

Schulabsentismus Hintergrund und Behandlungsempfehlung

Daniel Walter

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und
Jugendalters & Ausbildungsinstitut für Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie
an der Uniklinik Köln
www.kjp-uni-koeln.de
www.akip.de



**UNIKLINIK
KÖLN**



Schulabsentismus – Definition

- Fernbleiben von der Schule in ICD-10/ DSM-V kein eigenes Störungsbild
- klassische Unterteilung:
 - primär ängstlich vs. primär dissozial („Schuleschwänzer“)
 - primär ängstlich:
 - Trennungsangst („Schulphobie“)
 - spezifische/ soziale Phobien („Schulangst“)
 - ängstlich-depressive Form
- aber: Überschneidungen häufig (z.B. ängstlich-dissoziale Schulverweigerung)
- Schulabsentismus: Schüler besucht nicht regelmäßig die Schule (rein deskriptiv) – in Abgrenzung zu Schulangst, Schulphobie, Schuleschwänzen

Egger, H.L., Costello, E.J. & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 42(7), 797-807.

Wagner et al. (2004). Schulverweigerung. Empirische Analysen zum abweichenden Verhalten von Schülern. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 56, 457-489.



Schulabsentismus

- ... nicht jeder Schulabsentismus ist problematisch ...
- problematisch im klinischen Sinne, wenn:
 1. erhebliche Fehlzeiten: in den letzten 14 Tagen mind. 25% des Unterricht (oder in letzten 15 Schulwochen mind. 19 Tage);
 2. erhebliche Schwierigkeiten in Zusammenhang mit Schulbesuch, deutliche Beeinträchtigung des Tagesablaufs Schüler/ Familie;
 - z.B. starker Widerstand, deutlicher emotionaler Stress, ausgeprägte Konflikte mit Eltern
 3. Fehlzeiten nicht allein rückführbar auf somatische Erkrankungen

Kearney, C. A. (2008). An interdisciplinary model of school absenteeism in youth to inform professional practice and public policy. *Educational Psychology Review*, 20, 257-282



Schulabsentismus und psychische Störungen

- Nicht alle Schulabsentisten haben psychische Störungen, jedoch ist die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht, z.B.
 - Kearney & Albano (2004), N = 143 Schulabsentisten 5 bis 17 Jahre
 - 67,1 % mindestens eine psychische Störung
 - Eggers et al. (2003): N = 1422 Schulabsentisten 9 bis 16 Jahre
 - mindestens eine psychische Störung
 - ängstlich: 24,5 %
 - dissozial: 25,4 %
 - gemischt: 88,2 %
 - Nicht-SA: 6,8%

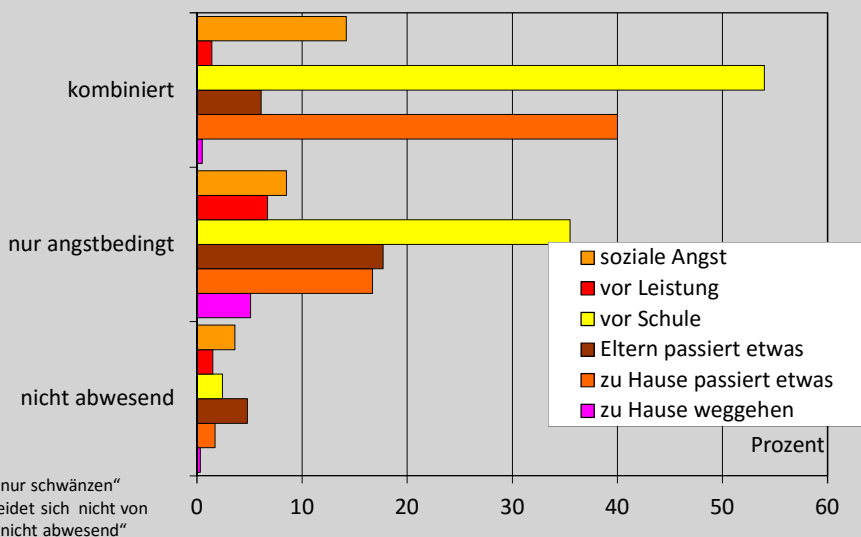


Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Schulabsentismus bei Kindern und Jugendlichen – Konzept und Behandlungsempfehlungen. Verhaltenstherapie, 19, 153-160.
Kearney, C. (2008). School absenteeism and school refusal behaviour in youth: a contemporary review. Clinical Psychology Review, 28, 451-471.



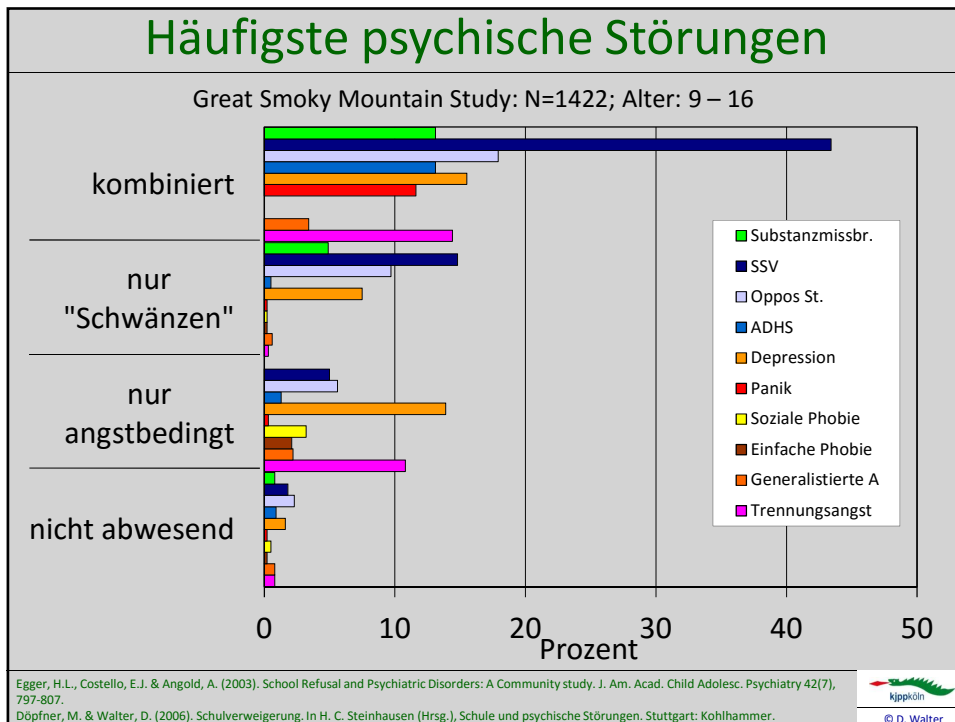
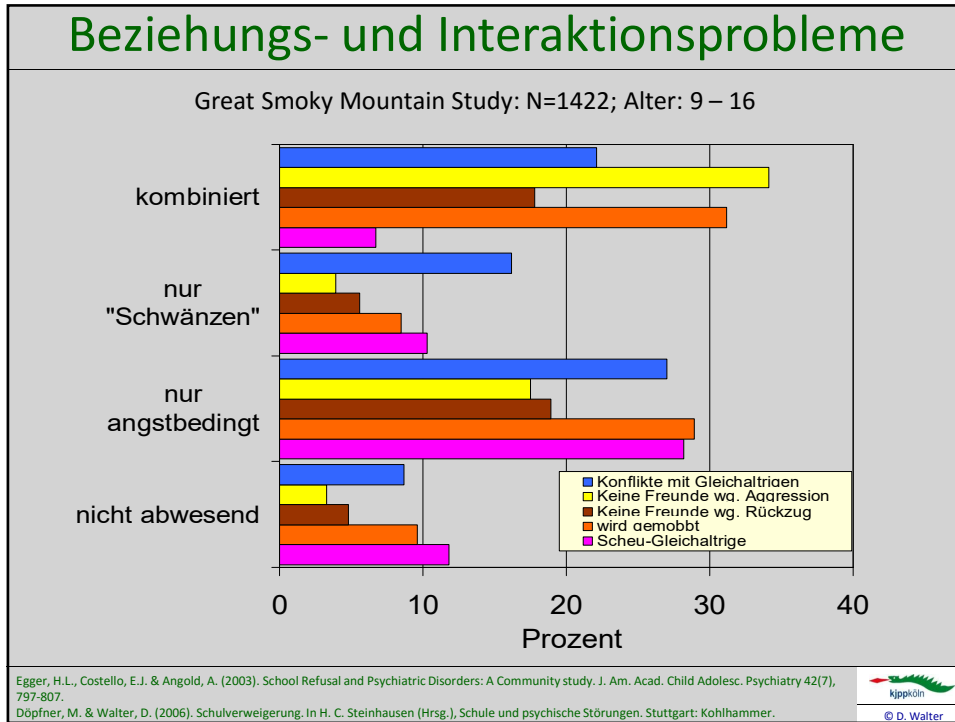
Schulabsentismus – Ängste

Great Smoky Mountain Study: N=1422; Alter: 9 – 16



Egger, H.L., Costello, E.J. & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 42(7), 797-807.
Döpfner, M. & Walter, D. (2006). Schulverweigerung. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), Schule und psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer.





Prävalenz

- Prävalenz ca. 5% aller Schulkinder (deutsch und international)
- Häufigkeitsspitzen: Einschulung, Umschulung, Zunahme zwischen 13. und 17. Lebensjahr
- ausgeglichene Geschlechtsverteilung
- erheblicher Anstieg mit zunehmendem Lebensalter, deutliche Abhängigkeit vom Schultyp (Kölner Daten):
 - Förderschüler 12,8%
 - Hauptschüler 14,7%
 - Realschüler 6,1%
 - Gymnasiasten 4,7%



UNIKLINIK
KÖLN

Döpfner & Walter (2006). Schulverweigerung. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), Schule und psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer. Kearney (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. Clinical Psychology Review, 28, 451-471.



KippkölN

© D. Walter

Verlauf

- starke Gefährdung der sozialen, beruflichen, partnerschaftlichen und ökonomischen Entwicklung
- deutliches Risiko für Entwicklung von (weiteren) psychischen Störungen
 - v.a. Angst- und dissoziale Störungen
 - Schulabsentismus als Hauptrisikofaktor für Persistenz von Trennungsangst ins Erwachsenenalter
- gerade bei Patienten mit Schulabsentismus & einer psychischen Störung ist das Entwicklungsrisiko besonders hoch
 - Schulabsentisten mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen sind größte und beeinträchtigte Gruppe

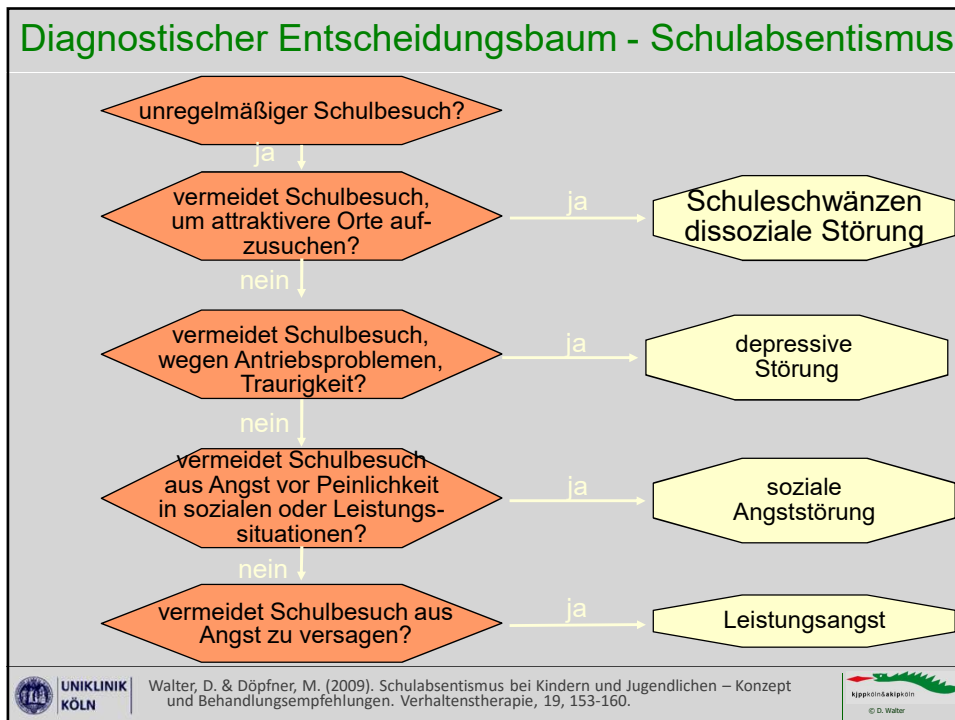
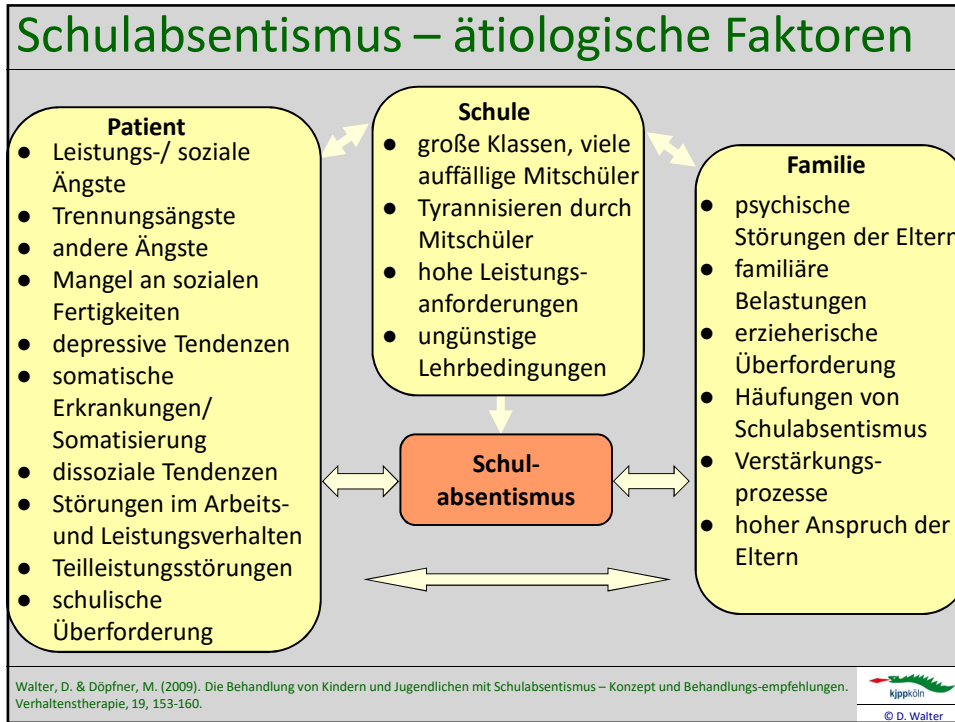


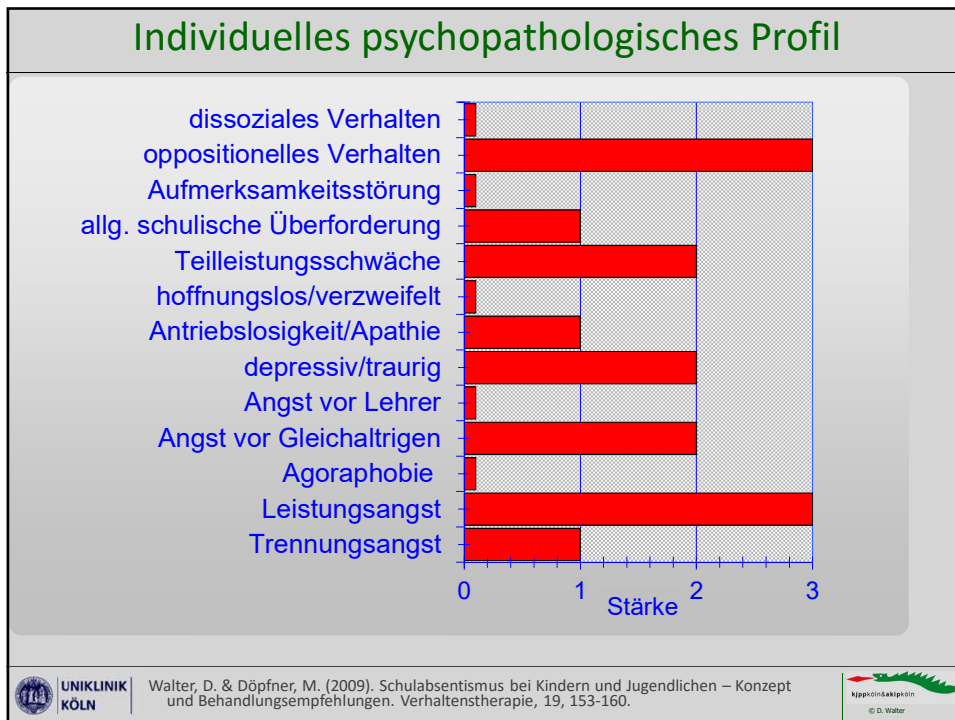
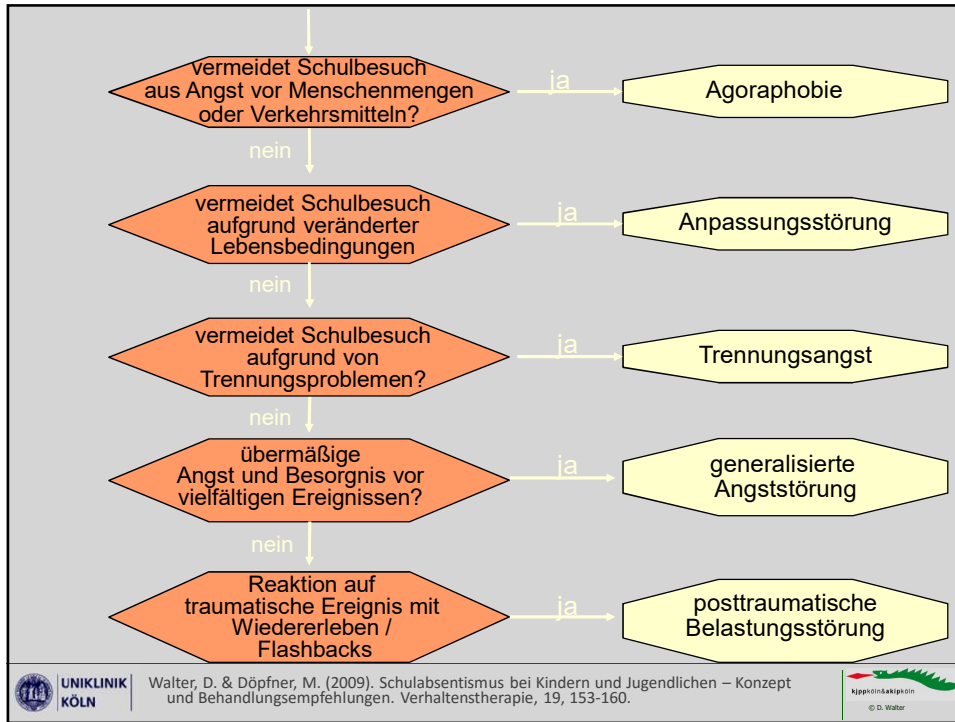
UNIKLINIK
KÖLN

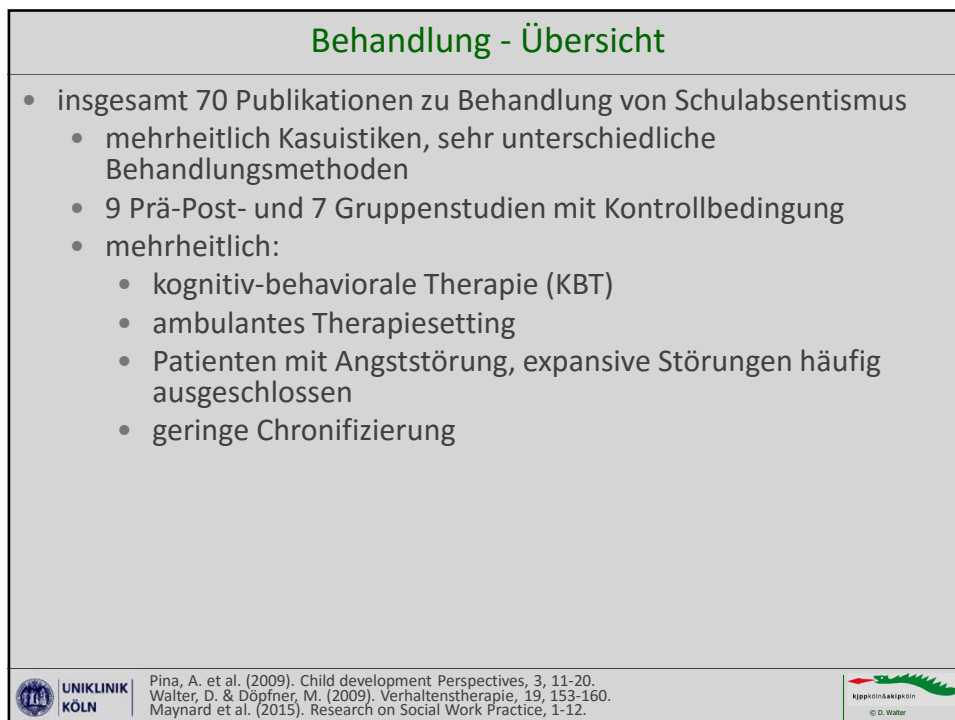
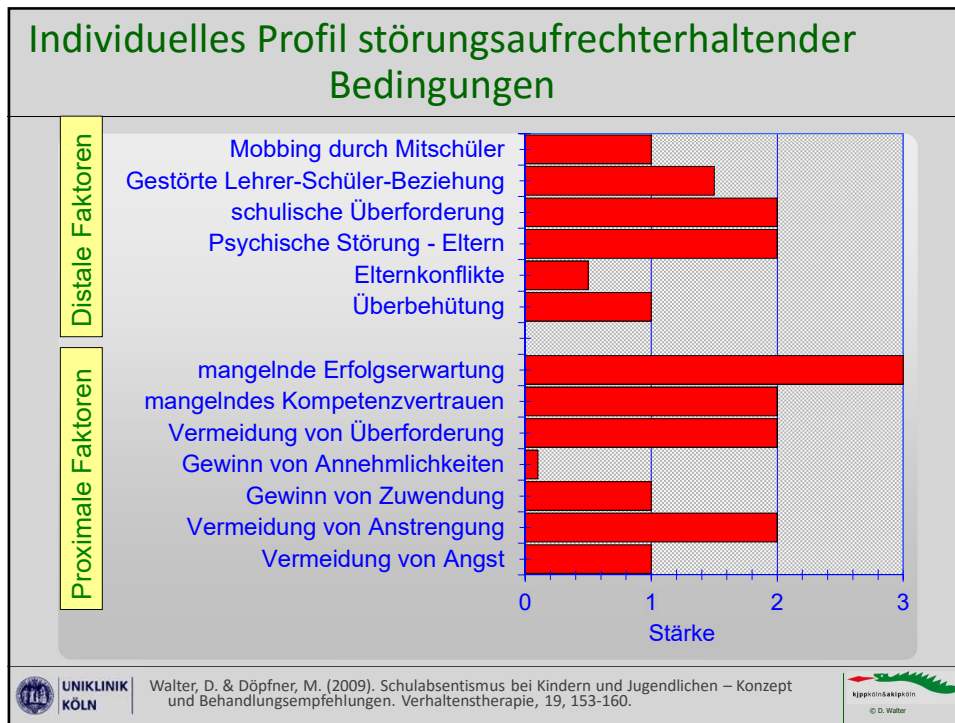
Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Schulabsentismus bei Kindern und Jugendlichen – Konzept und Behandlungsempfehlungen. Verhaltenstherapie, 19, 153-160.
Kearney, C. (2008). School absenteeism and school refusal behaviour in youth: a contemporary review. Clinical Psychology Review, 28, 451-471.





© D. Walter









Behandlung - Übersicht			
Autoren	Stichprobe	Behandlung	Ergebnis
Berg & Fielding (1978)	N=32; 16 Mädchen; Alter 13 Jahre; Schulabsentismus, kein expansives Verhalten	2-armig: Randomisierung 3- vs. 6-monatige stat. Therapie : supp. PT, soz. FertigkeitenT, MilieuT, FamilienT	Kein Unterschied , in beiden Gruppen Verbesserungen von 50%, 24-Monats-FU: stabil
Blagg & Yule (1984)	N=66; 11-16 Jahre, 33 Mädchen, Schulabsentismus, kein expansives Verhalten	3-armig: N=30 amb. KVT (M=2,5 Wochen); N=16 stat. Therapie (kein KVT) (M=45,3 Wochen); N=20 Hausbeschulung & amb. PT (kein KVT) (M=72,1 Wochen)	KVT & statT: Verbesserung, kein Unterschied, keine Info zu Hausbeschulung & PT zu Post; 12-Monats-FU – regelm. Schulbesuch: amb. VT 93,3%; 37,5% stat.T; 10% Hausbeschulung & PT
Last et al. (1998)	N=56; 6-17 Jahre, 28 Mädchen, Angststörung, Schulabsentismus, keine Depression, keine expansive Störung	2-armig: Randomisierung KVT vs. Erziehungsberatung, supp. PT & Tagebuch	Deutliche Verminderung Schulabsentismus, kein Unterschied zwischen Gruppen: 4-Wochen-FU: stabil
Kearney & Silverman (1999)	N=8; M=11,2 Jahre; 3 Mädchen, Schulabsentismus, Soz., Trennungs-, gen. Angst	2-armig: Prescriptive KVT (nicht randomisiert) (Fokussierung zugrundeliegende Funktionalität) vs. KVT	Verbesserung in beiden Gruppen, prescriptive CBT effektiver ; 6-Monats-FU: stabil

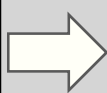

 Pina, A. et al. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child development Perspectives*, 3, 11-20.
 Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Schulabsentismus bei Kindern und Jugendlichen – Konzept und Behandlungsempfehlungen. *Verhaltenstherapie*, 19, 153-160.
 

Behandlung - Übersicht			
Autoren	Stichprobe	Behandlung	Ergebnis
King et al. (1998)	N=34; 5-15 Jahre; 16 Mädchen, Schulabsentismus, Trennungsangst, Anpassungsstörung, GAS, soz. Phobie, kein exp. Stör.	2-armig: randomisiert: KVT mit Eltern- und Lehrertraining vs. Warteliste; 6 Sitzungen über 4 Wochen	KVT deutliche Verbesserung Schulabsentismus und Ängste, 3-Monats-, 3- und 5-Jahres-FU: stabil
Heyne et al. (2002)	N=65; 7-14 Jahre, 28 Mädchen, Schulabsentismus, verschiedene Angststörungen	3-armig: randomisiert: KVT Kinder vs. Eltern-/Lehrertraining vs. Kombination, jeweils 8 Sitzungen	Post: Verbesserungen in allen Gruppen: Eltern/Lehrer=Komb> KVT Kinder 4-Monats-FU: keine Gruppenunterschiede mehr
Reissner et al. (2015)	N=112; 8-17 Jahre, 34% weiblich, 2/3 Realschule/ Gymnasium; 15% external; 25% gemischt, 60% internal; ca. 60% kompletter Schulabsentismus (letzte Woche)	2-armig: randomisiert; manualisiert, modularisiert: durchschn. M=21 Sitzungen in 6 Monaten (davon 14 spezifisch KVT) vs. amb SPV-Beratung (M=3,9 Termine)	6 Monate nach T-Beginn: 60/58% regelmäßiger Schulbesuch (12 Monate: 65/61%), kein Unterschied zwischen den Gruppen hoher Stichprobenschwund (36-45%)


 Pina, A. et al. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child development Perspectives*, 3, 11-20.
 Maynard et al. (2015). Treatment for school refusal among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 1-12.
 

Behandlung - Übersicht

- deutlicher Hinweis auf Wirksamkeit (ambulanter) KVT:
 - durchschnittlich 75% besuchten nach Behandlungsende regelmäßig die Schule (Spanne 47-100 %)
 - signifikante und klinisch bedeutsame Verminderung psychischer Auffälligkeiten
- allerdings: mehrheitlich vorwiegend ängstlich bedingter Schulabsentismus, geringer Chronifizierungsgrad
- häufig Ausschluss von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens (SSV)



unklar: welches Behandlungsangebot für Patienten mit emotional bedingtem Schulabsentismus (ggf. mit SSV), starker Chronifizierung und erfolgloser ambulanter Behandlung?



Pina, A. et al. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child development Perspectives*, 3, 11-20.
 Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Schulabsentismus bei Kindern und Jugendlichen – Konzept und Behandlungsempfehlungen. *Verhaltenstherapie*, 19, 153-160.



Kölner Schulabsentismus-Studie (K-SAS)

- Einschlusskriterien:
 - 12-18 Jahre
 - mindestens 14 Tage kein Schulbesuch/ mind. 50 Fehlstunden auf letztem Schulzeugnis
 - mindestens eine der folgenden Achse-1-Störungen:
 - Phobie/ Angststörung
 - depressive Störung
 - kombinierte Störung des Sozialverhaltens & Emotionen
 - Bereitschaft der Eltern für wöchentliche Termine
- Ausschlusskriterien:
 - IQ < 70
 - Autismus, Psychosen, Persönlichkeits-, Essstörungen
 - schwerer Substanzabusus
 - SSV ohne emotionale Störung
 - Psycho-/ Pharmakotherapie bei Studienbeginn



Walter, D. et al (2010). Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit emotional bedingtem Schulabsentismus. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 184-191.



Behandlungssetting

- offen stationäre Therapie, kognitiv-behaviorale Ausrichtung, manualgeleitete Therapie (Kearney & Albano, 2003; Walter et al., 2007)
- 2-3 Einzeltherapiesitzungen zzgl. ein Eltern-/ Familiengespräch pro Woche
- Bei Schulabsentismus > 3 Monate zunächst Besuch der Klinikschule
- Stationsteam speziell für dieses Therapieangebot geschult, intensiver Einbezug in Therapie (z.B. Expositionsbehandlungen, soziale Fertigkeitentrainings)
- Bei Empfehlung/ Indikation Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen (54,7%)
- mittlere Behandlungsdauer $m = 7,67$ Wochen



Walter, D. et al (2010). Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study. Eur Child Adolesc Psychiatry, 19, 835-844.



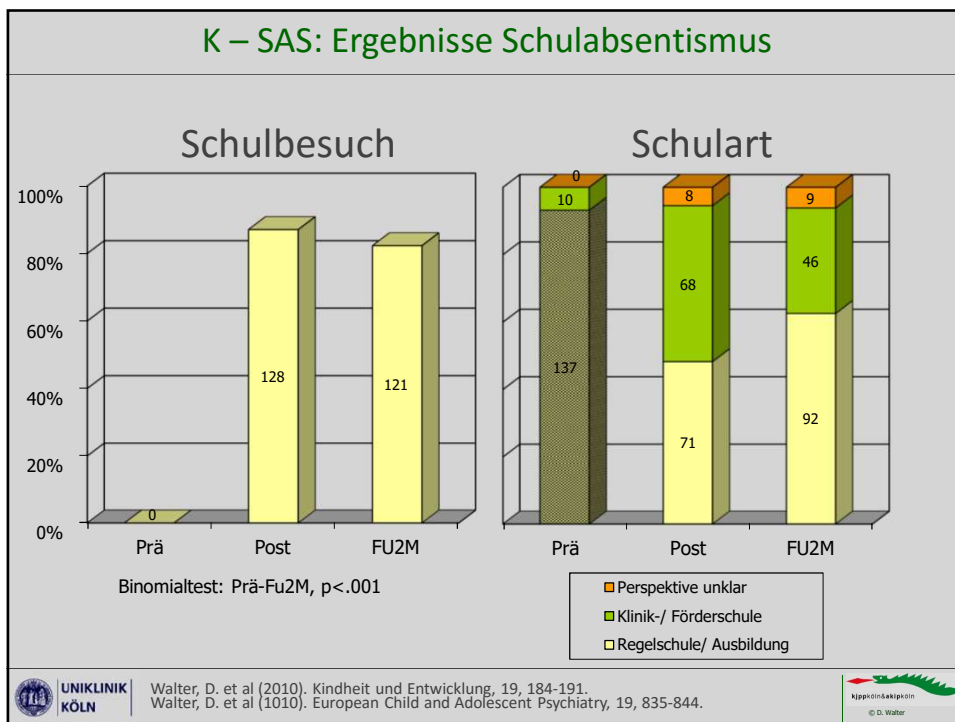
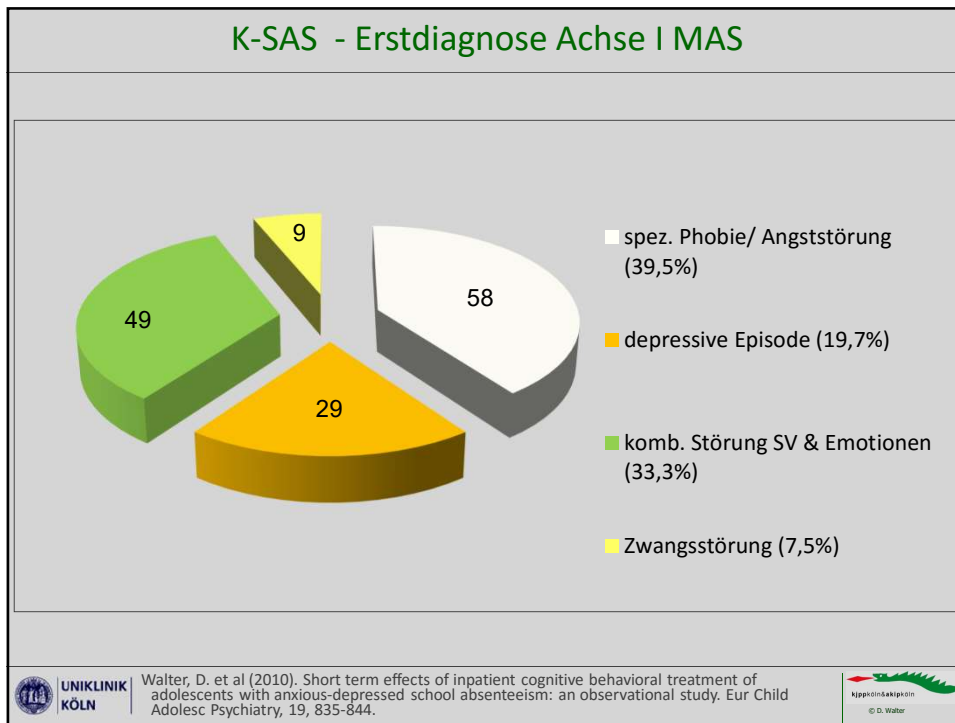
K-SAS - Stichprobenbeschreibung

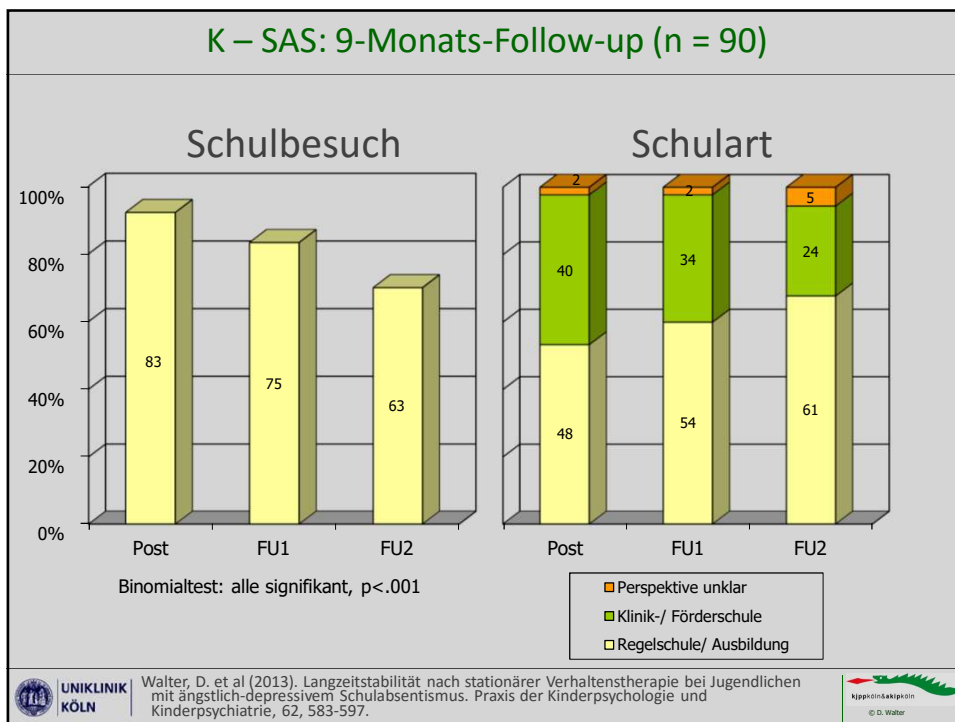
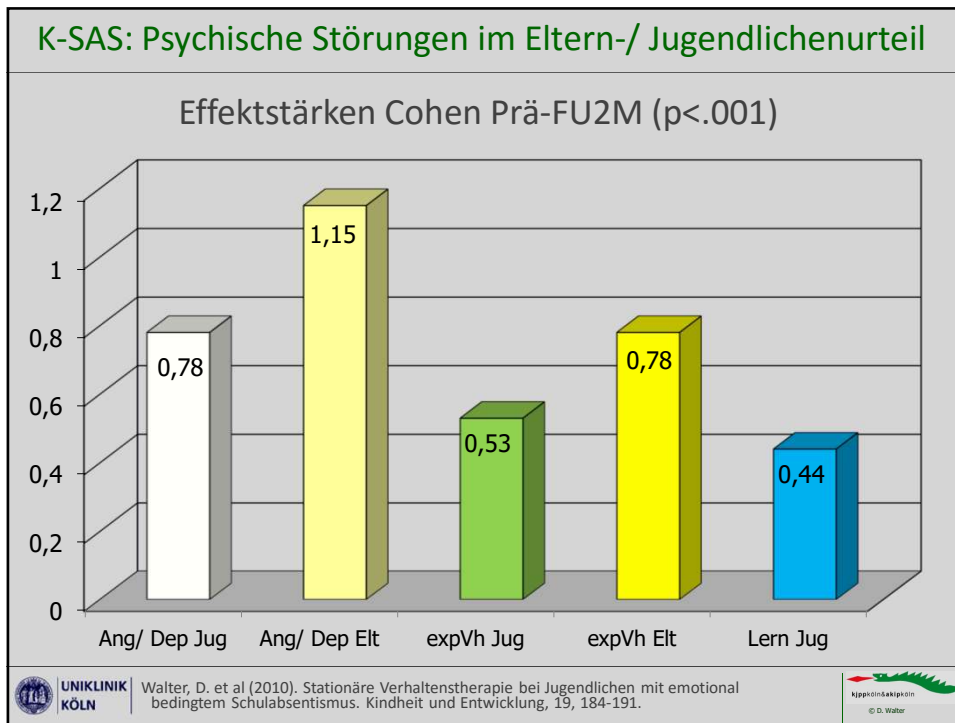
- $n = 147$ Jugendliche, 84 Jungen, Alter $M = 15,1$ Jahre ($SD = 1,5$)
- Intelligenz (HAWIK-IV): $M = 101,0$ ($SD = 13,9$)
- Schulabsentismus: $M = 19,3$ Wochen ($SD = 14,0$; Range 2 – 108 Wochen); Fehlstunden letztes Zeugnis: $M = 111,3$ ($SD = 97,6$)
- Schulbesuch:
 - Hauptschule: $N = 38$ (26,6%)
 - Realschule: $N = 43$ (29,1%)
 - Gymnasium: $N = 32$ (21,6%)
 - Gesamtschule: $N = 17$ (11,4%)
 - Berufsschule: $N = 7$ (4,6%)
 - Förderschule E: $N = 10$ (6,7%)
- Vorbehandlungen:
 - mind. eine ambulante Psychotherapie: $N = 103$ (70,1%)
 - stationäre/ teilstationäre Therapie: $N = 41$ (27,9%)
 - Übungsbehandlung: 27 (18,4%)
 - Medikation: 30 (20,4%)

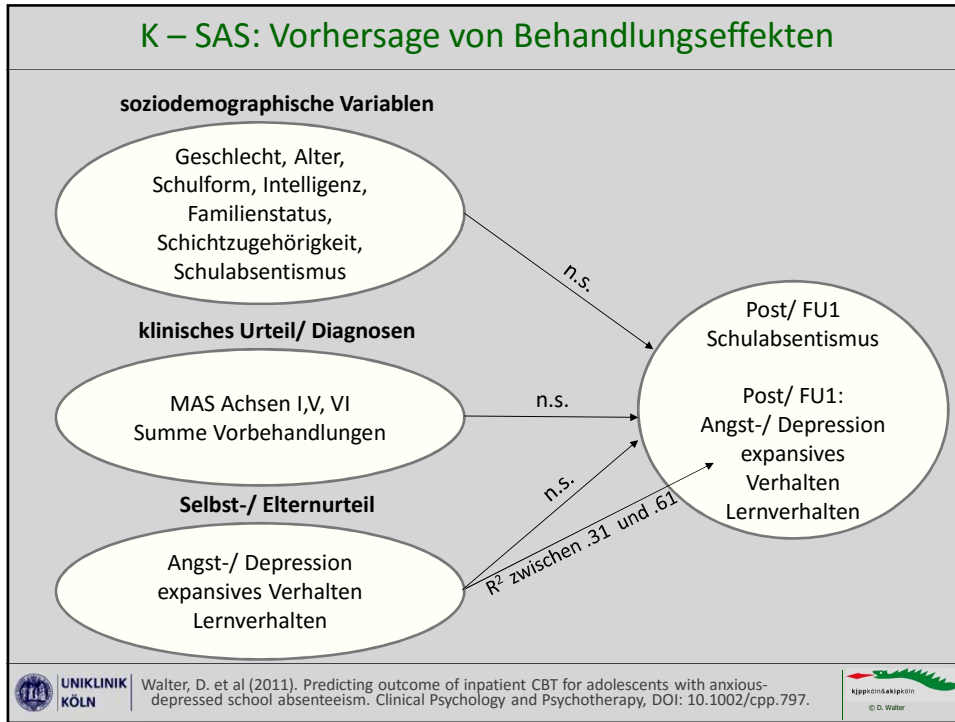


Walter, D. et al (2010). Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study. Eur Child Adolesc Psychiatry, 19, 835-844.









DIE SCHULWOBLIES

Warum kommen die Schulwoblies?
Einige Kinder machen sich über nichts und alles Sorgen. Einige Kinder haben richtig Angst ohne irgend einen Grund. Aber auch Kinder, die sich vorher kaum vor etwas gefürchtet haben, werden von den Schulwoblies aufgesucht.
Sie tauchen häufig dann auf, wenn Du nicht zur Schule gehen konntest: Wenn Dir oder in der Familie etwas Schlimmes passiert ist, oder Du vielleicht eine Weile krank warst.
Schulwoblies kommen häufig zu Kindern, die krank waren und deshalb oft zum Arzt mußten.

TEXT VON CHRIS PHOENIX
ZEICHNUNGEN VON MEL PHILLIPS
DEUTSCHE ÜBERSETZUNG VON
MARIE-LUISE THIMMROD UND MURIEL KROEMER

When Children Refuse School
A Cognitive-Behavioral Therapy Approach

THERAPIST Guide
Christopher A. Kearney
Anne Marie Albano

EUR 31,50
ISBN 978-1-937898-11-1
TherapyWorks

UNIKLINIK KÖLN | HippokratesKöln | © D. Walter

Urheberrechtlich geschütztes Material

Abel
Hautzinger

Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

inklusive
Arbeits-
materialien
auf CD

Springer

Urheberrechtlich geschütztes Material

Daniel Walter · Manfred Döpfner

Leistungsprobleme im Jugendalter

SELBST – Therapieprogramm
für Jugendliche mit Selbstwert-,
Leistungs- und Beziehungsstörungen
Band 2

selbst

Therapieprogramm für Jugendliche mit
Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

mit CD-ROM

HOGREFE

UNIKLINIK
KÖLN

Nippkinderklinik
© D. Walter

thaz: Therapieprogramm für Angst- und Zwangsstörungen

thaz
Therapieprogramm für
Angst- und Zwangsstörungen

thaz Leistungsangste
Therapieprogramm für
Angst- und Zwangsstörungen

thaz Trennungsangst
Therapieprogramm für
Angst- und Zwangsstörungen

thaz Soziale Angst
Therapieprogramm für
Angst- und Zwangsstörungen

thaz Zwang
Therapieprogramm für
Angst- und Zwangsstörungen

UNIKLINIK
KÖLN

Suhr-Dachs, L., & Döpfner, M. (2015). *Leistungsangste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Band 1.* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Nippkinderklinik
© M. Döpfner

15

<p>Psychologie in Bildung und Erziehung: Vom Wissen zum Handeln</p> <p>Gisela Steins · Pia Anna Weber Verena Welling</p> <h2>Von der Psychiatrie zurück in die Schule: Reintegration bei Schulvermeidung</h2> <p>Konzepte - Begründungen - Materialien</p>	<p>Kohlhammer Manuale</p> <p>Reissner, Hebebrand, Knollmann (Hrsg.)</p> <h2>Beratung und Therapie bei schulvermeidendem Verhalten</h2> <p>Multimodale Interventionen für psychisch belastete Schulverweider – das Essener Manual</p> <p>Kohlhammer</p>
	

Hilfreiche Materialien



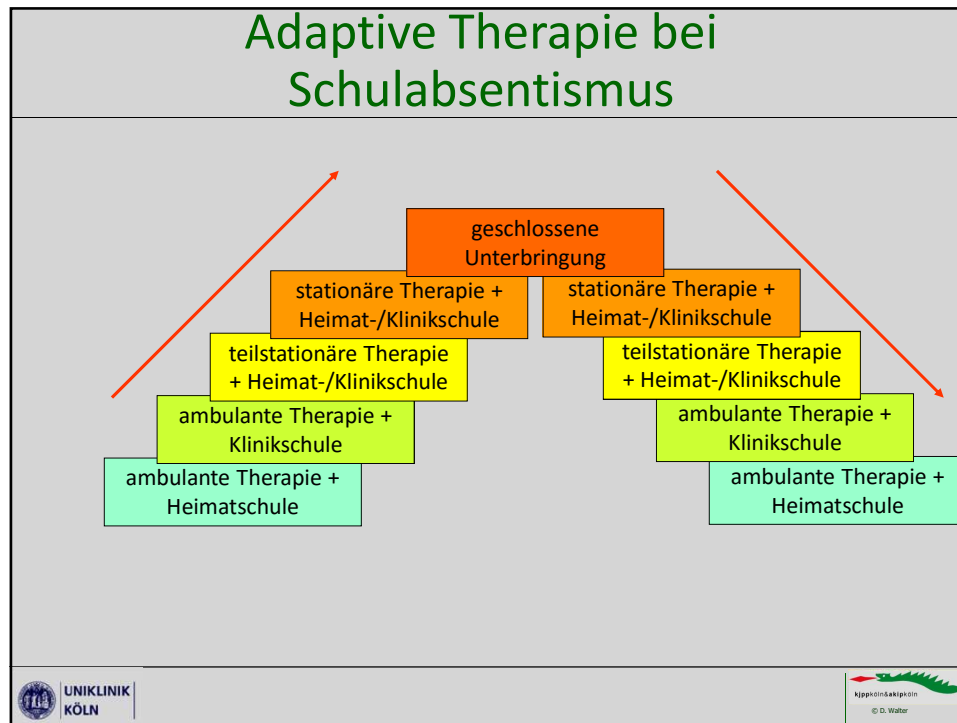
SCHULABSENTISMUS

www.kinderreich-aachen.de

stadt aachen
KOMMISSAR FÜR FAMILIE

<http://www.aachen.de/BIS/FO/Schulabsentismusordner.pdf>

	
---	---



Setting I: ambulante Therapie

- bei unregelmäßigem Schulbesuch: umschriebener ambulanter Behandlungsversuch mit festen Absprachen
- gestuftes Behandlungskonzept mit Eltern und Patienten thematisieren – v.a. Eltern sollten klar herausstellen, dass sie auch stationärer Behandlung zustimmen würden
- klare Absprachen bzgl. Grundlagen einer ambulanten Behandlung – Therapievertrag
 - (gestuftes Vorgehen - beispielsweise mindestens einen Tag pro Woche in die Schule gehen während der ersten Woche, in der zweiten Woche mindestens zwei Tage usw.)
- vorsorglich Anmeldung auf Station hilfreich
- enger Kontakt zur Heimschule – regelmäßige Informationen bzgl. Schulbesuch

UNIKLINIK KÖLN Nippelklinik Köln
© D. Walter

Setting II: ambulante Therapie

- genaue Organisation der Unterstützung – z.B. wer darf wie lange bis wohin begleiten
- Ziel: Herstellung vollständiger Schulbesuch innerhalb einer fest definierten, überschaubaren Zeit
- es ist in der Regel nicht hilfreich, wenn:
 - sich die Graduierung bis zum regelmäßigen Schulbesuch über Monate hinzieht;
 - die Patienten krankgeschrieben werden;
 - es zu längeren Episoden von Einzelbeschulung kommt;
 - die Betroffenen zuhause beschult werden;
 - Hausaufgaben über einen langen Zeitraum nach Hause gebracht werden, wenn die Kinder/ Jugendlichen nicht in der Schule waren;
 - bei Fernbleiben der Schule die Zeit mit angenehmen Tätigkeiten verbracht wird (z.B. TV, PC).

Setting III: stationäre Therapie

- freiwillige Aufnahme wünschenswert
- Ziel stationäre Behandlung: ambulante Therapie ausreichend
- Eltern sollten Patienten gegenüber verdeutlichen, dass sie klar hinter stationärer Therapie stehen (häufig viel therapeutische Unterstützung erforderlich)
- nicht selten sind mehrere Versuche nötig, bis eine stationäre Aufnahme gelingt
- wichtig: detaillierte Planung der stationären Aufnahme
- zunächst begrenzter Kontakt zwischen Patient und Bezugspersonen sinnvoll
 - CAVE: Ausgang, Handy(s), Beurlaubung am Wochenende
- Rückzug begrenzen; Normalisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- enge Einbindung Stationsteam in Behandlung

Setting IV: Beendigung stationäre Therapie

- Vorwegnahme potentiell problematischer Situationen (für Patienten und Eltern) – Erarbeitung „Notfallplan“
- Überlernen: erworbene Fertigkeiten möglichst oft üben (z.B. selbstständiges Bahnfahren)
- Beurlaubung über Nacht mit Belastungserprobung am Morgen
- Anbahnung einer ambulanten Weiterbehandlung noch während des stationären Aufenthaltes
- nahtlose wöchentliche ambulante Therapiekontakte sinnvoll
- enge Abstimmung aller beteiligter Instanzen (v.a. Schule, Eltern, Therapeut, ggf. Jugendamt)
- bei Einbruch der Behandlungseffekte erneute zeitnahe stationäre Aufnahme (ggf. unter veränderten Aufnahmebedingungen)

SELBST – Behandlungsphasen

Problem- und Zielanalyse	1 Screening der Eingangsbeschwerden, Beziehungsaufbau, Informationsvermittlung
	2 Multimodale Diagnostik: Probleme & Kompetenzen, Belastungen & Ressourcen
	3 Problemanalyse, Erarbeitung eines Störungskonzeptes
	4 Zielanalyse, Stärkung der Änderungsmotivation, Interventionsplanung
Intervention und Verlaufskontrolle	5 Durchführung von Interventionen
	6 Zwischenevaluation & Zielerreichung
	7 Stabilisierung, Rückfallprävention

Exploration 1

- Exploration von Eltern, Jugendlichen (gemeinsam und getrennt) und Lehrer
- Einbezug von Vorbefunden (incl. Zeugnisse!) – Leistungen, Sozialverhalten, Fehlzeiten entschuldigt – unentschuldigt
- bei häufigen Krankschreibungen somatische Abklärung
- wenn Rückführung auf Heimatschule sinnvoll und geplant:
 - intensive Zusammenarbeit mit kooperierendem Lehrer (Diagnostik- und Interventionsphase!)
 - Mobbing: vor Rückführung muss in Kooperation mit Schule sichergestellt werden, dass keine erneuten Mobbingereignisse stattfinden
- Eltern sollten in Therapie eng mit eingebunden werden (z.B. Verminderung von Zuwendung bei Schulvermeidung)

Exploration 2

- **differenzierte Exploration der Morgensituation**
 - versucht Patient, aufzustehen und das Haus zu verlassen?
 - Angstintensität Morgensituation (was ist am schlimmsten – Aufstehen, Haus verlassen, Weg zur Schule, Weg über den Schulhof, Flur, Klassenraum, Pause – was ist das Schlimmste, was passieren könnte?)
 - wie reagieren Bezugspersonen?
- **differenzierte Beschreibung des Tagesablaufes**
 - was macht Patient, anstatt in die Schule zu gehen?
 - Verschiebung Schlaf-Wach-Rhythmus?
 - aktuelle Sozialkontakte?
 - PC-/ TV-Konsum?

Exploration 3

- **Exploration von Helfersystemen** (Schule, Jugendamt usw.)
 - wurden bereits Sanktionen angekündigt/ erlassen (z.B. Bußgeldandrohung)?
 - Krankschreibung des Jugendlichen? Einzelbeschulung? Hausbeschulung?
 - Schulabsentismus mit Wissen der Eltern?
- Erhebung eines **subjektiven Störungsmodells** (Eltern, Jugendlicher, Lehrer) – steuert in hohem Maße Interventionserwartungen der Beteiligten
- Abklärung **psychischer Störungen in Familie** (insbesondere Angst- und depressive Störungen, Suchterkrankungen, Schulabsentismus in Familie)
- **Kompetenzen und Ressourcen** bei Jugendlichen und Bezugspersonen
- **Bewältigungsversuche** (incl. Vorbehandlungen)

Exploration 4

1. Abgrenzung zu Schuleschwänzen

- Geht Patient direkt nach Hause, wenn er/sie nicht die Schule besucht oder sucht er/sie andere Orte auf (Kneipe, Freunde usw.)?
- Verlässt Patient das Haus für andere Aktivitäten, wenn er/sie morgens nicht zu Schule gegangen ist?

2. Fokus der Ängste

- Hinweise auf Angst vor Trennung vs. Angst vor Schule
- Hinweise auf Leistungsängste / schulische Überforderung?
- Hinweise auf Angst vor dem Lehrer / der Lehrerin? Hinweise auf Angst vor Klassenkameraden / anderen Schülern?
- Hinweise auf Ängste vor engen Räumen, vor Umkippen/ Erbrechen in der Öffentlichkeit?

Exploration 5



3. Verhalten in der Familie

- Verhält sich das Kind in der Familie besonders dominant?
- Gelingt es ihm meist, sich auch in anderen Situationen durchzusetzen?
- Überbehütende Tendenzen / Ängste bei den Eltern?

4. Beurteile Prognose für ambulante Behandlung.

Prognose ist umso ungünstiger

- je länger die Symptomatik besteht (z.B. Kein Schulbesuch seit einem halben Jahr)
- je stärker Trennungsprobleme und Ängste auch bei wichtigen Bezugspersonen (z.B. der Mutter ist)
- je stärker das Umfeld eher auf Entlastung orientiert ist
- je dominanter der Patient in der Familie ist.

Bei eher ungünstiger Prognose sollte eine ambulante Therapie nur dann begonnen werden, wenn sehr enge und klare Absprachen hinsichtlich der Bedingungen für die Fortführung der Behandlung getroffen worden sind



Schulabsentismus: Multimodale Therapie (1)

Erarbeitung eines Störungsmodells, gemeinsame Zieldefinition

schulische Überforderung/ ungünstige schulische Bedingungen?

ja

Einleitung einer adäquaten schulischen Platzierung/ Änderung der schulischen Bedingungen

nein

Antriebsminderung/ depressive Stimmung/ verschobener Schlaf-Wach-Rhythmus?

ja

Aktivierung/ Normalisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus

nein/ja

dysfunktionale Grundannahmen/ verzerrte soziale Wahrnehmung?

ja

Korrektur verzerrter Kognitionen / sozialer Wahrnehmungsprozesse

nein/ja

ausgeprägte situative/ objektbezogene Ängste?

ja

Exposition

nein/ja



Walter, D. & Döpfner, M. (2009). Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus – Konzept und Behandlungsempfehlungen. Verhaltenstherapie, 19, 153-160.



