

ÜBERSICHTSARBEIT

Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Erscheinungsbild, Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapie

Martin Knollmann, Susanne Knoll, Volker Reissner, Jana Metzelaars, Johannes Hebebrand

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Bei einem erheblichen Anteil von Kindern und Jugendlichen, die die Schule meiden, bestehen psychische Störungen. Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht zu typischen Symptomen, Klassifikation, Entstehung, Verlauf und Therapie schulvermeidenden Verhaltens.

Methoden: Ausgehend von einer selektiven Literaturrecherche werden Befunde zu psychopathologisch relevanten Merkmalen schulvermeidender Kinder und Jugendlicher, wie etwa psychiatrische Diagnosen, familien- und eigenanamnestische sowie testpsychologische Variablen, berichtet. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf eigenen Erhebungen.

Ergebnisse: Obwohl die Studienlage lückenhaft ist, lassen die vorliegenden Befunde erkennen, dass Schulvermeidung und eine schlechte psychische Gesundheit sowie eine negative Entwicklung bis ins Erwachsenenalter assoziiert sind. Als Ursachen lassen sich multiple individuelle und soziale Belastungsfaktoren ausmachen, die zu einer Überforderung der Betroffenen und schulvermeidendem Verhalten als Bewältigungsversuch führen.

Schlussfolgerungen: Trotz vieler Präventions- und Therapiemöglichkeiten ist es nach wie vor notwendig, die Hilfen zu vernetzen sowie schulvermeidendes Verhalten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ärzte sollten die Möglichkeit einer psychischen Störung in Betracht ziehen. Sie sollten ferner Krankschreibungen oder Verordnungen von Mutter-Kind-Kuren, die die Symptomatik aufrechterhalten, vermeiden und bei entsprechendem Verdacht zeitnah an einen Kinder- und Jugendpsychiater überweisen.

Zitierweise: Dtsch Arztebl Int 2010; 107(4): 43–9
DOI: 10.3238/arztebl.2010.0043

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,
LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen:
Dr. phil. Dipl.-Psych. Knollmann, Dr. med. Knoll, Dr. med. Reissner,
Dipl.-Psych. Metzelaars, Prof. Dr. med. Hebebrand

Bis zu 60 % der Schüler weiterführender Schulen in Deutschland geben an, im Laufe ihrer bisherigen Schulkarriere schon einmal einige Stunden oder einen ganzen Tag lang der Schule absichtlich ferngeblieben zu sein (1). Kinder- und jugendpsychiatrisch bedeutsam wird die Abwesenheit von der Schule allerdings erst dann, wenn sie in einem deutlich stärkeren Ausmaß und zusammen mit psychiatrischen Symptomen auftritt. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Befundlage zu psychopathologisch relevanten Merkmalen schulvermeidender Kinder und Jugendlicher darzulegen. Angesichts der bereits verfügbaren Übersichtsarbeiten (2–6, e1) sowie der nach wie vor spärlichen Datenlage in Deutschland liegt der Schwerpunkt auf der neueren, zumeist englischsprachigen Literatur sowie den Ergebnissen zweier aktueller eigener Studien (7, 8).

Symptomatik, Klassifikation und Prävalenz

Im Folgenden wird die Bezeichnung „schulvermeidendes Verhalten“ (e2) für eine mit psychischen Symptomen einhergehende Abwesenheit von der Schule verwendet. In der einschlägigen Literatur wird weiter differenziert in Schulschwänzen ohne Angstsymptome sowie angstbedingte Schulverweigerung (*Grafik 1*). Letztere wird weiter in Schulängste (Leistungsängste, soziale Ängste) und Trennungsängste (Angst vor der Trennung von Bezugspersonen) unterteilt (*Grafik 1*) (9). Es wird ein enger Zusammenhang zwischen Störungen des Sozialverhaltens und Schulschwänzen einerseits und zwischen Schulverweigerung und Angst sowie weiteren Emotionalstörungen andererseits angenommen (2). Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass Schulvermeider Symptome aus dem gesamten Spektrum psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters aufweisen können (*Tabelle*) (8) und erhebliche Überschneidungen zwischen Schulverweigerern und -schwänzern bestehen (*Grafik 1*). Eine für die USA repräsentative Untersuchung (10) fand zwar bei den Schulschwänzern mehr Störungen des Sozialverhaltens als emotionale Störungen im Vergleich zu den Schulverweigerern (und umgekehrt), bei einem gemischten Bild aus Schulschwänzen und Schulverweigerung zeigte sich jedoch die höchste Rate an psychiatrischen Störungen. Die Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen un-

terscheidet sich je nach Art der herangezogenen Stichprobe (Inanspruchnahmepopulationen: bis zu 90 %, repräsentative Stichproben: bis zu 24,5 %) (2).

Die Prävalenz schulvermeidenden Verhaltens lässt sich aufgrund der Verwendung verschiedener Definitionen und Erhebungsverfahren nur schwer schätzen (1, 2). Die meisten Autoren gehen von 5 bis 10 % regelmäßig und in „erheblichem Ausmaß“ in der Schule abwesender Kinder und Jugendlicher in Deutschland aus (3, 11, 12). Schulvermeidung ist bei Jugendlichen deutlich häufiger als bei Kindern. In einzelnen Studien sind Jungen in einem Verhältnis von 2 : 1 häufiger betroffen als Mädchen (2, 3). Die höchsten Raten findet man in Haupt- und Sonderschulen (11), jedoch ist keine Schulform von dem Phänomen ausgenommen. Der aktuelle nationale Bildungsbericht belegt, dass die Zahl von Schulabgängern ohne Schulabschluss in Deutschland (2006: rund 76 000, circa 8 % eines jeden Jahrgangs) im Vergleich zum europäischen Ausland immer noch sehr hoch ist (13); schulvermeidendes Verhalten dürfte bei einem höheren Prozentsatz dieser Jugendlichen vorliegen. Obwohl in Deutschland prozentual mehr Schüler mit Migrationshintergrund die Schule vorzeitig abbrechen (13), finden sich bislang keine klaren Hinweise darauf, dass im Vorfeld Schulvermeidung bei diesen Schülern vermehrt auftritt (1). Bei der Interpretation der Studien mit diesbezüglich positiven Befunden (e3, e4) ist eine mögliche Konfundierung mit sozialer Schichtzugehörigkeit zu bedenken (6, e5, e6).

Verlauf

In den meisten Studien zeigt sich ein Anstieg der Schulverweigerung zwischen dem fünften und sechsten sowie dem zehnten und elften Lebensjahr. Demgegenüber tritt das Schulschwänzen typischerweise erstmals im Alter von circa elf Jahren auf und nimmt zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr zu (2, 10, 11). Während im Kindesalter die angstbedingte Schulverweigerung dominiert, erweitert sich ab dem beginnenden Jugendalter das Spektrum der Störungen deutlich (5).

Schulschwänzen ist prognostisch mit einem erhöhten Risiko für soziale Probleme verbunden, wie zum Beispiel

- Schulversagen (Odds Ratio [OR] = 4,6)
- Arbeitslosigkeit (OR = 2,4)
- Drogenabusus (OR = 2,2)
- Delinquen: (OR = 4,0) (e7).

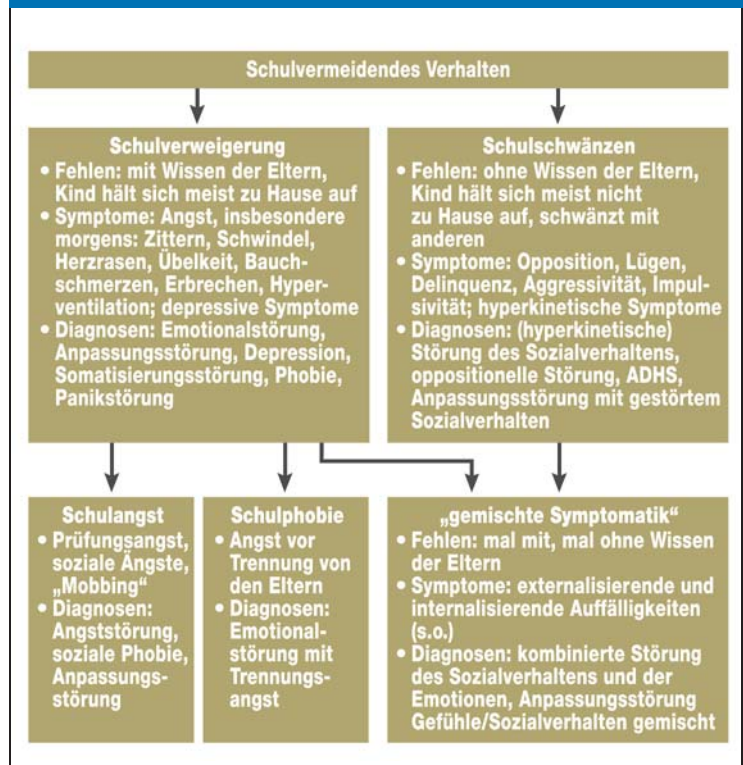
Angstbedingte Schulverweigerung ist primär mit dem Fortbestehen oder der Entwicklung von psychischen Störungen (OR = 3,1) (14) assoziiert.

Prognostisch günstig sind:

- ein akuter Symptombeginn
- jüngeres Alter bei Symptombeginn
- geringere schulische Fehlzeiten
- frühzeitige Diagnostik und Therapie
- geringere psychiatrische Morbidität
- ein geringeres Ausmaß des Vermeidungsverhaltens (15).

Umgekehrt besteht die Gefahr einer Chronifizierung der Symptomatik, wenn schnelle Hilfe ausbleibt und die genannten protektiven Faktoren fehlen (Kasten 1).

GRAFIK 1



Klassifikation schulvermeidenden Verhaltens

Ungünstige Auswirkungen von schulvermeidendem Verhalten auf die weitere Entwicklung sind offensichtlich: Der Schulbesuch und die sich anschließende Arbeitstätigkeit sind nicht nur für die (künftige) finanzielle Sicherung wichtig, sondern auch, um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und soziale Kontakte aufzubauen. Darüber hinaus geben Schule und Beruf eine sinnvolle Tagesstruktur vor. Trotz dieser Zusammenhänge befassen sich Studien zur Jugendarbeitslosigkeit nur selten mit dem Thema Schulvermeidung in der Vorgeschichte (16). Im Rahmen des Kooperationsprojekts „SUPPORT 25“ erhalten Arbeitslose unter fünfundzwanzig Jahren mit Verdacht auf psychiatrische Störungen kurzfristig die Möglichkeit einer psychiatrischen Diagnostik und Beratung (7). 97,6 % der Untersuchten (N = 165, 96 weiblich; Alter: Mittelwert [M] = 21) litten an mindestens einer psychiatrischen Achse-I-Störung nach ICD-10. Schulverweider – Probanden, die während ihrer Schullaufbahn mindestens einen Monat dem Unterricht fern geblieben waren – machten 30 % der Stichprobe aus. Angehörige dieser Gruppe hatten signifikant häufiger keinen Schulabschluss und nahmen öfter psychiatrische Hilfen vor dem 18. Lebensjahr in Anspruch. Tendenziell nutzten Schulverweider auch nach ihrer Volljährigkeit das psychiatrische Versorgungssystem stärker und wiesen häufiger in einer retrospektiv gestellten Lebenszeitdiagnose eine Störung des Sozialverhaltens auf. Weiterhin antworteten Schulverweider pessimistischer auf die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, eine Stelle zu finden und innerhalb der nächsten zwei Jahre eine Arbeit aufzunehmen.

TABELLE

Häufigkeit von Achse-I-Erstdiagnosen nach ICD10 (N = 89 Patienten)

Diagnose ICD 10 Achse I	Häufigkeit (%)
sonstige emotionale Störung des Kindesalters	28 (31,5 %)
Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion	7 (7,9 %)
Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt	2 (2,2 %)
emotionale Störung im Kindesalter 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 %)
mittelgradige depressive Episode	1 (1,1 %)
Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	11 (12,4 %)
hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	3 (3,4 %)
Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens	5 (5,6 %)
Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	1 (1,1 %)
auf familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	1 (1,1 %)
sonstige Störung des Sozialverhaltens	5 (5,6 %)
Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	4 (4,5 %)
sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	7 (7,9 %)
Anpassungsstörung Gefühle/Störung des Sozialverhaltens gemischt	4 (4,5 %)

Quelle: (8)

Entstehung

Schulverweigerndes Verhalten darf nicht auf medizinisch-psychologische Aspekte reduziert werden, sondern ist stets auch in komplexe gesellschaftliche Bedingungen eingebettet. Angesichts der verfügbaren Befunde kann man annehmen, dass beispielsweise Erziehungsstil, relative Armut, sozial benachteiligte Wohngegenden, Haltung zu Schule und das Schulsystem selbst einen Einfluss haben (2, 6, 10, 17). Psychologische Modelle zur Entstehung von Schulvermeidung heben Interaktionen zwischen familiären und schulischen sowie individuellen Variablen hervor. Für das Schulschwänzen zeigen sich hierbei Parallelen zu ätiologischen Modellen zur Störung des Sozialverhaltens (e8), für die Schulverweigerung zu Modellen zur Genese von Angststörungen (9). Gleichzeitig lassen sich viele gemeinsame Faktoren ausmachen (Grafik 2), die im Folgenden anhand einschlägiger Studien sowie eigener Befunde einer Stichprobe von 89 Patienten (42 weiblich; Alter: M = 14,4) erläutert werden. Hierbei handelt es sich um Patienten einer auf Schulverweigerung spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz (8). Demnach ist schulvermeidendes Verhalten als Reaktion auf Überforderungen im schulischen, gleichaltrigen- und familiären

Kontext zu interpretieren, die vor dem Hintergrund individueller Vulnerabilität entstehen.

Schul- und Gleichaltrigenkontext

11,2 % der Patienten in der eigenen Stichprobe besuchten eine Förder-, 34,8 % eine Haupt- und 23,6 % eine Gesamtschule. 51,6 % haben mindestens einmal eine Klasse wiederholt. Zudem haben 61,8 % mindestens einen außerplanmäßigen Schulwechsel (bis auf eine Ausnahme zu einer „niedrigeren“ Schulform) hinter sich. Diese Zahlen, die sich signifikant von denen aus repräsentativen nichtklinischen Stichproben unterscheiden (8), bestätigen andere Befunde, nach denen Schulverweider eine von Misserfolgen geprägte Schulkarriere aufweisen und primär unter den Verlierern des deutschen Schulsystems zu finden sind (1, 15, 17). Weiterhin bestehen bei den Betroffenen oft konflikthafte Beziehungen zu Gleichaltrigen (6, 10, 17): Während Schulschwänzer häufig Kontakt zu devianten Jugendgruppen haben (18), fallen Schulverweigerer durch soziale Integrationsprobleme auf. In der eigenen Stichprobe bezeichneten sich 22,5 % der Patienten als Opfer von Mobbing, als insgesamt sozial schlecht integriert wurden 33,7 % klassifiziert. Diese Zahlen decken sich weitestgehend mit denen internationaler Studien (6, 19). Einige Untersuchungen weisen zudem darauf hin, dass neben Gewalt- und Ausgrenzungserfahrungen auch eine als schlecht empfundene Qualität des Schulklimas zu schulvermeidendem Verhalten beitragen kann (6, 17, e9). Hierauf dürften sich wiederum Faktoren auswirken wie

- die Schul- und Klassengröße
- das Verhältnis zwischen Lehrkörper, Direktion und Schülern
- die Kooperation von Eltern und Schule
- die Kontrolle der Fehlzeiten durch die Lehrer (6, 17, e3).

Familiärer Kontext

Der Anteil der Kinder, die von einer Trennung der Eltern betroffen waren, lag in der eigenen Stichprobe bei 60,5 % – eine im Vergleich zu repräsentativen Stichproben (circa 19 % Scheidungskinder) (e10) signifikant erhöhte Quote. Die Häufigkeit schwerer körperlicher (29,2 %) und psychischer (14,6 %) Erkrankungen der Eltern (e11) weist ebenfalls auf die Bedeutung familiärer Belastungen hin. In vergleichbaren Studien mit Populationen schulvermeidender Patienten von kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanzen traten die familiären Belastungen deutlich stärker hervor (8, 19). Weitere familiäre Risikofaktoren umfassen

- einen niedrigen sozioökonomischen Status der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- häufige Umzüge
- geringe elterliche Kontrolle
- soziale Isolation der Familie
- stark verwickelte oder emotional distanzierte familiäre Beziehungen
- häufige familiäre Konflikte (5, 10, 11, 17, 19, e12).

KASTEN 1

Fallbericht über eine Schulverweigererin

Vorstellungsanlass: 14-jährige Patientin konsultierte wegen diverser Probleme eine mobile kinder- und jugendpsychiatrische Spezialsprechstunde an einer Hauptschule; unregelmäßiger Schulbesuch (fehlte etwa jeden zweiten Tag; schulischer Leistungsabfall, Versagensängste), der von Mutter und Patientin mit starker Somatisierung (Übelkeit, Erbrechen, Fieber, Luftnot ohne somatische Ursache), Schlafstörungen und Mobbing in der Schule erklärt wurde. Die Symptomatik hätte bereits in der 5. Klasse begonnen.

Familienanamnese: Innerhalb eines Jahres Tod von drei nahe stehenden Familienangehörigen einschließlich des Vaters; Mutter körperlich schwer erkrankt; Vater sei alkoholkrank und gewalttätig gewesen; Mutter habe seit kurzem neuen Lebensgefährten; mehrere erwachsene Halbgeschwister mütter- und väterlicherseits

Eigenanamnese: Schwangerschaft der Mutter der Schülerin erst im 6. SSM festgestellt, unauffällige Geburt; frühe Fütterungsstörung; Meilensteine der Entwicklung unauffällig; ab zweieinhalb Jahren Besuch einer Kindertagesstätte bei guter sozialer Integration; Einschulung mit sechs Jahren, gute bis mittelmäßige Leistungen; Schulwechsel nach Umzug in andere Stadt, in neuer Klasse sei die Patientin oft geärgert worden; erneuter Umzug und Schulwechsel wegen Erkrankung der Mutter, Wiederholung der 2. Klasse; abermaliger Umzug in andere Stadt, Besuch der 3. und 4. Klasse in neuer Schule, Mobbing durch Mitschüler; Wechsel auf Hauptschule, schlechte soziale Integration, Mobbing, Beginn der Schulverweigerung; 2008 Umzug zu neuem Lebensgefährten der Mutter, erneuter Schulwechsel (Hauptschule), aktuell 7. Klasse

Testpsychologische Diagnostik: Durchschnittlicher IQ, Selbstbeurteilung (YSR) auffällig hinsichtlich körperlicher Beschwerden, Fremdbeurteilung durch die Mutter (CBCL) auffällig hinsichtlich körperlicher Beschwerden, Angst/Depression, sozialer Probleme, aggressiven Verhaltens; Angst- und Depressionsfragebogen unauffällig

Verdachtsdiagnosen: Somatisierungsstörung (F45.0V); Spezifische Phobie (F40.2V)

Empfehlung: stationäre Aufnahme zur vertiefenden Diagnostik, Einleitung einer stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Behandlung

Bei Schulschwänzern überwiegen mit niedrigem sozioökonomischem Status assoziierte Belastungsfaktoren, wohingegen für Schulverweigerer der Anteil psychisch erkrankter Eltern höher ausfällt (3, 10). Insgesamt scheinen Schulverweigerer mehr belastenden Lebensereignissen ausgesetzt zu sein (20).

Individuelle Merkmale

39,1 % der eigenen Patienten wiesen einen unterdurchschnittlichen IQ-Wert (< 85) auf, womit sich signifikante Abweichungen von dem aufgrund der repräsentativen Testnormierung zu erwartenden Anteilswert (13,6 %) ergaben. Obwohl sich in anderen Studien lediglich ein Zusammenhang zwischen Schulschwänzen und niedriger Intelligenz andeutet (17), berichten auch viele durchschnittlich begabte Schulverweigerer von Leistungsproblemen vor Beginn der Schulvermeidung (19). Dies weist auf mögliche kognitive Überforderungen durch schulische Fehlplatzierungen hin (17); im Einzelfall muss hier auch an eine überdurchschnittliche Intelligenz gedacht werden (e13, e14). Weiterhin fanden sich in der eigenen Stichprobe testpsychologische Hinweise darauf, dass Aufmerksamkeitsstörungen insbesondere bei den Schulschwänzern zu schulischen Misserfolgen beitragen könnten; andere Studien sprechen für eine Beteiligung von Teilleistungsstörungen bei der Genese schulvermeidenden Verhaltens (21).

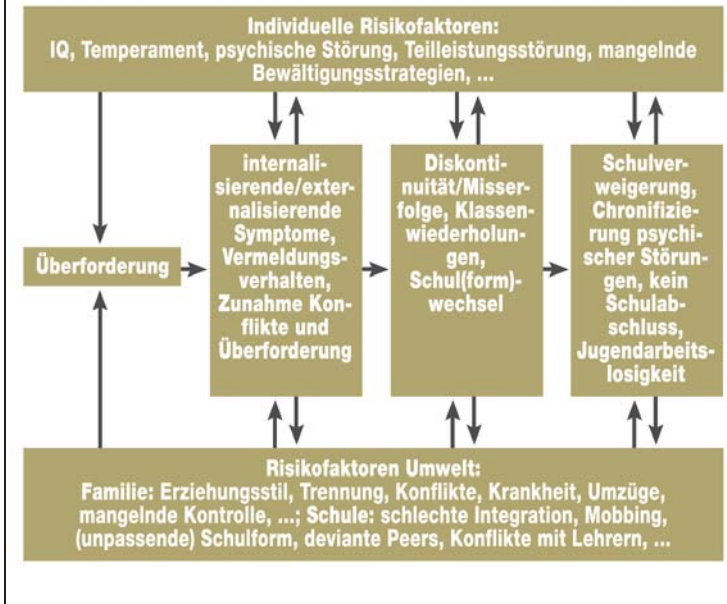
Insgesamt ist anzunehmen, dass schon vor Beginn der Schulvermeidung bestehende kinder- und jugendpsychiatrisch relevante Störungen erheblich zu den individuellen Faktoren (*Grafik 2*) beitragen. Anamnestic wiesen 20,2 % der Patienten der eigenen Stichprobe internalisierende Symptome und 23,6 % externalisierende Symptome bereits vor Beginn der Schulverweigerung auf (8). Neuere Untersuchungen sprechen dafür, dass auch körperliche Krankheiten wie Asthma (6, e15) oder Adipositas (e16–e18) mit Schulabsentismus assoziiert sind.

Diagnostik und Therapie

Bei Schulvermeidung ist die zügige Wiederaufnahme des Schulbesuchs das vorrangige Behandlungsziel. Eine Krankschreibung aufgrund etwaiger psychosomatischer Beschwerden (*Grafik 1*) ist kontraindiziert, weil diese das schulvermeidende Verhalten zusätzlich verstärkt (Legitimierung des Fehlens) und so zu einer Chronifizierung beiträgt.

Kinder- und Hausärzte sollten mit den entsprechenden Symptomen vertraut sein (*Kasten 2*). Diagnostisch wegweisend ist das Auftreten am Morgen oder bereits in den Abendstunden und das Fehlen der Symptome an Wochenenden und in Ferienzeiten. Im Einzelfall wechseln Eltern häufiger den Arzt, um fortgesetzte Krankschreibungen zu erwirken. Zu berücksichtigen ist auch, dass im Einzelfall eine invasi-

GRAFIK 2



Pathogenese schulvermeidenden Verhaltens

KASTEN 2

Vorstellungsanlass und anamnestische Befunde bei angstbedingter Schulverweigerung

Vorstellungsanlass

Andauernde körperliche Symptome, die den Schulbesuch verhindern beziehungsweise in der Schule auftreten: Blässe, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopf-, Bauch-, Brust-, Gelenk-, Rückenschmerzen, Appetitlosigkeit, Durchfall, häufiges Wasserlassen. Symptome zeigen häufig graduellen Beginn ohne erkennbaren Grund, gelegentlich auch abrupter Beginn

Anamnese und Befunde

Zeitliche Bindung der Beschwerden: Morgens, gegebenenfalls in den Abendstunden, Fehlen beziehungsweise Reduktion am Wochenende beziehungsweise zu Ferienzeiten; Eltern unternehmen gegebenenfalls Anstrengungen, um ihre Kinder zum Schulbesuch zu bewegen; Schulbesuch oft nach dem Wochenende am schwierigsten, seltener an spezifischen Schultagen

Familienanamnese: gegebenenfalls positiv für Angststörungen, depressive Störungen, somatische und/oder psychiatrische Erkrankungen der Bezugspersonen? Todesfälle? Umzüge, sonstige Belastungen?

Eigenanamnese: Trennungsangst im Kindergarten beziehungsweise bei Einschulung, Leistungsprobleme in der Schule, gelegentlich in Verbindung mit somatischer Krankheit auftretend; Schulwechsel; Belastungen in Familie, Schule oder „Peer group“; soziale Isolierung

Psychischer Befund: Kein ausgeprägtes antisoziales Verhalten, gelegentlich depressive und/oder ängstliche Symptomatik

Compliance: Große interindividuelle und familiäre Unterschiede im Ausmaß der Bereitschaft, das Problem anzugehen

ve und kostenintensive somatische Diagnostik betrieben wird, ehe psychische Faktoren in die diagnostischen Überlegungen einbezogen werden.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik beinhaltet neben einer ausführlichen Exploration des Kindes und seiner Bezugspersonen eine testpsychologische Untersuchung bezüglich einer etwaigen intellektuellen Unter- oder Überforderung sowie Teilleistungsstörungen. Fragebogenverfahren und strukturierte klinische Interviews dienen dazu, die Kernsymptomatik (21, e19) und komorbide Störungen zu erfassen. Kearney (22, e20, e21) unterscheidet vier Funktionen schulvermeidenden Verhaltens

- aufmerksamkeitsuchendes Verhalten/Trennungsangst
- Vermeidung eines negativen Affekts
- positive Verstärkung außerhalb der Schule
- Vermeidung von Prüfungs- und sozialen Situationen.

Diese Punkte sollten durch einen Fragebogen (e21, e22) erfasst und ergänzend zur Indikationsstellung herangezogen werden.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung schließt kind-, schul- und familienzentrierte Methoden zum Abbau des angstbedingten Vermeidungsverhaltens ein (23, e23, e24). Hierbei haben sich in mehreren Studien kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen – auch in Kombination mit einer antidepressiven medikamentösen Behandlung (Imipramin) – als wirksam erwiesen (3, 6, e25). Bislang liegen allerdings nur wenige randomisierte und kontrollierte Evaluationsstudien vor (Evidenzgrad Ib); eine Überlegenheit gegenüber anderen Therapien sowie eine größere Effektivität bei Einbeziehung der Eltern konnte nicht durchgängig gezeigt werden (3, e26–e28). Für die Therapie dissozial bedingten Schulschwänzens fehlen bislang kontrollierte Evaluationsstudien (6). Angesichts der oft überlappenden internalisierenden und externalisierenden Symptome empfehlen Kearney et al. (e29) eine integrative Behandlung aller Schulverweigerer, die sich nach dem funktionalen Profil des schulvermeidenden Verhaltens richten sollte.

Insbesondere bei chronischen Verläufen ist oft eine ambulante Behandlung nicht ausreichend. Bei 20,2 % der Patienten der eigenen Stichprobe wurde eine (teil-)stationäre Therapie empfohlen (8). Eine aktuelle Evaluationsstudie konnte gute Effekte neun Monate nach Ende der stationären Behandlung nachweisen (e30). Verlaufsstudien über einen längeren Zeitraum sprechen jedoch dafür, dass mindestens ein Drittel der schulverweigernden Patienten psychische Probleme im späteren Leben aufweisen (3, 6, 14, 24, e31–e33). Eine ausschließliche kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist somit in aller Regel unzureichend (6). Es gilt für den Einzelfall ein Helfersystem aufzubauen, das Schule, Jugendhilfe sowie Kinder- und Hausärzte umfassen sollte. In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl entsprechender Modellprojekte implementiert (e34). 2006 initiierte die Bun-

desregierung das Programm „Schulverweigerung – Die 2. Chance“ (25), in dessen Rahmen an mehr als 150 Standorten Koordinierungsstellen eingerichtet wurden. Dort bauen „Case-Manager/-innen“ Kontakt zu Schulvermeidern auf, mit dem primären Ziel der schulischen Reintegration. Erweist sich dies als unrealistisch, kann jenseits des Regelschulsystems der Schulabschluss ermöglicht werden. Eine systematische Evaluation dieser Projekte steht noch aus.

Fazit und Ausblick

Die hohe Zahl an Jugendlichen, die ohne Abschluss die Schule verlassen, verdeutlicht den politischen Handlungsbedarf. Das Symptom „schulvermeidendes Verhalten“ muss in diesem Zusammenhang ernst genommen werden. Das Schulsystem ist dahingehend gefordert, fehlende Schüler rasch zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu deren Rückführung einzuleiten. Um dieser wichtigen Funktion gerecht zu werden, benötigt die Institution Schule Unterstützung. Ideal erschiene es den Autoren, wenn entsprechende Kinder und Jugendliche ebenso wie deren Eltern zeitnah einem Team – bestehend aus einem unabhängigen Lehrer, einem Mitarbeiter der Jugendhilfe und einem Kinder- und Jugendpsychiater – vorgestellt würden. Eine solche „Task force“ würde unter Berücksichtigung der interdisziplinären Diagnostik ein Konzept zur schulischen Reintegration entwickeln und dessen Umsetzung überwachen. In Anbetracht der sehr hohen ökonomischen Folgekosten schulvermeidenden Verhaltens erscheinen die hierfür erforderlichen Ausgaben mehr als gerechtfertigt; durch entsprechende Evaluationen gilt es, diese Hypothese zu belegen.

Ärzte sollten die somatischen Symptome und psychiatrischen Störungen kennen, die mit angstbedingter Schulverweigerung assoziiert sind (*Grafik 1, Kasten 2*). Zeigen sich bei einer ersten diagnostischen Abklärung bezüglich körperlicher Erkrankungen keine pathologischen Befunde oder sind die Befunde unklar, sollte anstelle von (oder parallel zu) weiteren zeit- und kostenintensiven somatischen Untersuchungen (Chronifizierungsgefahr) eine erste Exploration bezüglich psychiatrischer Störungen (Leitfragen: siehe *Grafik 1* sowie *Kasten 2*) sowie eine frühzeitige Überweisung an einen Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen. Krankschreibungen und auch die Verordnung von „Mutter-Kind-Kuren“ verstärken die Symptomatik und sind somit in aller Regel kontraindiziert.

Kinder- und Jugendpsychiater sind gefordert, Sprechstunden mit kurzen Wartezeiten für Schulvermeider zu etablieren. Zu prüfen wäre auch die Effektivität mobiler Sprechstunden an Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe. Es besteht Forschungsbedarf zur weiteren Klärung der Rolle kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen, psychosozialer und schulischer Risikofaktoren am Zustandekommen schulvermeidenden Verhaltens und dessen mittel- und langfristigen Auswirkungen.

KERNAUSSAGEN

- Schulvermeidendes Verhalten kann in emotional bedingte Schulverweigerung (Ängste) und Schulschwänzen (oft in Verbindung mit einer Störung des Sozialverhaltens) unterteilt werden, wobei große Überschneidungen zwischen diesen Gruppen bestehen.
- Die Prävalenz stark ausgeprägten schulvermeidenden Verhaltens wird auf circa 5–10 % geschätzt. Bislang ist unklar, bei wie vielen der Betroffenen psychische Störungen bestehen; in klinischen Stichproben findet man allerdings meist eine hohe Quote klinisch relevanter Auffälligkeiten.
- Schulvermeidung entsteht meist aus einer Akkumulation verschiedenster Belastungsfaktoren im familiären (z. B. Trennung der Eltern), schulischen (z. B. Überforderung) und Gleichaltrigenkontext (z. B. Mobbing), die auf individuelle Vulnerabilitäten (z. B. Teilleistungsstörungen) treffen.
- Angesichts der oft chronischen Verläufe empfiehlt sich eine frühzeitige kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik. Eine entsprechende Überweisung sollte vor allem bei Schulvermeidung im Zusammenhang mit somatischen Beschwerden unklarer Genese (z. B. Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme) erfolgen.
- Eine Krankschreibung aufgrund psychosomatischer Beschwerden sowie die Verordnung von Mutter-Kind-Kuren sind in der Regel nicht ratsam, da dieses Vorgehen das schulvermeidende Verhalten verstärkt. In vielen Fällen ist eine ambulante oder stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Therapie zum Abbau des angstbedingten Vermeidungsverhaltens indiziert.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Die Autoren erhalten eine Förderung durch „Med in.NRW“.

Die wissenschaftlichen Arbeiten zu Schulverweigerung wurden von Zonta Essen und der Bundes-Betriebskrankenkasse unterstützt. Das JobCenter Essen finanziert je einen Psychiater und Psychologen im Rahmen des Modellprojekts SUPPORT25. Die RWE-Jugendstiftung unterstützt Forschung zu psychischen Störungen als Ursache von Jugendarbeitslosigkeit.

Manuskriptdaten

eingereicht: 14. 4. 2009, revidierte Fassung angenommen: 19. 8. 2009

LITERATUR

1. Weiß B: Wer schwänzt wie häufig die Schule? Eine vergleichende Sekundäranalyse auf Grundlage von 12 deutschen Studien. In: Wagner M (ed.): Schulabsentismus. Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis. Weinheim: Juventa 2007; 37–56.
2. Lehmkuhl U, Lehmkuhl G: Schulverweigerung – ein heterogenes Störungsbild. Bundesgesundheitsblatt für Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 2004; 47: 890–5.
3. Jans T, Warnke A: Schulverweigerung. Monatsschrift Kinderheilkunde 2004; 152: 13002–12.

4. Keraney CA: School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association 2001.
5. King NJ, Bernstein GA: School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 197–205.
6. Kearney CA: School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 451–71.
7. Rosien M, Reissner V, Hebebrand J: SUPPORT 25 – Jugendarbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. *Psychotherapie im Dialog* 2008; 9: 311–2.
8. Knollmann M, Al-Mouhtasseb K, Hebebrand J: Schulverweigerung und psychische Störungen: Merkmale von schulverweigernden Kindern und Jugendlichen und ihren Familien einer kinder- und jugendpsychiatrischen „Schulverweigererambulanz“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2009; 58: 434–49.
9. Döpfner M, Walter D: Schulverweigerung. In: Steinhausen H C (ed.): *Schule und psychische Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer 2006; 218–35.
10. Egger HL, Costello EJ, Angold A: School refusal and psychiatric disorders: a community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 797–807.
11. Wagner M, Dunkake I, Weiß B: Schulverweigerung. Empirische Analysen zum abweichenden Verhalten von Schülern. *Kölnischer Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychiatrie* 2004; 56: 457–89.
12. Schreiber-Kittl M, Schröpfer H: Abgeschrieben? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung über Schulverweigerer. München: DJI 2002.
13. Autorengruppe Bildungsberichterstattung: *Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit Analysen zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I*. Bielefeld: Bertelsmann 2008.
14. Flakierska N, Lindstrom M, Gillberg C: School refusal: A 15–20-year follow-up study of 35 Swedish urban children. *Comprehensive Psychiatry* 1997; 38: 17–22.
15. Lehmkuhl G, Flechtner H, Lehmkuhl U: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003; 52: 371–86.
16. Woodward LJ, Fergusson DM: Childhood peer relationship problems and later risks of educational under-achievement and unemployment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41: 191–201.
17. Rickling H: *Schulabsentismus als Forschungsgegenstand*. Oldenburg: BIS-Verlag Universität Oldenburg 2003.
18. Samjeske K: Der Einfluss der Peers auf Schulverweigerung. In: Wagner M (ed.): *Schulabsentismus. Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis*. Weinheim: Juventa 2007; 177–200.
19. McShane G, Walter G, Rey JM: Characteristics of adolescents with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 822–6.
20. Steinhausen HC, Müller N, Winkler-Metzge N: Frequency, stability and differentiation of self-reported school fear and truancy in a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2008; 2: 17.
21. Neylor MW, Staskowski M, Kenney MC, King CA: Language disorders and learning disabilities in school-refusing adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 33: 1331–7.
22. Kearney CA: Forms and functions of school refusal behavior in youth: An empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007; 48: 53–61.
23. Ihle W, Jahnke D, Esser G: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2003; 52: 409–24.

24. McShane G, Walter G, Rey JM: Functional outcome of adolescents with 'school refusal'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2004; 9: 53–60.

25. www.zweite-chance.eu/content/index_ger.html (Homepage): Die zweite Chance – Schulverweigerung.

Anschrift für die Verfasser

Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Knollmann
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
 LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen
 Virchowstraße 174, 45147 Essen
 E-Mail: martin.knollmann@lvr.de

SUMMARY

School Avoidance From the Point of View of Child and Adolescent Psychiatry: Symptomatology, Development, Course, and Treatment

Background: A considerable percentage of children and adolescents who avoid school have mental illnesses. This article reviews the typical manifestations, classification, development, course, and treatment of school-avoiding behavior.

Methods: Based on a selective review of recent literature, we present findings on the psychopathologically relevant features of school-avoiding children and adolescents, including psychiatric diagnoses, elements of the family and personal history, and psychological test variables. The emphasis is placed on our own studies of the subject.

Results: Although the evidence from the studies that have been performed to date is not definitive, the available findings show that school avoidance is associated with poor mental health and with unfavorable consequences onward into adulthood. Its causes include a number of individual and social stressors that place excessive demands on the affected children and adolescents and lead them to avoid school as a coping attempt.

Conclusions: Many preventive and therapeutic interventions are now available, but the existing measures need to be better coordinated, and more effort needs to be directed to the early recognition and treatment of school-avoiding behavior. Physicians should consider the possibility of mental illness. Rather than writing sick notes or prescribing mother-child-treatments at health resorts, which rather tend to sustain the problem, they should refer patients promptly to a child and adolescent psychiatrist.

Dtsch Arztebl Int 2010; 107(4): 43–9

DOI: 10.3238/arztebl.2010.0043



Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/pp/lit0210

The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

ÜBERSICHTSARBEIT

Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Erscheinungsbild, Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapie

Martin Knollmann, Susanne Knol, Volker Reissner, Jana Metzelaars, Johannes Hebebrand

eLITERATUR

- e1. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Cooper H: School refusal: Epidemiology and management. *Paediatric Drugs* 2001; 3: 719–32.
- e2. Specht F: Schulvermeidendes Verhalten: Einführung in die Praxis von Differenzierung und Interventionsansätzen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz* 2004; 47: 31–5.
- e3. Guare RE, Cooper BS: *Truancy revisited: Students as school consumers*. Lanham, MD: Scarecrow 2003.
- e4. National Center for Education Statistics: *The condition of education 2006*. Washington, DC: US Department of Education 2006.
- e5. Population Council: *Poverty and school dropout in Pakistan*. *Population Briefs* 2006; 12: 5.
- e6. Zhang M: Links between school absenteeism and child poverty. *Pastoral Care in Education* 2003; 21: 10–7.
- e7. Farrington D: Later life outcomes of truants in the Cambridge study. In: Berg I, Nursen J (eds.): *Unwillingly to school*. London: Gaskell 1996; 96–116.
- e8. Scheithauer H, Petermann F: Aggression. In: F Petermann (ed.): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe 2000; 187–226.
- e9. Brookmeyer KA, Fanti KA, Henrich GC: Schools, parents, and youth violence: A multilevel, ecological analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2006; 35, 504–14.
- e10. LBS-Initiative Junge Familie: *LBS Kinderbarometer 2007*. www.lbs.de/die-lbs/initiative-junge-familie/veroeffentlichungen.
- e11. Matzejat F, Remschmidt H: The children of mentally ill parents [Kinder psychisch kranker Eltern]. *Dtsch Arztebl Int* 2008; 105(23): 413–8.
- e12. Lampert T, Kurth B-M: Socioeconomic status and health in children and adolescents—results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) [Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)]. *Dtsch Arztebl Int* 2007; 104(43): A-2944–9.
- e13. Seely K: Gifted students at risk. In Silverman LK (ed.): *Counseling the gifted and talented*. Denver: Love 1993; 263–75.
- e14. Stamm M: Hochbegabt, aber Schulabbrecher? Eine empirische Studie zum Phänomen des Dropouts bei überdurchschnittlich begabten Jugendlichen in der Schweiz. *Zeitschrift für Sozialpädagogik* 2008; 3: 301–19.
- e15. Swahn MH, Bossarte RM: The associations between victimization, feeling unsafe, and asthma episodes among US high-school students. *American Journal of Public Health* 2006; 96: 802–4.
- e16. Taras H, Potts-Datema W: Obesity and student performance at school. *Journal of School Health* 2005; 75: 291–5.
- e17. Geier AB, Foster GD, Womble LG, et al.: The relationship between relative weight and school attendance among elementary school children. *Obesity* 2007; 15: 2157–61.
- e18. Kurth B-M, Ellert U: perceived or true obesity: which causes more suffering in adolescents? [Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr?] *Dtsch Arztebl Int* 2008; 105(23): 406–12.
- e19. Wiczerkowski W, Nickel H, Janowski A, Fittkau B, Rauer W: *Angstfragebogen für Schüler* (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe 1981.
- e20. Kearney CA: Identifying the function of school refusal behavior: A revision of the school refusal assessment scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2002; 24: 235–45.
- e21. Kearney CA: Confirmatory factor analysis of the school refusal assessment scale-revised: Child and parent versions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2006; 28: 139–44.
- e22. Overmeyer S, Schmidt MH, Blanz B: Die Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV) – modifizierte deutsche Fassung der School Refusal Assessment Scale (SRAS) nach Kearney und Silverman 1993. *Kindheit und Entwicklung* 1994; 3: 238–43.
- e23. Walter D, Boyraz M, Döpfner M: Die stationäre Behandlung von Jugendlichen mit emotional bedingtem Schulabsentismus. *Eine Kasuistik*. *Verhaltenstherapie* 2008; 18: 177–184.
- e24. Ohmann S, Schuch B, Sackl P, Werneck-Rohrer S, Vesely C, Gössler R, Popow C: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie für Jugendliche mit angstbedingter Schulverweigerung. Eine Beobachtungsstudie. *Verhaltenstherapie* 2007; 17: 175–81.
- e25. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR: Imipramine plus cognitive behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 276–83.
- e26. King NJ, Tonge BJ, Heyne D, et al.: Cognitive-behavioral treatment of school refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 395–403.
- e27. Heyne D, King NJ, Tonge BJ, Rollings S, Young D, Pritchard M, Ollendick T H: Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 687–95.
- e28. Last PTT, Hansen C, Franco N: Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 404–11.
- e29. Kearney CA, Pursell C, Alvarez K: Treatment of school refusal behavior in children with mixed functional profiles. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001; 8: 3–11.
- e30. Glaser A: *Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit Schulabsentismus: Konzept und Langzeiteffekte* (Dissertation). Köln: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters 2009.
- e31. Overmeyer S, Blanz B, Schmidt MH, Rose F, Schmidbauer M: *Schulverweigerung – eine katamnestiche Untersuchung zu dem diagnostischen Konzept von „Schulphobie“ und „Schulangst“*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 1995; 23: 35–43.
- e32. Lehmkuhl G, Doll U: *Das überängstliche Kind. Angstanfälle und Formen der Schulverweigerung, Therapie und Prognose*. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 1994; 70: 278–83.
- e33. Bernstein GA, Hektner JM, Borchardt CM, McMillan MH: Treatment of school refusal: One-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 206–13.
- e34. DJI.de (Homepage). *Netzwerk Prävention von Schulmüdigkeit und Schulverweigerung*. www.dji.de/schulmuedigkeit