

Knollmann, Martin / Al-Mouhtasseb, Kinan und Hebebrand, Johannes  
**Schulverweigerung und psychische Störungen: Merkmale von  
schulverweigernden Kindern und Jugendlichen und ihren Familien  
einer kinder- und jugendpsychiatrischen  
Schulverweigererambulanz“**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58 (2009) 6, S. 434-449*

urn:nbn:de:bsz-psydok-49067

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Schulverweigerung und psychische Störungen: Merkmale von schulverweigernden Kindern und Jugendlichen und ihren Familien einer kinder- und jugendpsychiatrischen „Schulverweigererambulanz“

Martin Knollmann, Kinan Al-Mouhtasseb und Johannes Hebebrand

## Summary

*School Refusal and Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence: Findings from an Outpatient Sample of a Psychiatric „School Refusal Ambulance“*

Based on a review of medical reports, a sample of 89 patients of a specialized school refusal outpatient unit of the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Essen, Germany, is described. Variables included psychiatric diagnoses and treatment recommendations as well as individual and family characteristics such as type of school absence (school refusal vs. truancy), intelligence, anxiety, school career, parental occupational status, and parental divorce. Furthermore, differences between three groups of patients (anxious school refusers, truants, mixed school refusers) were explored. The results showed a high prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in the sample. Although some of the expected differences between the groups were obtained, the results yielded much overlap between anxious school refusers and truants and thus tended to stress the similarities among children who refuse to attend school.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 58/2009, 434-449*

## Keywords

school refusal – truancy – psychiatric disorders

## Zusammenfassung

Es werden Befunde einer Inanspruchnahmepopulation einer auf Schulverweigerung spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz (N = 89) berichtet, die durch eine retrospektive Auswertung der Arztbriefe gewonnen wurden. Neben der klinisch ermittelten psychiatrischen Diagnose und den Behandlungsempfehlungen wurden Angaben zu individuellen Merkmalen (z. B. Dauer und Art des Schulabsentismus, Intelligenz, Ängstlichkeit, Schullaufbahn) sowie familiären Charakteristika (u. a. Erwerbsstatus der Eltern, psychische oder körperliche Erkrankung der Eltern) ausgewertet. Zudem wurden Patienten mit Schulverweigerung im Zusammenhang mit Emotionalstörungen, Patienten mit Schulschwänzen im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens sowie schulabsente Patienten mit einer gemischten Symptomatik hinsichtlich der erhobenen Variablen miteinander verglichen. Die Ergebnisse weisen auf eine

insgesamt hohe Prävalenz psychischer Störungen hin, die vor dem Hintergrund sowohl familiärer als auch schulischer Belastungsfaktoren zu sehen ist. Neben erwartbaren Unterschieden zwischen den gebildeten Gruppen zeigten sich viele Gemeinsamkeiten, die die Grenzen der gängigen Klassifizierungen schulverweigernden Verhaltens aufzeigen.

## Schlagwörter

Schulverweigerung – Schulschwänzen – Schulphobie – Schulabsentismus – Psychopathologie

Das „Phänomen Schulverweigerung“ (Reißig, 2001) ist in den letzten Jahren stark in den Blickpunkt des öffentlichen Interesses gerückt (z. B. Zirkel, 2006). Obwohl unklar ist, ob schulverweigerndes Verhalten von Kindern und Jugendlichen tatsächlich zugenommen hat, wird teilweise bereits von einer beginnenden „Epidemie“ gesprochen (Wahl, 2005). Trotz der mitunter stark unterschiedlichen Sichtweisen von Pädagogik (z. B. Rickling, 2003), Soziologie (z. B. Wagner, 2007) und kinder- und jugendpsychiatrischer Forschung (z. B. Lehmkuhl u. Lehmkuhl, 2004) und der hieraus resultierenden Vielfalt der Begriffe, Modelle und Befunde herrscht Einigkeit darüber, dass Schulverweigerung eine massive Bedrohung der weiteren Entwicklung darstellt und bei einem nicht unerheblichen Anteil der Schulverweigerer psychiatrische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters bestehen. Bislang finden sich für den deutschsprachigen Raum jedoch nur wenige Studien, die die Art und Häufigkeit von psychischen Störungen bei Schulverweigerung sowie individuelle und soziale Charakteristika der betroffenen Kinder und Jugendlichen untersuchen.

## 1 Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung (vgl. Nissen, 1972) hat sich die Unterscheidung zwischen *Schulschwänzen* – oft in Verbindung mit weiteren Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens wie z. B. Delinquenz – und mit Angstsymptomen einhergehender *Schulverweigerung* etabliert, wobei letztere weiter in mit Trennungsangst („Schulphobie“) oder anderen Ängsten (z. B. soziale Ängste; „Schulangst“, „Schulstress“, vgl. Seiffge-Krenke, 2008) assoziierte Schulverweigerung unterteilt wird. Charakteristisch für die Schulverweigerung ist ein durchgängiges, entschuldigtes Fehlen mit Wissen der Eltern, während Schulschwänzen sich in der Regel auf unregelmäßiges, unentschuldigtes Fehlen an einigen Tagen ohne Wissen der Eltern bezieht. Sowohl Schulschwänzen als auch Schulverweigerung lassen sich unter den Begriff *Schulabsentismus* subsumieren (vgl. Döpfner u. Walter, 2006).

Bedingt durch uneinheitliche Definitionen und Operationalisierungen sowie durch unzureichende Repräsentativität der Studien lässt sich die Häufigkeit von Schulabsen-

tismus nur schwer schätzen (vgl. Lyon u. Cotler, 2007). Wagner et al. (2004) berichten, dass 8 % der Kölner Schüler mindestens sechsmal ganztätig in der Schule fehlten, bei isolierter Betrachtung der Haupt- bzw. Sonderschulen stieg dieser Wert auf 14,7 % resp. 12,8 %. Ausgehend von einer Übersicht mehrerer regionaler Studien sowie eigenen Befunden gehen Schreiber-Kittl und Schröpfer (2002) von insgesamt 5-10 % regelmäßig schulabsenten Kindern und Jugendlichen in Deutschland aus. Wie viele dieser Schüler den Schulverweigerern bzw. Schulschwänzern zuzurechnen sind und bei wie vielen von ihnen eine psychische Störung besteht, ist offen. Egger et al. (2003) berichten für die USA Prävalenzraten von 2 % für Schulverweigerung und von 6,2 % für Schulschwänzen; 0,5 % der repräsentativen Stichprobe zeigten ein gemischtes Bild mit sowohl Schulschwänzen als auch Schulverweigerung. Der Vergleich der klinischen Diagnosen der drei Gruppen ergab mehr Störungen des Sozialverhaltens als Emotionalstörungen bei den Schulschwänzern als bei den Schulverweigerern (und umgekehrt), zeigte aber gleichzeitig starke Überschneidungen; so fanden sich die meisten expansiven und introversiven Störungen bei den Schülern, die sowohl die Kriterien für Schulschwänzen als auch für Schulverweigerung erfüllten (Egger et al., 2003). Weiterhin scheint die Häufigkeit einer psychiatrischen Diagnosestellung in Verbindung mit Schulabsentismus erheblich in Abhängigkeit von der herangezogenen Stichprobe zu variieren (Inanspruchnahmepopulationen: bis zu 90 %, repräsentative Stichproben: 24,5 %; zusf. Lehmkuhl u. Lehmkuhl, 2004).

Als familiäre Risikofaktoren für Schulabsentismus haben sich u. a. ein niedriger sozioökonomischer Status der Eltern, Trennung der Eltern, geringe elterliche Kontrolle, psychische Störungen oder körperliche Erkrankungen der Eltern sowie häufige familiäre Konflikte erwiesen (Wagner et al., 2004; Bernstein u. Borchardt, 1996; Kearney u. Silverman, 1995; zusf. Rickling, 2003). Schulischen Faktoren wie z. B. dem Klassenklima wird ebenfalls eine große Bedeutung zugemessen (zusef. Rickling, 2003). Mit Bezug auf die Peergruppe wird für Schulschwänzer ein Drift hin zu ebenfalls schulschwänzenden und oft auch anderweitig devianten Jugendgruppen konstatiert (Samjeske, 2007). Schulverweigerer weisen dagegen eine Tendenz zu sozial unsicherem Verhalten, Bedrohungen und Hänseleien durch Mitschüler („Bullying“; Hampel, Dickow, Hayer, Petermann, 2009; Hörmann u. Schäfer, 2009; Marées u. Petermann, 2009; Michaelsen-Gärtner & Witteriede, 2009; Morbitzer, Spröber, Hautzinger, 2009) sowie sozialem Rückzug auf (Egger et al., 2003; Rickling, 2003).

Während bei Schulverweigerern in der Regel keine intellektuellen Leistungsdefizite zu bestehen scheinen, deutet sich bei Schulschwänzern eine im Durchschnitt niedrigere Intelligenz an. Entsprechend häufiger findet sich eine durch Leistungsprobleme und Klassenwiederholungen gekennzeichnete Schulkarriere bei Schulschwänzern als bei Schulverweigerern (zusef. Rickling, 2003); bei letzteren konnte allerdings ebenfalls eine erhöhte Anzahl von Schulwechselln festgestellt werden (vgl. Lehmkuhl et al., 2003). Neylor et al. (1994) fanden Hinweise darauf, das Teilleistungsstörungen wie z. B. Lese- Rechtschreibstörungen zu den schulischen Misserfolgen einiger schulabsenter Kinder und Jugendlicher erheblich beitragen können. Untersuchungen mittels

des Angstfragebogens für Schüler (AFS; Wieczerkowski et al., 1981) ergaben positive Assoziationen zwischen Ängstlichkeit sowie Schulunlust und Schulabsentismus, ohne aber dabei nach der Art des Absentismus zu differenzieren (Kaiser, 1983).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Störungen aufweisen, wobei neben spezifischen pathologischen Mustern – Schulverweigerung in Verbindung mit Emotionalstörungen, Schulschwänzen in Verbindung mit Störungen des Sozialverhaltens – bei einigen Betroffenen Mischformen zu bestehen scheinen, die durch internalisierende und externalisierende Symptome charakterisiert sind. Weiterhin finden sich bezüglich der Pathogenese von Schulverweigerung und Schulschwänzen uneinheitliche Befunde, die sowohl auf Unterschiede als auch auf Gemeinsamkeiten bei der Entstehung beider Symptome hinweisen.

Ziel der vorliegenden explorativen Studie ist es, in einer ambulanten Inanspruchnahmepopulation das Ausmaß und die Art des Schulabsentismus, assoziierte psychische Störungen sowie relevante Merkmale schulabsenter Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien zu ermitteln. Zudem soll untersucht werden, inwiefern sich in der Stichprobe Unterschiede zwischen unterschiedlichen klinischen Präsentationen schulvermeidenden Verhaltens (Schulverweigerer, Schulschwänzer und „gemischte“ Symptomatik, s.o.) finden.

## 2 Stichprobe, Methode und Messinstrumente

Die Stichprobe rekrutierte sich aus Patienten einer Spezialambulanz für Schulverweigerer der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Klinik Essen (Universität Duisburg-Essen). Bei dem Erstkontakt finden neben einem ausführlichen Gespräch (Anamnese und Exploration) mit allen Beteiligten direkt im Anschluss oder an einem zeitnahen Folgetermin die testpsychologische Diagnostik, die Mitteilung der Befunde sowie eine erste Beratung bezüglich geeigneter Behandlungsmaßnahmen statt. Ist eine ambulante Therapie angezeigt, wird die Familie an eine von zehn kooperierenden kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen überwiesen.

Die Daten wurden mittels einer Analyse der Berichte an den überweisenden Arzt erhoben. Der Zeitraum der Erfassung erstreckt sich von Mai 2006 bis Mai 2007, in dem zwei psychologische Mitarbeiter und eine ärztliche Mitarbeiterin die Patienten behandelten. Es wurden insgesamt Berichte zu 89 Patienten (42 weiblich; Alter:  $M = 14,4$ , Range = 6–18 Jahre) ausgewertet. Folgende Variablen wurden erhoben:

*Schulabsentismus*: Ausgewertet wurden Angaben zur Dauer (geschätzte Anzahl der Fehlertage innerhalb des letzten Jahres) und zur Art des Schulabsentismus (mindestens zwei Wochen durchgängiges vs. unregelmäßiges (mindestens ein Tag pro Woche Schulbesuch) vs. sowohl unregelmäßiges als auch durchgängiges Fehlen; Wissen der Eltern hierüber bei Beginn des Absentismus).

*Familienanamnese:* Trennung der Eltern, Erwerbstätigkeit vs. Arbeitslosigkeit der Eltern sowie Hinweise auf schwerere körperliche oder psychische Erkrankungen der Eltern wurden als familiäre Merkmale erfasst.

*Eigenanamnese:* Kodiert wurden Hinweise in den Arztbriefen auf internalisierende (z. B. Ängstlichkeit, Depressionen) oder externalisierende (z. B. Aggressivität, oppositionelles Verhalten, hyperkinetische Auffälligkeiten) Symptome im Vorschulalter und in der Grundschule (vgl. Quay, 1986, zur Unterscheidung internalisierender und externalisierender Symptome).

*Sozialanamnese:* Hinweise auf „Mobbing“ durch Mitschüler (Bullying) sowie die Qualität der sozialen Integration wurden hier ausgewertet.

*Schullaufbahn:* Hier wurde neben der aktuell besuchten Schulform kodiert, ob mindestens einmal eine Klasse wiederholt oder die Schule gewechselt (Übergang von der Grund- zur weiterführenden Schule nicht mitgerechnet) wurde.

*Testpsychologische Diagnostik:* In der Anfangsphase der Spezialambulanz wurde vereinbart, dass die testpsychologische Diagnostik je nach Verdachtsdiagnose erfolgt; allerdings sollte immer eine Intelligenzdiagnostik und – sofern noch Zeit verfügbar ist – ein Angstfragebogen sowie ein Aufmerksamkeitstest zur Anwendung kommen. Aufgrund einer Verweigerung der Teilnahme sowie nicht wahrgenommener Folgeterminen konnte die testpsychologische Diagnostik zudem bei mehreren Patienten nicht oder nur unvollständig durchgeführt werden. Insgesamt können deshalb nur die häufigsten der angewendeten Tests für Teilstichproben ausgewertet werden (Qb-Test: N = 49; AFS: N = 60; CFT 20: N = 64).

*Intelligenz:* Zur Anwendung kam der Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20; Weiß, 1998). Da in den Arztbriefen keine genauen IQ-Werte mitgeteilt werden, wurde kodiert, inwiefern die intellektuelle Leistungsfähigkeit (weit) unterdurchschnittlich (IQ < 85), durchschnittlich (IQ 85-115) oder (weit) überdurchschnittlich (IQ > 115) ausgeprägt ist.

*Aufmerksamkeit:* Der Qb-Test (Bergfalk, 2003) misst Unaufmerksamkeit und Impulsivität über eine Go/No-Go-Aufgabe und motorische Unruhe über Kameraaufzeichnungen der Kopfbewegungen. Es wurde festgehalten, inwiefern sich durchschnittliche oder überdurchschnittlicher Werte (PR > 85) in einem der drei Bereiche ergaben.

*Angstfragebogen für Schüler (AFS; Wiczerkowski et al., 1981):* Dieser Fragebogen misst Prüfungsangst, manifeste Angst, Schulunlust sowie sozial erwünschte Antworttendenzen über eine Selbstbeurteilung. Kodiert wurde, ob sich durchschnittliche oder überdurchschnittliche Werte (T > 60) auf den vier Skalen zeigten.

*Diagnose:* Kodiert wurde die klinisch gestellte ICD-10 Erst- und Zweitdiagnose auf den ersten vier Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt et al., 2006). Informationen zu psychosozialen Risiken (5. Achse) und zum allgemeinen Funktionsniveau (6. Achse) wurden in den Arztbriefen nicht separat kodiert, sondern im Text umschrieben. Die objektivierbaren Angaben zu Achse 5 (z. B. abweichende Elternsituation) wurden im

Rahmen der Auswertung der Familienanamnese (s.o.) erfasst; ein Rating der Angaben zum Funktionsniveau erschien aufgrund teils fehlender und teils zu vager Angaben in den Arztbriefen nicht sinnvoll.

*Empfehlungen:* Hier wurde danach unterschieden, ob eine ambulante Therapie, eine (teil-)stationäre Therapie oder eine Kontaktaufnahme mit der Jugendhilfe empfohlen wurde.

Um Unterschiede zwischen den oben ausgeführten Typen schulverweigernden Verhaltens zu explorieren, wurden aus der gesamten Stichprobe in Anlehnung an die gängigen klinischen Einteilungen drei Gruppen gebildet (vgl. Egger et al., 2003; s. Tab. 1). Kriterium für die Gruppenzuteilung war hierbei, inwiefern der Schulabsentismus im Rahmen Emotionalstörung, einer Störung des Sozialverhaltens oder einer kombinierten Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens auftrat:

- Die erste Gruppe schließt alle Patienten mit den Diagnosen „Emotionalstörung des Kindesalters“ (ICD-10: F93.x), „Anpassungsstörung“ mit depressiver und/oder ängstlicher Symptomatik oder anderweitiger Emotionalsymptome (ICD-10: F43.20, F43.21, F43.22, F43.23), anderen neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen ohne begleitende Störungen des Sozialverhaltens (z. B. Phobien; ICD-10: F4x) sowie affektiven Störungen (ICD-10: F3x) ein (*Gruppe „Schulverweigerer“*).
- Die zweite Gruppe fasst alle Patienten mit der Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F91.x), „hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F90.1) oder „Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F43.24) zusammen (*Gruppe „Schulschwänzer“*).
- Der dritten Gruppe (*„gemischte Symptomatik“*) wurden alle Patienten mit gemischten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: „kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen“, F92.x; „Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten“, F43.25) zugeordnet.

Um Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der erfassten Variablen zu ermitteln, wurden für kategoriale Variablen neben Prozentwerten paarweise Chi-Quadrat-Tests berechnet; hatten eine oder mehrere Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5, wurde die Signifikanz mittels des exakten Tests nach Fisher bestimmt (vgl. Bortz u. Lienert, 2003). Für kontinuierliche Variablen wurden T-Tests der Mittelwerte vorgenommen. Ziel dieser explorativen Analysen war es, Anhaltspunkte für weiterführende Replikationsstudien mit gerichteten Hypothesen zu ermitteln. Entsprechend wurde auf eine Adjustierung des Signifikanzniveaus ( $\alpha = 0,05$ ) für multiple Vergleiche verzichtet, um die Wahrscheinlichkeit von Beta-Fehlern möglichst gering zu halten. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS (Version 14).

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Diagnosen<sup>1</sup>

Tabelle 1 zeigt, dass die Schulverweigerer mit 53,9 % die mit Abstand größte Gruppe stellen; als häufigste Diagnose (31,5 %) wurde hier eine unspezifische Emotionalstörung des Kindesalters gestellt. Die Verwendung dieser unzureichend konzeptionalisierten Restkategorie erklärt sich bei genauerer Inspektion der Arztbriefe dadurch, dass bei diesen Patienten in der Regel ein Mischbild mit Symptomen von Trennungsängstlichkeit, sozialer Ängstlichkeit, leichter depressiver Verstimmung und allgemeiner Überängstlichkeit bestand, das aber weder die Kriterien einer generalisierten Angststörung des Kindesalters noch einer spezifischeren Emotionalstörung wie z. B. der Trennungsangst oder der sozialen Phobie erfüllte. Letztgenannte Diagnosen wurden entgegen ihrer angenommenen Bedeutung vergleichsweise selten vergeben (jeweils 3,4 %), was im Fall der Trennungsangst auch auf den relativ hohen Altersdurchschnitt der Stichprobe ( $M = 14,4$ ; lediglich sechs Grundschüler, s. Tab. 2) zurückzuführen sein dürfte. Eine größere Rolle scheinen dagegen psychische Störungen infolge belastender Lebensereignisse zu spielen: Die Diagnose „Anpassungsstörung“ wurde insgesamt bei 20,2 % der Patienten gestellt, die Hälfte hiervon zeigte eine rein emotionale Symptomatik. Hinweise auf Häufungen bestimmter Belastungen (z. B. familiäre vs. schulische Ereignisse) zeigten sich bei Durchsicht der Arztberichte nicht.

Eine Störung des Sozialverhaltens wurde bei insgesamt 23,6 % der Fälle gesehen, wobei der relativ hohe Anteil von Sozialverhaltensstörungen mit vorhandener sozialer Einbindung auffällt. Auch in der Gruppe der Schulschwänzer, die mit 29,2 % aller Fälle die zweitgrößte Gruppe stellt, ergaben sich Hinweise auf die Bedeutung belastungsbedingter Störungen. Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens bestanden bei 3,4 % der Patienten. Die Gruppe mit einer Mischsymptomatik aus Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen stellt erwartungsgemäß die kleinste Gruppe dar; auch hier zeigt sich ein erheblicher Anteil von Anpassungsstörungen. Signifikante Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht oder Alter wurden nicht sichtbar.

Als Zweitdiagnose auf der ersten Achse wurden bei vier (4,5 %) der Patienten eine hyperkinetische Störung (des Sozialverhaltens) kodiert, bei drei (3,4 %) bestand zusätzlich ein Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide, bei sieben (7,9 %) eine Nikotinabhängigkeit. Alkoholmissbrauch, Anorexie, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, eine Ticstörung sowie Enuresis wurde bei jeweils einem Patienten als Zweitdiagnose gestellt. Bezüglich der als für die Genese der Schulverweigerung bedeutsam angenommenen Achse II-Diagnosen nach ICD-10 zeigte sich anamnestisch nur bei einem Patienten eine Lese- und Rechtschreibstörung, bei einem weiteren Patient bestand eine Sprachstörung. Die dritte Achse (Intelligenzniveau) wird an anderer Stelle berichtet;

<sup>1</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden nur signifikante  $\chi^2$ - und T-Werte berichtet, Tabellen mit allen Werten der Gruppenvergleiche können bei dem Erstautor angefordert werden.

auf der vierten Achse wurde bei vier (4,5 %) Patienten eine Adipositas kodiert, nur in einem Fall ergab sich eine andere körperliche Erkrankung.

**Tabelle 1:** Häufigkeit von Achse-I-Erstdiagnosen nach ICD-10, Gruppenzuordnung und Gruppenmerkmale

Gruppe	Diagnose ICD-10 Achse I	Häufigkeit (%)	Anzahl (%) Gruppe insg., % Geschlecht, MW Alter
Schulverweigerer	Sonstige Emotionalstörung des Kindesalters	28 (31,5)	N = 48 (53,9 %)
	Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion	7 (7,9)	45,8 % weiblich
	Anpassungsstörung mit Angst & Depression	2 (2,2)	$M_{\text{Alter}} = 13,8$
	Emotionalstörung mit Trennungsangst	3 (3,4)	
	Posttraumatische Belastungsstörung	1 (1,1)	
	Soziale Phobie	3 (3,4)	
	Somatoforme Störung	2 (2,2)	
	Rezidivierende depressive Episode	1 (1,1)	
Schulschwänzer	Mittelgradige depressive Episode	1 (1,1)	
	SSV bei vorhandenen sozialen Bindungen	11 (12,4)	N = 26 (29,2 %)
	Hyperkinetische SSV	3 (3,4)	50 % weiblich
	Anpassungsstörung mit vorwiegender SSV	5 (5,6)	$M_{\text{Alter}} = 14,6$
	SSV bei fehlenden sozialen Bindungen	1 (1,1)	
	Auf den familiären Rahmen beschränkte SSV	1 (1,1)	
Gemischte Gruppe	Sonstige SSV	5 (5,6)	
	SSV mit depressiver Störung	4 (4,5)	N = 15 (16,9 %)
	sonstige kombinierte SSV und der Emotionen	7 (7,9)	46,7 % weiblich
	Anpassungsstörung Gefühle/SSV gemischt	4 (4,5)	$M_{\text{Alter}} = 14,7$

**Anmerkungen:** N=89 Patienten; SSV: Störung des Sozialverhaltens

### 3.2 Schulische Situation und Art der Schulverweigerung

Aus Tabelle 2 wird ersichtlich, dass der größte Anteil der Patienten der Stichprobe zum Zeitpunkt der Vorstellung eine Hauptschule besuchte, gefolgt von der Gesamt- und der Realschule; der Anteil der Gymnasiasten fällt mit 7,9 % geringer aus als derjenige der Schüler, die eine Förderschule besuchten (11,2 %). Im Vergleich mit Schülern in Nordrhein-Westfalen findet sich damit eine deutliche Überrepräsentation von Förderschülern, Hauptschülern und Gesamtschülern und eine starke Unterrepräsentation von Grundschulern und Gymnasiasten (vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2007). Schulverweigerer besuchten häufiger das Gymnasium als Schulschwänzer ( $\chi^2 = 4,19$ ,  $p = 0,05$ ); zudem fanden sich in der gemischten Gruppe mehr Gesamtschüler als bei den Schulschwänzern ( $\chi^2 = 8,15$ ,  $p = 0,01$ ). Weiterhin fällt tendenziell eine Häufung der Grundschüler und ein geringerer Anteil von Förderschülern in der Gruppe der Schulverweigerer auf.

Tabelle 2: Besuchte Schulart nach Gruppenzugehörigkeit

	Schulart: Häufigkeit (Prozent)						
	Grund- schule	Förder- schule <sup>1</sup>	Haupt- schule	Real- schule	Gesamt- schule	Gymna- sium	Berufs- schule
Schulverweigerer	5 (10,4)	4 (8,3)	18 (37,5)	7 (14,6)	6 (12,5)	7 (14,6)	1 (2,1)
Schulschwänzer	0 (0)	4 (15,4)	9 (34,6)	4 (15,4)	8 (30,8)	0 (0)	1 (3,8)
Gemischte Gruppe	1 (6,7)	2 (13,3)	4 (26,7)	1 (6,7)	7 (46,7)	0 (0)	0 (0)
Gesamt	6 (6,7)	10 (11,2)	31 (34,8)	12 (13,5)	21 (23,6)	7 (7,9)	2 (2,2)

Anmerkungen: <sup>1</sup>Schwerpunkt Lernen: 3; emotionale und soziale Entwicklung: 6; Körperbehinderung: 1

Der größte Teil der Fehlzeiten (58,2 %) lässt sich dem sporadischen Fehlen an einigen Tagen zuordnen und zeigt über die Gruppen hinweg keine signifikanten Unterschiede, wobei sich der niedrigste Anteil dieses eher für das Schulschwänzen charakteristischen Fehlens für die Schulverweigerer (54,2 %) ergab; gleichzeitig findet sich bei den Schulverweigerern eine größere Häufigkeit von durchgängigen Fehlzeiten (33,3 %). In dieser Gruppe fehlten zudem deutlich mehr Schüler mit Wissen ihrer Eltern in der Schule als bei den Schulschwänzern ( $\chi^2 = 6,16$ ,  $p = 0,02$ ) und der gemischten Gruppe ( $\chi^2 = 4,23$ ,  $p = 0,05$ ); viele Schüler dieser Gruppen blieben allerdings ebenfalls mit Wissen ihrer Eltern der Schule fern. Der Mittelwert der Fehltageliegt für die gesamte Stichprobe bei 50,1 Tagen (s. Tab. 3). Obwohl hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen, zeigten sich tendenziell die geringsten durchschnittlichen Fehlzeiten in der Gruppe der Schulverweigerer ( $M = 43,6$ ) und die höchsten in der gemischten Gruppe ( $M = 61,8$ ; Schulschwänzer:  $M = 58,4$ ). Entsprechend ist in dieser Gruppe ein hoher Prozentsatz von Fehlzeiten über 60 Tage hinaus zu finden (33,3 %).

Tabelle 3: Art des Schulabsentismus nach Gruppenzugehörigkeit

	Fehlen <sup>1</sup> in der Schule: Häufigkeit (Prozent)					
	durch- gängig	einzelne Tage	durchgängig & einzelne Tage	mit Wissen der Eltern	max. 60 Schultage	mehr als 60 Schultage
Schulverweigerer	16 (33,3)	26 (54,2)	6 (12,5)	36 (75,1)	36 (75)	12 (25)
Schulschwänzer	5 (19,2)	16 (61,5)	5 (19,2)	12 (36,1)	20 (77)	6 (23)
Gemischte Gruppe	2 (13,3)	10 (66,7)	3 (20)	7 (46,7)	10 (66,6)	5 (33,3)
Gesamt	23 (25,8)	52 (58,4)	14 (15,7)	55 (51,7)	66 (74,2)	23 (25,8)

Anmerkungen: <sup>1</sup>durchgängig: mind. 2 Wochen durchgängig kein Schulbesuch seit Beginn des Absentismus; einzelne Tage: mind. 1 Tag/Woche Schulbesuch seit Beginn des Absentismus; durchgängig & einzelne Tage: seit Beginn des Absentismus beide Kriterien (s.o.) erfüllt.

### 3.3 Familien- und Eigenanamnese

Die Quote der von einer Trennung der Eltern betroffenen Kinder ist mit 60,5 % im Vergleich zu ca. 19 % Scheidungskindern in Nordrhein-Westfalen (vgl. LBS-Initiative Junge Familie, 2007) deutlich erhöht. Der Prozentsatz arbeitsloser Eltern (19,1 %) liegt

geringfügig über den relativ hohen Arbeitslosenquoten der Region (Stadt Essen, Juni 2006: 16,5 %; Juni 2007: 14,6 %; vgl. LDS, 2008). Signifikante Gruppenunterschiede ergaben sich bezüglich der familiären Variablen nicht, wobei auffällt, dass entgegen den gängigen Annahmen die Gruppe der Schulschwänzer die niedrigste Rate von Arbeitslosigkeit aufweist (s. Tab. 4). Weiterhin deutet sich ein geringerer Anteil von geschiedenen Elternteilen in der Gruppe der Schulverweigerer an, in der gemischten Gruppe bestand dagegen die höchste Scheidungsrate. Die Häufigkeit körperlicher (29,2 %) und psychischer (14,6 %) Erkrankungen der Eltern variiert kaum zwischen den Gruppen, wobei die gemischte Gruppe insgesamt stärker belastet zu sein scheint.

Tabelle 4: Merkmale aus der Familien- und Eigenanamnese nach Gruppenzugehörigkeit

	Eltern <sup>1</sup> : Häufigkeit (Prozent)				Kind früher in Kindergarten und/oder Schule: Häufigkeit (Prozent)			
	körperl. krank	psych. krank	getrennt	arbeitslos	internalisierend auffällig	externalisierend auffällig	Klasse wiederholt <sup>2</sup>	Schulwechsel <sup>2</sup>
Schulverweigerer	14 (29,2)	6 (12,5)	26 (54,2)	11 (23)	14 (29,2)	8 (16,7)	27 (56,3)	26 (54,2)
Schulschwänzer	7 (26,9)	4 (15,4)	18 (69,2)	3 (11,5)	2 (7,7)	7 (26,9)	11 (42,3)	19 (73)
Gemischte Gruppe	5 (33,3)	3 (20)	11 (73,3)	3 (20)	2 (13,3)	6 (40)	8 (53,3)	10 (66,7)
Gesamt	26 (29,2)	13 (14,6)	52 (60,5)	17 (19,1)	18 (20,2)	21 (23,6)	46 (51,6)	55 (61,8)

Anmerkungen: <sup>1</sup>mind. 1 Elternteil; <sup>2</sup>mind. 1 Wechsel/Wiederholung

In der Eigenanamnese zeigt die Gruppe der Schulverweigerer erwartungsgemäß einen höheren Anteil internalisierender Symptome in der Kindergarten- und Grundschulzeit als die der Schulschwänzer ( $\chi^2 = 4,56$ ,  $p = 0,04$ ), weitere signifikante Unterschiede bestanden nicht. Auffallend ist der relativ niedrige Anteil externalisierender Symptome bei den Schulschwänzern (26,9 %); die gemischte Gruppe scheint hier dagegen stärker belastet zu sein (40 %).

51,6 % der Schüler der Gesamtstichprobe haben mindestens einmal eine Klasse wiederholt. Mit Blick auf die PISA-Studie 2003, bei der 31,2 % der 15jährigen Schüler in Nordrhein-Westfalen angaben, mindestens einmal eine Klasse wiederholt zu haben (vgl. Krohne u. Tillmann, 2006), kann dieser Prozentsatz als stark erhöht gelten. Zudem haben die meisten Schüler der Stichprobe bereits mindestens einen Schulwechsel (61,8 %) hinter sich; im Falle eines gleichzeitigen Wechsels der Schulform handelte es sich fast ausschließlich um Wechsel auf eine „niedrigere“ Schulform. Signifikante Gruppenunterschiede bezüglich der Klassenwiederholungen und der Schulwechsel zeigten sich nicht.

Neben einer wechselhaften Schulkarriere und familiären Problemen ergaben sich Hinweise auf eine Belastung durch eine mangelhafte Integration in den Gleichaltrigenkontext; in 20 Arztberichten (22,5 %) wurden die Patienten als Opfer von Mobbing in

der Schule beschrieben, als insgesamt sozial schlecht integriert wurden 30 Patienten (33,7 %) klassifiziert. Bedeutende Unterschiede zwischen Schulverweigerern (Mobbing: 25,1 %; schlechte Integration: 33,4 %) und Schulschwänzern (Mobbing: 23 %; schlechte Integration: 38,4 %) ergaben sich hier ebenfalls nicht, obwohl bei der gemischten Gruppe insgesamt weniger Probleme im Gleichaltrigenkontext zu bestehen scheinen (Mobbing: 13,3 %; schlechte Integration: 26,7 %).

### 3.4 Testpsychologische Diagnostik und Therapieempfehlungen

Bei insgesamt 39,1 % der getesteten Patienten wurde ein unterdurchschnittlicher IQ-Wert ermittelt (s. Tab. 5); dieser Prozentsatz liegt deutlich über dem aufgrund der Testnormierung (Normalverteilung) zu erwartendem Wert von 13,6 % (weit unterdurchschnittliche IQ-Werte < 70 wurden nicht gefunden). Entsprechend niedrigere Häufigkeiten ergaben sich für durchschnittliche (57,8 %) und überdurchschnittliche (3,1 %) Intelligenz in der Stichprobe, eine weit überdurchschnittliche Intelligenz konnte bei keinem der Patienten gemessen werden. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich des Intelligenzniveaus ergaben sich nicht. Entgegen den Erwartungen wiesen die Schulverweigerer eine nur leicht erhöhte Häufigkeit auffälliger Angstwerte im AFS auf; lediglich für die gemischte Gruppe zeigten sich für die Skala manifeste Angst deutliche Abweichungen von den erwartbaren Prozentwerten (13,6 %) und signifikante Unterschiede zu den Schulschwänzern ( $\chi^2 = 4,85$ ,  $p = 0,05$ ). Hinsichtlich der Skala Schulunlust lässt sich eine allgemein deutlich erhöhte Anzahl auffälliger Werte ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.

**Tabelle 5:** Testpsychologische Diagnostik: Auffälligkeiten bezüglich Intelligenz, Angst und hyperkinetischen Symptomen nach Gruppenzugehörigkeit

	Auffällige Werte <sup>2</sup> : Häufigkeit (Prozent) <sup>1</sup>						
	CFT20: niedrige Intelligenz	AFS: Prüfung- sangst	AFS: Manifeste Angst	AFS: Schul- unlust	QB-Test: Impulsi- vität	QB-Test: Unauf- merk- samkeit	QB-Test: mot. Unruhe
Schulverweigerer	12 (37,5)	6 (20)	8 (26,7)	19 (63,3)	4 (16,7)	9 (37,5)	9 (37,5)
Schulschwänzer	8 (40)	2 (10,5)	1 (5,3)	8 (42,1)	7 (43,8,9)	11 (68,8)	8 (50)
Gemischte Gruppe	5 (41,7)	4 (36,4)	4 (36,4)	8 (72,7)	3 (33,3)	5 (55,6)	2 (22,2)
Gesamt	25 (39,1)	12 (20)	13 (21,7)	35 (58,3)	14 (28,6)	25 (51)	19 (38,8,3)

**Anmerkungen:** AFS: Angstfragebogen für Schüler; Qb: Qb- Aufmerksamkeitsstest; CFT 20: Grundintelligenztest Skala 2; <sup>1</sup>Stichprobengrößen: Qb: N = 49; AFS: N = 60; CFT: N = 64; <sup>2</sup>niedrige Intelligenz: 70 > IQ-Wert < 85; AFS: T-Wert > 60; QB-Test: Prozentrang > 85

Im Qb-Test wies die Gruppe der Schulschwänzer in allen erfassten Merkmalsbereichen den höchsten Prozentsatz auffälliger Werte auf (z. B. 68,8 % auffällig bezüglich Unaufmerksamkeit), der sich gut über die im Vergleich erhöhte Rate hyperkinetischer

Störungen in dieser Gruppe erklären lässt (s. Tab. 1). Allerdings zeigt auch ein nicht unerheblicher Anteil der Schulverweigerer und insbesondere der gemischten Gruppe hyperkinetische Symptome nach diesem Testverfahren. Entsprechend findet sich nur ein signifikanter Gruppenunterschied (Schulverweigerer vs. -schwänzer, Unaufmerksamkeit:  $\chi^2 = 3,75$ ,  $p = 0,05$ ).

Die weitaus häufigste Behandlungsempfehlung insgesamt war mit einer Häufigkeit von 63 Patienten (70,8 %) eine ambulante Therapie in einer der kooperierenden Praxen. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie wurde bei 18 Patienten (20,2 %) empfohlen; nur in einem Fall wurde ausschließlich ein Kontakt mit der Jugendhilfe angebahnt. Lediglich bei sieben Patienten (7,9 %) wurde keine Therapieempfehlung ausgesprochen; vier (15,3 %) Patienten aus der Gruppe der Schulschwänzer steht nur ein (2,1 %) Patient der Gruppe der Schulverweigerer ohne Behandlungsempfehlung gegenüber (gemischte Gruppe: 2 Patienten, 13,3 %). Weiterhin findet sich in dieser Gruppe der höchste Prozentsatz stationärer (22,9 %; Schulschwänzer: 19,2 %; gemischte Gruppe: 13,3 %) und ambulanten Behandlungsempfehlungen (75 %; Schulschwänzer: 61,5 %; gemischte Gruppe: 73,3 %); signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Behandlungsempfehlungen ergaben sich nicht.

#### 4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war die psychiatrische Beschreibung der ersten 89 Patienten der Schulverweigererambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Klinik Essen, die eine kurzfristige Vorstellung der Patienten, eine weitestgehend standardisierte Diagnostik sowie eine zügige Vermittlung von Therapieangeboten für Patienten mit dem Vorstellungsanlass „Schulverweigerung“ vorhält. Ein besonderer Fokus der Darstellung lag auf Unterschieden zwischen Schulverweigerern mit der Diagnose einer Emotionalstörung, Schulschwänzern mit der Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens sowie Patienten mit einer gemischten klinischen Symptomatik (Emotionalstörung und Störung des Sozialverhaltens).

Hierzu wurden die vorliegenden Arztbriefe retrospektiv hinsichtlich der Art der Schulverweigerung, der Familien- und Eigenanamnese sowie der testpsychologischen Diagnostik ausgewertet. Dieses Vorgehen ist mit einigen Nachteilen verbunden, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. So enthielten einige Arztbriefe nur ungenaue Angaben zu den erfassten Variablen; weitere, ebenfalls bedeutsame Variablen (z. B. zur 5. und 6. Achse des MAS) konnten aufgrund zu vieler fehlender oder ungenauer Angaben nicht ausgewertet werden. Die Diagnosestellung erfolgte nicht standardisiert (z. B. über ein strukturiertes Interview), so dass die Reliabilität der Diagnosen fraglich ist. Dies trifft auch für die per Rating kodierten Variablen zu Auffälligkeiten in der Eigenanamnese zu. Schließlich ist die unvollständige testpsychologische Diagnostik bei vielen Patienten zu nennen; die ausgewählten standardmäßig durchgeführten Tests decken zudem ein eher schmales Symptomenspektrum ab.

Diese methodischen Einschränkungen verweisen auf den explorativen Charakter der Studie; dennoch sprechen die Befunde für eine Vergleichbarkeit mit bisherigen Studien insbesondere im angloamerikanischen Raum und liefern einen Ausgangspunkt für eine weitere kinder- und jugendpsychiatrische Erforschung der Prävalenz und Genese schulverweigernden Verhaltens in der BRD.

Bei Betrachtung der Diagnosen und Behandlungsempfehlungen fällt zunächst auf, dass bei allen Patienten eine psychiatrische Diagnose gestellt und meist auch eine entsprechende Behandlung empfohlen wurde; dies ist vermutlich auf die Art der Stichprobe (Inanspruchnahmepopulation) zurückzuführen, deutet aber zugleich auf die Schwere der Probleme bei einem nicht unerheblichen Anteil der schulverweigernden Kinder und Jugendlichen sowie auf die Notwendigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfen hin. Der relativ hohe Anteil von Patienten mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen bzw. einer Mischung aus Schulverweigerung und Schulschwänzen sowie die häufige Verwendung der Diagnose einer unspezifischen Emotionalstörung des Kindesalters sprechen für viele diffuse und überlappende Symptombilder, wohingegen die „klassischen“ Diagnosen (z. B. Trennungsangst) eher in den Hintergrund treten. Einige der in der Literatur berichteten zentralen Unterscheidungsmerkmale von Schulschwänzen vs. Schulverweigerung (z. B. Fehlen mit vs. ohne Wissen der Eltern) finden sich zwar auch in der vorliegenden Stichprobe, erscheinen aber angesichts ihrer mangelnden Spezifität als nur sehr bedingt zur klinischen Klassifikation geeignet. Abgesehen von weiteren erwartbaren Unterschieden, z. B. bezüglich der besuchten Schulform (höhere Schulform in der Gruppe der Schulverweigerer) oder bezüglich neuropsychologischer Funktionsbereiche (mehr Aufmerksamkeitsstörungen bei Schulschwänzern), scheinen die Gemeinsamkeiten zu überwiegen: Unabhängig von der Art der Symptomatik zeichnet sich ein Großteil der Patienten durch familiäre Probleme (insbesondere Trennung der Eltern), schlechte soziale Integration, häufige Klassenwiederholungen und Schulwechsel sowie selbstberichtete Schulunlust aus; auch die Indikation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung scheint sich nicht primär danach zu richten, ob ein Patient eher den Schulverweigerern oder den Schulschwänzern zuzurechnen ist.

Eine naheliegende Interpretation dieser Befunde ist, das im Rahmen einer psychischen Störung auftretende Symptom Schulabsentismus unabhängig von seiner Erscheinungsform als eine Reaktion auf oder einen Bewältigungsversuch von Überforderungen im familiären-, Gleichaltrigen- und/oder schulischen Kontext zu verstehen. Folglich wäre anstelle der Klassifikation die Analyse der Genese, der aufrechterhaltenden Bedingungen und der Funktionen schulverweigernden Verhaltens stärker in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses zu rücken. Kearney (2007) stellt einen pfadanalytischen Ansatz zur funktionalen Klassifikation der Schulverweigerung (Erlangung der Aufmerksamkeit anderer; Vermeidung negativen Affekts; positive Verstärkung außerhalb der Schule; Vermeidung von Prüfungs- und sozialen Situationen) vor, ohne jedoch weitere erklärende Variablen (z. B. Schullaufbahn, familiäre Situation) in sein Modell mit einzubeziehen. Weiterhin fehlen bislang längsschnittliche Studien zur Überprüfung der impliziten

Kausalitätsannahmen der bisherigen querschnittlichen Studien (vgl. King u. Bernstein, 2001) und zur genaueren Analyse der Pathogenese schulverweigernden Verhaltens.

Ausgehend von den methodischen Problemen der vorliegenden Studie sowie den skizzierten Forschungsdesiderata wurden deshalb für die Schulverweigererambulanz neben einer verbesserten Standardisierung der Datenerfassung (z. B. gezieltes Erfragen und Rating der Angaben von Eltern und Jugendlichen durch vorgegebene Kategorien; standardisierte testpsychologische Diagnostik und Dokumentation der Normwerte) weitere diagnostische Instrumente wie z. B. die Einschätzungsskala der Schulverweigerung nach Kearney (Overmeyer et al., 1994) und Versionen der Child-Behavior-Checklist (CBCL, YSR; Döpfner et al., 1994) hinzugezogen. Zudem ist eine katamnestiche Untersuchung der Patienten der hier vorgestellten Stichprobe geplant, um Einblick in die Entwicklungsverläufe schulverweigernden Verhaltens zu erhalten und die Effekte der empfohlenen Behandlungen überprüfen zu können. Von besonderem Interesse ist hierbei die bislang eher vernachlässigte „Restgruppe“ der Patienten mit sowohl internalisierenden als auch externalisierenden Symptomen, für die aufgrund der verfügbaren Längsschnittstudien (z. B. Sourander et al., 2007) die schlechteste Prognose erwartet werden kann, die aufgrund des gemischten Symptombilds besondere Anforderungen an die Therapie stellt und bei der Gemeinsamkeiten bei der Entstehung von Schulverweigerung und Schulschwänzen am deutlichsten erkennbar sein sollten.

## Literatur

- Bergfalk, H. (2003). Qb Test operating manual. Gothenburg: Qbtech AB.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M. (1996). School refusal: family constellation and family functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 1-19.
- Bortz, J., Lienert, G.A. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Döpfner M., Melchers P., Fegert J., Lehmkuhl G., Lehmkuhl U., Schmeck K., Steinhausen H. C., Poustka F. (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung*, 3, 54-59.
- Döpfner, M., Walter, D. (2006). Schulverweigerung. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Schule und psychische Störungen* (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 and Adolescent Psychiatry*, 42, 797-807.
- Hampel, P., Dickow, B., Hayer, T., Petermann, F. (2009). Stressverarbeitung, psychische Auffälligkeiten und Bullying bei Jungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 125-138.
- Hörmann, C., Schäfer, M. (2009). Bullying im Grundschulalter: Mitschülerrollen und ihre transkontextuelle Stabilität. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 110-124.
- Kaiser, H. (1983). *Schulversäumnisse und Schulangst*. Frankfurt/M.: Lang.
- Kearney, C. A., Silverman, W. K. (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.

- Kearney, C. A. (2007). Forms and functions of school refusal behavior in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 53-61.
- 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.
- Krohne, J., Tillmann, K.-J. (2006). Sitzenbleiben. Eine tradierte Praxis auf dem Prüfstand. *Schulverwaltung Spezial*, Heft 4/2006, 6-9.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen/LDS (2008). Landesdatenbank NRW: Arbeitslosenquote Stadt Essen. [https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw/online/dWerteabruf\\_Page.jsessionid=47CA0D28C87EC1C836ABCA5715FE22EE.worker3](https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw/online/dWerteabruf_Page.jsessionid=47CA0D28C87EC1C836ABCA5715FE22EE.worker3).
- LBS-Initiative Junge Familie (2007). LBS Kinderbarometer 2007. <http://www.lbs.de/die-lbs/initiative-junge-familie/veroeffentlichungen>.
- Lehmkuhl, G., Flechtner, H., Lehmkuhl, U. (2003). Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 371-386.
- Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G. (2004). Schulverweigerung – ein heterogenes Störungsbild. *Bundesgesundheitsblatt für Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz*, 47, 890-895.
- Lyon, A. R., Cotler, S. (2007). Toward reduced bias and increased utility in the assessment of school refusal behavior: the case for diverse samples and evaluations of context. *Psychology in the Schools*, 44, 551-564.
- Marées, N. von, Petermann, F. (2009). Der Bullying- und Viktimisierungsfragebogen für Kinder (BVF-K): Konstruktion und Analyse eines Verfahrens zur Erhebung von Bullying im Vor- und Grundschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 96-109.
- Michaelsen-Gärtner, B., Witteriede, H. (2009). Prävention von Bullying im Kontext von psychischer Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung in der Schule: Das Programm „MindMatters“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 139-154.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2007). Das Schulwesen in NRW aus quantitativer Sicht: Schuljahr 2006/2007 (Statistische Übersicht Nr. 359, 5. Aufl.). [http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulsystem/Statistik/2006\\_07/Quantita2006Nr359.pdf](http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulsystem/Statistik/2006_07/Quantita2006Nr359.pdf).
- Morbitzer, P., Spröber, N., Hautzinger, M. (2009). Wie zuverlässig sind Selbsteinschätzungen von Schülern zum Vorkommen von Bullying? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 81-95.
- Naylor, M. W., Staskowski, M., Kenney, M. C., King, C. A. (1994). Language disorders and learning disabilities in school-refusing adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1331-1337.
- Nissen, G. (1972). Schulverweigerung und Lernprotest im Kindesalter. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 22, 183-188.
- Overmeyer, S., Schmidt, M. H., Blanz, B. (1994). Die Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV) – modifizierte deutsche Fassung der School Refusal Assessment Scale (SRAS) nach Kearney und Silverman 1993. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 238-243.
- Quay, H. C. (1986). Classification. In H. C. Quay, J. S. Werry (Hrsg.), *Psychopathological disorders of childhood* (S. 1-34). New York: Wiley.
- Reißig, B. (2001). Schulverweigerung – ein Phänomen macht Karriere. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Schulverweigerern (2. Aufl.). München: DJI.

- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach der ICD-10 der WHO. Bern: Huber.
- Rickling, H. (2003). Schulabsentismus als Forschungsgegenstand. Oldenburg: BIS-Verlag Universität Oldenburg.
- Samjeske, K. (2007). Der Einfluss der Peers auf Schulverweigerung. In M. Wagner (Hrsg.), Schulabsentismus. Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis (177-200). Weinheim: Juventa.
- Schreiber-Kittl, M., Schröpfer, H. (2002). Abgeschrieben? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung über Schulverweigerer. München: DJI.
- Seiffge-Krenke, I. (2008). Schulstress in Deutschland: Ursachen, Häufigkeiten und internationale Verortung. Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57, 3-19.
- Sourander, A., Jensen, P., Davies, M.; Niemela, S., Elonheimo, H., Ristkari, T., Helenius, H., Sillanmaki, L., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., Moilanen, I., Almqvist, F. (2007). Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish from a boy to a man study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46, 1148-1161.
- Wagner, M. (2007). Schulabsentismus. Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis. Weinheim: Juventa.
- Wagner, M., Dunkake, I., Weiß, B. (2004). Schulverweigerung. Empirische Analysen zum abweichenden Verhalten von Schülern. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie, 56, 457-489.
- Wahl, Y. (2005). Leistungsdruck: Wachsende Angst vor der Schule. [http://www.focus.de/wissen/bildung/leistungsdruck\\_aid\\_93942.html](http://www.focus.de/wissen/bildung/leistungsdruck_aid_93942.html).
- Weiß, R. H. (1998). Grundintelligenztest Skala 2 (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B., Rauer, W. (1981). Angstfragebogen für Schüler (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Zirkel, K. (2006). Schwänzer brauchen Hilfe. [http://www.focus.de/schule/heft/aktuell-schwaenzer-brauchen-hilfe\\_aid\\_231529.html](http://www.focus.de/schule/heft/aktuell-schwaenzer-brauchen-hilfe_aid_231529.html).

**Korrespondenzanschrift:** Dr. Martin Knollmann, Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Kinan Al-Mouhtasseb, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Essen, Institut der Universität Duisburg-Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen; E-Mail: martin.knollmann@lvr.de

*Martin Knollmann, Johannes Hebebrand und Kinan Al-Mouhtasseb, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Essen, Institut der Universität Duisburg-Essen*