

Mattejat, Fritz

Schulphobie: Klinik und Therapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 8, S. 292-298

urn:nbn:de:bsz-psydok-28790

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

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

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

INHALT

Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer)	1
Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..	153
Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years)	265

Aus Praxis und Forschung

G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?)	159
F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..	77
E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH)	124
E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style)	137
M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm)	48
G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children)	205
M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy)	243
U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..	274
P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI))	236
H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..	2
J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics)	118
G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children)	109
E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders)	81
B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children)	12

F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects)	292
U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..	55
Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..	33
V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD))	210
M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects)	187
J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..	195
U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork)	154
G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrocephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus)	39
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome)	199
H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence)	231
A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy)	247
W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis)	286
H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept)	266

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children)	165
G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children)	144
G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children)	174

K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems)	24	zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers)	214
K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment)	95	Tagungsberichte	
F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour)	62	H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981)	223
L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped)	305	G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980)	100
I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders)	298	Kurzmitteilung	
F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior)	217	A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession)	103
J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children)	182	Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)	
R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten)	70	Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten	226
J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education)	256	Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis	227
J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire)	18	Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit	107
J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation)	91	Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt	105
H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-		Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken	107
		Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn	227
		Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder	105
		Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .	106
		Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch	227
		Mitteilungen (Announcements) 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313	

Schulphobie: Klinik und Therapie

Von Fritz Mattejat

Zusammenfassung

Die wichtigsten Aspekte bei der Diagnose und Therapie der Schulphobie werden überblickshaft dargestellt. Neben der Notwendigkeit einer genauen differentialdiagnostischen Abgrenzung der Schulphobie von anderen Formen der Schulangst und vom Schulschwänzen wird besonders betont, daß die Schulphobie in unterschiedlichen Ausprägungsformen vorkommen kann. Die Prognose ist dementsprechend sehr unterschiedlich, die Therapie hat sich darauf einzustellen. Schließlich wird hervorgehoben, daß die Schulphobie nicht nur als individuelle Störung, sondern als Ausdruck einer Familienproblematik zu sehen ist. Der Umgang mit dieser Familienproblematik ist therapeutisch von entscheidender Bedeutung.

1. Einleitung

Erste Versuche zur psychiatrischen Klassifikation von Kindern, die den Schulbesuch verweigern, wurden in den 30er Jahren unternommen (Vgl. *Broadwin*, 1932). Man unterschied von den schulschwänzenden Kindern eine Gruppe von Kindern, bei denen die Schulverweigerung auf eine neurotische Störung zurückgeführt wurde. Seit der Arbeit von *Johnson* u.a. wird für Störungen dieser Art der Begriff „Schulphobie“ verwendet (s. *Johnson* et al., 1941). Mit dieser Wortwahl ist auch schon ein bestimmtes – vom psychoanalytischen Denken her geprägtes – ätiologisches Verständnis der Problematik mit angedeutet. Die Störung wird als Phobie, d.h. als Ergebnis einer Angstverschiebung gedeutet. Die übermächtige Angst des Kindes vor dem Verlust der familiären Sicherheit und Stabilität, insbesondere vor dem Verlust der Mutter, kann nicht bewußt zugelassen werden, sondern wird vom Kind auf die Schule projiziert, das Kind erlebt die Schule als bedrohlich und ängstigend. Dies ist aber nur eine Interpretationsmöglichkeit. Eine große Zahl von Autoren meint, daß der phobische Mechanismus keine so entscheidende Rolle spielt und daß der Ausdruck „Schulphobie“ deshalb eine Fehlbenennung sei (Vgl. z.B. die Arbeiten von *Coolidge* et al., 1957; *Davidson*, 1960; *Bowlby*, 1973, S.258 ff.; *Radin*, 1967). Oft wird deshalb auch neutral von „Schulverweigerung“ gesprochen.

2. Klinisches Bild und diagnostische Merkmale

Kernsymptom der Schulphobie ist die Angst des Kindes vor der Schule und die damit verbundene Verweigerungshaltung. Die Angst kann sich dabei auf die Schule insgesamt

oder auf einzelne Aspekte, etwa auf einzelne Kinder oder Lehrer oder auf bestimmte Situationen, wie z.B. den Turnunterricht, beziehen. Die Verweigerungstendenzen können dabei unterschiedlich stark ausgeprägt sein, von leichten Schwierigkeiten, etwa in der Art, daß das Kind zur Schule begleitet werden muß, bis zur vollständigen monate- oder jahrelangen Schulverweigerung. Das Kind äußert diese Schwierigkeiten den Eltern gegenüber, das Kind möchte zu Hause bleiben. Den Eltern ist das Problem also bekannt, sie sind aber nicht in der Lage, das Kind zum Schulbesuch zu bewegen.

Neben der Angst vor der Schule sind eine Reihe anderer psychischer Symptome zu finden. Schulphobische Kinder sind in der Regel sehr unselbständig und sehr stark von der erwachsenen Bezugsperson abhängig, besonders jüngere Kinder in unteren Schulklassen zeigen starke Trennungsschwierigkeiten von der Mutter; fast alle Schulphobiker sind im sozialen Kontakt außerhalb der Familie ängstlich und scheu, in extremen Fällen weigern sich diese Kinder, überhaupt noch aus dem Hause zu gehen. Depressive Verstimmungen finden sich ebenfalls häufig, teilweise zeigen sich auch Zwangssymptome.

Die genannten psychischen Symptome sind bei den einzelnen schulphobischen Kindern in sehr unterschiedlicher Weise ausgeprägt; *fast immer aber* beginnt die Schulphobie mit Klagen des Kindes über körperliche Beschwerden. Am häufigsten werden Bauchschmerzen genannt, vielfach auch Übelkeit, Erbrechen, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Diese körperlichen Beschwerden psychischen Ursprungs stehen oft so stark im Vordergrund, daß das Kind zunächst keinerlei Angst vor der Schule artikuliert. Die meisten Eltern werden ihr Kind in solchen Fällen zunächst zu Hause lassen und sich an den Arzt wenden. Aus diesem Grunde ist auch der Hausarzt oder der Pädater meist als erster mit der Schulphobie konfrontiert. Direkte und massive Angstreaktionen zeigen sich bei diesen Kindern erst dann, wenn die Eltern nach mehreren ergebnislosen körperlichen Untersuchungen skeptisch werden und versuchen, das Kind zum Schulbesuch zu zwingen. Neben den panischen Angstreaktionen kommt es dabei meist auch zu ärgerlichen, aggressiven Anklagen gegen die Eltern und zu heftigen Auseinandersetzungen in der Familie. Erst wenn die Eltern kapitulieren und das Kind zu Hause lassen, kehrt relativer Friede in der Familie ein.

Die Klagen über körperliche Beschwerden bei der Schulphobie treten in einer sehr charakteristischen Weise auf. Am stärksten sind sie morgens, unmittelbar vor dem Schulbesuch; meist ist der Montag der schwierigste Tag, oft beginnen die Beschwerden (198) schon am Sonntagabend. Wenn

das Kind zu Hause bleiben darf, klingen die Beschwerden schnell ab, in den Ferien verschwinden sie meist vollständig.

Damit ist das klinische Erscheinungsbild der Schulphobie umrissen. Trotz sehr unterschiedlicher Manifestations- und Verlaufsformen kann die Schulphobie diagnostisch klar umrissen werden. Als weithin anerkannt können die diagnostischen Merkmale gelten, so wie sie der englische Kinderpsychiater *Berg* (s. *Berg et al.*, 1969) zusammengestellt hat. Eine Schulphobie liegt dann vor, wenn die folgenden 4 Kriterien erfüllt sind:

1. Das Kind zeigt starke Schwierigkeiten die Schule zu besuchen. Diese Schwierigkeiten, münden meist in eine lange andauernde Weigerung des Kindes, die Schule zu besuchen.
2. Das Kind zeigt schwere emotionale Störungen, die durch die Symptome wie
 - extreme Ängstlichkeit,
 - depressive Verstimmungen und Stimmungsschwankungen,
 - körperliche Beschwerden ohne organische Ursache gekennzeichnet sind. Diese Symptome treten auf, sobald das Kind mit der Forderung, die Schule zu besuchen, konfrontiert wird.
3. Die Schulverweigerung des Kindes geschieht mit Wissen der Eltern.
4. Das Kind zeigt *keine* ausgeprägten dissozialen Verhaltensstörungen wie z.B. Stehlen, Lügen, Streunen, sexuelles Fehlverhalten, aggressive Verhaltensstörungen.

3. Differentialdiagnose

In den Kriterien von *Berg* sind bereits einige differentialdiagnostische Gesichtspunkte mit angedeutet. Von der Schulphobie ist das Schulschwänzen abzuheben; die beiden Syndrome unterscheiden sich phänomenologisch und pathogenetisch in wesentlichen Punkten und sind klar unterscheidbar (Vgl. *Bowlby*, 1973, S.261; *Gordon und Young*, 1976, S.410f.). In der Tabelle 1 sind die wesentlichsten differential-diagnostischen Kriterien zusammengestellt.

Neben dieser Unterscheidung zwischen Schulphobie und Schulschwänzen, die in der kinderpsychiatrischen Literatur einhellig getroffen wird, unterscheidet eine Reihe von Autoren auch noch zwischen der Schulphobie und der Schulangst (vgl. *Nissen*, 1976). Das schulphobische Kind hat in der Regel keine schulischen Leistungsprobleme, es ist meist durchschnittlich oder überdurchschnittlich intelligent, seine Symptomatik ist eng auf die Familieninteraktion bezogen und als Ergebnis einer neurotischen Entwicklung zu interpretieren. In Abhebung dazu spricht man von Schulangst, wenn das Kind wegen tatsächlich vorliegender Schwächen oder Behinderungen die Schulsituation fürchtet, etwa wegen einer allgemeinen Begabungsminderung, einer Teilleistungsschwäche, wie z.B. einer Legasthenie, wegen einer Sprachstörung oder wegen körperlicher Gebrechen. Die Unterscheidung zwischen Schulangst und Schulphobie ist in manchen praktischen Fällen schwierig zu treffen, da schulphobische Tendenzen manchmal durch Teilleistungsschwächen oder ähnliche Behinderungen verstärkt werden.

Tabelle 1: Differentialdiagnose zwischen Schulphobie und Schulschwänzen

Schulphobie	Schulschwänzen
Angst in der Schulsituation	Keine Angst in der Schulsituation
Maskierung der Angst durch somatische Beschwerden	Körperliche Beschwerden nur sehr selten
Häufige Pers.-züge: furchtsam, sensitiv	Häufige Pers.-züge: aggressiv - ausagierend
Keine dissozialen Verhaltensstörungen in der Schule; keine Disziplinarprobleme	Häufig dissoziale Verhaltensstörungen in der Schule; Disziplinarprobleme
Lern- und Leistungsmotivation meist hoch	Lern- und Leistungsmotivation meist niedrig
Intelligenz durchschnittlich bis überdurchschnittlich	Intelligenz durchschnittlich bis unterdurchschnittlich
Überprotektion zu Hause (Symbiotische Struktur)	Vernachlässigung zu Hause (Losgelöste Struktur)
Eltern wissen um die Schulverweigerung	Eltern wissen nichts vom Schulschwänzen
Kind bleibt zu Hause	Kind bleibt nicht zu Hause

Neben der Abgrenzung zwischen den 3 diagnostischen Gruppen Schulphobie, Schulschwänzen und Schulangst muß bei der Schulphobie differentialdiagnostisch auch an eine Reihe anderer psychischer Störungen, wie etwa Depressionen, psychotische Entwicklungen oder Zwangsneurosen gedacht werden. Darüber hinaus ist es selbstverständlich, daß die körperlichen Beschwerden in der pädiatrischen Untersuchung genau abgeklärt werden und ein organisches Leiden ausgeschlossen wird. Dies ist jedoch meist schon mehrfach geschehen, wenn das Kind in der Kinderpsychiatrie vorgestellt wird.

4. Inzidenz und Prävalenz

Zur Auftretenshäufigkeit der Schulphobie liegen nur ungenaue Zahlenangaben vor, die zudem noch sehr stark schwanken. Diese Schwankungen sind wohl primär auf unterschiedliche diagnostische Praktiken zurückführbar.

Die höchsten Zahlenangaben finden sich in amerikanischen Publikationen. *Leton* (1962) berichtet für amerikanische Verhältnisse, daß 3 von 1000 Erstkläßlern und 10 von 1000 High-School-Schülern eine Schulphobie aufweisen. Noch höher liegen *Kennedys* Zahlen (s. *Kennedy*, 1965). Er gibt eine Zahl von 17 Fällen von Schulphobie pro 1000 Kinder im Jahr an. Das würde also heißen, daß knapp 2% aller Schulkinder pro Jahrgang eine Schulphobie aufweisen.

Die anderen Zahlenangaben in der Literatur liegen weit unter diesen Werten. Eine Reihe von Autoren meint, daß die Häufigkeit der Schulphobie steigt, dieser Eindruck könnte aber auch einfach darauf zurückzuführen sein, daß die Aufmerksamkeit für diese Störung in den letzten Jahren zugenommen hat (vgl. *Gordon und Young*, 1976).

Zur Prävalenz ist bekannt, daß zwischen Jungen und Mädchen keine wesentlichen Unterschiede bestehen. Die Angaben zur Altersverteilung sind insgesamt sehr heterogen. Schulphobien scheinen relativ gleichmäßig über alle Schulklassen hinweg verteilt vorzukommen, ein gewisser Anstieg ist zwischen der 3. und 7. Schulklasse anzunehmen. Schließlich ist noch anzumerken, daß im Gegensatz zum Schulschwänzen bei der Schulphobie kein klarer Zusammenhang zum sozioökonomischen Status der Familie herzustellen ist. Schulphobien kommen in allen sozialen Schichten vor; etwas überrepräsentiert könnten allenfalls mittlere soziale Schichten sein, genauere Zahlenangaben sind hierzu jedoch nicht vorhanden.

5. Ätiologie

Bei den ätiologischen Zusammenhängen (vgl. *Gordon und Young, 1976*) der Schulphobie spielt die intrafamiliäre Dynamik eine entscheidende Rolle. Im typischen Falle zeigt die Mutter des schulphobischen Kindes eine depressive Persönlichkeitsstruktur. Die sehr enge und ambivalente Beziehung zu ihrer eigenen Mutter war einerseits durch das Gefühl der Abhängigkeit oder andererseits durch unschwellige, feindselige und aggressive Gefühle geprägt. Die Ablösung aus dieser Beziehung ist ihr nur zum Teil gelungen. Die Mutter des schulphobischen Kindes hat die Tendenz, zu ihrem eigenen Kind eine ähnliche Beziehung zu entwickeln, besonders dann, wenn die ehelichen Beziehungen für sie unbefriedigend sind. Auch Todesfälle in der Familie oder schwere Krankheiten können die symbiotischen Tendenzen der Mutter verstärken. Das Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind ist bindend-überfürsorglich; eine eigenständige Entwicklung und Abgrenzung des Kindes ist für die Mutter nur schwer zu tolerieren. Ablehnende Gefühle gegenüber dem Kind kann die Mutter nicht zulassen; sie reagiert auf sie mit Schuldgefühlen und mit einer Intensivierung ihrer überfürsorglichen Haltung. Dieses Verhaltensmuster wird besonders dann aktualisiert, wenn das Kind erkrankt.

Die Rolle des Vaters ist erst in den letzten Jahren stärker in den Blickpunkt gerückt (s. *Takagi, 1972; Skynner, 1977*). Der Vater ist eher passiv, er beschäftigt sich wenig mit Erziehungsfragen; in der Familie nimmt er eher eine Randposition ein. Auch er ist deshalb nicht in der Lage, ein Gegengewicht zum Erziehungsverhalten der Mutter zu schaffen. Das Kind bekommt in der Familie keine klare Führung oder Anleitung; die Eltern lassen sich vielfach vom Kind bestimmen; die generationalen Rollen sind undeutlich ausgeprägt. Nach außen hin ist die Familie relativ isoliert, gegenüber äußeren Institutionen wie z.B. der Schule, ist sie mißtrauisch; alle Familienmitglieder neigen dazu, der äußeren Umwelt die Verantwortung an ihren Problemen zuzuschreiben.

Das Kind ist meist schon in der Vorschulzeit sehr trennungsängstlich, es hat Schwierigkeiten, einen autonomen und unabhängigen Verhaltensstil zu entwickeln. Außerhalb der Familie ist es meist ängstlich-zurückgezogen und sozial isoliert, gegenüber den Eltern dagegen tritt es fordernd und kontrollierend auf. In der Schule versuchen diese Kinder zumindest die Anerkennung des Lehrers durch gute Leistungen

zu erringen, was ihnen häufig auch gelingt. Diese Beziehung zum Lehrer ist aber wegen ihrer Abhängigkeit von guten Leistungen des Kindes ständig gefährdet. Insgesamt fühlt sich das Kind außerhalb der Familie und besonders in der Schule bedroht. Teilweise steht dabei die Furcht vor dem Leistungsversagen, teilweise eher die Angst vor den anderen Kindern im Vordergrund.

Bei einem solchermaßen vulnerablen Kind können Ereignisse, wie z.B. Krankheit der Mutter, Geburt eines Geschwisterkindes, Eheprobleme oder Ehescheidungen, Umzug oder Schulwechsel zu einer Verstärkung der Ängste und damit zu einer Dekompensation führen.

Auf die körperlichen Beschwerden gehen die Eltern entsprechend dem beschriebenen Verhaltensmuster meist ausgiebig ein, veranlassen oft viele Untersuchungen und halten daran fest, daß das Kind körperlich krank sei und nicht zur Schule gehen könne. Gegenüber der Umwelt verteidigen sie die Symptomatik des Kindes. Die ganze Familie fühlt sich durch die zuständigen Institutionen angegriffen. Der Umgang der Eltern mit dem Kind ist dabei meist widersprüchlich; ihr offenes Verhalten ist stützend und fürsorglich; unschwellig bzw. indirekt aber geben sie dem Kind die Schuld an den bestehenden Schwierigkeiten.

Je länger die Abwesenheit von der Schule dauert, um so stärker kommt eine sekundäre Dynamik in Gang: Beim Kind wächst die soziale Isolation; Schuldgefühle und depressive Stimmungslage verstärken sich, das Kind gerät auch zunehmend in einen Leistungsrückstand. Für das übersensitive Kind wird damit eine Wiedereingliederung in die Schule immer schwieriger. In Erstexplorationen von schulphobischen Kindern stößt man meist auf solche Aspekte. Die Kinder geben z.B. an, daß sie deshalb nicht in die Schule gehen können, weil sie von den Klassenkameraden dann als Schulschwänzer oder Faulenzer gehänselt würden, oder weil sie den versäumten Stoff nicht aufholen können.

Analog zu diesem, sich selbst verstärkenden Kreislauf bei den Kindern, entwickelt sich auch bei den Eltern eine ähnliche Dynamik, die sich vorwiegend im Anwachsen der elterlichen Schuldgefühle und in einer verstärkten Projektion aggressiver Impulse nach außen hin zeigt.

Die hier typisierend beschriebenen ätiologischen Zusammenhänge konnten auch in empirischen Untersuchungen aufgezeigt werden (s. z.B.: *Gittelman-Klein, 1975; Berg et al., 1969; Berg und McGuire, 1974*). Eine methodisch gut fundierte Untersuchung zur Schulphobie stammt von *Waldron et al. (1975)*. Diese Autoren verglichen 35 schulphobische Kinder mit Kindern, die andere neurotische Störungen aufwiesen. Durch paarweise Zuordnung der Kinder nach einer Reihe von Kriterien wurde die Vergleichbarkeit der Gruppen gewährleistet. Bei der Untersuchung wurden klinische Einschätzungen der beiden Gruppen durchgeführt. Diese Ratings waren hinreichend verlässlich. Sie bezogen sich inhaltlich auf 3 Bereiche:

- (1) Symptomatik des Kindes,
- (2) Merkmale der Eltern und der Familieninteraktion,
- (3) auslösende Faktoren.

Die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen sind in den folgenden Tabellen 2, 3 und 4 dargestellt. (1981)

Tabelle 2: Signifikante Unterschiede zwischen schulphobischen Kindern und Kindern mit anderen Neurosen nach Waldron et al. (1975)*

	Kinder mit Schulphobie	Kinder mit anderen Neurosen
Trennungsangst	75%	32%
Starke Abhängigkeit von der Bezugsperson	75%	37%
Depression	56%	26%
Tendenz zu unrealistisch hohen Erwartungen an sich selbst	32%	9%
Tendenz, aggressive Impulse auf Personen außerhalb der Familie zu projizieren	18%	0%
Gehemmter Ausdruck der Phantasie	72%	35%

* Die Symptome „Angst vor der Schule“ und „Klagen über körperliche Beschwerden“ sind hier nicht zu finden, da diese beiden Symptome von Waldron o.a. als definitorische Merkmale der Schulphobie verwendet wurden.

Tabelle 3: Signifikante Unterschiede in der Familieninteraktion zwischen Familien mit schulphobischen Kindern und Familien mit Kindern anderer Neurosen nach Waldron et. al. (1975)

	Familiengruppe I (Kind mit Schulphobie)	Familiengruppe II (Kind mit anderer Neurose)
Abhängigkeit		
Mutter hat Schwierigkeiten, sich vom Kind zu trennen	74%	32%
Eltern lassen Selbstabgrenzung des Kindes nicht zu	41%	20%
Feindseligkeit		
Eltern reagieren verärgert auf Forderungen des Kindes	73%	47%
Kind hat in der Familie Sündenbockfunktion	65%	38%
Familienimbalance		
Das Kind ist für die Mutter erheblich wichtiger als der Vater (Kindorientierung der KM)	38%	9%

Bei den theoretischen Modellen zur Ätiologie der Schulphobie stand zunächst der phobische Mechanismus im Vordergrund. Gegenüber diesem Modell, das den intrapsychischen Abwehrmechanismus betont, wurde im weiteren Verlauf der Forschung das Problem der Trennungsangst, der wechselseitigen Abhängigkeit von Mutter und Kind in den Vordergrund gerückt. Dieses Modell bezieht sich stärker auf die Beziehung und auf die Interaktion zwischen Mutter und Kind, weniger auf intrapsychische Mechanismen. Das

Tabelle 4: Signifikante Unterschiede in den situationalen (auslösenden) Faktoren zwischen schulphobischen Kindern und Kindern mit anderen Neurosen nach Waldron et al. (1975)

	Schulphobische Kinder	Kinder mit anderen Neurosen
Familiäre Faktoren		
(z.B. Tod eines Familienmitgliedes, Krankheit u. wahrgenommene Todesgefahr; Abwesenheit, Trennung von einem Elternteil; Depression bei einem Elternteil)	46%	17%
Schulische Faktoren		
(Schul. Anpassungsschwierigkeiten, z.B. wegen Schulwechsel, Schwierigk. mit einem Lehrer, Leistungsschwierigk.; ängstigende Ereignisse in der Schule)	52%	0%

Trennungsangstmodell ist heute wohl die am weitesten verbreitete und akzeptierte ätiologische Vorstellung zur Schulphobie (vgl. etwa Davidson, 1960; Bowlby, 1973).

Die Schulphobie ist auch einer verhaltenstherapeutischen Analyse gut zugänglich. In verhaltenstherapeutischen Begriffen wird die Symptomatik beim Kinde als Vermeidungsreaktion interpretiert; die Verhaltensanalyse betrachtet außer dem symptomatischen Verhalten einerseits die verschiedenen Aspekte der angstausslösenden Situationen (respondenter Aspekt) und andererseits das Verhalten der Mutter bzw. der Eltern, die diese Vermeidungsreaktion des Kindes verstärken (operanter Aspekt) (vgl. Lazarus et al., 1965).

Mit dem Aufkommen familienorientierter Betrachtungsweise in neuerer Zeit wurde auch die Perspektive bei der Interpretation der Schulphobie über die Mutter-Kind-Dyade hinaus auf die gesamte Familie erweitert (s. z.B. Berger, 1974). Die systemisch orientierte Familienbetrachtung betont besonders die mangelnde Geschlossenheit des parentalen Systems, die ungenügende Abgrenzung zwischen Eltern und Kind und in Verbindung damit die Unfähigkeit der Eltern, das Kind adäquat mit Realitätsforderungen zu konfrontieren (s. Skynner, 1977, S.306 ff.).

Die genannten ätiologischen Interpretationsmöglichkeiten zur Schulphobie schließen sich gegenseitig nicht aus. Indem die einzelnen Modelle jeweils unterschiedliche Aspekte des Entstehungszusammenhangs hervorheben, ergänzen sie sich vielmehr wechselseitig. Je nach der individuellen Ausprägung der Problematik, je nach dem Typus der Schulphobie und je nach Altersstufe steht der eine oder andere Aspekt stärker im Vordergrund. Bei jüngeren Kindern z.B. spielt die aktuelle Familieninteraktion meist eine größere Rolle, bei jugendlichen Schulphobikern dagegen sind Persönlichkeitscharakteristika und intrapsychische Dynamik stärker zu berücksichtigen.

6. Prognose

Die Prognose ist bei den einzelnen schulphobischen Kindern sehr unterschiedlich, allgemeine prognostische Angaben zur Schulphobie erscheinen deshalb nicht sehr sinnvoll. Es gibt aber einige Kriterien, anhand derer man beim einzelnen Kind eine recht differenzierte prognostische Beurteilung abgeben kann:

(1) Das erste Kriterium ist das *Alter*. Je jünger das Kind ist, um so besser ist die Prognose. Man kann bei etwa 11 Jahren eine Grenze ziehen. Bei schulphobischen Kindern unter 11 Jahren liegt die Chance, einen guten Behandlungserfolg zu erreichen, bei etwa 90%, bei Kindern über 11 Jahren liegt sie sehr viel niedriger. Die Behandlungserfolge liegen hier je nach Intensität der Behandlung zwischen 30 und 60% (vgl. die Angaben von *Rodriguez et al.*, 1959; *Berg*, 1970), also recht niedrig.

(2) Das zweite prognostische Kriterium, der *Schweregrad* der Schulphobie überschneidet sich mit dem ersten Kriterium. Bei älteren Kindern und Jugendlichen sind schwer chronifizierte, bei jüngeren Kindern leichtere, akute Formen häufiger. Eine Reihe von Autoren (s. z.B. *Coolidge et al.*, 1957; *Kennedy*, 1965; *Berg et al.*, 1969; *Baker und Wills*, 1978) unterscheidet auch 2 Formen der Schulphobie,

- die leichtere Form wird als akute neurotische Krise,
- die schwerere Form als tiefergehende chronifizierte Persönlichkeitsstörung verstanden.

Bei den leichteren Formen kann meist durch eine ambulante Therapie bereits ein befriedigender Schulbesuch erreicht werden. *Kennedy* (1965) etwa beschreibt ein ambulantes Behandlungsprogramm, in dem bei allen behandelten Kindern eine schnelle Wiederaufnahme des Schulbesuchs erreicht werden konnte. Die Erfolgserwartung bei sehr leichten Schulphobie-Formen ist also recht hoch, sie liegt bei adäquater Behandlung bei nahezu 100%. Bei schweren Formen der Schulphobie ist eine ambulante Behandlung dagegen wenig erfolgversprechend, meist wird eine stationäre Behandlung notwendig. *Berg* (1970) berichtet von einem sehr intensiven stationären Programm für schwere Fälle von Schulphobie, bei denen die Kinder und Jugendlichen im Durchschnitt 1 Jahr lang stationär untergebracht waren, an den Wochenenden waren die Kinder jeweils zu Hause. Bei etwa der Hälfte der Kinder konnte ein befriedigender Schulbesuch erreicht werden. Die Prognose ist bei schweren Formen demnach selbst unter intensivster Behandlung relativ ungünstig.

(3) Das dritte Kriterium ist die *Kooperation der Eltern*. In welchem Maße projizieren auch die Eltern Aggressionen nach außen, wie stark verschieben auch sie ihre Ängste auf Außensituationen? Kolludieren die Eltern mit dem schulphobischen Kind oder sind sie noch ansatzweise in der Lage, das Kind mit der Forderung der Realitätsanpassung zu konfrontieren? Fragen dieser Art zielen letztlich auf die Familienpathologie ab. In extremen Fällen verhindern die Eltern die Behandlung des Kindes, eine Therapie wird erst durch gerichtliche Maßnahmen, wie etwa den Entzug des Sorgerechts bzw. eine entsprechende Androhung erzwungen. Zu diesem Kriterium der Elternarbeit finden sich in der Literatur keine Zahlenangaben. Therapeutisch aber scheint

dies besonders bei jüngeren Kindern der entscheidende Faktor für den Erfolg oder Mißerfolg einer Behandlung zu sein (vgl. hierzu *Skygger*, 1977).

7. Therapie

In der Literatur wird über unterschiedlichste Behandlungsformen berichtet. Dazu zählen u.a. die langfristige psychoanalytische Behandlung des Kindes oder Jugendlichen, Elternberatung oder Elternbehandlung, verhaltenstherapeutische Techniken, wie z.B. die systematische Desensibilisierung, Verhaltensshaping und Elterntaining (s. z.B. *Lazarus et al.*, 1965; *Hersen*, 1971; vgl. auch *Schröder*, 1974), außerdem medikamentöse Behandlungen, z.B. mit Antidepressiva (vgl. *Gittelman-Klein et al.*, 1971; *Gittelman-Klein*, 1975). In neuerer Zeit wurden auch verschiedene Formen der Familientherapie bei der Schulphobie eingesetzt (s. z.B. *Hess*, 1980). Oftmals wird auch ganz einfach versucht, durch entsprechenden psychologischen Druck das Kind zum Schulbesuch zu zwingen.

Trotz der Vielfalt der Behandlungsformen können einige bewährte Grundprinzipien der Schulphobie-Behandlung herausgestellt werden, die unabhängig vom jeweiligen therapeutischen Ansatz bei einer großen Anzahl von Autoren zu finden sind (s. z.B. *Nader et al.*, 1975; *Millar*, 1961; *Skygger*, 1977; *Kennedy*, 1965).

- (1) Es sollte versucht werden, das Kind möglichst schnell wieder in die Schule einzugliedern. Je länger die Schulverweigerung andauert, um so stärker kommt beim Kind und auch bei den Eltern ein sekundärer, pathogener Zirkel in Gang und um so schwerer wird die Therapie.
- (2) Um nun eine Wiederbeschulung zu ermöglichen, ist es notwendig, den Eltern und dem schulphobischen Kind gegenüber herauszuarbeiten, daß das Kind nicht krank ist, insbesondere, daß es nicht körperlich krank ist. Vielmehr versucht der Therapeut, die Stärken des Kindes zu akzentuieren und deutlich zu machen, daß das Kind durchaus in der Lage ist, die Schule zu besuchen.
- (3) Drittens sind die Eltern darin zu unterstützen, eine klare und feste Entscheidung für den Schulbesuch des Kindes zu treffen, vom Kind den Schulbesuch in deutlicher Weise zu fordern und diese Forderung auch konsequent durchzusetzen.
- (4) Schließlich ist eine enge Absprache mit anderen involvierten Stellen, wie etwa der Schule oder dem Arzt, wichtig, um vermeidbare Pannen (etwa, daß das Kind von der Schule aus wieder nach Hause geschickt wird oder daß der Kinderarzt ein Attest über eine Krankheit ausstellt) zu vermeiden.

Bei leichten Fällen von Schulverweigerung, die Ausdruck einer akuten Krise sind, ist es oft schon möglich, nach einem Beratungsgespräch mit den Eltern wieder einen Schulbesuch des Kindes zu erreichen. Man kann den Eltern direkt sagen, daß das Kind körperlich gesund ist und entsprechende Ratschläge geben, wie sie vorgehen können.

Bei schweren Schulphobien dagegen würde ein solches Vorgehen sicher zum Mißerfolg führen. Eltern und Kinder

wären gleichermaßen überfordert. Schon alleine durch die Mitteilung, das Kind sei körperlich gesund, würden sich die Eltern angegriffen fühlen und den Kontakt einfach abbrechen. Und selbst wenn die Eltern versuchen würden, die Ratschläge zu befolgen, wäre ein Erfolg unwahrscheinlich; wahrscheinlicher wäre eine Verstärkung der Symptomatik, das Vertrauen der Eltern in die Behandlung wäre erschüttert. Dies ist wohl auch der wesentliche Grund dafür, warum sich manche Autoren gegen einen sofortigen Beschulungsversuch aussprechen und dafür sind, zunächst den psychologischen und familieninteraktionalen Hintergrund der Problematik therapeutisch anzugehen (s. z.B.: *Talbot, 1957; Davidson, 1960*). Hierzu ist anzumerken, daß die genannten Behandlungsprinzipien, die auch als Therapieziele verstanden werden können, nach unseren Erfahrungen für jede Schulphobie gelten. Die Frage ist, wie schnell und wie direkt diese Ziele angegangen werden können; dies ist je nach Ausformung und Schweregrad der Schulphobie und der dahinter stehenden Familienproblematik sehr unterschiedlich. Je stärker der Widerstand, je schwerwiegender die Problematik, um so stärker wird man auch zunächst „mit dem Widerstand gehen“.

Als Beispiel dafür, wie man bei schweren Fällen von Schulphobie vorgehen kann, sei abschließend das stationäre Behandlungsprogramm skizziert, so wie es in den letzten Jahren an der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU Berlin entwickelt und in einigen Fällen mit gutem Erfolg erprobt wurde. Das Programm orientiert sich nicht an einer bestimmten therapeutischen Schulrichtung, es ist vielmehr problemorientiert, d.h. die Beiträge der verschiedenen therapeutischen Richtungen zum Verständnis der Schulphobie werden in der Behandlungskonzeption je nach Einzelfall und Behandlungsphase in unterschiedlicher Gewichtung berücksichtigt. Die stationäre Behandlung dauert im Durchschnitt etwa 3–4 Monate.

(1) *Vorbereitung der Familie, „Behandlungsvertrag“, Aufnahme des Kindes*

Schon die Art und Weise, wie das Kind stationär aufgenommen wird, ist bei der Schulphobie therapeutisch von entscheidender Bedeutung. Bei Eltern und Kindern besteht meist eine sehr starke Abwehr gegen eine stationäre Aufnahme, denn mit der Aufnahme wird das Kind zeitweilig von der Familie getrennt und damit ist ja schon in vielen Fällen das entscheidende Problem der Familie und des Kindes tangiert. Wir versuchen deshalb schon rechtzeitig vor der Aufnahme die Familie möglichst ausführlich auf die Behandlung vorzubereiten und insbesondere bei den Eltern eine möglichst gute Behandlungskooperation herzustellen.

(2) *Therapeutische Bearbeitung der Hintergrundproblematik* (Durchschnittliche Dauer: 1½–2 Mon.)

Die erste und längste Phase der stationären Behandlung selbst konzentriert sich auf die Bearbeitung der familiären Hintergrundproblematik. Hierzu sind intensive psychotherapeutische Gespräche mit den Eltern notwendig. Die therapeutische Arbeit mit dem Kind auf der anderen Seite hat

Ziele, wie z.B. die Verminderung der Abhängigkeit von den Eltern, Erhöhung der Selbständigkeit, Verminderung der allgemeinen sozialen Angst und Verbesserung der Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Gleichaltrigen. Mit dem Fortschritt in Richtung auf solche Ziele verbessert sich auch die allgemeine psychische Verfassung des Kindes, etwa bezüglich der Selbstwertproblematik oder der Depressivität. Bei manchen Kindern werden diese Ziele primär über psychotherapeutische Gespräche angegangen, bei anderen werden auch entsprechende verhaltenstherapeutische Programme auf der Station eingesetzt.

(3) *Wiedereingliederung in die Schule* (Durchschnittliche Dauer: 3–4 Wochen)

Nach dieser ersten Behandlungsphase kann wieder daran gedacht werden, das Kind in eine Außenschule zu schicken. Die Wiedereingliederung in die Schule muß allerdings sehr sorgfältig vorbereitet sein, sie erfolgt schrittweise, zunächst mit massiver Unterstützung und Kontrolle durch uns. Nach und nach übernimmt das Kind selbst die Kontrolle über den Schulgang und andere schulische Fragen.

(4) *Rückgliederung ins häusliche Milieu* (Durchschnittliche Dauer: 3–4 Wochen)

Sobald sich der Schulbesuch des Kindes stabilisiert hat, d.h. wenn einige Wochen lang ein selbständiger Schulgang ohne körperliche Beschwerden und ohne Ängste erreicht ist und wenn auch in der Schule selbst keine größeren Probleme mehr auftreten, versuchen wir die Behandlungsfortschritte auf das häusliche Milieu zu übertragen. Die Rückgliederung in die Familien geschieht ebenfalls vorsichtig und schrittweise. In dieser Phase übergeben wir Funktionen, die wir übernommen hatten, zunehmend zurück an die Eltern. Die Elternarbeit ist hier direkter als in den vorhergehenden Behandlungsphasen, wir können jetzt den Eltern auch direkt Ratschläge zum Umgang mit dem Kind geben. Bei älteren Kindern und Jugendlichen kann statt der bisher durchgeführten getrennten Sitzungen mit Eltern einerseits und dem Kind andererseits nun an gemeinsame Familiensitzungen gedacht werden. Das Therapiemodell der strukturalen Familientherapie von *Minuchin (1974)* z.B. ist bei Familien mit schulphobischen Kindern gut anwendbar (vgl. *Framrose, 1978*).

(5) *Abulante Nachbetreuung*

Die ambulante Nachbetreuung ist je nach Indikation und Therapiemotivation der Familie sehr unterschiedlich. Hierzu kann z.B. eine langfristige psychagogische Therapie für das Kind gehören oder eine gemeinsame Familientherapie oder auch Einzeltherapien für die Eltern. Wenn die Familie zu keiner weiteren intensiven Therapie motiviert ist, wird ihr auf jeden Fall ein lockerer ambulanter Kontakt von unserer Seite aus angeboten. In der Regel wird dieses Angebot von den Eltern auch gerne wahrgenommen.

Summary

School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects

The most important aspects in diagnosis and therapy of school phobia are surveyed. It is necessary to discriminate school phobia from other forms of school anxiety and from truancy. Symptomatology and severity of school phobia may be very different. Prognosis depends on these factors and therapy planning has to consider them. It is emphasized that school phobia is not only an individual psychiatric disorder but also an expression of family problems. The management of these family problems is essential for the development of therapy.

Literatur

Baker, H. und U. Wills: School Phobia: Classification and Treatment. Brit. J. Psychiat., 132, S. 492–499, 1978. – Berg, I.: A Follow-Up Study of School Phobic Adolescents Admitted to an In-Patient Unit. J. Child Psychol. Psychiat., 11, S. 37–47, 1970. – Berg, I., Nichols, K. und C. Pritchard: School Phobia – Its Classification and Relationship to Dependency. J. Child Psychol. Psychiat., 10, S. 123–141, 1969. – Berger, H. G.: Somatic Pain and School Avoidance. Clinical Paediatrics, S. 819–826, 1974. – Bowlby, J.: Anxious Attachment and the „Phobias“ of Childhood. In: Bowlby, J., Attachment and Loss, Vol. II: Separation. Basic Books, New York, 1973. – Broadwin, I. A.: A Contribution to the Study of Truancy. Am. J. Orthopsychiat., 2 S. 253–259, 1932. – Coolidge, J. C., Hahn, P. B., und A. Peck: School Phobia: Neurotic Crisis or Way of Life. Am. J. Orthopsychiat., 27, S. 296–306, 1957. – Davidson, S.: School Phobia as a Manifestation of Family Disturbance. J. Child Psychol. Psychiat., 1, S. 270–287, 1960. – Framrose, R.: Out-Patient Treatment of Severe School Phobia. Journal of Adolescence, 1, S. 353–361, 1978. – Gittelman-Klein, R.: Pharmacotherapy and Management of Pathological Separation Anxiety. Int. J. of Mental Health, 4, S. 255–271, 1975. – Dies.: Psychiatric Characteristics of the Relatives of School Phobic Children. Mental Health in Children,

1, S. 325–334, 1975. – Gittelman-Klein, R., Klein, D. F. und G. Oaks: Controlled Imipramine Treatment of School Phobia. Arch. Gen. Psychiat., 25, S. 204–207, 1971. – Gordon, D. A. und R. D. Young: School Phobia: A Discussion of Etiology, Treatment, and Evaluation. Psychol. Reports, 39, S. 783–804, 1976. – Hersen, M.: The Behavioral Treatment of School Phobia. The Journal of Nervous and Mental Disease, 153, S. 99–107, 1971. – Hess, T.: Paradoxe Interventionen in systemischer Familientherapie. Familiendynamik, 5, S. 57–72, 1980. – Johnson, A. M., Falstein, E., Szurek, S. und M. Svendsen: School Phobia. Am. J. Orthopsychiat. 11, S. 702–711, 1941. – Kennedy, W. A.: School Phobia: Rapid Treatment of 50 Cases. Journal of Abnormal Psychology, 70, S. 285–289, 1965. – Lazarus, A. A., Davidson, G. C. und D. A. Polefka: Classical and Operant Factors in the Treatment of a School Phobia. J. Abnorm. Psychol., 70, S. 255–229, 1965. – Leton, D. A.: Assessment of School Phobia. Mental Hygiene, 46, S. 256–264, 1962. – Millar T. P.: The Child Who Refuses to Go to School. Am. J. Psychiat., 118, S. 398–404, 1961. – Minuchin, S.: Families and Family Therapy. Tavistock, London, 1974. – Nader, P. R., Bullock, D. und B. Caldwell: School Phobia. Pediatric Clinics of North America, 22, S. 606–617, 1975. – Nissen, G.: Psychogene Störungen mit vorwiegend psychischer Symptomatik. In: Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G. und P. Strunk, Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. Aufl. S. 95–121. Springer, Berlin, 1976. – Radin, S.: Psychodynamic Aspects of School Phobia. Comprehensive Psychiatry, 8, S. 119–128, 1967. – Rodriguez, A., Rodriguez, M. und L. Eisenberg: The Outcome of School Phobia: A Follow-Up Study Based on 41 Cases. Am. J. Psychiat., 116, S. 540–544, 1959. – Schröder, G.: Verhaltenstherapie bei Kindern mit Ängsten. In: Kraiker, Ch. (Hrsg.), Handbuch der Verhaltenstherapie. Kindler, München, 1974. – Skynner, A. C. R.: One Flesh: Separate Persons. Constable, London, 1977. – Takagi, R.: The Family Structure of School Phobics. Acta Paedopsychiatrica, 39, S. 131–146, 1972. – Talbot, M.: Panic in School Phobia. Am. J. Orthopsychiat., 27, S. 286–295, 1957. – Waldron, S., Shrier, D. K., Stone, B. und F. Tobin: School Phobia and other Childhood Neuroses: A Systematic Study of the Children and Their Families. Am. J. Psychiat., 132, S. 802–808, 1975.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. F. Mattejat, Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hans-Sachs-Str. 6, 3550 Marburg.