

Formen und Symptomatologie bei Jugendlichen mit Schulverweigerung

Schulverweigerung ist häufig Ausdruck einer komplexen psychiatrischen Störung. Bedeutsam ist eine erhöhte Komorbidität mit Depressionen, Phobien sowie anderen Angststörungen. Diese Aspekte sind sowohl bei den diagnostischen wie therapeutischen Schritten zu beachten.

Kearney und Silverman (1996) definieren

Schulverweigerung als ein Verhalten, bei dem es aus durch das Kind/ dem Jugendlichen motivierten Gründen nicht möglich ist, die Schule zu besuchen oder den Schultag durchzuhalten. Diese Definition schließt Jugendliche ein, die den Schulbesuch völlig eingestellt haben, die Schule nur mit Verspätung aufsuchen können, mit körperlichen Beschwerden oder sie aus mangelnder Motivation bzw. subjektivem Krankheitsgefühl nach kurzer Zeit wieder verlassen.

Nach der ICD beruht Schulverweigerung bzw. Schulphobie häufig auf Trennungsangst, manchmal – besonders während der Adoleszenz – jedoch nicht.

Schulverweigerung, die erstmals während der Adoleszenz auftritt, fällt nicht in die Kategorie der Emotionalstörung mit Trennungsangst, es sei denn, sie ist primär eine Funktion der Trennungsangst und es war bereits während des Vorschulalters eine übermäßige Angstbereitschaft vorhanden.

Der diagnostische Entscheidungsbaum beim Symptom „Nichterscheinen in der Schule“ hat folgende Fragen zu klären:

- Liegen ernsthafte Erkrankungen vor, die einen Schulbesuch unmöglich machen?
- Wissen die Eltern über das Fehlen in der Schule Bescheid?

- Existieren schulbezogene Ängste, z.B. vor Klassenarbeiten, Schulkameraden, Lehrern oder besteht eine Überforderungssituation?
- Fällt es dem Kind/ dem Jugendlichen morgens schwer, sich von zu Hause zu lösen, gibt es Anzeichen von Trennungsangst bzw. liegt ein Vermeidungsverhalten ohne direkten Bezug zur Schulsituation vor?
- Lässt sich eine erhöhte Selbstunsicherheit einschließlich Sozialer Ängste feststellen?

Egger und Mitarbeiter (2003) beschreiben ausgehend von klinischen Studien drei Typen von ängstlichen Schulverweigerern:

- Trennungsängstliche Kinder und Jugendliche
- Kinder und Jugendliche mit einer einfachen oder sozialen Phobie
- Eine Gruppe mit ängstlichem/ und depressivem Verhalten

In Nachuntersuchungen von Bools et al (1990) wies die Hälfte von 100 Kindern mit schulvermeidendem Verhalten weitere psychiatrische Auffälligkeiten auf. Schulschwänzen war häufiger mit Sozialstörungen, ängstliche Schulverweigerung mit Angststörungen kombiniert. Darüber hinaus konnte eine Subgruppe mit einer Kombination aus Angststörungen und Schulschwänzen identifiziert werden.

Die Studien von Berg und Bools widersprechen der Vorstellung, dass Schulschwänzen und Schulangst einander anschließen. 11% der Kinder, die beide Störungsbilder aufwiesen, hatten eine Sozialstörung, 22% eine emotionale Störung und 33% sowohl soziale als auch emotionale Probleme.

Egger wies darauf hin, dass
Schulverweigerung zwar eng mit weiteren
psychiatrischen Erkrankungen
vergesellschaftet ist, aber nicht in jedem
Fall eine psychiatrische Diagnose gestellt
werden kann. Das Risiko von Kindern mit
Schulverweigerung psychiatrisch zu
erkranken liegt drei mal höher als bei
denjenigen mit einem regelmäßigen
Schulbesuch.

Tabelle 1

Komorbidität, assoziierte Symptome und Belastungsfaktoren in Abhängigkeit von der Form der Schulverweigerung [4]			
Variable	Ängstliche Schulverweigerer [%]	Schulschwänzer [%]	Gemischte Gruppe [%]
Weitere psychiatrische Diagnose	24,5	25,4	88,2
Trennungangst	10,8	0,3	14,4
Einfache Phobie	2,1	0,2	-
Soziale Phobie	5,2	0,2	-
Panikstörung	0,3	0,2	11,6
Depressive Episode	13,9	7,5	15,5
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung	1,3	0,5	13,1
Störung des Sozialverhaltens	9,0	14,0	43,4
Körperliche Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen)	26,5	0,7	42,0
Hänseln, tyrannisiert werden in der Schule	28,9	8,5	31,2
Konflikte mit Gleichaltrigen	27,0	16,2	22,1
Geringe elterliche Kontrolle	12,4	31,5	28,6
Geringes Einkommen	37,1	31,3	52,4

beiden Studien eine Subgruppe von Kindern identifiziert werden konnte, die sowohl Symptome einer Angststörung als auch von Schulschwänzen zeigte. Die Studien von Berg et al. [14] und Bools et al. [13] widersprechen der Vorstellung, dass Schulschwänzer und Schulsänger einander ausschließen. 11% der Kinder, die beide Störungsbilder aufwiesen, hatten eine Sozialstörung, 22% eine emotionale Störung und 33% sowohl soziale als auch emotionale Probleme [13]. Aus diesen Gründen argumentieren Kearney und Silverman [8], dass eine rein deskriptive Definition der Schulverweigerung ohne Voraussetzungen über die Ätiologie oder assoziierte psychopathologische Phänomene entscheidend sei, um Beziehungen zwischen Schulverweigerung und psychiatrischen Störungsbildern zu erkennen. Untersuchungen an repräsentativen Stichproben sollten dazu beitragen, diese Zusammenhänge vor der Inanspruchnahme von psychiatrischen Diensten zu erfassen [4].

Prävalenz

In einer aktuellen Felduntersuchung von Egger et al. [4] lag die Prävalenz

von ängstlichen Schulverweigerern bei 2% und für Schulschwänzen bei 6,2%. Bei einem Viertel der schulängstlichen Verweigerer und bei 8% der Schulschwänzer war eine Mischung aus beiden Symptomgruppen vorhanden. Während das mittlere Alter der schulängstlichen Kinder zu Beginn der Symptomatik bei 10,9 Jahren lag, betrug dies beim Schulschwänzen 13,1 Jahre. Ein deutlicher Geschlechtereffekt fand sich beim Schulschwänzen, das nur zu einem guten Drittel Mädchen betraf. Die meisten Autoren gehen von einer 5%igen Prävalenz des Phänomens Schulverweigerung bei allen Schulkindern aus, wobei die Zahl in einigen Großstädten bedeutend höher liegen kann [15, 16, 17]. Obwohl das Phänomen Schulverweigerung alle Klassenstufen betrifft, gibt es besonders auffällige Altersgruppen. Diese liegen nach Ollendick und Mayer [18] zwischen dem 5. und 6. bzw. 10. und 11. Lebensjahr. In einer eigenen Untersuchung betrug das mittlere Alter bei der Vorstellung 12,5 Jahre, wobei sich die Symptomatik bereits über mehrere Monate zurückverfolgen ließ [19, 20, 21]. Diese Daten stimmen mit denen von Egger et al. [4] gut überein, der ebenfalls ein längeres Vor-

liegen der Symptomatik ohne entsprechende Intervention feststellen konnte. Lag das Symptom Schulschwänzen vor, war es bei den Jungen in einem älteren Alter von 10,6 Jahren aufgetreten, bei den Mädchen hingegen deutlich später mit 14,8 Jahren.

Komorbidität und assoziierte Risikofaktoren

In früheren klinischen Untersuchungen zur Komorbidität bei ängstlichem Schulverweigerern wurde festgestellt, dass in knapp 40% Trennungangst, in 30% soziale Phobie und in 20% einfache Phobien ebenfalls vorhanden sind [22]. Weniger häufig wurde eine Assoziation mit Panikstörungen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen beschrieben. Während im Vor- und Grundschulalter die Trennungangst im Vordergrund steht, werden bei älteren Jugendlichen vermehrt phobische Störungen angenommen. Tritt das schulverweigernde Verhalten gemeinsam mit Angst und Depression auf, so ist die Symptomatik besonders ausgeprägt und schwer [22]. Diese Jugendlichen berichten häufig über somatische Beschwerden, was auch bei gut 50% der von uns untersuchten schulängstlichen Kindern zutrifft [19, 20].

Die unterschiedlichen Formen der Schulverweigerung zeigen ein spezifisches Muster der mit ihnen assoziierten psychopathologischen Störungen.

Geht man hingegen nicht von Inanspruchnahmekohorten aus, dann ergibt sich ein etwas anderes Bild. Berg et al. [14] konnten in einer Schultischprobe zeigen, dass 50% der Schüler mit Abwesenheitsproblemen keine psychiatrische Störung aufwiesen, bei einem Drittel lag eine expansive Störung vor, und bei einem Fünftel konnte eine Angst- oder affektive Störung festgestellt werden. In Übereinstimmung mit Bools et al. [13] und Berg et al. [14] zeigen Ergebnisse von Egger et al. [4], dass Schulverweigerung zwar eng mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen vergesellschaftet ist, aber nicht in jedem Falle eine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann. Bei Egger et al. wurden drei Viertel der Kinder mit einer reinen Schulangst bzw. Schulschwänzen als psychiat-

Komorbidität, assoziierte Symptome und Belastungsfaktoren in Abhängigkeit von der Form der Schulverweigerung

Psychiatrische Morbidität und Belastungsfaktoren bei Schulabsentismus

Tab.1: Psychiatrische Morbidität und Belastungsfaktoren von Kindern mit Schulphobie, Schulangst und Schulüberforderung (Lehmkuhl et al. 1988; Lehmkuhl u. Seeger 1991; Lehmkuhl u. Doll 1994)

Variablen	Schulphobie (N = 43)	Schulangst (N = 37)	Schulüberfor- derung (N = 15)
Jungen	22	17	10
Mädchen	20	20	5
Alter bei Vorstellung(Jahre)	12,7	12,6	16,8
Körperliche Beschwerden vor dem Schulbesuch	24	18	3
Schulwechsel	15	15	12
Kontaktstörungen	12	20	11
Übermäßige ausgeprägte enge familiäre Beziehung	27	14	5
Hohe elterliche Leistungserwartung	6	8	11
Spezielle emotionale Störung (ICD-10: F 40, F 93)	35	23	8
Expansive Störungen (ICD-10: F 90)	1	2	2
Persönlichkeitsstörungen	2	1	3
Anderc Diagnosen	4	6	2
Keine Diagnosen	-	5	-

wurde, blieb die Rolle von Lernkönnen Leistungsdefizite eine ornid Mitarbeiter (1994) aus depressiven Adoleszenten, die er Leistungsstörungen und sprachlichen psychiatrischer Kontroll- und univariate Misserfolge es Anforderungen gerecht zu forgsverhalten.

nie schulischem Verhalten nifikant schlechtere kognitive engkeiten mit Leistungsanforder eine Rolle. Als prognosegine beurteilt. Je älter die Prörichen und einem weiteren ho wie Kliepera (1983) kontulphobische Kernsymptomafähigkeiten in anderen Bette liegenden psychiatrischen evante Faktoren sind in Tallen jüngere Kinder und ein gütig sind. Keine prädiktive den Symptomen sowie expanpressiven Episoden (Southam- d sehr spezifische Indikatoren lit zu erwarten.

und Jugendlichen mit Schulver- kanzeszeitraum mindestens uftung im Mittel 21-Jährigen autwortung verschiedener Fra- res zumindest möglich, telefo- elnformation. Die Nachunter- it und klinische Interviews für d (SCT, 90-R) sowie das Stages- geliven Bewertungen und zur h ausgetragte Symptome ent- e, bipolare Störung, Dysthymie i Patienter ließ sich eine mäßig it Symptomen aus dem Spele- e. Als psychiatrisch unauffällig ie hatten alle Untersuchten er- egen Schulproblemen stationär h durchschnittlich gut besichnet e soziale Eingliederung und die an waren bei 3 der 13 ausfüh-

lich untersuchten Patienten sowohl depressive als auch phobische Symptome vorhan- den. In der Katanmesestudie von Berg et al. (1998) ließ sich bei einem Drittel der Stich- probe ein guter Therapieerfolg feststellen, bei einem weiteren Drittel ein mäßiger und ein weiteres Drittel wurde als Therapiesager bzw. Therapieabbrucher eingestuft. In dieser Gruppe kam es zu einer hohen Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung- gen, überwiegend mit einer Angst- bzw. depressiven Symptomatik.

Flakierska et al. (1988) sowie Flakierska Prapaun et al. (1997) überblicken mit 20 bis 29 Jahren einen langen Katanmeseszeitraum. Die Studie belegt, dass Kinder mit Schulverweigerung im späteren Verlauf häufiger psychiatrisch behandelt werden und länger in ihrer Herkunftsfamilie leben als eine Vergleichsstichprobe. In der Katan- meseuntersuchung von Waldron et al. (1976) wiesen drei Viertel der ehemaligen schulverweigernden Kinder psychiatrische Störungen auf und zeigten deutliche Ten- denzen zu Somatisierungsstörungen. Vergleichbar mit den Ergebnissen von Berg (1976), Flakierska et al. (1988, 1997) sowie Lehmkuhl und Doll (1994) stellten die Autoren eine erhöhte Selbstansicherheit und mangelnde Autonomie fest. Neuere Studien korrtierten den Zusammenhang zwischen sozialer Phobie, schulängstlichem Verhalten und größeren Defiziten in sozialen Fähigkeiten sowie sozialen Kompeten- zen bestätigen (Beidel et al. 1999, 2000; Spence et al. 1999, 2000; Mosia et al. 2001).

Die nachfolgenden Fallbeispiele auf verdeutlichen, wie – besonders im Jugend- alter – das Symptom Frühverweigerung im Rahmen einer komplexen psychiatri- schen Störung mit vielfältigen Bedingungsfaktoren zu verstehen ist.

Tabelle 2: Diagnostisch günstige Faktoren für den Verlauf der Schulphobie

Waldron (1976)	Frühzeitige Diagnostik und Therapie
Fedriguez (1959)	Alter bei Symptombeginn (< 11 Jahre)
Berow (1960)	Frühzeitige Therapie
Berg (1976)	Altes Symptombeginn
Berg (1976)	Klinik (Therapieerfolg) bei Einlassung kein Zusammenhang zu Therapiealter
	Ältere Intelligenz ist ungünstig
Berg (1976)	Jüngeres Alter
	Höhere soziale Schicht
	Therapiealter bei Mädchen
Sanzara und Matloja (1981)	Jüngeres Alter (bei stationärer Aufnahme)
	Dauer des Schulversäumnisses
Berg (1983)	Höhere IQ
	Jüngeres Alter (< 14 Jahre)
Flakierska (1988)	Jüngeres Alter
Doll et al. (1998)	Corripere Benötigen, bessere Ergebnisse in der kognitiven Verhaltenstherapie
Southam-Gerow et al. (2001)	Jüngeres Alter, geringere interne Karriereidol, keine mütterliche Depression
Larsen et al. (2003)	Geringe Melancholie, geringere Ausprägung von Trennungsangst und Vermeidungsverhalten

In einer eigenen Untersuchung konnten bei Jugendlichen mit Schulverweigerung nach einem Katamnesezeitraum von 4 Jahren bei fast dreiviertel der Betroffenen psychiatrische Störungsbilder festgestellt werden. Trotz der Grundproblematik hatten alle Untersuchten die Schule erfolgreich beendet.

Obwohl die Schulbildung dieser jungen Erwachsenen als überdurchschnittlich gut bezeichnet werden kann, fiel den meisten die soziale Eingliederung und die Ablösung von den Eltern schwer.

Zum Katamnesezeitraum waren bei 23% sowohl depressive als auch phobische Symptome vorhanden.

In der Katamnese studie von Berg et al (1996) war bei einem Drittel der Stichprobe der Therapieerfolg gut, bei einem Drittel mäßig und ein weiteres Drittel wurde als Therapieversager bzw. Therapieabbrecher eingestuft. Diese Gruppe zeigte eine hohe Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen insbesondere wegen einer Angst bzw. depressiven Symptomatik.

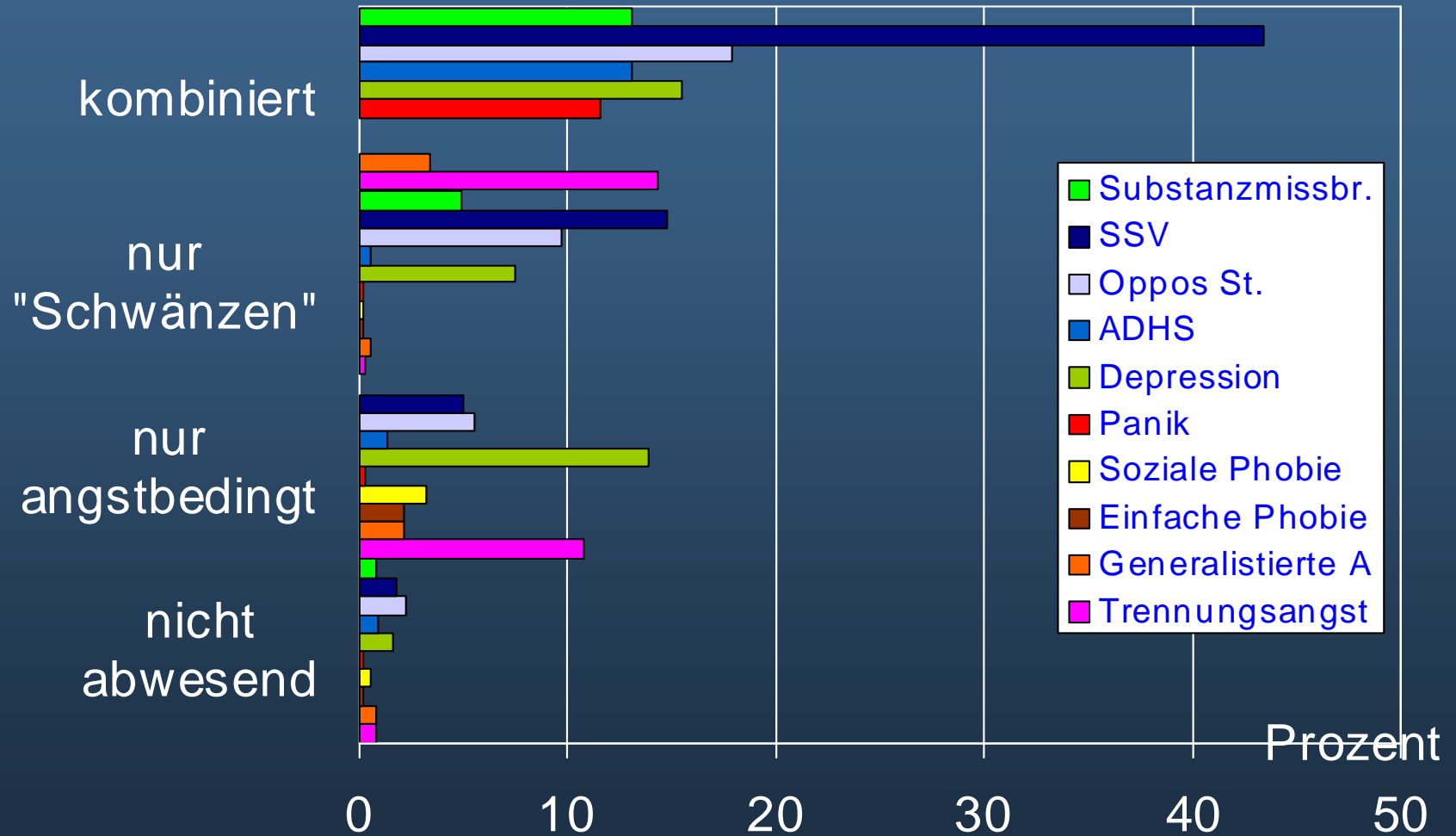
Einen langen Follow Up-Zeitraum
überblicken Flakierska und Mitarbeiter
(1997) mit 20-27 Jahren.

Auch ihre Erfahrungen belegen, dass nach
einer Schulverweigerung im weiteren
Verlauf häufiger psychiatrische
Behandlungen notwendig sind. Die
Betroffenen leben länger in ihrer
Herkunftsfamilie und haben
Schwierigkeiten bei ihrer eigenständigen
Entwicklung.

In neueren Studien konnte der Zusammenhang zwischen sozialer Phobie, schulängstlichem Verhalten und größeren Defiziten in sozialen Fähigkeiten sowie sozialen Kompetenzen im weiteren Verlauf des Lebens bestätigt werden (Beidel 2000, Masia 2001).

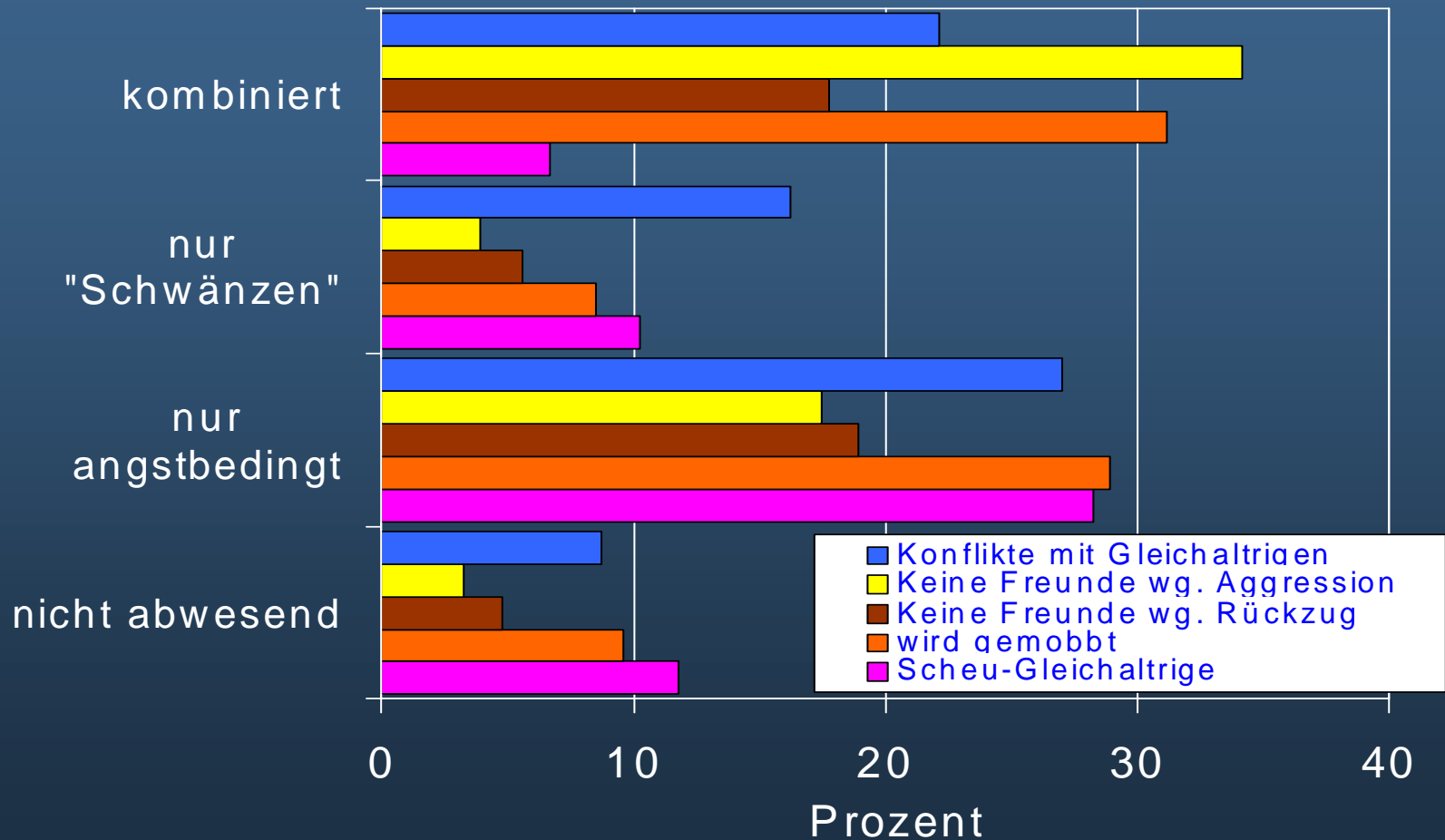
Häufigste psychische Störungen

Great Smoky Mountain Study: N=1422; Alter: 9 – 16



Beziehungs- und Interaktionsprobleme

Great Smoky Mountain Study: N=1422; Alter: 9 – 16



Egger, H.L., Costello, E.J. & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 42(7), 797-807.

Döpfner, M. & Walter, D. (2006). Schulverweigerung. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Schule und psychische Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.



© D. Walter

Schulabsentismus – Komorbidität & Verlauf

- primär ängstliche Schulverweigerung assoziiert mit:
 - erhöhter Rate an psychischen Störungen: v.a. Schlafprobleme, Somatisierungstendenzen, depressive Stimmung, Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen, Lernstörungen, sprachliche Teilleistungsstörungen
- ungünstigen psychosozialen Bedingungen
 - schulisch: große Klassen, viele auffällige Mitschüler, Mobbing
 - familiär: Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern, Streitigkeiten zwischen Eltern, Elternteil(e) mit psychischen Störungen

Schulabsentismus – Komorbidität & Verlauf

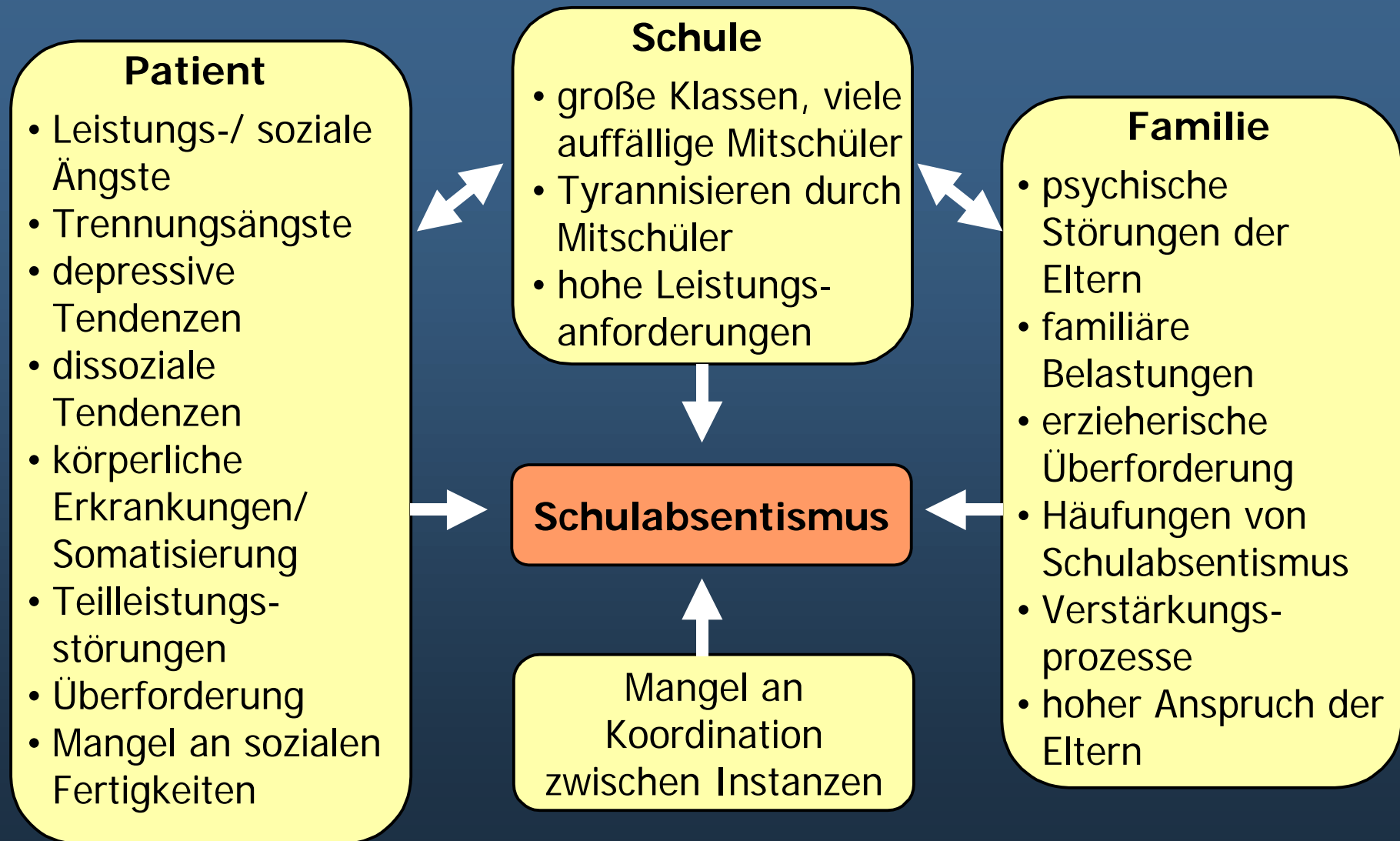
- mit zunehmendem Alter Erweiterung des Spektrums psychischer Störungen
- positiver Zusammenhang zwischen Ausprägung des Schulabsentismus und der Rate psychiatrischer Störungen sowie familiärer Belastungsfaktoren
- stärkste Beeinträchtigung: Kombination von ängstlich und dissozial bedingtem Schulabsentismus
- Verlauf unbehandelt: erhöhte Rate psychischer Störungen, Schwierigkeiten in Autonomieentwicklung, geringes Bildungsniveau, schlechte soziale Eingliederung
- prognostisch günstig: Früherkennung, geringe Fehlzeiten & Komorbidität, niedrige Trennungsangst, geringeres Vermeidungsverhalten

Flakierska-Praquin, N., Lindstrom, M. & Gillberg, C. (1997). School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up of 35 school refusers. *Comp Psychiatry* 38, 17-22.

Spence, S., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. *J Abnorm Psychol* 108, 211-221.



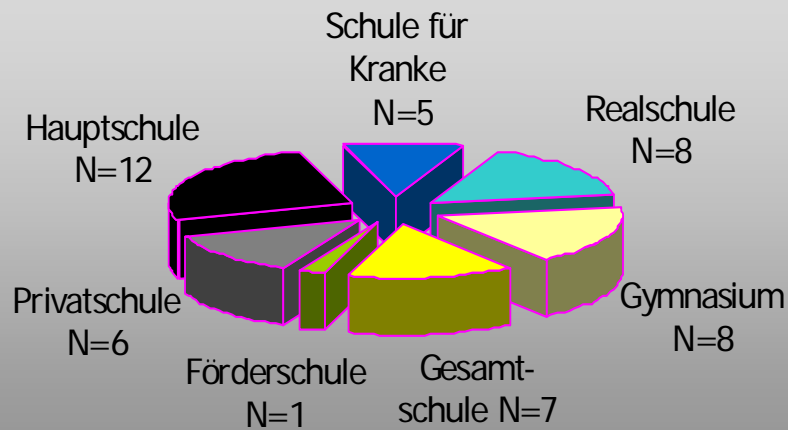
Schulabsentismus – ätiologische Faktoren



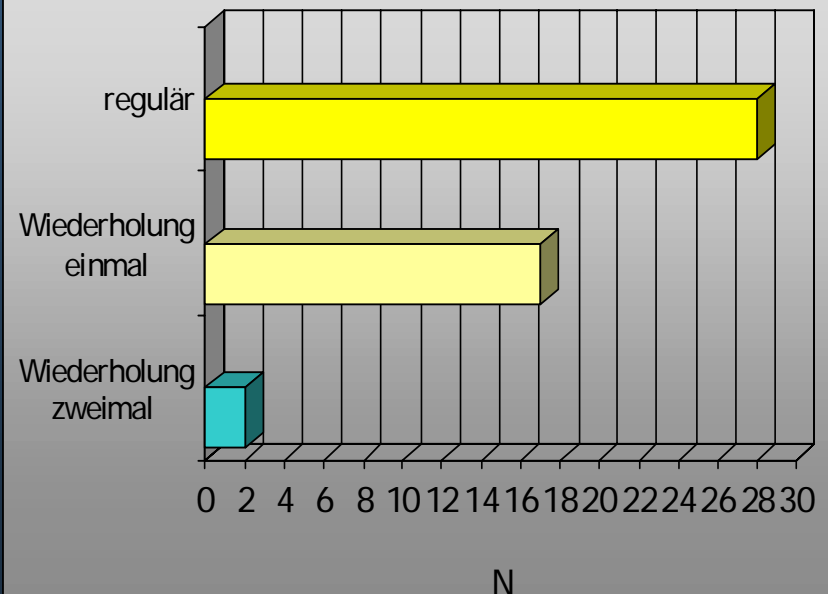
Alter, Geschlecht, Intelligenz und Beschulung

- N=25 Jungen, N=22 Mädchen im Alter von 12;8 bis 17;9 Jahren (M=15;7 Jahre; SD=1,22)
- Intelligenz zwischen SW=74 und SW=134 (G-IQ HAWIK-III; M=96,5; SD=12,7)

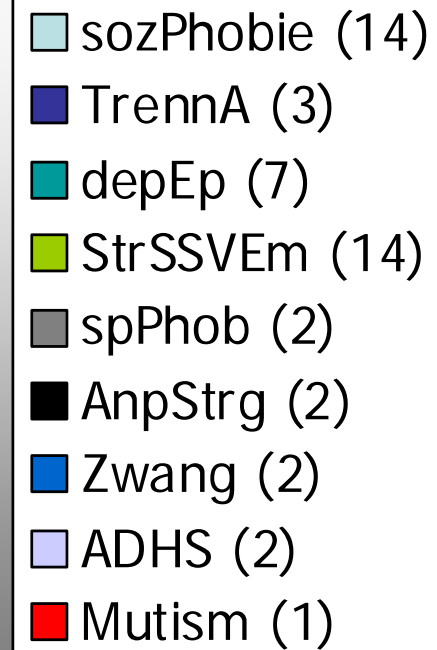
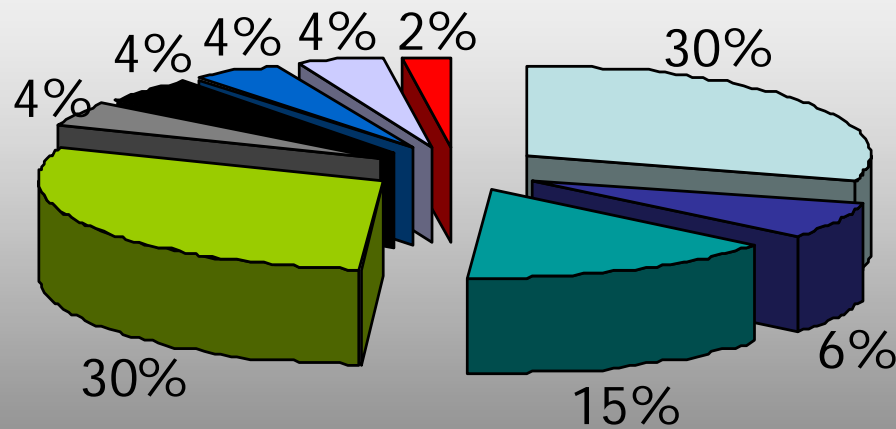
Schulform



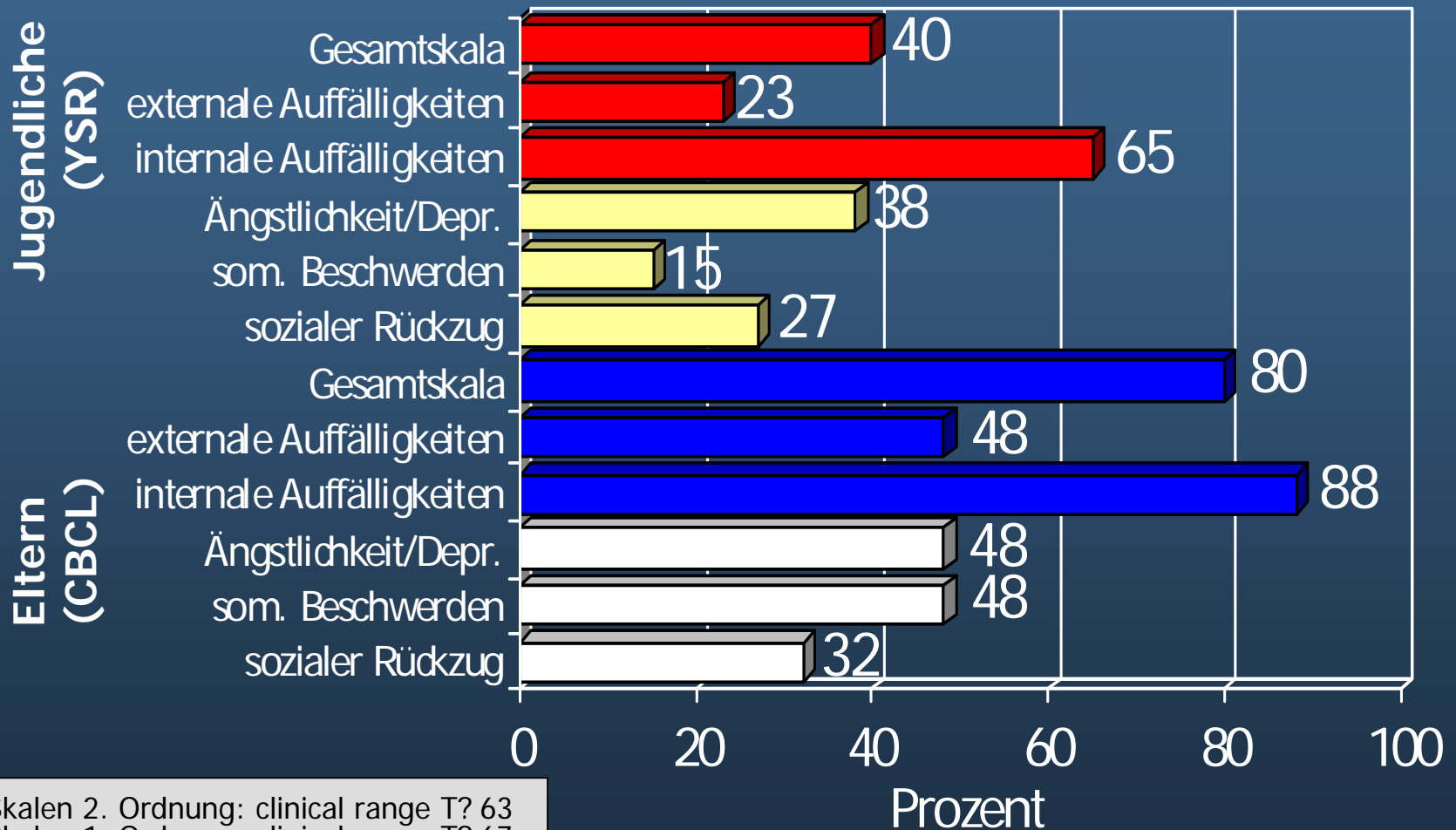
Schulbesuch



Erstdiagnose Achse I MAS



Psychische Störungen im Selbst- und Elternurteil



Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Fragebogen für Jugendliche: Deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Checklist (YSR) & Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim (2. Aufl. mit deutschen Normen). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Kearney legt eine Studie zum Schulabsentismus mit Daten von 222 Patienten im Alter zwischen 5 und 17 Jahren vor.

Das Ausmaß der Schulverweigerung wurde durch die individuell vorhandene Funktion besser vorhergesagt als durch Verhaltensparameter.

Seiner Meinung nach sollte deshalb vermehrt auf diese vier relevanten Verstärker geachtet werden auch im Hinblick auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen:

- Avoidance of stimuli provoking negative affectivity
- Escape from aversive social and/ or evaluative situations
- Pursuit of attention from significant others
- Pursuit of tangible reinforcement outside of school

A comprehensive assessment of school refusal behaviour should also include molecular analyses of variables that often mediate treatment effectiveness. Important examples of such variables include problematic family dynamics, demographic variables and developmental status, ethnicity, severity of school refusal behaviour, and comorbid mental disorders among others. Measures that are sensitive to behaviour change in this population, such as daily records of attendance, are imperative as well.