

Walter, Daniel / Hautmann, Christopher / Lehmkuhl, Gerd und Döpfner, Manfred  
**Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit ängstlich-depressivem  
Schulabsentismus: Veränderungen während der Therapie und Stabilität**  
*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 8, S. 677-683*

urn:nbn:de:bsz-psydok-52296

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/)

## ORIGINALARBEITEN

### **Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus: Veränderungen während der Therapie und Stabilität**

Daniel Walter, Christopher Hautmann, Gerd Lehmkuhl und Manfred Döpfner

#### **Summary**

*Inpatient Cognitive-Behavioral Therapy of Adolescents with Anxious-Depressed School Absenteeism: Changes During Treatment and Stability over Time*

90 adolescents with chronic anxious-depressed school absenteeism underwent inpatient cognitive-behavioral therapy. A strong, highly significant decline of school absenteeism, anxiety and depressive symptoms rated by parents and youngsters was found. Reductions remained stable over a two months follow-up period. A cautious interpretation of the results is important because of the lack of a control condition.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 677-683*

#### **Keywords**

adolescents – cognitive-behavioral therapy – school absenteeism – inpatient treatment

#### **Zusammenfassung**

90 Jugendliche mit chronifiziertem ängstlich-depressivem Schulabsentismus wurden mit stationärer, manualisierter kognitiver Verhaltenstherapie behandelt. Es zeigte sich ein starker, hoch signifikanter Rückgang von Schulabsentismus und depressiven und Angstsymptomen im Jugendlichen- und Elternurteil. Die Effekte blieben zwei Monate nach Behandlungsende stabil. Aufgrund der mangelnden Kontrolle ist die Aussagekraft begrenzt.

#### **Schlagwörter**

Jugendliche – kognitiv-behaviorale Therapie – Schulabsentismus – stationäre Behandlung

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 677 – 683 (2011), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

## 1 Hintergrund

Schulabsentismus (SA) bezeichnet das Fernbleiben vom Unterricht ohne somatischen Hintergrund, tritt bei etwa 5 % aller Kinder und Jugendlichen auf und bedeutet eine hohe Entwicklungsgefährdung (Kearney, 2008; Walter u. Döpfner, 2009). Im Jugendalter tritt SA häufiger auf als im Kindesalter (v. a. Förder- und Hauptschüler), zudem finden sich Häufigkeitsgipfel bei der Ein- und Umschulung sowie nach Schulferien oder somatischen Erkrankungen (Wagner, Dunkake, Weiß, 2004; Kearney, 2008).

SA stellt weder in der ICD-10 noch im DSM-IV ein eigenständiges Störungsbild dar, sondern schließt eine Vielzahl von unterschiedlichen Diagnosen ein (Lehmkuhl u. Lehmkuhl, 2004). Psychische Störungen v. a. Angst- und depressive Störungen sowie Störungen des Sozialverhaltens sind bei Kindern und Jugendlichen mit SA häufig. So fanden sich in einer prospektiven Längsschnittstudie in North Carolina an mehr als 1.400 Kindern und Jugendlichen zwischen 9 und 16 Jahren mit SA Prävalenzraten psychischer Störungen zwischen 24,5 % und 88,2 % im Vergleich zu 6,8 % der Probanden mit regelmäßigem Schulbesuch (Egger, Costello, Angold, 2003).

Zur Behandlung liegen insgesamt 17 Wirksamkeitsstudien vor, die hauptsächlich ambulante kognitive Verhaltenstherapie (KVT) von Kindern mit vorwiegend ängstlich bedingtem SA und einem geringen Chronifizierungsgrad untersuchten – Probanden mit expansiven Störungen und einem starken Chronifizierungsgrad wurden mehrheitlich ausgeschlossen (Pina, Zerr, Gonzales, Ortiz, 2009; Walter et al., 2010a, b). Die Ergebnisse geben deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit von KVT – so besuchten im Durchschnitt 75 % aller Probanden zu Behandlungsende regelmäßig die Schule (Spanne 47-100 %). Begleitende psychische Auffälligkeiten konnten ebenfalls deutlich vermindert werden (Pina et al., 2009).

Zwei der Studien untersuchten gezielt die Wirksamkeit stationärer KVT von stark beeinträchtigten Jugendlichen mit chronifiziertem ängstlich-depressivem SA mit und ohne begleitende Störung des Sozialverhaltens (Walter et al., 2010a, b). 147 Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren, von denen 82,3 % die Schule gar nicht besucht hatten (im Durchschnitt seit 19,3 Wochen; Spanne 2-108 Wochen) und 70,1 % bereits mindestens einen erfolglosen ambulanten Behandlungsversuch wegen SA absolviert hatten, wurden offen stationär mit manualisierter KVT behandelt (mittlere stationäre Therapiedauer 7,8 Wochen, Spanne: 3-18). Es zeigte sich eine deutliche Verminderung des SA, die Effekte blieben über einen Zeitraum von zwei Monaten nach Therapieende weitgehend stabil (Walter et al., 2010a, b). Die bisherigen Analysen dieser beiden Studien zeigen, dass auch begleitende psychische Auffälligkeiten (ängstlich-depressive und expansive Symptome, Störungen im Arbeitsverhalten), die allerdings über viele Messinstrumente aggregiert und analysiert wurden, im Eltern- und Jugendlicherurteil gesenkt werden konnten. Bislang gibt es jedoch keine Studie, die systematisch überprüft, inwiefern bei stark beeinträchtigten Jugendlichen mit ausgeprägten Fehlzeiten mittels stationärer KVT neben SA auch Symptome psychischer Störungen, wie sie in der ICD-10 definiert sind, aus der Sicht der Beteiligten gesenkt werden können. Sol-

che Analysen könnten einen wichtigen Beitrag zu der Frage leisten, welche Patienten von dieser sehr intensiven Therapie in besonderem Maße profitieren. Die vorliegende Arbeit überprüft daher in einer Subgruppenanalyse, ob neben der Verminderung von SA auch eine Reduktion von depressiven und Angstsymptomen (Trennungs-, generalisierte, soziale Angst und spezifische Phobie) gefunden werden kann. Die Hypothesen sind hierbei, dass sich während der stationären Therapie (1.) eine deutliche Verminderung des SA und (2.) der Symptomausprägung von Angst- und depressiven Störungen im Jugendlichen- und Elternurteil findet und dass diese Veränderungen (3.) über einen Zeitraum von zwei Monaten nach Entlassung stabil bleiben.

## 2 Methoden

### 2.1 Stichprobe

Jugendliche, die in die von 2004 bis 2008 durchgeführte Studie eingeschlossen wurden, mussten zwischen 12 und 18 Jahren alt sein, seit mindestens 14 Tagen die Schule nicht mehr besucht oder mindestens 50 Fehlstunden im letzten Zeugnis vermerkt 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. Die genaue Stichprobenbeschreibung, Selektionsprozess und Ausschlusskriterien der Ursprungsstichprobe von 147 Patienten finden sich bei Walter und Mitarbeitern (2010a). Für diese Subgruppenanalyse wurden Patienten ausgewählt, für die Daten im Selbst- und Elternurteil zum Zwei-Monats-Follow-up vorliegen ( $N = 90$ ). In Voranalysen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne vorhandener Katamnesemessung bezüglich Schulabsentismus, Alter, Geschlecht, Intelligenz, Behandlungsdauer und psychische Auffälligkeiten (Walter et al., 2010a).

### 2.2 Untersuchungsdesign und Behandlung

Es wurden drei Messzeitpunkte durchgeführt: zum Zeitpunkt der Aufnahme (PRÄ), der Entlassung (POST) und 2 Monate nach Entlassung (FU). Neben Schulbesuch wurden psychische Auffälligkeiten im Selbsturteil zu allen Messzeitpunkten, im Elternurteil zu PRÄ und FU erhoben.

Die Behandlung erfolgte offen stationär und wurde von zwei Diplom-Psychologen sowie einer Ärztin durchgeführt, die für die Studie über sechs Wochen trainiert und regelmäßig supervidiert wurden. Darüber hinaus wurde der Pflege- und Erziehungsdienst, die Klinikschule und eine Sozialarbeiterin eng in die Behandlung mit einbezogen.

Die Psychotherapie erfolgte manualgeleitet in Anlehnung an ein Therapiemanual zur Behandlung von SA (Kearney u. Albano, 2003) und das Therapieprogramm

SELBST (Walter, Rademacher, Schuermann, Döpfner, 2007). Es fanden jugendlichen-, eltern- und familienzentrierte Interventionen statt. Weitere Details zum therapeutischen Vorgehen finden sich bei Walter, Boyraz, Lehmkuhl und Döpfner (2008) sowie Walter und Döpfner (2009).

### 2.3 Messinstrumente und statistische Analysen

Schulbesuch innerhalb der letzten zwei Wochen vor dem jeweiligen Messzeitpunkt (regelmäßig vs. nicht regelmäßig [mindestens ein Fehltag]) wurde zu PRÄ und POST im Lehrer- und zu FU im Elternurteil erhoben.

Psychische Auffälligkeiten wurden über Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen zu Angst-, depressiven Störungen aus dem DISYPS-KJ, das sich als ausreichend reliabel und valide gezeigt hat erhoben (Döpfner u. Lehmkuhl, 2002)

Daten zum Schulbesuch wurden mittels Binomialtest geprüft, der testet, ob das Verhältnis von zwei Merkmalsausprägungen (in diesem Fall Schulbesucher und Schulabsentisten) zwischen zwei Messzeitpunkten signifikant voneinander abweicht. Mittelwertvergleiche wurden mit t-Tests für abhängige Stichproben (zwei Messzeitpunkte) oder Varianzanalysen mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte) vorgenommen. Bei intervallskalierten Daten wurden Effektstärken für abhängige Stichproben nach (Cohen, 1988) gerechnet.

## 3 Ergebnisse

Von PRÄ zu POST findet sich ein deutlicher und hoch signifikanter Rückgang von SA, der im Katamnesezeitraum stabil bleibt (vgl. Tab. 1). Bei Entlassung besuchen 92,2 % regelmäßig die Schule (FU: 88,9 %).

**Tabelle 1:** Häufigkeiten und Signifikanzniveaus der Patienten mit regelmäßigem und unregelmäßigem Schulbesuch zu allen Messzeitpunkten

	PRÄ		POST		FU		Binomialtest		
	absolut (Prozent)		absolut (Prozent)		absolut (Prozent)		PRÄ vs. POST	PRÄ vs. FU	POST vs. FU
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	p	p	p
Schulbesuch regelmäßig	0 (0)	90 (100)	83 (92,2)	7 (7,8)	80 (88,9)	10 (11,1)	< .001	< .001	n.s.

Tabelle 2 zeigt, dass Symptome von Depression, Trennungs-, generalisierter, sozialer Angst und spezifischer Phobie im Jugendlichenurteil von PRÄ zu POST hoch signifikant vermindert werden können mit mittleren bis hohen Effektstärken – diese Ergebnisse bleiben im Katamnesezeitraum stabil (Ausnahme: depressive Symptome

mit kleiner, signifikanter Verschlechterung). Von PRÄ zu FU finden sich für die genannten Symptome im Jugendlichen- und Elternurteil mehrheitlich mittlere bis starke, hoch signifikante Verminderungen.

Tabelle 2: Mittelwerte, Standardabweichungen, Prüfgrößen, Signifikanzniveaus und Effektstärken der DISYPS-KJ-Skalen im Selbst- und Elternurteil

	PRÄ		POST		FU		ANOVA		t-Tests		PRÄ vs. FU						
	M	SD	M	SD	M	SD	F	P	t	p	d	p					
	POST vs. FU		PRÄ vs. POST		PRÄ vs. FU		PRÄ vs. FU		PRÄ vs. FU		PRÄ vs. FU						
SBB-DES GES	.85	.57	.40	.39	.51	.55	35.44	<.001	8.53	<.001	.96	-2.34	<.05	-2.29	5.51	<.001	.59
SBB-ANG TA	.51	.63	.21	.31	.21	.34	21.84	<.001	6.75	<.001	.71	-.29	n.s.	.01	4.91	<.001	.55
SBB-ANG GA	1.01	.72	.60	.57	.63	.61	23.51	<.001	6.65	<.001	.73	-.64	n.s.	-.05	4.75	<.001	.52
SBB-ANG SA	.84	.72	.50	.58	.46	.57	18.61	<.001	6.13	<.001	.63	.39	n.s.	.07	5.02	<.001	.56
SBB-ANG SP	.54	.49	.37	.43	.37	.48	12.57	<.001	5.14	<.001	.58	-.30	n.s.	.01	2.94	<.01	.37
SBB-ANG GES	.72	.54	.42	.40	.40	.39	22.52	<.001	7.06	<.001	.82	.24	n.s.	.07	5.29	<.001	.64
FBB-DES GES	.96	.49			.46	.43								8.42	<.001	.99	
FBB-ANG TA	.46	.59			.14	.30								5.72	<.001	.63	
FBB-ANG GA	1.10	.61			.71	.61								5.23	<.001	.59	
FBB-ANG SA	1.01	.67			.69	.72								4.55	<.001	.50	
FBB-ANG SP	.43	.48			.27	.41								3.66	<.001	.41	
FBB-ANG GES	.73	.41			.42	.36								6.84	<.001	.77	

\*SBB = Selbstbeurteilungsbogen; FBB = Fremdbeurteilungsbogen; GES = gesamt; TA = Trennungsangst; GA = generalisierte Angst; SA = soziale Angst; SP = spezifische Phobie

## 4 Diskussion

Die vorliegende Beobachtungsstudie zeigt eine deutliche Verminderung von SA und depressiven und Angstsymptomen nach ICD-10 im Jugendlichen- und Elternurteil nach stationärer KVT, die Effekte bleiben im Katamnesezeitraum stabil. Alle Hypothesen wurden bestätigt. Es finden sich keine bedeutsamen Unterschiede innerhalb der verschiedenen Angststörungen. Die positiven Befunde zu Depression und Angst stärken weiterhin die bereits existierenden Wirksamkeitsnachweise zur ambulanten und stationären Verhaltenstherapie bei SA. Die größte Schwäche dieser Studie ist die mangelnde experimentelle Kontrolle – somit können die Veränderungen nicht mit Sicherheit auf die KVT zurückgeführt werden. Zudem muss zukünftig geklärt werden, welchen relativen Beitrag begleitende Maßnahmen wie beispielsweise die Klinikschule leisten. Mehr als die Hälfte der Patienten befanden sich im Katamnesezeitraum in ambulanter KVT – zukünftige Analysen werden zeigen, inwiefern diese Interventionen einen Beitrag zur Stabilität der Veränderungen leisten. Schließlich wäre es sinnvoll gewesen, nach der Behandlung psychische Auffälligkeiten auch im klinischen Urteil zu erfassen.

Zusammenfassend gibt die vorliegende Auswertung gemeinsam mit den weiteren Analysen zu der Studie deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit dieser Maßnahme auf SA, Angst- und depressive Symptome bei Jugendlichen, die mehrheitlich einen erfolglosen ambulanten Behandlungsversuch wegen SA abgeschlossen hatten. Da die beschriebene Behandlung sehr zeit- und kostenintensiv ist, sollte sie nur bei dieser spezifischen Indikation eingesetzt werden.

## Literatur

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2002). *DISYPS-KJ: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV* Bern: Huber.
- 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.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-471.
- Kearney, C. A., Albano, A. M. (2003). *When Children Refuse School: A cognitive-behavioral therapy approach-parent workbook*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. (2004). Schulverweigerung: Ein heterogenes Störungsbild. *Bundesgesetzblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 1-14.
- 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., M. Boyraz, G. Lehmkuhl, M. Döpfner (2008). Die stationäre Behandlung von Jugendlichen mit emotional bedingtem Schulabsentismus – Eine Kasuistik. *Verhaltenstherapie*, 18, 177-184.
- Walter, D., Döpfner, M. (2009). Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus – Konzept und Behandlungsempfehlungen. *Verhaltenstherapie*, 19, 153-160.
- Walter, D., Hautmann, C., Rizk, S., Petermann, M., Minkus, J., Sinzig, J., Lehmkuhl, G, Döpfner, M. (2010a). 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. (2010b). Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit emotional bedingtem Schulabsentismus: Eine Verlaufsanalyse. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 184-191.
- Walter, D., Rademacher, C., Schuermann, S., Döpfner, M. (2007). Grundlagen der Selbstmanagementtherapie mit Jugendlichen: Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (SELBST). Göttingen: Hogrefe.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. Daniel Walter, Dr. Christopher Hautmann, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, Prof. Dr. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Uniklinikum Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln.

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