

Schweitzer, Jochen und Ochs, Matthias

Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 6, S. 440-455

urn:nbn:de:bsz-psydok-44495

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok 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 PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

| | |
|---|-----|
| Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness) | 172 |
| Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders) | 182 |
| Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy) | 766 |
| Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped) | 109 |
| Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling) | 266 |
| Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services) | 250 |
| Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation) | 620 |
| Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view) | 777 |

Originalarbeiten / Original Articles

| | |
|--|-----|
| Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry) | 794 |
| Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia) | 329 |
| Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebserkrankter Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) | 141 |
| Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results) | 677 |
| Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context) | 1 |

| | |
|---|-----|
| Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal) | 653 |
| Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness) | 316 |
| Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) .. | 297 |
| Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test) | 707 |
| Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions) | 156 |
| Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children) | 473 |
| Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?) | 338 |
| Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources) | 689 |
| Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease) | 17 |

Übersichtsarbeiten / Review Articles

| | |
|--|-----|
| Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry) | 517 |
| Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality) | 503 |
| Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents) | 751 |
| Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children) | 98 |

| | |
|--|-----|
| Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints) | 215 |
| Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study) | 547 |
| Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy) | 560 |
| Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches) | 35 |
| Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments) | 88 |
| Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg) | 49 |
| Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?) | 719 |
| Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety) | 409 |
| Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school) | 387 |
| Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies) | 491 |
| Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood) | 71 |
| Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches) | 371 |
| Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations) | 234 |
| Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options) | 595 |
| Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy) | 425 |
| Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems) | 578 |

| | |
|--|-----|
| Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior) | 440 |
|--|-----|

Buchbesprechungen / Book Reviews

| | |
|--|-----|
| Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle) | 286 |
| Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke) | 359 |
| Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley) | 283 |
| Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin) | 540 |
| Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke) | 64 |
| Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski) | 641 |
| Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck) | 538 |
| Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer) | 819 |
| Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich) | 63 |
| Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg) | 459 |
| Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner) | 457 |
| Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber) | 642 |
| Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff) | 739 |
| Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl) | 535 |
| Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner) | 737 |
| Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke) | 200 |
| DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel) | 820 |
| Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer) | 62 |
| Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz) | 358 |
| Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch) | 460 |
| Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch) | 824 |
| Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel) | 287 |
| Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich) | 363 |
| Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken) | 130 |

| | |
|---|-----|
| Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>) | 355 |
| Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>) | 129 |
| Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>) | 739 |
| Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>) | 289 |
| Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>) | 640 |
| Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>) | 355 |
| Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>) | 646 |
| Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>) | 463 |
| Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>) | 539 |
| Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>) | 357 |
| Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>) | 361 |
| Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>) | 818 |
| Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>) | 822 |
| Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>) | 134 |
| Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>) | 738 |
| Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>) | 644 |
| Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>) | 290 |
| Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>) | 201 |
| Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>) | 130 |
| Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>) | 360 |
| Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>) | 643 |
| Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>) | 197 |
| Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>) | 541 |
| Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>) | 198 |
| Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>) | 132 |

| | |
|--|-----|
| Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>) | 196 |
| Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>) | 65 |
| Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>) | 362 |
| Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>) | 202 |
| Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>) | 823 |
| Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>) | 284 |
| Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>) | 536 |
| Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>) | 823 |

Neuere Testverfahren / Test Reviews

| | |
|---|-----|
| Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>) | 205 |
| Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>) | 744 |
| Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>) | 465 |

| | |
|---|---|
| Editorial / Editorial | 213, 369, 545 |
| Autoren und Autorinnen / Authors | 61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812 |
| Zeitschriftenübersicht / Current Articles | 123, 814 |
| Tagungskalender / Congress Dates | 67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827 |
| Mitteilungen / Announcements | 69, 139, 212, 472, 651, 750 |

Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten

Jochen Schweitzer und Matthias Ochs

Summary

Systemic family therapy for school refusal behavior

The article deals with systemic-family therapeutic implications of differential diagnostics of school refusal behavior. Systemic therapy elements, that are useful in treatment of school phobia/school anxiety, and family interaction types, in which school refusal behavior occurs, are introduced. Finally two case studies of systemic family therapy are presented.

Keywords: school refusal – family interaction – systemic family therapy

Zusammenfassung

Der Beitrag beleuchtet systemisch-familientherapeutische Implikationen einer Differentialdiagnostik schulverweigernden Verhaltens. Es werden systemische Therapieelemente, die sich in der Behandlung von Schulangst/Schulphobie bewährt haben, und verschiedene Familieninteraktionstypen, in denen schulverweigerndes Verhalten auftritt, vorgestellt. Abschließend werden zwei Kasuistiken systemischer Familientherapie bei Schulphobie/Schulangst präsentiert.

Schlagwörter: Schulverweigerung – Familieninteraktion – systemische Familientherapie

1 Systemtherapeutische Implikation einer Differentialdiagnostik schulverweigernden Verhaltens

Die differentialdiagnostischen Unterscheidung dreier Formen der Schulverweigerung: Schulangst, Schulphobie und Schulschwänzen (Lehmkuhl et al. 1988; Oelsner u. Lehmkuhl 2002) verdeutlicht, dass es sich bei unerlaubtem Fernbleiben von der Schule stets um Beziehungskonflikte handelt, die aber unterschiedlich geartet sind. Bei der Schulangst stehen starke Ängste vor schulischen Leistungsanforderungen, Lehrern oder Mitschülern im Vordergrund. Bei der Schulphobie handelt es sich in erster Linie um eine Angst vor der Trennung vom Elternhaus. Schulschwänzen bezeichnet das, was auch umgangssprachlich darunter verstanden wird: „Null Bock auf Schule.“

Schulverweigerndes Verhalten stellt ein für Familientherapeuten höchst interessantes Phänomen dar, da es oft in eine Gemengelage von dämpfenden und verstärkenden Prozessen auf mehreren Systemebenen eingebettet ist. Auf diesen Systemebenen muss je nach Fall unterschiedlich intensiv gearbeitet werden:

- Individuell geht bei über der Hälfte der Kinder und Jugendlichen schulverweigerndes Verhalten mit komorbiden Belastungen einher – oft Angst, depressive und somatoforme Störungen (z.B. Kearney 1993; King u. Bernstein 2001). Und auch die Eltern dieser Kinder berichten häufig von psychischen und psychosomatischen Beschwerden (z.B. Murase 1990; Bernstein u. Borchardt 1996). Diese Belastungen müssen erkannt und gelindert werden, was häufig durch Familiengespräche, manchmal aber leichter durch Einzelgespräche gelingt.
- Familiär stellt Schule immer eine Bedrohung der innerfamiliären Bindungsdichte dar, auf die manche Familien mit besonders starkem Bindungsmodus meist sehr verängstigt oder manchmal aggressiv oder beides zugleich reagieren können. Hier ist eine sehr behutsame „Entbindungsarbeit“ mit der Familie angesagt, die aber zunächst den familiengeschichtlich meist nachvollziehbaren Überlebenswert starker Bindung erkundet und respektiert, bevor sie ihn behutsam infrage stellt.
- Peergroups (Klassenkameraden) sind insbesondere für Jugendliche oft die entscheidenden Normsetzer dafür, ob eher Schulbesuch oder Fernbleiben von der Schule sozial anerkannt wird. Ihre Einbeziehung in eine systemische Therapie erleichtert manchmal die Rückkehr zur Schule.
- Institutionell steht neben der Arbeit mit der Familie und erweiterten Familie regelmäßig die Zusammenarbeit mit den Lehrern, oft mit eingeschalteten Kinderärzten, manchmal mit Jugendamt und Jugendhilfe auf dem Plan. Hierbei sind Auftragsklärungen und Helferkonferenzen wichtig.
- Gesellschaftlich ist Schulverweigerung nur denkbar vor dem Hintergrund einer allgemeinen Schulpflicht als Kampf um die Verweigerung, Durchsetzung oder kompromisshaften Durchsetzung einer gesetzlich gefassten „Muss-Regel“: Ohne Schulpflicht gäbe es keine Schulverweigerung. Hier ist in therapeutischen Kontexten eine „Lösungsneutralität“ hilfreich: Therapeuten müssen, anders als Rektoren, Eltern oder Jugendamtsmitarbeiter, auch das Fernbleiben von der Schule für eine grundsätzlich honorige und sinnvolle Verhaltensweise halten können – genauso wie das Hingehen.

Die drei Formen von Schulverweigerung erfordern jeweils unterschiedliche Schwerpunkte bei der systemischen Behandlung.

1.1 Schulangst

Bei Schulangst geht es vor allem um direkte und/oder konnotative Veränderungen des Aktionsfeldes Schule. Bei einer Leistungsüberforderung des Schülers kann ein Schulwechsel, z.B. von der Real- auf die Hauptschule, indiziert sein. Bei schulverweigerndem Verhalten aufgrund von Mobbing oder Gewalt durch Mitschüler oder aufgrund von Schwierigkeiten mit Lehrer(inne)n ist gemeinsam mit Eltern und Lehrern/Pädagogen sorgfältig zu klären, ob eine Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen

eine Modifikation der schulangstauslösenden Stressoren möglich/notwendig ist (und familiärer Ressourcen zu deren Unterstützung) zum erfolgreichen Bleiben, eine Modifikation der schulangstauslösenden Stressoren möglich/notwendig ist oder aber ein Schul- bzw. Klassenwechsel angebracht ist. Entscheidend für das Gelingen therapeutischer Intervention ist:

- kontextuelle Veränderungen so zu begleiten, dass sie vom schulverweigernden Schüler und seiner Familie nicht als Kränkung, sondern als Chance zu einem Neuanfang empfunden werden können: Jeder muss sein Gesicht wahren können;
- dass kontextuelle Veränderungen auch von den Lehrern, Jugendamtsmitarbeitern, behandelnden Ärzten etc. annähernd als Win-Win-Prozess angesehen werden können;
- mit dem Kind und seiner Familie gemeinsam Sichtweisen zu erarbeiten, die die Schule für deren Empfinden „einfacher, erfolgversprechender, annehmbarer machen“ (Oelsner u. Lehmkuhl 2002, S. 19).

1.2 Schulphobie

Schulphobie und Schulangst können eng verwoben sein. Stehen bei der schulverweigernden Symptomatik kindliche Trennungsängste im Vordergrund (Schulphobie), dann spiegeln diese oft Ängste vor dem Verlust des im familiären Kontext funktionierenden, aber im schulischen Kontext bedrohten Selbstwerts dar. Dabei können Selbstwertängste des Kindes und seiner Eltern eng verflochten sein. Bernstein und Borchardt (1996) erhoben bei 134 Familien mit schulverweigernden Kindern die elterliche psychische Belastung per SCL-90. Es stellte sich heraus, dass eine hohe Rate von Vätern über Ängste und Depressionen berichten. Auch von anderen Autoren wurde die patho- und salutogenetische Rolle des Vaters bei Schulverweigerung angemerkt (z. B. Sherman u. Formanek 1985; Makihara et al. 1985; Kearney u. Silverman 1995). In einer familientherapeutischen Kasuistik berichtete Saito (1992), dass das interpersonale „Empowering“ des Vaters entscheidend für den Therapieerfolg war.

Eine nachhaltige Veränderung des schulverweigernden Verhaltens erfordert deshalb manchmal eine familientherapeutische Aufarbeitung elterlicher Ängste. Hilfreich hierbei kann die Verwendung von Genogrammen sein, mit denen transgenerationale familiäre Verflechtungen anschaulich exploriert werden können. Familienmitglieder mit Angststörungen neigen dazu, sich in abhängige und überinvolvierte Beziehungsmuster zu verstricken. Diese wiederum stellen einen guten Nährboden für (Schul-) Ängste und (Schul-) Phobien dar (s. u.). Die Unabhängigkeit und Autonomie der Familienmitglieder zu fördern, ist bei Schulphobie häufig ein Schlüssel zum Erfolg. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass „encouraging the independence strivings of the youngster can proceed only when the sense of need and dependency within the parent has been understood and adressed“ (Place et al. 2000, S. 351).

1.3 Schulschwänzen

Schulschwänzen hat nicht viel mit Schulangst und Schulphobie zu tun – auch wenn das Phänomen, das Fernbleiben von der Schule, dasselbe ist. Im Gegenteil: Chronischen „Schulschwänzern“ ist die Schule so egal, dass sie noch nicht einmal

Angst vor ihr haben. Doch nicht nur den „Schulschwänzern“ selbst ist Schule egal – oft auch deren Eltern. Schulschwänzen ist – kinderpsychiatrisch gesprochen – oft Teil einer „Störung des Sozialverhaltens“, die gleichermaßen als Beziehungskonflikt zwischen den Systemen Schule und Familie verstanden werden kann. Deshalb ist ein anderes systemtherapeutisches Vorgehen als bei Schulangst/Schulphobie indiziert: Mehr Konfliktvermittlung und „interkulturelle Übersetzungsarbeit“ zwischen Familie und Schule, ggf. auch weiteren Systemen, das wir hier nicht genauer beschreiben (ausführlicher dazu: Aponte 1976; Pinquart u. Masche 1999; Oelsner u. Lehmkuhl 2002).

2 Bei Schulangst und Schulphobie bewährte Therapieelemente

Grundsätzlich besteht bei jeder Form von Angststörungen ein erster und wichtiger Schritt systemischer Therapie darin, Angst als eine normale und sinnvolle Reaktion und Erfahrung von Menschen, die Alltagssprachlich im Gegensatz zu „Depression“ oder „Psychose“ zunächst nicht als pathologisch betrachtet wird, zu konnotieren. Diese Dimension der Angst jenseits der Pathologie gilt es lebens- und beziehungs- geschichtlich sowie kontextbezogen auszuloten (Häuser 1994; Häuser u. Eher 2000). Gleichzeitig ist es entscheidend, die Janusköpfigkeit der Angst zu verdeutlichen: Ängste können auch konstruktives Handeln blockieren, negative Erwartungs- paralyse erzeugen und klein machen. Im folgenden eine kleine Auswahl systemi- scher Therapieelemente, die sich bei Schulverweigerung bewährt haben:

Kontextualisierung des schulverweigernden Verhaltens:

Ähnlich wie bei Verhaltenstherapie am Beginn der Behandlung eine Verhaltensana- lyse steht, so wird in den ersten Sitzungen systemischer Therapie eine Kontextana- lyse durchgeführt:

- Wo, wie und wann ist die Schulangst zum ersten Mal aufgetaucht?
- Wie haben andere darauf reagiert?
- Wie gehen Eltern/Partner/Geschwister mit Gefühlen der Angst um?

Es empfiehlt sich, die Kontextanalyse um eine Lösungsanalyse zu erweitern und zu erkunden, welche Bewältigungsstrategien von den Familienmitgliedern schon er- folgreich/nicht erfolgreich eingesetzt wurden (ausführlicher zur Lösungsanalyse: Bamberger 2001).

Auftragsklärung: „Machen, dass der Junge/das Mädchen wieder in die Schule geht“:

Bei schulverweigerndem Verhalten ist Auftragsklärung deshalb entscheidend, weil die in der Luft liegende Einladung und oft direkt ausgesprochene Aufforderung, der Therapeut möge dafür sorgen, dass das Kind wieder zur Schule geht, einen unmög- lichen Auftrag darstellt. Wenn darüber im therapeutischen Arbeitsbündnis erst ein- mal Konsens besteht, dann können konkrete und durchführbare Therapie(teil)ziele formuliert werden – womit viel gewonnen ist.

- Angenommen, Sie wären hier Kunde und würden mir einen Auftrag erteilen, wie könnte dieser lauten?
- Was erwarten Sie von mir?
- Wie könnte ich dabei hilfreich sein?
- (Umgekehrt als Verschlimmerungsfrage formuliert): Was müsste ich tun, damit Sie hinterher unzufrieden sind?

Die „guten Gründe“ für Schulverweigerung:

Oft kommt man Schulängsten und -phobien elegant und schnell auf die Spur, wenn man die „guten Gründe“ in der familiären Lebenssituation und -geschichte bei den Familienmitgliedern ausführlich erfragt. Zudem ist es möglich, Alternativen zu entwickeln, um die angenehme Seite am Schulverweigern ohne die Schule zu verweigern zu bewahren:

- Angenommen, die Schulangst wäre für etwas gut und wichtig, wofür könnte das sein?
- Angenommen, es gäbe gute Gründe für die Schulangst, welche wären dies?

Visionen – Der Schulverweigerer in fünf Jahren:

Es kann lohnend sein, Hypothesen darüber zu entwickeln, wie das schulverweigernde Kind und seine Familie in zwei, fünf oder zehn Jahren leben. Wie schaut die Zukunft aus, wenn das schulverweigernde Verhalten abgelegt/beibehalten wird?

- Angenommen wir würden einen Sprung in die Zukunft machen, wie werden Sie jeder einzeln und als Familie in zwei/ in fünf Jahren leben?
- Was ist Ihre Vision von der Zukunft?

Manchmal wird das Destruktive schulverweigernden Verhaltens mit aller Klarheit deutlich, wenn der zeitliche Kontext um das Symptom weit in die Zukunft ausgedehnt wird.

Ressourcenaktivierung – Was die Familienmitglieder hinsichtlich der Schulangst tun können:

Es empfiehlt sich, den Lösungs- und Bewältigungsraum der Familienmitglieder hinsichtlich der Schulverweigerung ausführlich zu explorieren. Oft treten dabei verschüttete Ressourcen zutage, die genutzt und ausprobiert werden können. Gleichzeitig wird somit wichtige diagnostische Information über Problemlösekompetenzen und -vorlieben der Familienmitglieder erhoben:

- Wie wurden ähnliche Krisen in der Vergangenheit schon einmal bewältigt?
- Wenn das Kind früher oder zwischenzeitlich einmal ausnahmsweise in die Schule ging: Was war dann anders?
- Angenommen, wir würden hier heute ein erfolgreiches Gespräch führen, was würden Sie nach Ende des Gesprächs konkret anders machen, was die Schulangst betrifft?

Behaviorale und tiefenpsychologische Strategien als flankierende Maßnahmen zur systemischen Behandlung:

Behaviorale Strategien können flankierend zum Einsatz kommen, wenn es primär darum geht, dass das Kind wieder in die Schule geht und davon ausgegangen werden kann, dass die selbstverstärkende Erfahrung, die ein Kind aus dem wieder auf-

genommenen Schulbesuch macht, heilsam ist (vgl. Ihle et al. 2003 in diesem Heft). Tiefenpsychologische Einzeltherapie erscheint dann flankierend ratsam, wenn es darum geht, das Selbstbild des schulverweigernden Kindes auf eine realistische Basis zu stellen und auf dieser Basis Selbstwert, Autonomie und Selbstvertrauen zu stärken (vgl. Oelsner 2003 in diesem Heft).

3 Schulverweigerer in verschiedenen familiären Interaktionstypen

Wie auch bei anderen psychischen Störungen lassen sich bei Schulverweigerung spezifische familiäre Beziehungs- und Interaktionsmuster nicht empirisch einwandfrei und replizierbar nachweisen (Cierpka 1989). Im klinischen Alltagswissen erweisen sich dennoch einige Subtypisierungen familiärer Interaktionen im Blick auf Schulverweigerung als hilfreich. In einer Synopsis zum Zusammenhang zwischen familiärer Umwelt und Schulverweigerung listen Kearney und Silverman (1995) fünf familiäre Subtypen auf: „verstrickte“, „konflikthafte“, „losgelöste“, „isolierte“ und „gesunde“ Familieninteraktionen.

Schulverweigerer innerhalb verstrickter Familieninteraktionen:

In der verstrickten Familieninteraktion ist die Beziehung zwischen Mutter und dem schulverweigernden Kind/Jugendlichen durch übergroße Abhängigkeit und Überbehütung seitens der Mutter gekennzeichnet. Der Vater glänzt durch Passivität und Rückzug. Frühe, oft psychodynamisch ausgerichtete Publikationen rekurrierten häufig auf dieses familiäre Beziehungsmuster, wenn dort Trennungsangst als maßgebliche Ursache der Schulverweigerung betrachtet wurde (z.B. Johnson et al. 1941; Suttentfield 1954; Waldfogel et al. 1957). Auch wenn in späteren Arbeiten (z.B. Last u. Strauss 1990; Pilkington u. Piersel 1991) die älteren psychodynamisch orientierten Veröffentlichungen, welche die „Trennungsangst-Theorie“ als Erklärungsmodell für Schulverweigerung favorisierten, aus methodischer und empirischer Sicht kritisiert wurden (s. auch Kearney u. Silverman 1995), so scheint sich diese in der klinische Praxis weiterhin zu bewähren: „Manchmal sind die Strukturen in der Familie so verhärtet und so subtil verästelte, dass gar nicht mehr deutlich wird, um wessen Angst es eigentlich geht“ (Oelsner u. Lehmkuhl 2002, S. 82).

Schulverweigerer innerhalb konflikthafter Familieninteraktionen:

In der konflikthaften Familieninteraktion stehen Feindseligkeit, Gewalt und Konflikte im Vordergrund. Mihara und Ichikawa (1986) identifizierten in nahezu der Hälfte von 140 Familien mit einem schulverweigerndem Kind unterschiedlich schwere Formen der Gewalt. Auch York und Kearney (1993) fanden mittels FES in Familien mit einem schulverweigerndem Kind ein höheres Konfliktniveau als in Familien der Normierungsstichprobe. Aus systemischer Perspektive sind Konflikte oft Ausdruck unklarer Grenzen zwischen familiären Subsystemen und Mitgliedern.

Schulverweigerer innerhalb losgelöster Familieninteraktionen:

Die losgelöste Familieninteraktion kann als Gegenpol zur verstrickten betrachtet werden. Es ist eine wichtige Erkenntnis klinischer Familienforschung, dass Beziehungsmuster, die bei der einen Familie zur Lösung des Problems beitragen würden – in verstrickten Familieninteraktionen wäre es ja doch therapeutisch wünschenswert, die einzelnen Familienmitglieder wären losgelöst voneinander –, bei der anderen Familie an dessen Aufrechterhaltung partizipieren (vgl. für bipolare familiäre Beziehungsmuster bei primären pädiatrischen Kopfschmerzen z.B. Ochs et al. 2002). In der losgelösten Familieninteraktion sind die einzelnen Familienmitglieder aneinander wenig bis gar nicht interessiert. Dieses Desinteresse äußert sich darin, dass sie in die Aktivitäten anderer Familienmitglieder nicht involviert sind. Es wird den Wünschen, Bedürfnissen und Gedanken anderer Familienmitglieder keine Aufmerksamkeit geschenkt. Bernstein et al. (1990) ermittelten mit Hilfe der FAM, dass in Familien mit schulverweigernden Kindern eher wenig Verständnis füreinander vorherrscht und eher wenig Kommunikation miteinander stattfindet. In losgelösten Familieninteraktionen neigt die Mutter – im Gegensatz zum verstrickten Modus – dazu, sich von den Bedürfnissen ihrer Kinder überwältigt zu fühlen und auf diese mit Distanzierung und Rückzug zu reagieren (Weiss u. Cain 1964). Dies bedeutet, dass sie dem schulverweigernden Verhalten des Kindes wenig Beachtung schenkt.

Schulverweigerer innerhalb isolierter Familieninteraktionen:

In der isolierten Familie haben die Familienmitglieder wenige bis keine außerfamiliären Beziehungen und Kontakte. York und Kearney (1993) konnten mittels der FES zeigen, dass Familien mit Schulverweigerern statistisch signifikant über weniger Außenkontakte verfügen als Familien der Normierungsstichprobe. Dies bedeutet auch, dass keine Kontakte zu psychosozialen Helfersystemen gesucht, aufgebaut und gepflegt werden, die schulverweigernden Kinder und Jugendlichen in solchen Familien also keine angemessene Hilfe erfahren.

Schulverweigerer innerhalb gesunder Familieninteraktionen:

Eine gesunde Familieninteraktion kann als ein Beziehungssystem mit hohem Zusammenhalt, wenig Konflikten bei gleichzeitiger hoher chromatischer emotionaler Ausdrucksfähigkeit und angemessenen Problemlösestrategien der Familienmitgliedern betrachtet werden. Entgegen der Alltagsidee, dass Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf Beziehungsstörung der Eltern hinweisen, lässt sich empirisch das Problem der Schulverweigerung auch in solchen gesunden Familieninteraktionen nachweisen (Bernstein et al. 1990; York u. Kearney 1993), allerdings klarer identifizier- und eingrenzbar sowie eher als „leichtere“ Form der Schulverweigerung (Kearney u. Silverman 1995).

Schulverweigerer innerhalb „typgemischter“ Familieninteraktionen:

In der Praxis finden sich oft Mischungen der hier beschriebenen Interaktionstypen. Die beiden Kasuistiken am Ende des Beitrags stellen beide solche Mischungen dar.

4 Familiendiagnostik bei schulverweigerndem Verhalten

Familiendiagnostik per Fragebogen:

Abhängig-überinvolvierte und konflikthafte Familiendynamiken, wie sie bei Kindern und Jugendlichen mit Schulängsten/Schulphobien beschrieben werden (Kearney u. Silverman 1995; Bernstein u. Borchard 1996), können u. a. mit den Subskalen „Zusammenhalt“, „Konfliktneigung“ und „Selbständigkeit“ des FK-Testsystems von Schneewind et al. (1985) erfasst werden. Die Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV) von Overmeyer et al. (1994) erfasst das schulverweigernde Verhalten aus der Sicht des Kindes, der Eltern und des Lehrers. Auch inhaltlich beziehen sich die Items teilweise auf Zusammenhänge zwischen Familie und schulverweigerndem Verhalten (z.B. „Machst du oft Dinge, die deine Familie beunruhigen oder ärgern?“). Einen ausführlichen Überblick zu familiendiagnostischen Methoden und Fragebogeninventaren bietet Cierpka (2003).

Familiendiagnostik per erlebnisorientierten Methoden und per Gespräch:

Erlebnis- und kreativitätsorientierte Methoden der Familiendiagnostik (z.B. Familienbrett, Familie in Tieren) bieten sich mit Schulkindern und Jugendlichen sehr an. Kontextanalysen und Familienanamnesen werden vornehmlich in Familienerstgesprächen eher mit den Eltern erhoben (ausführlicher hierzu z.B.: von Schlippe u. Schweitzer 1996; Schweitzer u. Ochs 2003).

5 Kasuistiken

5.1 Kasuistik 1 „Probiotische Zwillinge“

Überweisung: Tatjana, ein 14-jähriges Mädchen in der siebten Klasse einer Regionalschule (Zusammenlegung von Haupt- und Realschule), wird von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach einem stationären Aufenthalt mit den Diagnosen: Emotionale Störung mit Trennungsangst und ausgeprägter Schulphobie (ICD-10 F93.0), Störung mit sozialer Ängstlichkeit (ICD-10 F93.2), Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie schwerer Migräne (ICD-10 G43.0) an unsere Ambulanz überwiesen. Der Auftrag des dort zuständigen Arztes lautet, die in der Klinik erzielten Erfolge – Tatjana ist regelmäßig in die Klinikschule gegangen und hat sich auch hinsichtlich ihrer sozialen Ängste und der Migräne wieder gefangen – zu stabilisieren und in den Alltag zu transferieren.

Erstgespräch (März 2002): Zum Familienerstgespräch kommen die Eltern von Tatjana (Herr R., ein Versicherungsvertreter, der häufig aufgrund seiner Berufstätigkeit außer Haus ist, und Frau R., Hausfrau) und Manuela, die zwei Jahre ältere Schwester sowie Tatjana selbst. Tatjana macht einen zurückgezogenen, ängstlichen Eindruck und äußert sich verbal so gut wie überhaupt nicht. Auch auf direkte Ansprache und Anfrage hin teilt sie sich, wenn überhaupt, nur sehr zögerlich mit und bricht schnell in Tränen aus, kann aber nicht artikulieren warum. Sie vermittelt darüber hinaus den Eindruck, als hätte sie keinerlei Einfluss auf ihre Symptomatik und wisse gar nicht recht wie ihr geschieht, wenn sie Kopfschmerzen hat oder nicht in die Schule gehen kann.

Auf die Frage, was von einer Familientherapie erwartet wird, äußert der Vater, einen Weg zu finden, der aus dem Schlamassel herausführt und dass Tatjana die Bereitschaft entwickelt, sich dem Leben zu stellen. Die Mutter äußert, sie wünsche sich, dass Tatjana mehr Selbstvertrauen gewinnt und lernt, mit unangenehmen Situationen umzugehen. Manuela sagt, sie habe keine Erwartun-

gen. Sie glaube, Tatjanas Probleme kommen vom Druck in der Schule. Ansonsten habe sie wenig gemeinsame Interessen mit Tatjana und sei ohnehin oft nicht zu Hause. Tatjana kann selbst nach mehrmaligem respektvollen und altersgerechten Nachfragen nicht äußern, was sie sich von Familiengesprächen wünscht.

Zweites bis viertes Gespräch (April/Mai/Juni 2002): Wir erfahren in den ersten Gesprächen, dass Tatjana schon sehr lange schulverweigerndes Verhalten zeigt. Frau R., die fast ausschließlich für die schweigende Tatjana spricht, diese erklärt und in Schutz nimmt, sagt, dass der Grund für das Fernbleiben von der Schule die Migräne sei, die oft so stark sei, dass sie drei Tage in der Woche nicht zur Schule gehen könne. Auslöser des schulverweigernden Verhaltens sei ein zweiwöchiger Skiurlaub mit den Großeltern gewesen, an dem Tatjana im Alter von vier Jahren teilnahm. Dort sei sie gezwungen wurden, Skiunterricht zu nehmen, obwohl sie das nicht gewollt habe. Nach diesem Skiurlaub habe es massive Probleme mit dem regelmäßigen Besuch des Kindergartens gegeben und Tatjana habe mit Bettnässen begonnen. Seit diesem Zeitpunkt bis heute habe Tatjana nicht mehr regelmäßig zunächst den Kindergarten und später die Schule besucht. Bisher musste sie jedoch erst einmal eine Klasse wiederholen (sechste Klassenstufe). Mittels regelmäßiger Erledigung der Schularbeiten und Nachholen des versäumten Unterrichtsstoffs durch massive Unterstützung der Mutter sei es Tatjana bisher gelungen, die Schule bis zur siebten Klasse zu durchlaufen.

In den ersten Familiengesprächen geht es abwechselnd um die Migräne und das schulverweigernde Verhalten. Der Vater, der sich lebhaft in die Gespräch einbringt, beklagt sich über das freche und ungezogene Verhalten Tatjanas ihm gegenüber. Sie führe sich zu Hause „wie eine Königin“ auf und könne sich „alles erlauben“. Seine Frau würde Tatjana zudem in Schutz nehmen und ihr alles „hinterher tragen“. So rufe sie bei den Klassenkameraden von Tatjana an, um sich nach den Hausaufgaben zu erkundigen, weil Tatjana dazu keine Lust habe. Er würde eine viel härtere Gangart mit Tatjana durchziehen, aber da er ja tagsüber nicht zu Hause sei, habe er keinen Einfluss, und seine Frau würde diesbezüglich nicht mit ihm zusammenarbeiten wollen. Seine Frau kontert, er sei viel zu hart und verstehe Tatjana nicht. Diese sei nämlich eigentlich ein ganz sensibles Wesen, welches viel Rücksicht und Verständnis benötige. Gleichzeitig äußert Frau R., ihr Mann habe ja teilweise recht, aber sie schaffe es einfach nicht, konsequent zu sein. Frau R. berichtet außerdem, dass sie wegen Depressionen fünf Jahre lang eine Psychotherapie gemacht habe und aktuell überlege, wieder mit einer Psychotherapie zu beginnen.

Schon in den ersten Gesprächen wird deutlich, dass massive Konflikte zwischen den Eltern darüber bestehen, wie mit der Schulangst von Tatjana am besten umzugehen ist. Überspitzt ausgedrückt vertritt Herr R. die „harte Tour“, Tatjana zur Schule zu zwingen, mit Strafen zu arbeiten und „durchzugreifen“. Gleichzeitig ist Herr R. hilflos, wenn es darum geht, seine Erziehungslinie durchzusetzen und auszuführen: Seine Frau und seine Kinder seien „gegen ihn“. Frau R. steht für die „weiche Tour“. Sie plädiert für einfühlsames Eingehen auf Tatjana, die eigentlich ein sehr intelligentes Kind sei (was sich ja auch darin äußere, dass sie trotz immenser Fehlzeiten akzeptable Zeugnisnoten nach Hause bringe – zumindest in den Fächern, die noch benotbar sind). [Testdiagnostische Befunde (K-ABC, HAWIK) weisen auf durchschnittliche Kompetenzen, allerdings im unteren Durchschnittsbereich, hin.] Manchmal denke sie zwar auch, man müsse Tatjana trotz Migräne dazu bringen, in die Schule zu gehen. Aber es sei ihr nicht möglich, so hart ihr gegenüber zu sein. Man müsse Tatjana Zeit geben. Der Vater wirft ein, seine Frau und Tatjana seien wie „probiotische Zwillinge“. Auf Nachfrage wird deutlich, dass er „symbiotische Zwillinge“ meint. Tatjanas Schwester Manuela hält sich aus dem Konflikt der Eltern heraus und gibt auf Anfrage hin diplomatisch mal ihrem Vater, mal ihrer Mutter Recht. Ansonsten vermittelt sie den Eindruck, dass sie dankbar dafür ist, vom Therapeuten nicht angesprochen zu werden.

Der Therapeut entscheidet sich dazu, ebenfalls keine eindeutige Stellung im Konflikt zwischen den Eltern zu beziehen und macht ausführlich deutlich, dass er beiden Standpunkten etwas abgewinnen kann und konkretisiert dies.

Am Ende des vierten Familiengesprächs überlegen alle, was weiter zu tun sei. Herr R. meint, eine „Schocktherapie“ müsse her: Man dürfe Tatjana nichts mehr abnehmen und müsse sie quasi fallen lassen, damit sie sich allein wieder aufrappelt. Die Mutter stimmt dieser Taktik zögerlich zu, weiß aber auch, dass sie diese nicht durchhalten kann.

Der Therapeut schlägt als Abschlussintervention vor, die nächsten vier Wochen lang jeweils wöchentlich die Strategie zu wechseln: Eine Woche lang soll Tatjana eine bestimmte Aufgabe wieder zurückgeben (die Hausaufgaben selbst bei Schulkameradinnen erfragen) und in der nächsten Woche soll wieder alles wie bislang sein, sie geschont und ihr alles „hinterher getragen“ werden; die Woche darauf soll Tatjana wieder gefordert werden und die nächste Woche wieder geschont werden. Das Ergebnis dieses Experiments soll dann im nächsten Gespräch ausgewertet werden.

Fünftes Gespräch (August 2002): Zum nächsten Familiengespräch 1¼ Monate später berichten sowohl Herr als auch Frau R. von deutlichen Verbesserungen: Die Kopfschmerzen seien seltener und Tatjana insgesamt ausgeglichener geworden. Wie es zur Verbesserung gekommen sei, wisse man nicht, aber möglicherweise hätten die Familiengespräche daran einen Anteil. Da die Symptomatik nicht mehr im Vordergrund steht, bleibt im Gespräch Raum für andere Themen. Der Vater spricht nochmals an, dass er mit dem „frechen“ und „unverschämten“ Verhalten von Tatjana zu Hause Probleme hat. Außerdem tue sie wenig dafür, dass es ihr besser gehe, und verhalte sich den anderen Familienmitgliedern gegenüber sehr egoistisch. Tatjana fängt an zu weinen und äußert, er würde sie nicht verstehen. Frau R. stellt sich sogleich auf die Seite von Tatjana und stimmt ihrer Tochter zu, dass ihr Mann schnell anfangen würde zu brüllen.

Sechstes Gespräch (Oktober 2002): Es wird für den nächsten Termin, das sechste Gespräch, eine Sitzung nur mit Vater und den beiden Töchtern vereinbart, damit Vater und Töchter sich über die Themen und Dinge, die sie aneinander stören, mit notfalls moderierender Wirkung des Therapeuten austauschen können. Tatjana bringt zu dieser Sitzung einen extra vorbereiteten Zettel mit, auf dem sie Punkte notiert hat, die sie bezüglich ihres Vaters im Gespräch ansprechen möchte. Der Vater ist sichtlich und ernsthaft bemüht, Verständnis für Tatjana aufzubringen, was ihm teilweise gelingt und teilweise nicht gelingt. Seine Bemühungen beeindrucken uns jedenfalls als Therapeuten.

Siebtens Gespräch (Dezember 2002): Zum siebten Familiengespräch kommt wieder die ganze Familie. Was Tatjana betrifft, so geht es ihr betreffend der Symptomatik schwankend. Allerdings habe sich das Verhältnis zwischen Vater und Tatjana seit der letzten Sitzung verbessert; dies konstatieren sowohl Mutter als auch Vater. Der Vater sagt: „Wir sind uns näher gekommen. Tatjana hakt sich jetzt sogar manchmal bei mir ein.“ Die Mutter erzählt, dass in einem Kurzurlaub, den sie in der Zwischenzeit unternommen haben, Tatjana und ihr Mann sich zusammen eine Fahrradrickscha gemietet haben, mit der beide gemeinsam durch die Gegend geradelt sind. Tatjana äußert auf Nachfrage knapp, dass auch sie findet, dass sich das Verhältnis minimal verbessert habe. Manuela wird verstärkt Thema in diesem Familiengespräch. Der Vater erzählt, dass sie ihren ersten Freund habe. Tatjana zeigt sich sehr interessiert an Manuela und ihrem Neuen; Herr und Frau R. daran, dass sich Tatjana und Manuela seit einiger Zeit besser verstehen.

Zwischenstand (Februar 2003): Die Familientherapie dieses Falls ist aktuell noch nicht ganz abgeschlossen. Zwischenstand ist, dass Tatjana wieder regelmäßiger in die Schule geht. Geplant für die nächsten zwei familientherapeutischen Sitzungen ist zu explorieren, wie mit Angst in den Ursprungsfamilien von Herrn und Frau R. umgegangen wurde. Hypothese hierbei ist, dass das enge, phobiefreundliche Verhältnis zwischen Tatjana und ihrer Mutter durch unbearbeitete Ängste der Mutter mit aufrechterhalten wird.

5.1.1 Zusammenfassende Anmerkungen zur ersten Kasuistik

Das Beispiel beschreibt einen typischen Fall von schwerer, chronifizierter Schulphobie. Typisch daran ist, dass

- a) eine massive komorbide Belastung besteht (soziale Ängste, depressive Störung, Migräne ohne Aura/ episodische Spannungskopfschmerzen),
- b) bei einem Elternteil eine ähnlich geartete psychische Störung vorliegt (depressive Störung der Mutter),
- c) eine überinvolvierte, abhängige, verstrickte Bindung zwischen Patientin und Mutter sich schon seit mehreren Jahren etabliert hat, die dramatisch problemstabilisierend wirkt.

Charakteristisch an der Kasuistik für unser familientherapeutisches Vorgehen ist:

1. *Lösungsneutralität*: In die „probiotische Zwillingsbeziehung“ zwischen Patienten und Mutter bekommt niemand wirklich einen Fuß hinein, nicht der Vater, nicht der Therapeut und nicht die Lehrer. Diese Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Tochter lädt sämtliche Außenstehende dazu ein, auf die Seite der Autonomie/Veränderung/Loslösung/Wiederaufnahme regelmäßiger Schulbesuche zu gehen. Es wird sich wahrscheinlich als entscheidend für den Erfolg der Familientherapie herausstellen, dieser Einladung nicht zu folgen und die Beziehungsgestaltung zwischen Tochter und Mutter solange zu würdigen und respektvoll zu explorieren, bis allen Beteiligten gründlich klar ist, wofür diese Art der Beziehungsgestaltung existentiell notwendig ist, also wofür sie bereits einen Lösung darstellt. Es ist zu vermuten, dass lebensgeschichtliche Aspekte vor allem bei der Mutter, aber möglicherweise auch beim Vater zur Klärung beitragen werden.
2. *Würdigung von Ambivalenzen als selbstorganisierte Lösungen*: Charakteristisch für unser systemisches Vorgehen bei Schulverweigerung ist, die familiären Ambivalenzen, die mit dem regelmäßigen Schulbesuch verbunden sind, nicht aufzulösen, sondern sie ausgiebig zu explorieren (etwa in Form von Hypothesen und Fragen zu den „guten Gründe“ für die verschiedenen Valenzen oder durch Rituale, in denen mit den unterschiedlichen Seiten der Ambivalenzen experimentiert wird) und als selbstorganisierte Lösungen zu würdigen. Das Ausbalancieren und Erkunden familiärer Ambivalenzen bezüglich des Umgangs mit der Schulverweigerung stellt ein wichtiges Moment systemischer Therapie dar. Dies kann durch ausführliches Explorieren der Gründe, die für und gegen die unterschiedlichen Seiten der Ambivalenz sprechen, stattfinden. Außerdem erweist es sich oft als nützlich, die Ambivalenzen in der Familie willkommen zu heißen und als reiches Repertoire an Lösungsversuchen zu konnotieren. Hierbei geht es jedoch nicht um ein oberflächliches „turning shit into roses“, nicht um ein Betrachten der Ambivalenzen durch die rosarote Brille. Es geht darum, Blickwinkel hermeneutisch zu erarbeiten und zu erzeugen, unter denen die Ambivalenzen tatsächlich als Lösungen empfunden und verstanden werden können. Um eine selbstorganisierte und damit systempassende Lösung anzuregen, kann es hilfreich sein, sich als Therapeut oder therapeutisches Team ebenfalls ambivalent bezüglich des Umgangs mit der Schulverweigerung zu äußern.

5.2 Kasuistik 2 „Nichts ohne Maria“

Überweisung: Eine Kinderärztin des Gesundheitsamtes ruft an. Das siebenjährige Mädchen verweigere seit mehreren Monaten den Schulbesuch der ersten Grundschulklasse. Um den großen

Druck auch seitens der Schule „erst mal herauszunehmen“, sei das Mädchen zunächst einmal krankgeschrieben worden, nun werde familientherapeutische Hilfe gesucht.

Erstgespräch (Anfang Juni; knapp zwei Monate vor Ende des ersten Schuljahres): Bei Einschulung vor 10 Monaten sei die Mutter zunächst zwei Tage lang mit Maria in der Schule geblieben. Maria habe solch große Angst vor den vielen Kindern und den Pausen gehabt. Danach habe sie fünf Wochen lang den Unterricht stehend über sich ergehen lassen. Morgens vor Schulbeginn habe sie oft erbrochen. Seit Ostern sei sie gar nicht mehr hingegangen. Lehrerin und Schulärztin hätten empfohlen, dass Maria erst einmal zu Hause bleibt. Als ein erneuter Beschulungsversuch nach den Pfingstferien scheiterte, kam die Idee zur Familientherapie auf. Familiengeschichte: Die Mutter, früher beruflich sehr aktiv, blieb seit Geburt des zwei Jahre älteren Bruders (Sebastian) ganz zu Hause. Keines der Kinder wollte und musste den Kindergarten besuchen. Der Vater arbeitet in räumlicher Nähe, kann per Handy jederzeit herbeigerufen werden, auch in Marias Schule, was schon oft geschah. Beide Eltern zeigen sich jetzt deprimiert, halten ihr Problem für „sehr tief“ und sind voller Schuldgefühle. Offensichtlich hätten sie Maria zu stark behütet, vielleicht unbewusst nicht gehen lassen wollen, deshalb jetzt dieser Druck. Die Mutter hat daher jetzt eine tiefenpsychologische Einzeltherapie begonnen. All dies ist aber sehr ambivalent. Der Vater klingt zugleich stolz, wenn er über seine unbegrenzte Verfügbarkeit berichtet. Die Mutter klingt zugleich ärgerlich darüber, dass die Schule überhaupt all diesen Druck macht. Im Schluss-Kommentar sprechen wir einige Dynamiken bewusst sehr klar an: dass wir Therapeuten uns über den teilweisen „Bewährungsaufgabe“-Charakter dieser Therapie bewusst sind; dass die Idee, sie hätten ein „sehr tiefes“ Problem, vielleicht einer Lösung entgegenstünde; dass für Maria die Vorteile des Zuhausebleibens derzeit dessen Nachteile offensichtlich überwiegen. Wir empfehlen einige sehr vorsichtige Variationen der Gestaltung der Vormittage, wenn Maria zu Hause ist.

Zweites Gespräch (Mitte Juli): Die Eltern haben kleine Veränderungen zu Hause vorgenommen, woraufhin Maria jetzt erstmals wieder (selten) auch außerhalb des Hauses auf den Spielplatz geht, und Verwandtenbesuche wieder möglich geworden sind. Wir bearbeiten die weiterhin sehr großen Ängste der Eltern mit einem „Sprechchor“ (beschrieben in Schweitzer 1997). Wir fragen, was die Eltern zu sich selbst sagen müssten, um sich als Eltern noch hilfloser und schuldbeladener zu fühlen. Ihre Antworten werden auf einem Zettel notiert in eine Rangreihe gebracht. Die „schlimmsten“ Sätze werden von einem Sprechchor intoniert, der aus beiden Kindern, dem jeweils anderen Elternteil und dem Therapeuten besteht. Mutters schlimmster Satz heißt: „Ich habe alles falsch gemacht.“ Vaters Satz lautet: „Ich bin Schuld am Unglück meiner Familie.“ Nachdem der Chor diese Sätze dumpf und drohend intoniert, regt sich bei beiden allmählich Widerstand und kommen alternative Sätze ins Bewusstsein. Bei der Mutter etwa nach fünfmaliger Wiederholung von „Ich habe alles falsch gemacht“: „Aber nicht alles!“. Dieser neue, alternative Satz wird zunächst von beiden Kindern, schließlich nur noch von Marias glockenheller Mädchenstimme vorgetragen, alternativ zu den Bassstimmen von Vater und Therapeut mit „Ich habe alles falsch gemacht“. Dass gerade Maria als primärer Schuldgefühls-Erreger dieses „aber nicht alles!“ wie ein fröhlicher Engel singt, lässt bei Mutter Rührungstränen fließen. Bei Vater passiert wenig später Ähnliches. Am Gesprächsende empfehlen wir den Eltern zu „träumen“ (Was würden wir tun, wenn die Kinder selbständiger würden?), sich dann aber mit einem lauten „Pfui“ dafür auf die Finger zu hauen. Maria empfehlen wir, gelegentlich so zu tun als ob sie Bachschmerzen habe, wenn keine da wären. Die Eltern, die derzeit das Selbständigwerden üben, bräuchten für dies Training kleine Herausforderungen, die Maria freut sich über die Aufgabe.

Drittes Gespräch (Anfang September): Maria hat sich mit einem Nachbarkind angefreundet. Beide Eltern erleben sich als selbstbewusster. Mit Schuljahresbeginn wenige Tage später soll ein neuer Schulanfang gewagt werden. Die Eltern haben einen Plan dafür entwickelt, der sie maximal fordert: Vater will jeden morgen um 11 Uhr in der Schule nachschauen, wie es seinem Liebling geht. Maria bekommt ein Handy mitgegeben. Mutter wird an Vormittagen maximal eine halbe Stunde

aus dem Haus gehen und ansonsten „erreichbar sein, wenn etwas ist“. Im Schlusskommentar berichten wir, uns nicht sicher zu sein, ob die Eltern mit ihrer „Allzeit-bereit-Planung“ einen problemlosen regelmäßigen Schulbesuch von Maria jetzt schon verkraften würden. Maria solle daher in der ersten Zeit wenigstens einmal pro Woche einen Elternteil mit Weinen, Bauchschmerzen o. Ä. in die Schule zitieren und zu Hause davon berichten, was in der Schule alles unangenehm sei – gerade auch dann, wenn es ihr dort gefalle. Bruder Sebastian solle sie interviewen, wie sie das gemacht habe, und den Therapeuten das Interview vor der nächsten Sitzung zuschicken. Die Kinder reagieren interessiert, die Eltern verdutzt.

Viertes Gespräch (Mitte Oktober): Die Eltern berichten, dass Maria seit Schulbeginn ohne Fehltag zur Schule gegangen und nicht einmal vorzeitig nach Hause gekommen sei. Alle sind froh darüber. Die Eltern haben aber weitere Anliegen: die jederzeit möglichen „Rückschläge“ zu vermeiden und zu wissen, wie denn Bauchschmerzen und Erbrechen psychosomatisch ausgelöst werden können. Die Therapeuten wollen die Eltern jetzt gern zu einem reinen Elterngespräch einladen. Dies geht aber nicht – Maria würde es nicht zulassen. Zur Klärung dieser Fragen machen wir zwei Familienskulpturen (Duhl u. Duhl 1973; Schweitzer u. Weber 1982). Die erste vergleicht „Ist-Zustand“ und „Wunsch-Zustand“. Dabei zeigen sich die Eltern uneinig, ob sie die Kinder lieber zwischen ihnen beiden (Mutter) oder neben ihnen beiden (Vater) stehen sehen möchten. Zur Frage, ob und wie Maria mit Sebastian ohne die Eltern allein zu Hause bleiben könnten, geht ein Therapeut mit den Kindern aus dem Therapiezimmer hinaus auf eine „Reise nach Amerika“ durch das Institutsgebäude. Bei Rückkehr erklärt der Vater, dies sei eben gefühlsmäßig „ein Riesenschritt“ gewesen. Im Schlusskommentar wird das Bauchweh als ein „Bindemittel“ für die Beziehung von Mutter und Maria gelobt, das zuweilen aggressiv-untröstbare Verhalten Maria als „Freiheitszeichen“ eines eigenen inneren Bereichs, in dem sie nicht getröstet, umkümmert und besänftigt werden wolle. Ferner empfehlen wir Vater und Sebastian zu Hause einen „Thron mit Treppchen“ zu bauen. Den solle „Königin Maria“ jeden Morgen mit gespielter Übelkeit vor der Schule kurz besteigen. Die Mutter solle vor sie treten und zu ihr sagen: „Liebe Maria, wie viel Minuten Freizeit gibst du mir heute?“ Maria solle mit sparsamer Gestik: „Eine Minute“ antworten, die Mutter darauf wieder mit „jawohl!“.

Fünftes Gespräch (Mitte Dezember): Der Schulbesuch hat sich gut stabilisiert, aber die Abhängigkeit der Eltern ist geblieben und auch für die Zukunft fest eingeplant. Bis die Eltern einen Abend gemeinsam weggehen würden und die Kinder (in der Obhut eines Babysitters) zu Hause lassen könnten, würden weitere drei Jahre vergehen; bis zu einem gemeinsamen Wochenende andernorts weitere fünf Jahre. Wir teilen mit den Eltern unsere Überlegung, ob denn die Eltern mit etwas Leben ohne Kinder überhaupt etwas anfangen könnten? Dies ruft den Vater auf den Plan, der mit seiner Frau einmal einen hohen Berg besteigen möchte, sie aber nicht mit ihm, er wiederum nicht ohne sie. Die Therapeuten bemerken – und teilen dies auch mit –, dass sie offensichtlich gerade die Eltern in eine Loslösung drängen, die die Familie aber gar nicht sucht.

Sechstes Gespräch (Mitte Juni 1997): Die Mutter kommt allein, damit zugleich „elterliche Fragen“ besprochen werden können, Maria und Sebastian aber zu Hause familiär (vom Vater) versorgt sind. Alle seien mit der jetzigen Situation sehr zufrieden. Maria gehe fröhlich in die Schule, mache ihre Hausaufgaben selbständig (es gebe Streit, wenn die Mutter helfen wolle). Sie habe jetzt viele Freundinnen, mit denen sie auch außerhalb des Hauses spiele. Wir erfahren jetzt viel Familiengeschichte, die den beeindruckenden Bindungsmodus verstehbarer macht.. Die Mutter verlor ihre eigene Mutter mit vier Jahren durch Brustkrebs, mit 30 Jahren dann ihre „Ersatzmutter“ durch Gehirntumor. Der Vater lebte zuvor 12 Jahre in einer ersten Ehe, die mit dem Suizid seiner ersten Ehefrau endete. Diese erste Ehe war kinderlos, wobei die Unfruchtbarkeit des Mannes angenommen wurde, der dann bei der ersten Schwangerschaft seiner zweiten Frau völlig überrascht war. Der Suizid der ersten Frau ist ein Familiengeheimnis, von dem die Kinder nichts erfahren sollen. Am Ende empfehlen wir der Mutter, demnächst mit ihrem Mann ein eheliches „Erntedank-

fest“ zu feiern: die zweite Beziehung dauere jetzt schon so lang wie die erste, aber ohne Suizid und mit liebevoll aufgezogenen Kindern. Nach dem „Erntedankfest“ sollten sie überlegen, ob sie jetzt „dasselbe oder ein etwas anderes Saatgut“ für die nächsten 12 Jahre aussäen wollten. Wir empfehlen, die Kinder über den Suizid der ersten Ehefrau aufzuklären. Eine Videokassette der Therapie-stunde wird der Mutter für den Ehemann mitgegeben.

Siebttes Gespräch (November 1997): Das siebte und letzte Gespräch verläuft insofern schwierig als Maria und Sebastian mitkommen, aber jegliche Beteiligung verweigern. Maria geht jetzt seit mehr als einem Schuljahr ohne Fehltage zur Schule. Aber sie kontrolliert weiterhin, dass die Eltern nichts zu zweit ohne sie unternehmen. Als wir beiden Kindern eine Malrunde im Nachbarzimmer (mit einem Praktikanten) anbieten, geht Sebastian, Maria aber bleibt trotzig schweigend und zuhörend sitzend. Die Eltern haben aber beschlossen, diese Einschränkung hinzunehmen und darauf zu setzen, dass diese Zeit irgendwann einmal vorbeigehen werde. Sie meinen, man könne die Therapie nun beenden. Das Tabuthema aus dem sechsten Gespräch kann in dieser Situation nicht angesprochen werden. So beenden wir die Therapie etwas früher und anders als wir eigentlich möchten. Im Schlusskommentar würdigen wir die gegenseitige Bereitschaft, sich den anderen zuliebe einzuschränken: Alle Familienmitglieder machten bereitwillig des familiären Zusammenhalts zuliebe etwas, was sie eigentlich nicht wollten (Maria kommt trotz Langeweile zur Therapie mit, die Eltern bleiben trotz gelegentlicher Ausgehünsche zu Hause).

Charakteristisch an dieser Fallgeschichte sind:

1. unser Versuch, Neutralität zu wahren nicht nur zwischen den Menschen (Allparteilichkeit), sondern auch im Blick auf die Lösungsideen – hier: Schulbesuch vs. zu Hause bleiben; Ablösung vs. Bindung;
2. unser Setting (wenige Sitzungen über hinreichend lange Zeit verteilt) und einige für unsere Arbeitsweise charakteristische familientherapeutische Interventionen (insbes. die positive Umdeutung, die Experimente, der Sprechchor, die Familienskulptur);
3. die Erfahrung, dass der Auftrag unserer Klienten manchmal etwas früher endet als unser eigener Veränderungsgeiz. Hier endete er beim Schulbesuch und schloss die Emanzipation der Eltern als Paar von ihrer Tochter nicht ein.

Ungewöhnlich ist, dass die Fachleute im Umfeld (besonders Lehrerin und Schulärztin) schon eine derart gute Kooperation mit der Familie begründet hatten, dass wir uns hier auf eine „reine“ Familientherapie beschränken konnten, ohne die Beziehung Familie-Schule sowie die Beziehung der Familie zu anderen professionellen Helfern bearbeiten zu müssen.

Literatur

- Aponte, H. J. (1976): The family school interview – an eco-structural approach. *Family Process* 15 (3): 303-311.
- Bamberger, G. G. (2001): Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch. Weinheim: Beltz/PVU.
- Bernstein, G. A.; Borchardt, C. M. (1996) School refusal: family constellation and family functioning. *Journal of Anxiety Disorders* 10: 1-19.
- Bernstein, G. A.; Svingen, P. H., Garfinkel, B. D. (1990): School phobia: patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 145: 70-74.
- Cierpka, M. (1989): Das Problem der Spezifität in der Familientheorie. *System Familie* 2: 197-216.

- Cierpka, M. (Hg.) (2003): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer, 2. Aufl.
- Duhl, F.; Kantor, D.; Duhl, B. (1973): Learning, Space and Action in Family Therapy. In: Black, D. (Hg.): Techniques of Family Psychotherapy. New York: Grune & Stratton.
- Häuser, W. (1994): Wer hat Angst vor ... Panikattacken? Reflexionen über therapeutische Grundhaltungen und Techniken im medizinisch-psychotherapeutischen Kontext. Zeitschrift für systemische Therapie 12: 33-43.
- Häuser, W.; Eher, R. (2000): Systemische Therapie bei Angststörungen. Psychotherapie im Dialog 3: 45-51.
- Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G. (2003): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (6):
- Johnson, A. M.; Falstein, E. I.; Szurek, S. A.; Svendsen, M. (1941): School phobia. American Journal of Orthopsychiatry 11: 702-711.
- Kearney, C. A. (1993): Depression and school refusal behavior: A review with comments on classification and treatment. Journal of School Psychology 31: 267-279.
- Kearney, C. A.; Silverman, W. E. (1995) Family environment of youngsters with school refusal behavior: a synopsis with implications for assessment and treatment. American Journal of Family Therapy 23: 59-72.
- King, N. J.; Bernstein, G. A. (2001): School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40: 197-205.
- Last, C. G.; Strauss, C. C. (1990): School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29: 31-35.
- Lehmkuhl, G.; Doll, U.; Blanz, B. (1988): Schulphobisches Verhalten. Eine Untersuchung zu Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie. Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik 10: 569-575.
- Makihara, H.; Nagaya, M.; Nakajima, M. (1985): An investigation of neurotic school refusal in one-parent families. Japanese Journal of Child & Adolescent Psychiatry 26: 303-315.
- Mihara, R.; Ichikawa, M. (1986): A clinical study of school refusal: With special reference to the classification of family violence. Japanese Journal of Child & Adolescent Psychiatry 27: 110-131.
- Murase, K. (1990) School refusal and family pathology: A multifaceted approach. In: Chiland, C.; Young, J. G. (Hg.): Why children reject school: Views from seven countries. The child and his family, Vol. 10 & Yearbook of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry for Allied Professions, S. 73-87.
- Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Bader, U.; Miksch, A.; Verres, R.; Schweitzer, J. (2002): Primäre Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter – Die Veränderung familiärer Beziehungsmuster als Korrelat des Therapieerfolgs. Der Schmerz 16 (3): 179-185.
- Oelsner, W. (2003): Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (6): 425-439.
- Oelsner W.; Lehmkuhl, G. (2002): Schulangst. Ein Ratgeber für Eltern und Lehrer. Düsseldorf: Walter.
- Overmeyer, S.; Schmidt, M. H.; Blanz, B. (1994): ESV. Einschätzungsskala zur Schulverweigerung für Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrer- Modifizierte deutsche Fassung zur School Refusal Assesment Scale (SRAS) nach C. A. Kearney und W. K. Silverman. Kindheit und Entwicklung 3: 238-243.
- Pilkington, C. L.; Piersel, W. C. (1991): School phobia: A critical analysis of the separation anxiety theory and an alternative conceptualization. Psychology in the Schools 28: 290-303.
- Pinquart M.; Masche J. G. (1999): Verlauf und Prädiktoren des Schuleschwänzens. In: Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel. Weinheim: PVU, S. 221-238.
- Place M.; Hulsmeier J.; Davis S.; Taylor, E. (2000): School refusal: a changing problem which requires a change of approach? Clinical Child Psychology and Psychiatry 5: 345-355.
- Saito, T. (1992) Systemic family therapy of a junior high student with school refusal and suspected borderline personality disorder. Japanese Journal of Family Psychology 6: 81-94.
- von Schlippe, A.; Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Schneewind, K. A.; Beckmann, M.; Hecht-Jackl, A. (1985): Das FK-Testsystem. Das Familienklima aus der Sichtweise der Eltern und Kinder. Testunterlagen, Testmanual: Universität München.
- Schweitzer, J. (1997): Wie de-konstruiere ich meinen Job? *Pflegedokumentation* 50 (8): 7-8.
- Schweitzer, J., Weber, G. (1982): Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. *Familiendynamik* 7: 113-128.
- Schweitzer, J.; Ochs, M. (2003): Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: Cierpka, M. (Hg.): *Handbuch der Familiendiagnostik*, 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Sherman, J.; Formanek, R. (1985): School phobia in a multiphobic family: The family that phobes together ... *Child & Adolescent Social Work Journal* 2: 114-124.
- Suttenfield, V. (1954): School phobia: a study of five cases. *American Journal of Orthopsychiatry* 24: 368-380.
- Waldfoegel, S.; Coolidge, J. C.; Hahn, P. B. (1957): The development, meaning and management of school phobia. *American Journal of Orthopsychiatry* 27: 754-780.
- Weiss, M.; Cain, B. (1964): The residential treatment of children and adolescents with school phobia. *American Journal of Orthopsychiatry* 34: 103-112.
- York, T.; Kearney, C. A. (1993): Familial factors and the function of school refusal behavior in children and adolescents. Paper presented at Selected Topics in Clinical Psychology Symposium at the meeting of the Western Psychological Association, Phoenix, AZ.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Jochen Schweitzer, Universität Heidelberg, Abteilung für Medizinische Psychologie, Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg.