M. kommt im Februar in Begleitung der Eltern zur ambulanten Erstvorstellung, nachdem ihm in den letzten Monaten, insbesondere seit den Herbstferien im Oktober, nur noch ein sehr wechselhafter und stundenreduzierter Schulbesuch möglich war. Angestoßen durch eine banale Erkältungskrankheit habe M. nachfolgend morgens über Übelkeit, Bauchschmerzen und Kopfschmerzen geklagt und habe deswegen die Schule nicht besuchen können. In der Regel hätten sich die Beschwerden dann im Laufe des Vormittags wieder gebessert, so dass M. sich nachmittags körperlich wohlfühlte, sich mit seinen Freunden treffen konnte und auch nachmittags an Aktivitäten wie Fußballspielen teilnehmen konnte. Verschiedenste haus- und fachärztliche Abklärungen der in zunehmendem Maße auftretenden Symptome hätten keinen Befund ergeben. Die Beschwerden hätten jedoch in der Frequenz so zugenommen, dass schließlich ab Januar M. gar kein Schulbesuch mehr möglich gewesen sei. Mit der auswärts gestellten Verdachtsdiagnose einer Schulphobie sei M. der hiesigen Ambulanz zugewiesen worden. Im Erstgespräch zeigt sich ein etwas gehemmt und überangepasst wirkender Junge, der selbst keine Erklärungen für die aufgetretenen Symptome benennen kann, der gleichwohl aber angibt, sich immer wieder anstrengen zu wollen und auch angestrengt zu haben, trotz Beschwerden in die Schule zu gehen. Die Beschwerden seien aber zu stark gewesen und hätten ihn letztendlich daran gehindert. Er besucht zurzeit die 7. Klasse einer Realschule mit bislang durchschnittlichen Leistungen. Der 42-jährige Vater ist bei der Bahn im Innendienst beschäftigt, die 41-jährige Mutter arbeitet seit einiger Zeit wieder in ihrem Beruf als Einzelhandelsverkäuferin. Beide Eltern und M. beschreiben die Familiensituation als harmonisch und entspannt, Schwierigkeiten habe es nie gegeben, M. sei Einzelkind. Die Familie lebe etwas zurückgezogen, habe wenige Kontakte zu Freunden und Verwandten, die wohn- und finanzielle Situation der Familie sei geregelt, normal und ohne Probleme. Aus der Vorgeschichte werden keine Besonderheiten berichtet, lediglich eine kurze Phase von Trennungsängstlichkeit beim Besuch des Kindergartens wird beschrieben. Es wird auch berichtet, dass M. sich schon immer in Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen, z. B. in der Schule, nicht gut habe durchsetzen können, gleichwohl sei er in einen festen Freundeskreis eingebunden und besuche auch den örtlichen Fußballverein. Die nachfolgende ambulante Therapiephase bis in den April hinein ist gekennzeichnet durch den Versuch, mit M. und den Eltern zu erarbeiten, dass ein Schulbesuch trotz Beschwerden morgens durchgeführt werden sollte. Die Entwicklung von Hilfsmaßnahmen durch die Eltern und ihn abholende Freunde waren Gegenstand in dieser Phase. Trotz der zu gewinnenden Einsicht, dass die körperlichen Beschwerden ohne organisches Korrelat seien und damit ungefährlich, gelang es M. doch immer wieder, die Mutter davon zu überzeugen, morgens der Schule fernzubleiben und erneut Ärzte zur Abklärung aufzusuchen. Es konnte während dieser Zeit nur ein sehr wechselnder und insgesamt ungenügender Schulbesuch erwirkt werden. Übten die Eltern morgens stärkeren Druck aus, konnte es auch zu aggressiven Auseinandersetzungen kommen, für die sich M. hinterher wortreich entschuldigte. In der darauf folgenden sechswöchigen stationären Therapiephase, zu der sich M. und Eltern nur mit großer Überwindung hatten entschließen können, gelang es M. sofort, einen völlig unproblematischen Schulbesuch der Krankenhausschule und schließlich auch der Heimatschule zu bewerkstelligen. Die Beschwerden sistierten nahezu vollständig, so dass nach den Sommerferien die Wiederholung der 7. Klasse gelang und ein regelmäßiger Schulbesuch mit Weiterführung der ambulanten Termine möglich war. Weiterhin reagierte M. empfindlich bei Bagatellerkrankungen oder wenn Lehrer in seinen Augen zu „hart“ mit ihm umgingen, und er wurde in diesen Einschätzungen jeweils durch die Eltern unterstützt. Nachdem aber der Schulbesuch wieder regelmäßig und vollständig gelang, konnte in beiderseitigem Einverständnis die ambulante Therapie im Januar des Folgejahres beendet werden, im Som-

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

mer folgte die Versetzung in die 8. Klasse bei weiterhin durchschnittlichen Leistungen. Im Rahmen einer Verletzung im Sportunterricht kam es dann im Oktober/November erneut zu dem bekannten Beschwerdebild mit Kopfschmerzen, Magenschmerzen und morgendlichem Übelsein. Die dann wieder aufgenommenen ambulanten Maßnahmen konnten einen regelmäßigen Schulbesuch nicht herbeiführen, so dass eine stationäre Krisenintervention von einer Woche im Januar des Folgejahres durchgeführt wurde, die M. erneut sehr schnell in die Lage versetzte, den Schulbesuch wieder aufzunehmen. In der nachfolgenden ambulanten Phase ließ sich dieser Erfolg jedoch diesmal nicht halten und das zuvor bekannte Beschwerdebild führte in wechselnder Ausprägung dazu, dass M. die Versetzung in die 9. Klasse aufgrund der Fehlzeiten nicht erreichen konnte. Als letzte Möglichkeit wurde von den Eltern und M. eine Internatsbeschulung favorisiert und es wurde auch ein Internat gefunden, wo M. nach den Sommerferien den Schulbesuch aufnehmen wollte. Es kam dann zu einer erneuten ambulanten Vorstellung, nachdem M. den Internatsbesuch nach dem ersten Tag abgebrochen hatte und in der Folge nicht mehr zu einem Schulbesuch zu bewegen war. Auch ein geplantes Arbeitspraktikum wurde von ihm nur sehr unregelmäßig besucht. Eine hinzugekommene Knieverletzung führte zu einer längerfristigen Krankschreibung. Schlussendlich verblieb M. nach Ende der Schulpflicht ohne Schulabschluss im Elternhaus mit einem sich immer wieder bei Anforderungen aktualisierendem wechselndem Beschwerdebild. Die ambulante Begleitung wurde an dieser Stelle beendet, da sie nicht mehr zu einem positiven Ergebnis beizutragen vermochte und weder von M. noch vonseiten der Eltern die Umsetzungsbereitschaft da war, weitergehende Maßnahmen zu ergreifen. Der geschilderte Verlauf macht deutlich, dass bei zunächst klassischer schulphobischer Symptomatik ohne offensichtliche Komorbidität durch die verhaltensnahen und unterstützenden Therapiemaßnahmen auch ein länger gelingender Schulbesuch zu ermöglichen war, dass aber offensichtlich die Grundkonstellation in der Familie es nicht erlaubte, eine Veränderung der zugrunde liegenden Trennungsängstlichkeit zu erreichen. Über die gesamte Zeit der verschiedenen Therapiemaßnahmen hinweg blieb M. überangepasst zugewandt, oberflächlich einsichtig und letztlich damit aber emotional wenig erreichbar. Nur in konkreten Drucksituationen (z. B. Verlassen des elterlichen Fahrzeugs vor der Schule) zeigte sich ein anderer Modus und M. konnte erheblichen und auch aggressiven Widerstand mobilisieren und sich diesen Unterstützungsmaßnahmen widersetzen. Nach endgültigem Abbruch der Behandlung muss eine dauerhafte Chronifizierung der Störung mit Übergang in ein psychosomatisch gefärbtes Krankheitsbild befürchtet werden und damit kann die Entwicklung einer erheblichen und chronischen Lebensbehinderung erwartet werden.

Wenn Leistungsanforderungen zu hoch sind

Der 15,3 Jahre alte P. kommt nach richterlicher Beschlussfeststellung aufgrund andauernder Verweigerung des Schulbesuchs seit über einem Jahr sowie eskalierender intrafamiliärer Konflikte und zunehmender sozialer Isolation in stationäre Behandlung, nachdem er ambulante Vorstellungstermine zuvor verweigert hatte. Es wird berichtet, dass Leistungsvermögen und Sozialverhalten in den ersten Grundschulklassen unauffällig gewesen seien. Durch die Trennung der Eltern zu dieser Zeit habe sich das dann abrupt verändert. P. habe sich sowohl zu Hause als auch in der Schule aggressiv gezeigt und sei den schulischen Anforderungen immer weniger gerecht geworden. In Absprache mit dem Jugendamt sei dann eine Familienhilfe in Anspruch genommen worden und schließlich sei auf Vermittlung des Kinderarztes und des Kinderschutzbundes für ein halbes Jahr eine Unterbringung in eine Wohngruppe mit anschließender familiärer Reintegration erfolgt. Eine ambulante Psychotherapie habe ohne ersichtlichen Erfolg stattgefunden. Nach dem Übergang in die Hauptschule habe es fortgesetzte Klagen über mangelndes Leistungsvermögen und auffälliges Sozialverhalten gegeben. Es sei schließlich während eines stationären kinderpsychiatrischen Aufenthalts eine Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen diagnostiziert worden. Eine Beurteilung des Leistungsvermögens

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

sei wegen mangelnder Mitarbeit in der Schule nicht möglich gewesen. Es schloß sich eine Wiederholung des 6. Schuljahrs durch eine Versetzung auf eine Sonderschule für Erziehungshilfe an. P. sei jedoch hier nur wenige Wochen hingegangen und habe sich seither geweigert, die Schule zu besuchen. Er habe dann in den Wintermonaten vor der stationären Aufnahme kaum noch das Haus verlassen und habe auch den Kontakt zu Freuden abgebrochen. Er habe einen verschobenen Schlaf-/Wachrhythmus entwickelt und sich von jeglichem sozialem Umfeld zurückgezogen. Die 37-jährige Mutter mit Ausbildung als Verkäuferin sei nicht berufstätig. Ein 11-jähriger sowie 9-jähriger Bruder lebten in der Familie und seien gesund und unproblematisch. Es gebe eine deutliche Geschwisterrivalität, ansonsten sei das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn gut. Aufgrund der Zwangszuweisung findet sich P. zunächst nur zögerlich in das Stationsgeschehen hinein. Die zunächst spürbare oppositionelle, aggressive und verweigernde Grundhaltung seinerseits ließ sich jedoch in den Folgetagen schnell auflösen und er konnte an den therapeutischen Angeboten der Station einschließlich Beschulung schrittweise regelmäßig teilnehmen. Im Schulkontext zeigten sich schnell die erheblichen fehlzeitbedingten Wissenslücken, allerdings auch erhebliche Mängel beim Erschließen von Wissen und dem Begreifen von Zusammenhängen. Die durchgeführte Intelligenzdiagnostik mit einem mehrdimensionalen Intelligenztest ergab schließlich ein Leistungsvermögen im unteren Lernbehindertenbereich an der Grenze zur geistigen Behinderung. Nachdem diesem Fähigkeitsspektrum Rechnung getragen werden konnte, gelang es P. zunehmend besser, sich an praktisch orientierten Aufgabenstellungen heranführen zu lassen und die Schul- und Leistungsverweigerung begann vollständig zu sistieren. Das aggressiv oppositionelle Verhalten ließ sich größtenteils auf Überforderungssituationen, geringe Frustrationstoleranz und die massive Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls über lange Zeiten zurückführen. Nachdem eine Berufsperspektive im Gärtnerbereich hatte eröffnet werden können, ging P. zuverlässig und pünktlich zu dem diesbezüglichen Praktikum. Sichtlich stolz konnte er von seinen Erfahrungen und dem Wissenserwerb dort berichten. Die eigenen Angaben deckten sich mit den Berichten der Praktikumsanleiter, die P. als pünktlich, zuverlässig, anstrengungs- und arbeitsbereit erlebten. Nachdem mit der Lösung der Schulproblematik auch die familiäre Situation hatte entzerrt werden können, konnten sich Mutter und Sohn darauf einigen, dass eine außerhäusige Unterbringung in einer Wohngruppe mit angeschlossener praktischer Berufsausbildungsmöglichkeit für ihn die beste Lösung sei. Nach entsprechender Vorbereitung konnte er in diese Maßnahme entlassen werden. Erste Rückmeldungen aus den Folgemonaten berichteten von einer weitgehend problemlosen Eingewöhnung in die Wohngruppe sowie in die dortigen Arbeitsverhältnisse. Während der gesamten stationären Therapiephase konnte ein Reflektieren über seine Person und die erheblichen Schwierigkeiten im Schulkontext kaum erreicht werden, da P. als Auseinandersetzungsmöglichkeit nahezu ausschließlich ein aggressiver Beschuldigungsmodus gegenüber anderen zur Verfügung stand. Die Einführung sehr verhaltensnah gestalteter Vorgaben bei Beschulung sowie Praktikum mit entsprechender positiver Rückmeldung für die Zielerreichung konnte dieses Bild jedoch nahezu vollständig verändern und führte dazu, dass P. seine Verweigerungshaltung sehr schnell komplett aufgeben konnte und auch der aggressive Beschuldigungsmodus nur noch in Situationen sichtbar wurde, wo er aufgrund von Hilflosigkeit oder Überforderung nicht adäquat zu reagieren vermochte. Der unregelmäßige Schulbesuch, die frühen Wechsel sowie die über ein Jahr andauernde komplette Verweigerung des Schulbesuchs lassen sich im Wesentlichen auf die immer größer werdende Schere zwischen Leistungsvermögen und Anforderungen zurückführen, wobei familiäre Belastungen wie Scheidung der Eltern etc. komplizierend hinzutraten.

Flucht in Drogen und Ängste

Der 16;2 Jahre alte F. wird nach einem Suizidversuch mit Tabletteningestion zunächst bei noch fortbestehender Suizidalität aufgrund richterlicher Beschlusslage stationär aufgenommen. Der 56-jährige Vater ist Gymnasiallehrer, die 52 Jahre alte Mutter arbeitet in Vollzeit als Realschullehrerin. Mit

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

im Haushalt leben noch die 20-jährige Schwester sowie der 22-jährige Bruder, wobei der Bruder gerade studienbedingt in eine nahegelegene Universitätsstadt umgezogen ist. Es wird berichtet, dass F. immer ein einfaches Kind gewesen sei, Schwierigkeiten habe es nie gegeben, die Schullaufbahn sei bislang völlig unproblematisch gewesen, die Leistungserbringung gut, er besuche die 10. Klasse des örtlichen Gymnasiums. In der Folgezeit wird sehr schnell deutlich, dass die Eltern nur sehr unzureichend über das Leben ihres Sohnes informiert waren. Der insbesondere im letzten halben Jahr erheblich zugenommene Drogenkonsum von Cannabisprodukten und gelegentlich Partydrogen wie Ecstasy sei ihnen nicht bekannt gewesen. Auch, dass F. im letzten Jahr einen sehr unregelmäßigen Schulbesuch hatte und häufig morgens das Haus verließ, um nach einer Stunde, wenn die Eltern aus dem Haus gegangen waren, erneut in den häuslichen Kontext zurückzukehren, sei den Eltern vollständig verborgen geblieben. Es sei lediglich aufgefallen, dass die Leistungen sich nach Versetzung in die 10. Klasse verschlechtert hatten. Von F. selbst war schließlich zu erfahren, dass er seit ca. einem Jahr Schwierigkeiten gehabt habe, die Schule zu besuchen. Er habe sich überwinden müssen, sei oft nach Hause zurückgekehrt und habe auch viele Einzelstunden ausfallen lassen. Er bewege sich in einem Freundeskreis, in dem viele Drogen konsumiert würden. Er habe versucht, all dies vor seinen Eltern verborgen zu halten. Auslöser für den Suizidversuch sei die Trennung von einem Mädchen gewesen, mit dem er seit kurzem zusammen gewesen sei. Auf der Station beginnt er innerhalb kurzer Zeit, sich glaubhaft von fortbestehender Suizidalität zu distanzieren, plant die Wiederaufnahme des Schulbesuchs an der Heimatschule, nachdem die Beschulung an der angeschlossenen Krankenhausschule problemlos erfolgte, und wünscht schnell die baldige Entlassung aus stationärer Behandlung. Die vereinbarte Heranführung an einen regulären Schulbesuch in seiner Heimatschule im Rahmen des tagesklinischen Aufenthalts gelingt jedoch in keiner Weise. F. macht hier äußere Gründe und zu lange Fahrstrecken dafür verantwortlich, eine Eigenbeteiligung kann er nicht erkennen. Er berichtet über wechselnde Ängste bezogen auf Lehrer, Mitschüler und Leistungssituationen und kommt schließlich – mit Einverständnis der Eltern – zu dem Entschluss, die Schule wechseln und ein in der Nähe der Klinik gelegenes Gymnasium besuchen zu wollen. Obwohl die Dinge von Klinik, Klinikschule sowie Heimatschule gebahnt, unterstützt und begleitet werden, gelingt F. nur ein sehr unregelmäßiger Schulbesuch. Teilweise berichtet er über morgendliche körperliche Beschwerden, die es ihm unmöglich machten, zur Schule zu gehen, teilweise schaffe er den Weg bis zur Klasse, um dort wieder umzukehren, teilweise müsse er die Schule nach ein bis zwei Schulstunden wieder verlassen etc. Insgesamt zeigt sich ein wechselndes, inkonsistentes Bild mit körperlichen Beschwerden, geäußerten Ängsten, aber auch fehlender Anstrengungsbereitschaft, Beschuldigen anderer oder äußerer Umstände. Die Eltern bleiben dem Geschehen, obwohl sie mit in die Therapie einbezogen werden, innerlich fern, sie tragen die Entscheidung des Sohnes mit, bieten ihm jedoch insgesamt ein einerseits verwöhnendes, andererseits wenig verlässliches, den Jungen eher alleinlassendes Umfeld. Nach zehn Wochen muss der Schulversuch endgültig abgebrochen werden, da es trotz intensiver therapeutischer Maßnahmen F. nicht gelingt, Schulbesuch und Hausaufgabenerledigung in einen einigermaßen suffizienten Rhythmus zu bringen. Ohne Abschluss, aber mit altersmäßig als erfüllt geltender Schulpflicht kehrt er in den häuslichen Rahmen zurück, bittet um die Fortführung einer ambulanten Therapie, verweigert aber im Wesentlichen, einen geregelten Alltag herzustellen. Der regelmäßige Cannabisgebrauch und der Verkehr im diesbezüglichen Umfeld der alten Clique bleiben bestehen, die Eltern sehen sich außerstande, hier Veränderungen mitbewirken zu können. Die nachfolgende halbjährige ambulante Therapiephase, zu deren Terminen F. pünktlich erscheint, erbringt weiterhin völlig unklare Perspektiven, mit einerseits der bestehenden Realität nicht zuzuordnenden völlig überhöhten Vorstellungen über die eigene Leistungsfähigkeit und andererseits einem erheblich beeinträchtigten Selbstwertgefühl mit der Äußerung von Ängsten im sozialen und Leistungsbereich und der Unfähigkeit, sich diesen Situationen auch mittels therapeutischer Hilfe stellen zu können. Auch hier muss rückblickend von einer immer weiter auseinanderklaffenden Schere zwischen der Umsetzung der durchaus vorhan-

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

denen eigenen Fähigkeiten und dem von der Umwelt geforderten Einsatz ausgegangen werden. Es ist anzunehmen, dass inadäquat verwöhnende wie unzureichend Halt gebende Einflüsse zur Entwicklung dieser Situation geführt haben. Der fortgesetzte, regelmäßige Drogengebrauch hat sicherlich erheblich mit dazu beigetragen, dass sowohl stationäre als auch intensive ambulante Therapiemaßnahmen bislang wirkungslos blieben mussten.

6 Therapeutische Interventionen

Aufgrund der dargestellten komplexen Störung darf sich das Behandlungskonzept nicht nur auf das Zielsymptom der Schulverweigerung beschränken. So empfiehlt die Amerikanische Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein multimodales Behandlungsvorgehen (AACAP 1997). Ein wesentlicher Baustein nimmt hierbei die kognitive Verhaltenstherapie ein, was eine ganze Reihe von kontrollierten Studien belegen (King et al. 1998; Last et al. 1998). Die zum Teil manualisiert vorliegenden Therapieprogramme sind bei 50 bis 65% der Patienten erfolgreich. Andererseits weisen King und Bernstein (2001) darauf hin, dass einem Teil der Kinder mit einem solchen Programm nicht ausreichend gut geholfen werden kann und auch weiterhin Schwierigkeiten beim Schulbesuch auftreten, wenn ein längerer Katamnesezeitraum gewählt wird. Die Autoren empfehlen Booster-Sitzungen, um den Therapieerfolg zu stabilisieren. Bernstein et al. (2001) ziehen aus ihrer Einjahreskatamnese die Schlussfolgerung, dass für alle der behandelten Adoleszenten eine achtwöchige Medikation mit trizyklischen Antidepressiva in Kombination mit einer achtwöchigen kognitiven Verhaltenstherapie nicht ausreichend ist, wenn komorbide Angststörungen und depressive Symptome vorliegen. Erst in weiteren Studien könnte eine optimale Therapiedauer definiert werden. Die Ergebnisse von Last et al. (1998) sprechen dafür, dass psychosoziale Interventionen zur Wiederaufnahme des Schulbesuchs ebenso erfolgreich sind wie eine hoch strukturierte kognitive Verhaltenstherapie, die sich im Vergleich zu edukativen und supportiven Maßnahmen als nicht überlegen erwies. Positive Kurzzeiteffekte stellten sich bei einem kognitiven Gruppentraining mit Adoleszenten ein und bewirkten sowohl eine Verbesserung der sozialen Ängste als auch der depressiven Symptomatik (Hayward et al. 2000).

Hinsichtlich der Effizienz von trizyklischen Antidepressiva liegen vier Doppelblind-Placebo-kontrollierte Studien vor, die zu einer deutlichen Verbesserung sowohl der schulbezogenen Schwierigkeiten als auch der begleitenden Angststörungen führten (Bernstein et al. 2000). Aufgrund der widersprüchlichen Datenlage empfiehlt die Amerikanische Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass eine Pharmakotherapie nur Teil eines multimodalen Behandlungsplanes sein sollte.

7 Resümee und Ausblick

Schulverweigerung stellt ein Problem dar, auf das zunehmend öffentlich reagiert wird. Dabei müssen vor allem Schulschwänzer mit häufigeren Sanktionen rechnen, da dissozialen Entwicklungen auf diesem Wege auch präventiv begegnet werden

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

soll. Schulverweigerung auf dem Boden einer ängstlichen, phobischen und depressiven Symptomatik wird hingegen häufig längere Zeit toleriert. Dabei bestehen die Konsequenzen oft in schlechteren schulischen Leistungen und Abschlüssen sowie erhöhten Konflikten mit Gleichaltrigen. Berg und Nursten (1996) konnten eindrucksvoll belegen, dass Schulverweigerung die soziale und schulische Entwicklung von Kindern nachhaltig beeinträchtigt und die Langzeitfolgen sich in schlechteren beruflichen Perspektiven und erhöhter psychiatrischer Morbidität äußern (Buitelaar et al. 1994). Die Katamnesen beweisen diese erhöhte Belastung eindrucksvoll und legen es nahe, frühzeitige therapeutische Strategien einzusetzen. Offen ist hierbei, wie lange eine solche Behandlung durchgeführt werden muss, um dauerhafte Effekte zu erreichen (King et al. 2000). Ein schulbasierter Ansatz mit einem Curriculum für Grundschulen ergab vielversprechende erste Resultate (Barrett u. Turner 2001). Ziel bleibt eine bessere Früherkennung und Frühbehandlung nach einem multimodalen Vorgehen, das sich vor allem an Langzeiteffekten zu orientieren hat. Weitere Forschungsaktivitäten sollten die differenzielle Indikationsstellung von pharmakologischen, familientherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen in Abhängigkeit vom Lebensalter und sozialen wie schulischen Belastungsfaktoren untersuchen (Barrett et al. 1996; Mendlowitz et al. 1999; Layne et al. 2003).

Literatur

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 36 (suppl.): 69S-84S.

Barrett, P.: Turner, C. (2001): Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. Br. J. Clin. Psychol. 40: 399-410.

Beidel D.; Turner S.; Morris T. (1999): Psychopathology of childhood social phobia. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 38: 643-650.

Beidel D.; Turner S.; Morris T. (2000): Behavioral treatment of childhood social phobia. J. Consult Clin. Psychol. 68: 1072-1080.

Berg, I.; Nichols, K.; Pritchard, C. (1969): School phobia – its classification and relationship to dependency. J. Child Psychol. Psychiat. 10: 123-141.

Berg, I. (1970): A follow-up study of school phobic adolescents admitted to an inpatient unit. J. Child. Psychol. Psychiat. 11: 37-47.

Berg, I.; Butler, A.; Hall, G. (1976): The outcome of adolescent school phobia. Brit. J. Psychiat. 128: 80-85.

Berg, I.; Fielding, D. (1978): An evaluation of hospital inpatient treatment in adolescent school phobia. Brit. J.Psychiat. 132: 500-505.

Berg, I.; Jackson, A. (1985): Teenage school refusers grow-up: follow-up study of 168 subjects, ten years on average after inpatient treatment. Brit. J. Psychiat. 147: 366-370.

Berg, I.; Butler, A.; Franklin, J.; Hayes, H.; Lucas, C.; Sims, R. (1993): DSM-III-R disorders, social factors and management of school attendance problems in the normal population. J. Child Psychol. Psychiatry 34: 1187-1203.

Berg, I.; Nursten, J. (Hg.) (1996): Unwillingly to school. London.

Bernstein, G. (1991): Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 30: 43-50.

Bernstein, G. A.; Borchardt, C. M. (1996): School refusal: family constellation and family functioning. J. Anxiety Disord. 10: 1-19.

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

Bernstein, G. A.; Borchardt, C. M.; Perwien, A. R. (2000): Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 39: 276-283.
Bernstein, G. A.; Garfinkel, B. D.; Borchardt, C. M. (1990): Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29: 773-781.
Bernstein, G. A.; Massie, E. D.; Thuras, P. D.; Perwien, A. R.; Borchardt, C. M.; Brosby, R. D. (1997): Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 36: 661-668.
Bernstein, G. A.; Warren, S. L.; Massie, E. D.; Thuras, P. D. (1999): Family dimensions in anxious-depressed school refusers. J. Anxiety Disord. 13: 513-528.
Buitelaar, J. K.; van Andel, H.; Duyx, J. H. M.; van Strien, D. C. (1994): Depressive and anxiety disorders in adolescence: a follow-up study of adolescents with school refusal. Acta Paedopsychiatr. 56: 249-253.
Burke, A. E.; Silverman, W. K. (1987): The prescriptive treatment of school refusal. Clin. Psychol. Rev. 7: 353-362.
Davidson, S. (1961): School phobia as a manifestation of family disturbance. J. Child Psychol. Psychiat. 1: 270-287.
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hg.) (2003): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln.
Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern.
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (1997): Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 46: 519-547.
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2000): DISYPS-KJ. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. Bern.
Flakierska, N.; Lindstrom, M.; Gillberg, C. (1988): School refusal: a 15-20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. Br. J. Psychiatry 152: 834-837.
Flakierska-Praquin, N.; Lindstrom, M.; Gillberg, C. (1997): School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up of 35 school refusers. Comp. Psychiatry 38: 17-22.
Hayward, C.; Varady, M. A.; Albano, A. M.; Thienemann, M.; Henderson, L.; Schatzberg, A. F. (2000): Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 39: 721-726.
Heyne, D.; Kind, N. J.; Tonge, B. (1998): The Self-Efficacy Questionnaire for School Situations: development and psychometric evaluation. Behav. Change 15: 31-40.
Hersov, L. A. (1960): Persistent non-attendance at school. Refusal to go to school. J. Child Psychol. Psychiat. 1: 130-136, 137-145.
Hersov, L. A. (1985): School refusal. In: Rutter, M.; Hersov, L. A. (Hg.): Child and adolescent psychiatry. Oxford.
Hodgman, C. H.; Braiman, A. (1965): „College phobia“: School refusal in university students. Am. J. Psychiat. 121: 801-805.
Kammerer, E.; Mattejat, F. (1981): Katamnestische Untersuchung zur stationären Therapie schwerer Schulphobien. Z. Kinder-Jugendpsychiat 9: 273-287.
Kearney, C. A.; Albano, A. M. (2000a): When children refuse school: A cognitive-behavioral therapy approach – Therapist Guide. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
Kearney, C. A.; Albano, A. M. (2000b): When children refuse school: A cognitive-behavioral therapy approach – Parent Workbook. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
Kearney, C. A.; Roblek, T. L. (1997): Parent training in the treatment of school refusal behavior. In: Briesmeister, J. M.; Schaefer, C. D. (Hg.): Handbook of Parent Training: Parents as co-therapists for children's behavior problems, 2. Aufl. NewYork.
Kearney, C. A.; Silverman, W. K. (1990): A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behaviour. Behav. Mod. 14: 340-366.
Kearney, C. A.; Silverman, W. K. (1993): Measuring the function of school refusal behavior: the School Refusal Assessment Scale. J. Clin. Child Psychol. 22: 85-96.

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

Kearney, C. A.; Silverman, W. K. (1995): Family environment of youngsters with school refusal behavior: a synopsis with implications for assessment and treatment. Am. J. Fam. Ther. 23: 59-72.
Kearney, C. A.; Silverman, W. K. (1996): The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. Clin. Psychol. Sci. Pract. 3: 339-354.
King, N. J.; Ollendick, T. H.; Tonge, B. J. (1995): School Refusal: Assessment and Treatment. Boston.
King, N. J.; Tonge, B.; Heyne, D.; Ollendick, T. H. (2000): Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal. a review and recommendations. Clin. Psychol. Rev. 20: 495-507.
King, N. J.; Tonge, B.; Heynde, D. (1998): Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry 37: 395-403.
King, N. J.; Bernstein, G. A. (2001): School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 40: 197-205.
Klipcera, C. (1983): Schulverweigerung und Schulphobie. In: Strian, F. (Hg.): Angst: Grundlagen und Klinik. Berlin.
Last, C. G.; Hansen, C.; Franco, N. (1998): Cognitive-behavioral treatment of school phobia. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 37: 404-411.
Last, C. G.; Strauss, C. C. (1990): School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 29: 31-35.
Last, C.; Hansen, C.; Franco, N. (1998) Cognitive-behavioral treatment of school phobia. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 37: 404-411.
Layne, A. E.; Bernstein, G. A.; Egan, E. A.; Kushner, M. G. (2003): J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 42:3, 319-326.
Lee, M. I.; Miltenberger, R. G. (1996): School refusal behavior: classification, assessement and treatment issues. Educ. Treat. Child. 19: 474-486.
Lehmkuhl, G.; Doll, U.; Blanz, B. (1988): Schulphobisches Verhalten. Sozialpäd. 10: 569-575.
Lehmkuhl, G.; Seeger, G. (1991): Chronische Überforderung bei unerkannten leichten Behinderungen im Jugendalter. Pädiat. prax. 42: 403-407.
Lehmkuhl, G.; Doll, U. (1994): Das überängstliche Kind. Z. Allg. Med. 70: 278-283.
Martin, C.; Cabrol, S.; Bouvard, M. P.; Lepine, J. P.; Mouren-Simeoni, M. C. (1999): Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 38: 916-922.
Masia, C.; Klein, R.; Storch, E.; Corda, B. (2001) School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 40: 780-786.
Mendlowitz, S. L.; Manassis, K.; Brakley, S.; Scapillato, D.; Meizitis, S.; Shaw, B. F. (1999) Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 38: 1223-1229.
Naylor, M. W.; Staskowski, M.; Kenney, M. C.; King, C. A. (1994): Language disorders and learning disabilities in school-refusing adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 33: 1331-1337.
Ollendick, T. H.; Mayer, J. A. (1984): School phobia. In: Turner, S. M. (Hg.): Behavioral Theories and Treatment of Anxiety. New York, S. 367-411.
Overmeyer, S.; Schmidt, M. H.; Blanz, B. (1994): Die Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV) – modifizierte deutsche Fassung der School Refusal Assessment Scale (SRAS) nach Kearney und Silverman 1993. Kindheit und Entwicklung 3: 238-243.
Plück, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Fegert, J. M.; Huss, M.; Lenz, K.; Schmeck, K.; Lehmkuhl, U.; Poustka, F.; Lehmkuhl, G. (1997): Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 46: 566-582.
Poustka, F. (1980): Schulphobie. Differentialdiagnose und Behandlungsindikation. Pädiat. prax. 23: 575-586.
Rodriguez, A.; Rodriguez, M.; Eisenberg, L. (1959): The outcome of school-phobia: a follow-up study based on 41 cases. Am. J. Psychiat. 116: 540-544.
Rutter, M.; Hersov, L. (Hg.) (1985): Child and adolescent psychiatry. Blackwell, S. 382-399.
Rutter, M.; Taylor, E. (Hg.) (2002): Child and adolescent psychiatry. Blackwell, 4. Aufl.

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)

Schlung, E. (1987): Schulphobie. Kritische Sichtung der Literatur zu Erscheinungsformen und Behandlungsmöglichkeiten bei schulphobischem Verhalten. Weinheim.
Southam-Gerow, M.; Kendall, P.; Weersing, R. (2001) Examining outcome variability: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. J. Clin. Child Psychol. 30: 422-436.
Spence, S.; Donovan, C.; Brechman-Toussaint, M. (1999) Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. J. Abnorm. Psychol. 108: 211-221.
Spence, S.; Donovan, C.; Brechmann-Toussaint, M. (2000) The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. J. Child Psychol. Psychiatry. 41: 713-726.
Waldron, S.; Shrier, D. K.; Stone, B.; Tobin, S. (1975): School phobia and other childhood neuroses: a systematic study of the children and their families. Am. J. Psychiat. 132: 802-808.

Korrespondenzadressen: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Lehmkuhl, Dr. med. Henning Flechtner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln;
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrike Lehmkuhl, Charité – Campus Virchow-Klinikum, Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Vandenhoeck & Ruprecht (2003)