

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3741>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Walter, Daniel; Hautmann, Christopher; Lehmkuhl, Gerd;
Döpfner, Manfred

Titel: Langzeitstabilität nach stationärer Verhaltenstherapie bei
Jugendlichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62
(8), 583-597

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen 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

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Langzeitstabilität nach stationärer Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus

Daniel Walter, Christopher Hautmann, Gerd Lehmkuhl und Manfred Döpfner

Summary

Long Term Stability of Inpatient Cognitive-behavioral Therapy of Adolescents with Anxious-depressed School Absenteeism

90 adolescents (aged 12-18 years) with chronic anxious-depressive school absenteeism with or without comorbid disruptive symptoms underwent an open inpatient treatment. The treatment was manual guided with a cognitive-behavioral focus. In case of long lasting school absence youth were integrated on a special school initially. The present analyses cover 2- and 9-months follow-ups. At discharge continuous school attendance was achieved by 83 (92,2 %) adolescents, by 75 (83,3 %) at 2-month and by 63 (70,0 %) at 9-month follow-up. For youth with school absenteeism within the follow-up interval absence rates were only minor. The rate of adolescents visiting the special school decreased from 40 (44,4 %) at discharge to 24 (26,7 %) 9 month later. Associated mental health problems were assessed using standardized questionnaires in self and parent ratings. Small to medium statistically significant aggravations were found. Within the follow-up interval 2/3 of the sample underwent an outpatient, weekly cognitive-behavioral treatment. These results must be interpreted with caution because of the lack of a control condition and of concomitant interventions during inpatient treatment.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 583-597

Keywords

adolescents – cognitive-behavioral therapy – school absenteeism – inpatient treatment – long term stability

Zusammenfassung

90 Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren mit chronischem, ängstlich-depressivem Schulabsentismus mit oder ohne expansiven Störungen wurden stationär behandelt. Die Behandlung mit kognitiv-behavioraler Ausrichtung erfolgte manualgeleitet. Bei sehr langer Schulabwesenheit wurde zunächst eine Beschulung auf der Klinikschule vorgenommen. Die vorliegenden Analysen untersuchen die 2- und 9-Monatsstabilität der Therapie. Bei Entlassung besuchten 83 (92,2 %) Jugendliche regelmäßig eine Schule, zwei Monate später waren es 75 (83,3 %) und nach weiteren 7 Monaten 63 (70,0 %) Jugendliche. Jugendliche mit erneutem unregelmäßigem Schulabsentismus zeigten mehrheitlich geringe Fehlzeiten. Der Anteil der Schüler, die im Katamnesezeitraum noch einen sonderpädagogischen Rahmen benötigten

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62: 583 – 597 (2013), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2013

(mehrerheitlich Klinikschule), sank von 40 (44,4 %) Patienten bei stationärer Entlassung auf 24 (26,7 %) 9 Monate später. Begleitende psychische Auffälligkeiten, die mittels standardisierter Fragebögen im Selbst- und Elternurteil erhoben wurden, zeigten statistisch bedeutsame, kleine bis mittlere Verschlechterungen im Verlauf der Katamnese, hauptsächlich im Elternurteil. Im Katamnesezeitraum befanden sich etwa 2/3 der Patienten in wöchentlicher ambulanter Verhaltenstherapie. Aufgrund der mangelnden Kontrollbedingung und der unzureichenden Erfassung begleitender Maßnahmen während der stationären Therapie sollten die Ergebnisse mit Zurückhaltung interpretiert werden.

Schlagwörter

Jugendliche – kognitiv-behaviorale Therapie – Schulabsentismus – stationäre Behandlung – Langzeitstabilität

1 Hintergrund

Die meisten Kinder und Jugendlichen besuchen regelmäßig die Schule und erfüllen damit die Erwartungen der Gesellschaft. Etwa 5 % aller schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen bleiben allerdings regelmäßig dem Unterricht fern, was ein ernsthaftes Problem bedeutet, da es recht häufig vorkommt und eine starke Gefährdung für die weitere Entwicklung der Betroffenen bedeutet (King u. Bernstein, 2001; Kearney, 2008; Walter u. Döpfner, 2009). Die Dauer der Fehlzeiten reicht dabei von wenigen Schulstunden bis zu vielen Monaten (Kearney, 2008; Walter u. Döpfner, 2009). Zudem steigt das Fernbleiben vom Unterricht mit zunehmendem Alter an und es finden sich schultypspezifische Häufungen; Haupt- und Förderschüler blieben in einer Kölner Studie mit 14,7 % bzw. 12,8 % am häufigsten der Schule fern (Wagner, Dunkake, Weiß, 2004).

Traditionelle Konzepte beschreiben dieses Phänomen als Schulphobie, Schulangst oder Schuleschwänzen. Deutsch und international setzt sich allerdings zunehmend der Begriff Schulabsentismus durch, der im Unterschied zu den oben genannten Konzepten keine Annahmen über zugrunde liegende Bedingungen macht, sondern rein deskriptiv angelegt ist und damit der Vielzahl der unterschiedlichen Konstellationen von Schulabsentismus besser gerecht wird (Egger, Costello, Angold, 2003; Kearney, 2008; Walter u. Döpfner, 2009).

Schulabsentismus stellt in der ICD-10 und dem DSM-IV kein einheitliches Störungsbild dar, sondern schließt eine Vielzahl unterschiedlicher klinischer Diagnosen mit ein und ist in der Regel durch sehr unterschiedliche Ursachen bedingt. Bedauerlicherweise ist der spezifische Beitrag dieser Ursachen bislang nicht gut untersucht, sondern es gibt nur viele Einzelbefunde (zusammenfassend: Döpfner u. Walter, 2006; Walter u. Döpfner, 2009). So finden sich auf der Ebene der betroffenen Schüler verschiedene Formen von Ängsten sowie ausgeprägte soziale Fertigungsdefizite und So-

matisierungstendenzen. Depressive Verstimmungen, aber auch dissoziale Verhaltensweisen sowie Störungen im Arbeits- und Leistungsverhalten, Teilleistungsstörungen oder eine intellektuelle Überforderung begünstigen die Entwicklung von Schulabsentismus, der auch unmittelbar nach somatischen Erkrankungen beginnen kann. Schulisch tragen große Klassen mit vielen expansiv auffälligen Schülern, Tyrannisierung, aber auch hohe Leistungsanforderungen und ungünstige Lehrbedingungen zu Schulabwesenheit bei. Im familiären Bereich schließlich finden sich gehäuft psychische Störungen bei den Eltern, Häufungen von Schulabsentismus, ausgeprägte erzieherische Überforderungen, familiäre Belastungen (z. B. inkomplette Familien, Armut) und überhöhte elterliche Leistungsansprüche. Häufig lösen spezifische Ereignisse wie Klassen-, Schulwechsel oder somatische Erkrankungen, aber auch Schulferien Schulabsentismus aus (Walter u. Döpfner, 2009).

Bei Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus und psychischen Erkrankungen, beispielsweise depressiver Episode, sozialer Phobie oder Störung des Sozialverhaltens ist das Risiko für eine ungünstige Entwicklung deutlich erhöht im Vergleich zu Schulabsentisten ohne psychische Störung (McShane, Walter, Rey, 2001; Kearney, 2008). In einer prospektiven Längsschnittstudie an 1.422 Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 16 Jahren fanden Egger und Mitarbeiter, dass 24,5 % ängstlicher, 25,4 % dissozialer und 88,2 % der Schulabsentisten mit einer Mischung aus emotionalen und expansiven Symptomen mindestens eine Achse-I-Diagnose aufwiesen im Vergleich zu 6,8 % der Schulbesucher (Egger et al., 2003). In einer anderen Studie an 143 Schulabsentisten fanden sich nur 32,9 %, die keine psychische Störung aufwiesen (Kearney u. Albano, 2004).

Lang anhaltender Schulabsentismus erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von weiteren psychischen Störungen (z. B. Angst- und depressive Störungen, Delinquenz). Zudem ist die soziale und berufliche Entwicklung stark gefährdet. Im Erwachsenenalter resultiert häufig ein geringeres Bildungsniveau und eine schlechte soziale Eingliederung (Kearney, 2008; Walter u. Döpfner, 2009).

Angesichts der Häufigkeit, der Beeinträchtigung und der Komplexität von Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus wurde eine Vielzahl von unterschiedlichen Behandlungsansätzen erprobt und zumindest teilweise evaluiert. So wurden spiel- und familientherapeutische sowie tiefenpsychologisch fundierte Therapien eingesetzt. Die Wirksamkeit dieser Behandlungen kann allerdings nicht als gut belegt eingestuft werden, da die Mehrzahl der Publikationen Fallbeschreibungen oder Studien mit sehr kleinen Fallzahlen sind, so dass die Ergebnisse mit Zurückhaltung interpretiert werden müssen, zumal sie teilweise widersprüchliche Ergebnisse liefern (King, Tonge, Heyne, Ollendick, 2000; King u. Bernstein, 2001; Pina, Zerr, Gonzales, Ortiz, 2009). In den letzten Jahren wurden zunehmend kognitiv-behaviorale Verfahren zur Behandlung entwickelt und erprobt. Insgesamt liegen 18 Wirksamkeitsstudien zu Schulabsentismus vor (davon 7 Studien mit Kontrollbedingung), die mehrheitlich kognitiv-behaviorale Therapie (KVT) von Kindern mit ängstlich bedingtem Schulabsentismus untersuchen, während Probanden mit expansiven Störungen und starker Chronifizierung

in der Regel ausgeschlossen wurden (Pina et al., 2009; Walter, Hautmann, Lehmkuhl, Döpfner, 2011). Die Ergebnisse erbringen deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit von KVT. So besuchten bei Therapieende im Durchschnitt 75 % aller Patienten wieder regelmäßig eine Schule, zudem konnten psychische Auffälligkeiten ebenfalls deutlich vermindert werden (Pina et al., 2009).

Bislang existieren allerdings kaum Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung von Jugendlichen mit stark chronifiziertem Schulabsentismus und einer Mischung von emotionalen und expansiven Störungen. Wie Egger und Mitarbeiter zeigen konnten, ist gerade diese Gruppe besonders häufig und zeigt die stärkste Beeinträchtigung (Egger et al., 2003). Drei Analysen einer Kölner Arbeitsgruppe fokussieren gezielt diese Patientengruppe (Walter, Hautmann, Rizk et al., 2010; Walter, Hautmann, Ziegert et al., 2010; Walter et al., 2011). Diese Arbeitsgruppe untersuchte die Wirksamkeit von KVT an 147 Jugendlichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus mit oder ohne Störung des Sozialverhaltens zwischen 12 und 18 Jahren. Die Patienten hatten durchschnittlich 19,3 Wochen die Schule gar nicht mehr besucht, mehr als zwei Drittel hatten bereits mindestens einen erfolglosen ambulanten Therapieversuch wegen Schulabsentismus absolviert. Die Patienten wurden auf einer offenen Station behandelt mit einer mittleren Therapiedauer von 7,8 Wochen (Spannweite 3-18 Wochen). Es zeigte sich eine deutliche Verminderung von Schulabsentismus bei Entlassung; 87,1 % der Jugendlichen besuchten regelmäßig die Schule, zwei Monate später waren es noch 82,3 %. Begleitende psychische Auffälligkeiten (ängstliche, depressive und expansive Symptome) konnten sowohl im Eltern- als auch im Selbsturteil im Verlauf der Therapie deutlich und statistisch signifikant vermindert werden mit Effektstärken zwischen $d = 0.44$ und $d = 1.15$. Diese Untersuchungen gaben damit erste Hinweise darauf, dass ein stationäres Behandlungssetting gerade für diese Patientengruppe, die ambulant nicht mehr versorgt werden kann, wirkungsvoll sein kann und dass eine kognitiv-behaviorale Ausrichtung Erfolg versprechend ist.

Zur längerfristigen Stabilität der Effekte gibt es bislang wenig Evidenz. Die meisten der vorliegenden Studien mit größeren Fallzahlen beschränken sich auf Katamnesezeiträume zwischen zwei Wochen und sechs Monaten. Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass die vornehmlich im ambulanten Setting erzielten Ergebnisse kurzfristig stabil gehalten werden können. Nur drei Studien berichten über Katamnesezeiten von mehr als sechs Monaten (Berg u. Fielding, 1978; Blagg u. Yule, 1984; King et al., 2001), King und Mitarbeiter (2001) berichten sogar über eine 5-Jahres-Katamnese. Die unter kognitiv-behavioraler ambulanter Therapie erzielten Effekte konnten in allen drei Studien über den Katamnesezeitraum stabil gehalten werden. Walter und Mitarbeiter konnten zeigen, dass auch die im stationären Setting mit kognitiv-behavioraler Ausrichtung erzielten Veränderungen über einen kurzen Katamnesezeitraum von zwei Monaten weitgehend stabil gehalten werden konnten (Walter, Hautmann, Rizk et al., 2010; Walter, Hautmann, Ziegert et al., 2010).

Keine der vorliegenden Arbeiten prüft die längerfristige Stabilität von stationärer kognitiv-behavioraler Therapie von stark beeinträchtigten Jugendlichen mit chroni-

fiziertem Schulabsentismus und einer Angst-/depressiven Störung mit oder ohne expansive Störung. Derartige Analysen können einen wichtigen Beitrag zur Frage der Effektivität und Effizienz dieser sehr kostenintensiven Behandlungsform leisten.

Die vorliegende Studie untersucht daher in einer Subgruppenanalyse die 9-Monats-Stabilität nach stationärer kognitiv-behavioraler Therapie bei Jugendlichen mit Schulabsentismus. Hierbei wird postuliert, dass sich vom Zeitpunkt der Entlassung bis zum 9-Monats-Follow-up keine signifikante Erhöhung von Schulabsentismus findet. Zudem wird davon ausgegangen, dass es in diesem Zeitraum keine signifikante Erhöhung psychischer Auffälligkeiten im Jugendlichen- und Elternurteil gibt.

2 Methoden

2.1 Stichprobe

Die Studie wurde zwischen Januar 2004 und April 2008 an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln durchgeführt. Jugendliche, die in die Studie aufgenommen wurden, waren zwischen 12 und 18 Jahren alt, sie durften seit mindestens 14 Tagen die Schule nicht mehr besucht haben oder mussten mindestens 50 Fehlstunden auf dem letzten Zeugnis aufgewiesen haben und eine der folgenden Diagnosen aufweisen: Spezifische Phobie oder andere Angststörung, depressive Episode, kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Die Eltern mussten mit wöchentlichen Elterngesprächen einverstanden sein. Folgende Ausschlusskriterien wurden festgelegt: Indikation einer geschlossenen stationären Therapie, geistige Behinderung, Ess- oder Persönlichkeitsstörungen, schwerer Alkohol-/Drogenabusus, ausschließliche Delinquenz oder Dissozialität.

Insgesamt wurden 224 Jugendliche hinsichtlich ihrer Eignung für die Studie überprüft, 163 erfüllten die Kriterien. 147 Jugendliche wurden stationär behandelt. Der genaue Selektionsprozess und eine Beschreibung der Ursprungsstichprobe findet sich bei Walter, Hautmann, Rizk und Mitarbeitern (2010). Für 90 Jugendliche (61,2 % der Ursprungsstichprobe) liegen Daten im Selbst- und Fremdurteil zwei und neun Monate nach Beendigung der stationären Therapie vor; diese wurden in die vorliegenden Analysen zur Stabilität eingeschlossen. Zwischen Patienten mit und ohne vorhandene Katamnesemessung fanden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Schulabsentismus zu Behandlungsbeginn, -ende oder 2-Monats-Follow-up sowie zu Alter, Geschlecht, Intelligenz, psychischen Auffälligkeiten zu Behandlungsbeginn (Walter, Hautmann, Rizk et al., 2010).

Die Patienten wiesen zu Behandlungsbeginn folgende Erstdiagnosen auf Achse 1 MAS auf (nach halbstrukturiertem klinischen Interview – Diagnostikchecklisten aus dem DISYPS-KJ (Döpfner u. Lehmkuhl, 2000)): 19 Jugendliche hatten eine depressive Episode, vier eine Agoraphobie, 23 eine soziale Phobie, neun eine Trennungsangst,

fünf eine spezifische Phobie, zwei eine Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung und 14 eine sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Neun erhielten als Diagnose eine Zwangsstörung, fünf eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (diese Patienten wiesen als Zweitdiagnose eine depressive Episode auf).

2.2 Untersuchungsdesign und Behandlung

Es wurden drei Messzeitpunkte erhoben: Zum Zeitpunkt der Entlassung (POST), zwei Monate nach Entlassung (FU1) und neun Monate nach Entlassung (FU2). Neben dem Ausmaß von Schulabsentismus als zentrale abhängige Variable wurden psychische Auffälligkeiten im Eltern- und Selbsteurteil zu allen Messzeitpunkten erhoben.

Die Patienten wurden auf einer eigens für die Studie aufgebauten Jugendstation der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln behandelt. Es wurden parallel maximal zehn Jugendliche behandelt. Die Psychotherapie wurde von zwei Diplom-Psychologen, die sich in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Vertiefungsgebiet Verhaltenstherapie befanden, und einer Ärztin in der Facharztausbildung durchgeführt, die vom Erstautor über sechs Wochen für die Behandlung trainiert wurden. Die Behandlungsintegrität wurde in wöchentlich stattfindenden zweistündigen Team-Supervisionssitzungen durch den Erstautor überwacht. Die weitere Therapieplanung erfolgte in darüber hinausgehenden mehrfach wöchentlich stattfindenden Einzel-Supervisionssitzungen durch den Erstautor.

Die kognitiv-behaviorale psychotherapeutische Behandlung erfolgte manualgeleitet auf der Basis des Therapieprogramms SEBLST (Walter, Rademacher, Schürmann, Döpfner, 2007), das auf dem Selbstmanagementansatz (Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2000) aufbaut und diesen für die Therapie mit Jugendlichen adaptiert hat. Zudem wurden Interventionen aus dem Therapiemanual zur Behandlung von Schulabsentismus von Kearney und Albano implementiert (Kearney u. Albano, 2003). Es fanden jugendlichen-, eltern- und familienzentrierte Interventionen statt. Nach dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung wurde ein gemeinsames Störungsmodell erarbeitet und eine verhaltensnahe Problem- und Zieldefinition entwickelt. Nachfolgend kamen Psychoedukation, Expositionsverfahren, Trainings sozialer Fertigkeiten, kognitive Umstrukturierung und Strategien zur Aktivitätssteigerung zum Einsatz. Zudem wurde mit den Eltern ein Elterntraining zur Stärkung der erzieherischen Fertigkeiten durchgeführt. Wöchentlich fanden zwei bis drei Termine Einzeltherapie und ein Eltern-/Familiengespräch statt. Zusätzlich führten Mitarbeiter der Station, die eigens für die Studie geschult wurden, hochfrequente graduierte Expositionen in vivo und Hausaufgabentrainings durch, zudem erarbeiteten sie mittels von Wochenplänen und Verhaltenstrainings den Aufbau von Freizeitaktivitäten. Eine Sozialarbeiterin koordinierte bei Bedarf die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern.

Patienten mit einer kompletten Schulabwesenheit von mehr als drei Monaten ($n = 47$) wurden zunächst auf der angegliederten Klinikschule beschult, alle übrigen Patienten wurden direkt wieder auf ihre Regelschulen integriert. Für Patienten der Klinikschule wurde 14-tägig in Fallkonferenzen gemeinsam mit Lehrern und behandelnden Therapeuten geprüft, inwieweit die Patienten bereits wieder auf einer Regelschule beschult werden konnten oder weiterhin einen geschützten schulischen Rahmen benötigten. Eine Rückführung wurde so bald wie möglich angestrebt. Bei sieben der Patienten wurde im Behandlungsverlauf zusätzlich eine medikamentöse Therapie initiiert (SSRI/ MPH).

Die mittlere Behandlungsdauer lag bei $M = 7,67$ Wochen (Spanne von 3 bis 18 Wochen). Gegen Ende der stationären Therapie wurden die Patienten mehrmals über Nacht beurlaubt und sollten von zuhause aus eigenständig die Schule besuchen, um die Behandlungseffekte unter alltagsnahen Bedingungen zu überprüfen.

Allen Patienten wurde eine unmittelbar anschließende ambulante Verhaltenstherapie empfohlen und bei Einverständnis ein Therapieplatz in einer angegliederten Ausbildungsambulanz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vermittelt, sodass die nachbehandelnden ambulanten Therapeuten die Patienten bereits gegen Ende der stationären Therapie kennenlernen konnten und innerhalb von zwei Wochen nach Ende der stationären Therapie der erste ambulante Therapietermin möglich war. Zwei Monate nach Beendigung der stationären Therapie befanden sich 62 (68,9 %) Patienten in ambulanter Behandlung mit einer mittleren Sitzungszahl seit Entlassung von sechs Sitzungen ($SD = 3,47$); nach neun Monaten waren es 67 (74,4 %) Patienten mit durchschnittlich 21 Sitzungen seit FU1 ($SD = 14,15$).

2.3 Messinstrumente und statische Analysen

Der Schulbesuch innerhalb der letzten zwei Wochen stellte die zentrale abhängige Variable dar und wurde operationalisiert als dichotome Variable (regelmäßig vs. nicht regelmäßig = mindestens ein Fehltag). Die Informationen wurden zu POST über ein Lehrertelefonat und zu FU1 und FU2 über das Elternurteil während eines Telefoninterviews erhoben. Bereits während des stationären Aufenthalts wurde eine enge Vernetzung zwischen Therapeuten, Lehrer und Eltern hergestellt, die auch nach dem stationären Aufenthalt fortbestand – so waren die Lehrer dazu angehalten, die Eltern und im Falle von ambulanter Therapie die Therapeuten sofort zu informieren, wenn es erneut zu Fehlzeiten kam.

Darüber hinaus wurde zu allen drei Messzeitpunkten erfasst, ob die Patienten wieder in das Regelschul-/Ausbildungssystem integriert werden konnten, weiterhin einen geschützten schulischen Rahmen benötigten (Förder-/Klinikschule) oder keiner geregelten Tätigkeit nachgingen (z. B. Schule, Ausbildung, Praktikum).

Psychische Auffälligkeiten im Eltern- und Jugendlicherurteil wurden zu allen drei Messzeitpunkten durch den SELBST-Bogen aus dem Therapieprogramm SELBST erfasst (Walter et al., 2007). Der SELBST-Bogen stellt ein standardisiertes Screeninginstrument dar, ist vierstufig skaliert (0 = nie bis 3 = fast immer/sehr) und besteht in

seiner Ursprungsfassung aus 18 Items, die zu drei Skalen gruppiert werden, zudem werden sie in einer Gesamtskala zusammengefasst. Die Skala Selbstwertprobleme erfasst Fehleinschätzungen der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft (beispielsweise eine Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten). Die Skala Beziehungsprobleme misst Schwierigkeiten mit Familienmitgliedern und Gleichaltrigen (beispielsweise ausgeprägte Streitigkeiten mit den Eltern, soziale Unsicherheit im Kontakt mit Gleichaltrigen). Die Skala Leistungsprobleme schließlich prüft Schwierigkeiten im schulischen Bereich – etwa unzureichende Arbeitsorganisation und Lernstrategien, mangelnde mündliche Mitarbeit oder Störverhalten. Der SELBST-Bogen hat sich als hinreichend reliabel und valide erwiesen (Feldkoetter, 2003).

Schulabsentismus als dichotome Variable wurde über die drei Messzeitpunkte mittels Binomialtest überprüft. Hierbei wurde getestet, ob das Verhältnis von Schulabsentisten zu Schulbesuchern zwischen zwei Messzeitpunkten signifikant voneinander abwich.

Die Mittelwertvergleiche der drei Messzeitpunkte im SELBST-Bogen wurden mit Varianzanalysen mit Messwiederholung vorgenommen, nachfolgende Kontraste berechnet (Helmert) und zur Abschätzung der Größe der Veränderungen Effektstärken für abhängige Stichproben nach Cohen (1988) berechnet. Das Signifikanzniveau wurde im Sinne einer konservativen Testung auf 10 % erhöht, weil dadurch leichter Verschlechterungen im Katamnesezeitraum erkennbar sind.

3 Ergebnisse

Tabelle 1: Absolute und relative Häufigkeiten und Signifikanzniveaus von Patienten mit regelmäßigem Schulbesuch

	POST		FU1		FU2		Binomialtest		
	absolut (Prozent)		absolut (Prozent)		absolut (Prozent)		POST vs FU1	FU1 vs FU2	POST vs FU2
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	p	p	p
Schulbesuch regelmäßig	83 (92,2)	7 (7,8)	75 (83,3)	15 (16,7)	63 (70,0)	27 (30,0)	.002	< .001	.002

Tabelle 1 zeigt, dass es von POST zu FU1, von FU1 zu FU2 und auch von POST zu FU2 zu einem signifikanten Rückgang des Anteils der regelmäßigen Schulbesuchern kommt. Während zum Zeitpunkt der Entlassung 83 Jugendliche (92,2 %) regelmäßig eine Schule besuchen, sind es zwei Monate nach Entlassung noch 75 (83,3 %) und neun Monate nach Entlassung 63 (70,0 %). Die genaue Betrachtung der Fehltag der Jugendlichen mit unregelmäßigem Schulbesuch im Katamnesezeitraum ergibt, dass zu FU1 von den 15 Jugendlichen mit unregelmäßigem Schulbesuch 8 zwischen 1 und 8 Fehltagen in den letzten 2 Monaten aufwiesen, also mit maximal einem Fehl-

tag pro Woche einen mild ausgeprägten Schulabsentismus aufwiesen, während die übrigen 7 mit 14 bis 40 Fehltagen erneut eine deutliche Beeinträchtigung zeigten (2 davon komplett ohne Schulbesuch). 9 Monate nach Entlassung wiesen von den 27 Jugendlichen mit unregelmäßigem Schulbesuch 20 Jugendliche zwischen 2 und 25 Fehltagen in 9 Monaten auf (d. h. weniger als 1 Fehltag pro Woche), bei 2 Jugendlichen resultierten zwischen 30 und 60 Fehltagen, weitere 5 besuchten die Schule gar nicht. Binnenanalysen zeigen beim Vergleich von FU1 bzw. FU2 mit dem Behandlungsbeginn (kein Jugendlicher mit regelmäßigem Schulbesuch), dass im Vergleich zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme zwei bzw. neun Monate nach Entlassung signifikant mehr Jugendliche regelmäßig eine Schule besuchen ($p < .001$).

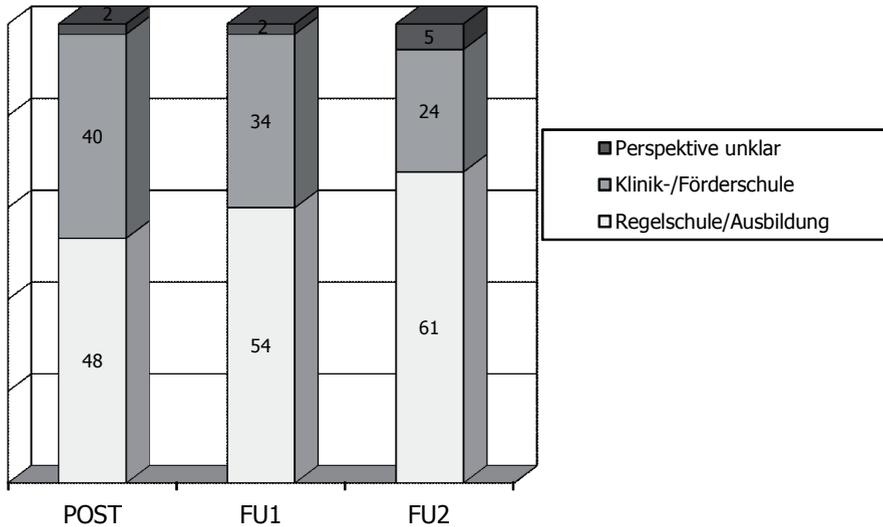


Abbildung 1: Verlauf der gruppierten Schultypen von POST zu FU2

Abbildung 1 zeigt die gruppierten Schultypen zu POST, FU1 und FU2. Zum Zeitpunkt der Entlassung konnten 48 Patienten (53,3 %) wieder in das Regelschulsystem integriert werden, während 40 (44,5 %) weiterhin einen geschützten schulischen Rahmen benötigten und 2 (2,2 %) eine ungünstige schulische Perspektive auswiesen (kein Schulbesuch, keine regelmäßige Tätigkeit wie Praktikum, Ausbildungsstelle). Zu FU1 und FU2 stieg der Anteil der Jugendlichen, die eine Regelschule besuchten oder eine Ausbildung begonnen hatten, systematisch an, während der Anteil der Patienten mit einem geschützten Rahmen sich zunehmend reduzierte. Der Anteil der Jugendlichen mit einer ungünstigen, unklaren schulischen-/Ausbildungsperspektive stieg zu FU2 auf 5.

Tabelle 2: Mittelwerte, Standardabweichungen, Prüfgrößen, Signifikanzniveaus und Effektstärken der SELBST-Bögen im Selbst- und Elternurteil

Summenwert	POST			FU1			FU2			ANOVA						Kontraste (Helmert)							
	M		SD		M		SD		M		SD		F		p		d		POST vs. FU1		FU1 vs FU2		
SELBST-Selbstwert (S*)	.83	(.52)	.98	(.57)	1.09	(.60)	7.97	<.05	-.42	13.85	<.001	-.29	5.24	<.05	-.21								
SELBST-Beziehung (S)	.98	(.51)	.75	(.44)	.83	(.52)	3.12	<.10	.29	3.79	<.10	.48	2.74	n.s.	-.16								
SELBST-Leistung (S)	1.33	(.89)	1.22	(.82)	1.24	(.91)	1.14	n.s.	.09	2.32	n.s.	.13	.04	n.s.	-.02								
SELBST-Gesamt (S)	.99	(.43)	.98	(.47)	1.05	(.52)	1.41	n.s.	-.13	.58	n.s.	.02	2.42	n.s.	-.14								
SELBST-Selbstwert (E**)	.99	(.41)	1.24	(.52)	1.21	(.48)	8.32	<.01	-.38	16.33	<.001	-.51	.05	n.s.	.02								
SELBST-Beziehung (E)	.72	(.28)	.83	(.38)	.90	(.38)	6.16	<.01	-.50	10.98	<.01	-.35	1.67	n.s.	-.18								
SELBST-Leistung (E)	1.25	(.88)	1.58	(.83)	1.40	(1.02)	4.29	<.05	-.12	2.68	n.s.	-.38	1.84	n.s.	.05								
SELBST-Gesamt (E)	.96	(.40)	1.19	(.47)	1.16	(.44)	10.20	<.001	-.44	20.68	<.001	-.52	.05	n.s.	.06								

* S = Selbsturteil; ** E = Elternurteil

Tabelle 2 zeigt den Verlauf psychischer Auffälligkeiten zu den drei Messzeitpunkten sowie die Ergebnisse der Signifikanztestungen und Effektstärken. Im Selbsturteil finden sich auf der Skala Selbstwertprobleme von POST zu FU1, von FU1 zu FU2 und von POST zu FU2 kleine, statistisch signifikante Verschlechterungen. Auf der Skala Beziehungsprobleme berichten die Jugendlichen von POST zu FU2 und von POST zu FU1 über kleine, signifikante Verbesserungen, während sich auf den Skalen Leistungsprobleme und der Gesamtskala im Katamnesezeitraum keine signifikanten Unterschiede finden lassen. Im Elternurteil zeigen sich auf den Skalen Selbstwertprobleme und der Gesamtskala von POST zu FU2 kleine, statistisch bedeutsame Verschlechterungen (Skala Beziehungsprobleme – mittlere Verschlechterungen), die auf Verschlechterungen innerhalb der ersten zwei Monate nach Entlassung zurückzuführen sind (POST vs. FU1: kleine bis mittlere Verschlechterungen), während sich zwischen FU1 und FU2 keinerlei signifikante Unterschiede finden lassen.

4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht die 2- und 9-Monats-Stabilität nach offen stationärer, kognitiv-behavioral ausgerichteter Behandlung von Jugendlichen mit emoti-

onal bedingtem Schulabsentismus mit oder ohne expansive Störung. Hierzu wurden 90 Jugendliche der Ursprungsstichprobe von 147 Patienten analysiert, für die Fragebogendaten zu diesem Untersuchungszeitraum vorlagen.

Im Katamnesezeitraum fand sich entgegen unserer Annahmen sowohl innerhalb der ersten beiden Katamnese Monate als auch in den nachfolgenden sieben Monaten eine signifikante Zunahme von Schulabsentismus. Während zum Zeitpunkt der Entlassung mehr als 90 % der Stichprobe regelmäßig eine Schule besuchten, waren es nach neun Monaten noch 70 %. Sekundäranalysen an Probanden mit erneutem Schulabsentismus ergaben, dass diese mehrheitlich maximal einen Tag pro Woche die Schule nicht besuchten und damit sicherlich eine leichte Ausprägung von Schulabsentismus zeigten. Allerdings besuchten zum 2-Monats-Follow-up fünf Jugendliche die Schule sehr unregelmäßig und weitere 2 gar nicht. Neun Monate nach Entlassung wiesen von den 27 Jugendlichen mit Schulabsentismus 20 weniger als einen Fehltag pro Woche auf, weitere 2 blieben 1-2 Tage wöchentlich der Schule fern und 5 besuchten gar keine Schule. Diese Sekundäranalysen zeigen, dass trotz des signifikanten Einbruchs des Schulbesuchs die schulabwesenden Jugendlichen mehrheitlich nur leichte Ausprägungen von Schulabsentismus zeigen. Hier offenbart sich auch eine mögliche Schwäche der vorliegenden dichotomen Operationalisierung von Schulabsentismus – bereits bei einer Fehlstunde innerhalb der letzten 14 Tage wurde der betreffende Patient als unregelmäßig schulbesuchend eingestuft. Eine genaue Analyse von Fehlstunden oder -tagen hätte hier differenziertere Ergebnisse erbringen können, wären aber sicherlich auch deutlich aufwendiger zu erfassen gewesen.

Die Betrachtung der gruppierten Schultypen zeigt, dass zum Zeitpunkt der Entlassung noch mehr als die Hälfte der Jugendlichen einen geschützten schulischen Rahmen benötigen. Innerhalb von neun Monaten nach Therapieende steigt der Anteil der Schüler auf der Regelschule/Ausbildung deutlich an – allerdings benötigen 24 Jugendliche auch neun Monate nach Entlassung immer noch eine besondere Förderung und weitere 5 Jugendliche weisen mit einer unklaren schulischen bzw. Ausbildungsperspektive einen ungünstigen Verlauf auf.

Diese Ergebnisse sollen nun in Zusammenhang mit den oben genannten anderen Katamnese Studien betrachtet werden. In keiner dieser internationalen Studien finden sich Angaben zur Verteilung der Patienten auf Schultypen, so dass hier nur die prozentualen Häufigkeiten der Schulbesucher miteinander in Relation gesetzt werden können. Zudem muss man beim Vergleich relativierend beachten, dass sich im Unterschied zu anderen Katamnese Studien ein beträchtlicher Anteil der Patienten unserer Studie im Katamnesezeitraum in ambulanter Verhaltenstherapie befand und dass etliche Jugendliche auch nach Entlassung weiterhin ein geschütztes schulisches Setting benötigten (Klinikschule). Berg und Fielding (1978) fanden sechs Monate nach Beendigung der stationären, nicht-behavioralen Therapie einen Anteil von 45 % der Jugendlichen als „gebessert oder deutlich gebessert“, ohne dass dieses klinische Urteil genauer operationalisiert wird (12 Monate: 50 %, 24 Monate: 55 %). Vergleicht man diese Daten mit unseren Ergebnissen, so liegen unsere Besserungs-/Remissionsraten

mit 70 % regelmäßigem Schulbesuch zzgl. 22,3 % nur leicht ausgeprägtem Schulabsentismus zu FU2 deutlich darüber, dies allerdings bei unterschiedlichen Beurteilern (klinisches vs. Elternurteil). Blagg und Yule (1978) berichten ein Jahr nach Therapieende von gerade mal 37,5 % regelmäßigem Schulbesuch (ohne Angabe der Informationsquelle) bei Jugendlichen, die stationär (nonbehavioral) behandelt wurden. Diese Ergebnisse können darauf hinweisen, dass stationäre Verhaltenstherapie möglicherweise effektiver ist als stationäre nonbehaviorale Therapie. King und Mitarbeiter (2001) schließlich führten nach ambulanter Verhaltenstherapie ein Langzeit-Follow-up durch, das zwischen 3 und 5 Jahren nach Therapieende lag. Die 17 Patienten, die zu Untersuchungsbeginn zwischen 5 und 15 Jahren alt waren, besuchten zum Behandlungsabschluss zu 93,5 % der Zeit die Schule (d. h. es wurde an 6,5 % des Unterrichts nicht teilgenommen – Lehrerurteil), zum Katamnesezeitpunkt waren es noch 84,4 %. Diese Ergebnisse lassen sich recht schwer vergleichen, da die Operationalisierung von Schulabsentismus und auch die Katamnesezeiträume sehr unterschiedlich sind. Zudem waren die Patienten der ambulanten Kohorte deutlich weniger beeinträchtigt als die stationär Behandelten unserer Studie. Setzt man diese Zahlen dennoch in Relation zueinander und hält sich vor Augen, dass in unserer Studie 70 % der Patienten 9 Monate nach Behandlungsabschluss vollständig die Schule besuchten und weitere 22,3 % nur sehr wenig Fehlzeiten aufwiesen, so kann man schlussfolgern, dass die Ergebnisse durchaus vergleichbar sind.

Was begleitende psychische Auffälligkeiten anbelangt, so fanden wir im Katamnesezeitraum entgegen unseren Erwartungen im Jugendlichenurteil kleine, statistisch aber signifikante Verschlechterungen auf der Skala Selbstwertprobleme. Im Elternurteil fanden sich im gesamten Katamnesezeitraum auf fast allen Skalen kleine bis mittlere, statistisch bedeutsame Verschlechterungen, die ausschließlich in den ersten zwei Monaten nach Entlassung stattfanden. Allerdings sind die Auffälligkeiten mit absoluten Skalenmittelwerten zwischen 0,83 und 1,40 zu FU2 als gering einzuschätzen (Skalierung 0 = nie; 1 = manchmal). Diese Verschlechterungen können möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass nach Beendigung der stationären Therapie die Belastung unter Alltagsbedingungen wieder zunahm und gleichzeitig die Intensität der Unterstützung vom stationären in ein ambulantes Therapiesetting deutlich abnahm. Interessanterweise finden sich über den gesamten Katamnesezeitraum hinweg weder im Eltern- noch im Selbsturteil statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Veränderungen auf der Skala Leistungsprobleme, die schulbezogenes Verhalten im engeren Sinne erfasst. Eine mögliche Erklärung kann darin liegen, dass verschiedene Interventionsbausteine dieser Therapie einen sehr starken Fokus auf schulbezogene Verhaltensweisen wie Lern- und Arbeitsverhalten oder mündliche Mitarbeit legen (Hausaufgabentraining; Einzeltherapie: Therapiebaustein zur Verbesserung der lernorganisatorischen Fertigkeiten, von Lernstrategien und zur Verbesserung der mündlichen Mitarbeit im Unterricht) und die Effekte hier besonders robust sind.

Insgesamt zeigen unsere Ergebnisse, dass die Effekte unter stationärer Verhaltenstherapie auch neun Monate nach Beendigung der stationären Behandlung weitgehend

stabil gehalten werden können, trotz des leichten Anstiegs von Schulabwesenheit bei gleichzeitigem Rückgang von Förderbeschulung/Anstieg von Regelbeschulung. Die psychische Belastung der Kohorte ist auch neun Monate nach Entlassung gering – trotz einer leichten, statistisch signifikanten Verschlechterung seit Entlassung in einigen Bereichen. Gemeinsam mit anderen Ergebnissen der Arbeitsgruppe (Walter, Hautmann, Rizk et al., 2010; Walter, Hautmann, Ziegert et al., 2010; Walter et al., 2011) legen diese Daten nahe, dass diese Art der stationären Intensivtherapie bei Jugendlichen mit chronifiziertem ängstlich/depressivem Schulabsentismus mit/ohne Störung des Sozialverhaltens eine wirkungsvolle Maßnahme darstellt, die auch längerfristig stabil ist. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sich mehr als zwei Drittel der Population im Katamnesezeitraum in ambulanter Verhaltenstherapie befand und fast ein Drittel auch neun Monate nach Ende der stationären Therapie weiterhin einen geschützten schulischen Rahmen benötigte, was mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Einfluss auf die Stabilität der Effekte hat.

Die vorliegende Studie hat einige Schwächen, die im Folgenden ausgeführt werden soll. Die größte Schwäche liegt sicherlich in der mangelnden experimentellen Kontrolle. Zwar kann durch die vorliegenden Daten die Frage beantwortet werden, ob sich die Veränderungen der stationären Therapie im Katamnesezeitraum stabilisieren. Allerdings wissen wir nicht, ob die Patienten zwei bzw. neun Monate nach Beendigung der stationären Therapie einen besseren Outcome haben als Patienten, die überhaupt nicht behandelt worden sind – hierzu wäre eine nicht behandelte Kontrollgruppe erforderlich gewesen, was aber sicherlich auch unter ethischen Aspekten schwer zu realisieren gewesen wäre. Eine weitere Schwäche liegt in der mangelnden Kontrolle begleitender Maßnahmen. Obwohl das gesamte Behandlungskonzept kognitiv-behavioral ausgerichtet war, kamen auch weitere Module zum Einsatz, beispielsweise in vielen Fällen die Klinikbeschulung, Wiederaufnahme von Freizeitaktivitäten usw. Die Effekte könnten daher nicht mit Sicherheit auf die kognitiv-behavioralen Maßnahmen allein zurückgeführt werden. Darüber hinaus konnten nur von 90 der 147 Jugendlichen der Ursprungsstichprobe Katamnesedaten erhoben werden. Gruppenvergleiche ergaben aber, dass sich zwischen den hier analysierten Jugendlichen mit und denen ohne Fragebogendaten, keine signifikanten Unterschiede auf zentralen Maßen fanden, sodass die vorliegenden Ergebnisse als repräsentativ für die Gesamtstichprobe erachtet werden können. Eine weitere Schwäche betrifft die Tatsache, dass im Katamnesezeitraum zur Erhebung des Schulabsentismus auf das Elternurteil im Zuge des Telefoninterviews zurückgegriffen wurde. Eine Einschätzung seitens der Schule wäre sicher valider gewesen. Schließlich wäre zur langfristigen Absicherung von Effekten ein noch längeres Follow-up sinnvoll gewesen. Dieses sollte neben der psychischen Befindlichkeit auch Schul-/Ausbildungsvariablen wie Schulabschluss oder derzeitige Tätigkeit einschließen. Eine derartige Erhebung mit einem Katamnesezeitraum zwischen fünf und neun Jahren wird aktuell durchgeführt.

Literatur

- Berg, I., Fielding, D. (1978). An evaluation of hospital in-patient treatment in adolescent school phobia. *British Journal of Psychiatry*, 132, 500-505.
- Blagg, N. R., Yule, W. (1984). The behavioural treatment of school refusal – a comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 119-27.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2000). Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Walter, D. (2006). Schulverweigerung. H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Schule und psychische Störungen* (S. 218-235). Stuttgart: Kohlhammer.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 797-807.
- Feldkoetter, D. (2003). Evaluation eines Screeninginstruments zur Erfassung adoleszenten-spezifischer Probleme. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität zu Köln.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-71.
- Kearney, C. A., Albano, A. M. (2003). *When Children Refuse School: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach-Parent Workbook*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Kearney, C. A., Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, 28, 147-61.
- King, N. J., Bernstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 197-205.
- King, N., Tonge, B. J., Heyne, D., Ollendick, T. H. (2000). Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: A review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 20, 495-507.
- King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D. (2001). Cognitive-behavioural treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 85-89.
- McShane, G., Walter, G., Rey, J. M. (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 822-826.
- Pina, A., Zerr, A., Gonzales, N., Ortiz, C. (2009). Psychosocial interventions for school refusal behavior in children and adolescents. *Child development Perspectives*, 3, 11-20.
- Wagner, M., Dunkake, I., Weiß, B. (2004). Schulverweigerung. Empirische Analysen zum abweichenden Verhalten von Schülern. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 56, 457-489.
- Walter, D., Döpfner, M. (2009). Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus – Konzept und Behandlungsempfehlungen. *Verhaltenstherapie*, 19, 153-160.
- Walter, D., Hautmann, C., Lehmkuhl, G., Döpfner, M. (2011). Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus: Veränderungen während der Therapie und Stabilität. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 677-683.
- Walter, D., Hautmann, C., Rizk, S., Petermann, M., Minkus, J., Sinzig, J., Lehmkuhl, G., Döpfner, M. (2010). Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents

- with anxious-depressed school absenteeism – an observational study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 835-844.
- Walter, D., Hautmann, C., Ziegert, I., Glaser, A., Lehmkuhl, G., Döpfner, M. (2010). Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit emotional bedingtem Schulabsentismus: Eine Verlaufsanalyse. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 184-191.
- Walter, D., Rademacher, C., Schürmann, S., Döpfner, M. (2007). Grundlagen der Selbstmanagementtherapie mit Jugendlichen. Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST). Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzanschrift: PD Dr. Daniel Walter, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Uniklinikum Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln; E-Mail: daniel.walter@uk-koeln.de

Daniel Walter, Christopher Hautmann, Gerd Lehmkuhl und Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Uniklinikum Köln