

**Dr. med. Gerhard Gutscher**

**Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie, Sozialpsychiatrie  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie**

Anheggerstraße 53 (Schloss Moos)

D- 88131 Lindau / Bodensee

Tel.: 08382/24079 Fax: 08382/409900

Mail: gerhard.gutscher@dgn.de

Dr. med. Gerhard Gutscher, Anheggerstr. 53, 88131 Lindau/B.

## **Schulangst und Schulverweigerung**

### **Einleitung**

Als Beratungslehrer und Schulpsychologinnen werden Sie wahrscheinlich immer wieder mit der Situation konfrontiert, dass ein Kind oder Jugendlicher nicht zur Schule geht. Warum bleibt er der Schule fern, was ist los, dass sie nicht zur Schule kommt, werden Sie sich fragen. Manche Kinder kommen zwar zur Schule, schaffen es dann aber nicht, im Klassenzimmer zu bleiben. Sie klagen über Bauchschmerzen oder Übelkeit. Sie gehen zur Schulsekretärin oder in die Bibliothek oder sie lassen sich von ihren Eltern wieder nach Hause abholen. Wochenlang bleiben manche Kinder dem Unterricht fern. Ihre Eltern geraten in einen Konflikt vor allem dann, wenn ihre Kinder noch der Schulpflicht unterliegen. Was tun, fragen sich nicht nur Eltern, sondern auch Lehrer, Psychologen, Ärzte. Ich will in meinem Referat auf diese Fragen eingehen und anhand eines Fallbeispiels aus meiner Praxis Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Wir werden sicherlich zu Diskussion reichlich Gelegenheit haben, das Gehörte anhand Ihrer Erfahrungen zu vertiefen.

### **1. Fall-Beispiel:**

Um die Anonymität der Betroffenen zu schützen habe ich in den Beispielen die Namen und teilweise auch die Umstände so verändert, dass niemand persönlich erkannt werden kann. Sollten Sie sich dennoch an ein Kind oder einen Jugendlichen erinnert fühlen, so gehen Sie davon aus, dass es sich nicht um dieses Kind handelt.

Der 13jährige Mark kommt mit seiner Mutter in meine Praxis. Wir sitzen uns am Schreibtisch gegenüber und ich frage, was beide zu mir führt. Er beginnt: „Weil ich Angst vor der Schule habe.“ Ich frage nach, seit wann er dies habe und er antwortet: „Seit letzten Dienstag. Ich war in der Schule 2. Stunde und wir hatten in Biologie das Thema Lunge. Ich habe das nicht so besonders interessant gefunden und deshalb mit meinem Nebensitzer geschwätzt. Dann habe ich einen Druck in der Brust gemerkt. Ich habe ganz hektisch geatmet, das Herz hat schneller geschlagen und ich habe Angst gekriegt. In der nächsten Stunde hatten wir Chemie. Mit dem Lehrer komme ich nicht besonders gut aus. Er nimmt mich fast nie dran und wenn dann spricht er mich mit „Herr Meier“ an und lacht mich manchmal aus. Mir ist es furchtbar peinlich.“ Weiter berichtete er, dass es in der Stunde wieder so ähnlich gelaufen sei. Ihm sei es sowieso in den Tagen nicht besonders gut gegangen, weil er eine Magenverstimmung hatte. Jetzt sei ihm wieder schlecht geworden. Deshalb habe er seine Mutter angerufen und gebeten, ihn nach Hause zu holen. Die Mutter ergänzt, dass sie ihn in diesem Schuljahr schon ein paar Mal vom Unterricht habe abholen müssen. Er klagt dann öfters über Bauchweh.

In diesem Beispiel erklärt der Jugendliche recht genau, was er erlebt und wie es dazu kommt, dass er seine Mutter anruft und sich nach Hause abholen lässt. In der Folgezeit nach diesem

Ereignis ging er immer wieder an den Tagen, an denen er Biologie oder Chemie hatte, nicht mehr zur Schule. Was ist los mit diesem Jungen und wie kann man ihm helfen?

## **2. Diagnostik**

In meiner Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Lindau, die ich im Schloss Moos zusammen mit 5 therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und 2 Sekretärinnen betreibe, geht es mir im Erstgespräch und in der Erstuntersuchung um eine möglichst umfassenden Überblick über die Situation des Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Umgebung. Meistens kommt eine Mutter mit ihrem Kind zum Erstgespräch. Auf die Eingangsfragen, wie sie zu mir gekommen sind und was sie zu mir führt, antwortet meist die Mutter zuerst und bringt mehr oder weniger Klagen über das Befinden ihres Kindes oder auch sein Verhalten zum Ausdruck. Ich frage das Kind, wie es ihm geht und weshalb es mit seiner Mutter hier ist. Manchmal trenne ich auch vorübergehend Mutter und Kind, dies vor allem dann, wenn die Mutter allzu viel über das Kind zu klagen hat. Ein anderer Grund ist der, wenn das Kind in Gegenwart der Mutter kaum etwas von sich spricht. So erhalte ich Informationen über die aktuelle Problematik und Symptomatik. Ich frage nach, um nicht Zusammenhänge zu übersehen, die für die Problematik von Bedeutung sind. Ergänzt wird diese Anamnesenerhebung durch einen Anamnesenbogen, den die Eltern vor dem Erstgespräch zugeschickt bekamen und zur Bestätigung des Ersttermins an mich zurückschicken. Darin sind die Familienmitglieder, also die Eltern, ihr Familienstand und die Geschwister namentlich und mit Geburtsdatum und Beruf der Eltern aufgeführt. Es wird nach Krankheiten und Operationen des Kindes und bisherigen Therapien gefragt und die Meilensteine der Entwicklung von der Schwangerschaft bis zur jetzigen Situation werden in kurzen Fragen angesprochen. An diese Anamnesenerhebung schließt sich eine Erstuntersuchung des Kindes an. Dies bedeutet eine körperliche Untersuchung mit Erhebung des allgemeinärztlichen somatischen Befunds und des neurologischen Befunds. Ich nehme wahr wie das Kind sich verhält, wie es mit seiner Mutter umgeht und in welcher Stimmung es ist. Somit wird der psychische Befund und das Verhalten des Kindes eingeschätzt.. Die Ergebnisse werden in einem Befundbogen notiert. Meist mache ich auch im Erstgespräch einen kurzen Intelligenztest, den CPM, der eine ganz gute erste Orientierung über die kognitive Fähigkeiten und die Aufmerksamkeit und Konzentration des Kindes gibt. Bei der Schlussbesprechung dieser ersten Stunde werden die vorläufigen Untersuchungsergebnisse zusammenfassend dargestellt und das weitere zunächst diagnostische Vorgehen vereinbart. Dies umfasst weitere testpsychologische Untersuchungen und gegebenenfalls auch erste Therapieprobesitzungen bei einem Mitarbeiter von mir sowie einen weiteren Vorstellungstermin bei mir. Die testpsychologischen Untersuchungen umfassen regelmäßig einen Intelligenztest (K-ABC, HAWIK-III, CFT 20-R, CFT 1). Weitere testpsychologische Untersuchungen richten sich nach der Symptomatik. So werden bei Schulangst und Schulverweigerung regelmäßig der Angstfragebogen für Schüler (AFS) direkt an das Kind bzw. den Jugendlichen zur Beantwortung gegeben. Diese 50 Fragen ergeben einen guten Überblick über Prüfungsangst, allgemeine Angst und Schulunlust. Häufig gilt es auch, die Symptomatik einer Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität abzuklären. Hierfür werden auch Fragebögen an Lehrer mitgegeben, die leider nur teilweise zurückgegeben werden. Gerade die Beurteilung einer Lehrerin ist für die Einschätzung des Kindes enorm wichtig. Denn in der Situation einer Praxis verhält sich das Kind unter Umständen ganz anders als im Klassenverband.

Wir haben eine sehr breite Palette an testpsychologischem Untersuchungsmaterial. Zusammenfassend handelt es sich um Leistungstests, die unter anderem auch Leistungen wie Lesen, Rechtschreiben und Rechnen diagnostizieren, um Fragebögen und um projektive Tests.

Regelmäßig mache ich in einem Zweitgespräch eine neuropsychologische Untersuchung zur Abklärung vor allem der visuellen und der auditiven Wahrnehmung. Ein Familiensystemtest (FAST) gibt in kurzer Zeit einen guten Überblick über die Sicht des Kindes auf seine eigene Familie. Dabei werden Holzfiguren auf eine Art Schachbrett gestellt, männliche und weibliche Figuren sowie Paare. Durch Klötzchen kann das Kind anzeigen, wer wie viel in der Familie zu sagen hat. Kinder bis zum Schulalter werden regelmäßig auch entwicklungsdiagnostisch untersucht. Wir haben hierzu mehrere eingehende Entwicklungstests, die die Entwicklung in Bezug auf kognitive Fähigkeiten, Feinmotorik und Körpermotorik, Sprachentwicklung, soziale und emotionale Entwicklung ganz gut beurteilen helfen.

Die Untersuchungsergebnisse werden im Zweitgespräch mit einem oder beiden Elternteilen und dem Kind zusammenfassend erörtert. Daran schließt sich an die Frage, ob eine Therapie notwendig ist und wenn ja, welche die Richtige ist.

Kommen auf unser Beispiel zurück. Bei Mark zeigte sich, dass er vielfältige Ängste hat, die er zum Teil direkt als Angst erlebt, wie z.B. vor Prüfungen. Teilweise spürt er jedoch einfach Bauchschmerzen oder es wird ihm übel, was ihm immer wieder im Unterricht passiert. Hier sind die körperlichen Beschwerden offensichtlich Ausdruck von Angst, wir sprechen hier auch von Angstäquivalenten.

Eine wichtige Frage bei der Anamnesenerhebung ist: „Was kann Ihr Kind gut?“ Die Frage nach den Ressourcen ist für die Therapie enorm wichtig.

Die Untersuchungsergebnisse werden bei uns Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten nach dem multiaxalen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 zusammengefasst. Dieses Klassifikationsschema umfasst 6 Achsen.

Die erste Achse umfasst das klinisch-psychiatrische Syndrom. Hierunter fallen so häufige Diagnosen wie einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (nach DSM IV Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität), depressive Episoden, Zwangsstörungen und der eher seltene Autismus. Viele der im Kindes- und Jugendalter vorkommenden Auffälligkeiten sind unter F 9 Verhaltens- und emotionale Störungen beginnend in der Kindheit und Jugend zusammengefasst. Unter den emotionalen Störungen des Kindesalters (F 93) findet sich auch die Diagnose: phobische Störung des Kindesalters (F 93.1), worunter auch die Schulphobie fällt. Bei Mark konnte die Diagnose einer solchen phobischen Störung gestellt werden. Darüber hinaus hatte er weitere Ängste, so dass auch die Diagnose einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F 93.80) gestellt wurde. Im Angstfragebogen für Schüler hatte er ein sehr hohes Ausmaß an manifester Angst angegeben. Der Depressionsfragebogen (DIKJ) war übrigens im oberen Normbereich.

Auf der zweiten Achse werden umschriebene Entwicklungsstörungen diagnostiziert. Hierunter fallen so häufige Diagnosen wie Lese- und Rechtschreibstörung (F 81.0) oder isolierte Rechtschreibstörung (F 81.1), Dyskalkulie (Rechenstörung F 81.2) kommt schon seltener vor. Eine unerkannte Legasthenie kann bei Kindern vor allem zu Prüfungsängsten führen. Dies kann sich auch einmal soweit ausweiten, dass ein Kind nicht mehr zur Schule geht oder dass es am Morgen vor der Klassenarbeit solche Bauchschmerzen bekommt, dass es nicht zur Schule gehen kann. Auch die Sprachstörungen sind hier klassifiziert. Bei Mark wurde keine umschriebene Entwicklungsstörung festgestellt.

Achse III. umfasst das Intelligenzniveau. Mark erreichte im CFT 20-R einen Gesamt-IQ von 104. Sie wissen, dass der durchschnittliche Intelligenzquotient zwischen 85 und 115 liegt, also 100 genau durchschnittlich ist. Diese Achse ist besonders zu beachten, da manche Kinder Angst vor der Schule haben, weil sie überfordert sind. Hier gilt es, entweder weitere schulische Hilfen oder therapeutische Hilfen zu installieren oder auch einen Schulwechsel in eine adäquatere Schule vorzunehmen.

Achse IV. umfasst körperliche Krankheiten. Im Zusammenhang mit Schulangst und Schulverweigerung klagen Kinder häufig über Bauchschmerzen, etwas seltener auch über Kopfschmerzen. Häufig findet sich keine fassbarer somatischer Befund außer eventuellen muskulären Verspannungen im Zusammenhang mit Spannungskopfschmerzen. Wichtig ist jedoch auch die Beurteilung des Hör- und Sehvermögens, da dies auch zur Beeinträchtigungen des schulischen Erfolgs und damit der Motivation für den Schulbesuch führen kann.

Achse V. umfasst „assoziierte aktuelle abnormen psychosozialer Umstände“. Darunter ist zu verstehen alle Besonderheiten im Umfeld des Kindes. Viele Kinder wachsen heute in Ein-Eltern-Familien auf und manche davon haben traumatische Erfahrungen gemacht im Zusammenhang mit der Trennung ihrer Eltern. Manche stehen in einem Loyalitätskonflikt zwischen den Eltern. Es gibt Situationen, in denen die wirtschaftliche Existenz der Familie auf dem Spiel steht. Der Streit oder die Belastung in der Familie belastet natürlich auch das Kind. Ein Grund für nicht zur Schule gehen kann sein, dass das Kind sich solche Sorgen um die Eltern macht, dass es lieber zu Hause bleibt, als zur Schule zu gehen. Dies geschieht natürlich nicht so bewusst, wie ich dies jetzt sage, es ist eine unbewusste systemische Verstrickung. Unter abnorme psychosoziale Umstände fällt auch das Mobbing. Gar nicht so selten werden Kinder von anderen Kindern regelrecht gemobbt, sie werden ausgeschlossen aus Freundschaftsgruppen, sie werden verprügelt von ganzen Gruppen von Kindern. Immer wieder erzählen Kinder, dass niemand sie schützt und dass sie auf dem Pausenhof schutzlos den Angriffen anderer Kinder ausgeliefert seien. Häufig sind es Kinder, die ohnehin wenig Selbstbewusstsein haben und sich wenig zur Wehr setzen können. Leider wird von Eltern immer wieder beklagt, dass manche Lehrer auf dem Standpunkt stehen, die Kinder sollen ihre Konflikte selbst austragen. Das mag in Grenzen durchaus richtig sein. Wenn jedoch ein Kind regelmäßig von anderen geplatzt und geschlagen wird, dann ist es die Pflicht der Aufsichtspersonen hier für Schutz des Kindes zu sorgen. Manche Kinder geraten auch in einen chronischen Konflikt mit einem bestimmten Lehrer oder einer bestimmten Lehrerin. Hier ist oft schwer zu entscheiden, wie dieses unglückliche Zusammenspiel zustande gekommen ist.

Achse VI. betrifft die „globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus“. Hier geht es um eine gesamthafte Einschätzung des Kindes oder Jugendlichen in Bezug auf seine sozialen Funktionen. Eine ernsthafte soziale Beeinträchtigung ist dann gegeben, wenn in mindestens einem oder zwei Bereichen das Kind ernsthaft beeinträchtigt ist, wie z.B. erheblichen Mangel an Freunden, Unfähigkeit mit neuer sozialen Situation zurechtzukommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich. Diese globale Beurteilung wird in einer Zahl von 0 bis 9 zusammengefasst, wobei 0 bedeutet herausragende, gute soziale Funktionen und 8 tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung bedeutet.

Bei Mark wurde kein organpathologischer Befund gefunden (Achse IV.). Die psychosozialen Umstände in der Familie waren insgesamt unauffällig. Allenfalls konnte eine gewisse übertriebene Ängstlichkeit der Mutter wahrgenommen werden. Erst in einem Familiengespräch zeigte sich deutlich, wie sehr die Mutter darunter litt, dass ihr Sohn immer wieder nicht zur Schule ging. Sie war darüber so deprimiert, dass sie sich krankschreiben ließ. Auch beklagte sie sich indirekt darüber, dass ihr Mann zu Hause so wenig mit ihr spreche.

Bezogen auf seine Beziehungen zu seinen Lehrern hatte er Schwierigkeiten mit einem Lehrer, von dem er sich immer wieder herablassend behandelt und bloßgestellt fühlte. Bei Mark bestand insgesamt eine mäßige bis ernsthafte psychosoziale Beeinträchtigung.

### **3. Differentialdiagnose bei Schulangst und Schulverweigerung**

Vor allem bei kleineren Kindern kann Trennungsangst von der Hauptbezugsperson der Hintergrund für ein Fernbleiben von der Schule sein. Das Kind hängt noch so sehr an der Mutter, dass es sich kaum von ihr trennen kann. Dies kann verstärkt werden dadurch, dass die Mutter erkrankt ist und sich das Kind Sorgen um sie macht. In Gedanken an die Mutter und besorgt um sie schafft es das Kind nicht, zur Schule zu gehen. Hier würde man eine emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0) diagnostizieren. Bei der **Schulphobie** handelt es sich entgegen der eigentlichen Bedeutung der Phobie im Kern nicht um eine auf die Schule gerichtete Angst, sondern um Trennungsangst. Das Kind weigert sich in einer übermäßig engen Bindung an eine primäre Beziehungsperson – meist die Mutter – die Schule aufzusuchen, und reagiert schon morgens vor der Schule mit Befürchtungen, was der Mutter unter seiner Abwesenheit zustoßen könnte. Charakteristischerweise treten neben extremer Ängstlichkeit und depressiven Verstimmungen körperliche Symptome wie Übelkeit, Bauch- und Kopfschmerzen im Sinne einer Somatisierung hinzu. Die Kinder sind häufig emotional gehemmt und noch in einer starken Abhängigkeit von ihrer Mutter. Der Begriff Phobie, vom griechischen phobos bedeutet Furcht, Flucht. Insofern passt der Begriff doch, da ja die Schule in dieser Situation nicht besucht wird. (Literatur: Steinhausen: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie S. 14.)

Bei der sozialen Phobie (F 40.1) oder der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F 93.2) befürchten die Kinder und Jugendlichen in bestimmten Situationen zu versagen, sich lächerlich zu machen oder gedemütigt zu werden. Aus diesem Grund versuchen sie, der befürchteten Situationen ganz aus dem Wege zu gehen. Sie vermeiden häufig die Schule, aus Angst, sich in der Schule zu blamieren oder zu versagen. (Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters von Eggers, Fegert, Resch S. 477.)

**Schulangst** ist eine auf die Schule gerichtete Angst. Dabei kann das Verhalten von Lehrern wie von Schülern angstausslösend sein. Leistungsängste, Prüfungsängste und Lernstörungen können die Angst verstärken. Eine generalisierte Angststörung des Kindesalters (F 93.80) liegt vor, wenn das Kind oder der Jugendliche sich über längere Zeit intensive Ängste und Sorgen macht verbunden mit Ruhelosigkeit, dem Gefühl überdreht und nervös zu sein, Gefühl von Müdigkeit, Erschöpfung oder leicht ermattet sein durch Sorgen und Ängste, Konzentrationsschwierigkeiten oder dem Gefühl der Leere im Kopf, Reizbarkeit, Muskelverspannungen und Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, unruhiger oder schlechter Schlaf) wegen der Ängste und Sorgen. Es müssen mindestens 2 der genannten Symptome an mindestens der Hälfte der Tage auftreten und die Ängste und Befürchtungen müssen in mindestens 2 verschiedenen Situationen oder Umständen auftreten.

Von **Schulverweigerung** spricht man, wenn Kinder oder Jugendliche im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens die Schule nicht aufsuchen, um sich z.B. in einer Bande oder Clique zu treffen. In diesem Kontext wird die Schule also nicht auf Grund starker Angst vermieden, so dass diese Form der Schulverweigerung nicht als soziale Phobie gewertet werden kann. (Resch S. 578) Hier handelt es sich häufig um eine Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F 91.2). Der Jugendliche hat Beziehungen zu Freunden

oder einer Clique, er verhält sich jedoch Erwachsenen gegenüber auffällig und zeigt häufig eine Null-Bock-Haltung. Wenn sich die Gelegenheit bietet, so streunt er lieber auf der Straße mit anderen Jugendlichen herum, als zur ungeliebten Schule zu gehen.

Drogenkonsum, insbesondere der Konsum von Marihuana kann auch dazu führen, dass ein Jugendlicher nicht mehr zur Schule geht. Selten können organische Erkrankungen wie eine Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) zu Angstsymptomen führen.

#### **4. (Physiologische) und pathologische Angst:**

Angst hat ihre physiologische Bedeutung darin, dass sie vor gewarnt. Typische Kennzeichen pathologischer Angst sind die, dass sie uns erschwert oder verunmöglicht, eine Lösung von Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben zu finden. Drei Merkmale sind dafür kennzeichnend:

1. Persistenz der Angst. Die Angst dauert über den Auslöser hinaus lange an.
2. Intensität der Angst: Die Angst ist so hoch, dass nicht mehr angemessen gehandelt werden kann. (Starke Angst macht „dumm“)
3. Die Anlassgeneralisierung, d.h. dass Ängste sich aus ihrer Verbindung mit adäquaten Auslösern freimachen und auch bis dahin nicht mit Angst belegte Umweltereignisse- und phantasien zu begleiten beginnen.

Angst als Affekt kennzeichnet ein psychophysisches Reaktionsmuster, neben dem Angstgefühl sind auch verschiedene somatische und vegetative Symptome zu beschreiben: Herzklopfen, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Tremor (Zittern), trockener Mund, Missempfindungen in der Brust und im Epigastrium (Flaues Gefühl im Magen), Atembeschwerden, Beklemmungsgefühle, Schwindel, sowie Wahrnehmungsunsicherheit (Quelle: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Seite 358)

#### **5. Therapie:**

Gegen Ende der Erstuntersuchung sprach ich mit Mark und seiner Mutter über Therapiemöglichkeiten. Ich erklärte ihm den Zusammenhang zwischen Atmung und Angst, machte ihm deutlich, dass langsamer atmen entängstigt. Ich sprach über die Möglichkeit einer ambulanten Therapie und ihre Grenzen. Eine ambulante Therapie ist solange sinnvoll, wie ein Kind wenigstens zeitweise zur Schule geht. Wir verabredeten, dass eine stationäre Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik dann erfolgen wird, wenn Mark eine ganze Woche lang es nicht schafft zur Schule zu gehen. Diese Vereinbarung gleich zu Beginn der Therapie ist deshalb wichtig, weil sonst die Therapie mit zum Vermeidungsverhalten des Kindes beitragen kann. Schon Freud wies darauf hin, dass Ängste nicht nur durch Analyse überwunden werden, sondern auch dadurch, dass aktiv gegen die Angst angegangen wird und die angstausslösenden Situationen aufgesucht werden. In der Therapie werden die angstausslösenden Situationen durchgesprochen, wobei möglichst mit bildhaften Vorstellungen gearbeitet wird, Ressourcenorientiert wird danach geschaut, wo das Kind sich sicher und angstfrei fühlt. Von da ausgehend werden die eher Angst machenden Situationen durchphantasiert und schließlich ganz konkret das Verhalten in Bezug auf Schule durchgesprochen. In meiner Praxis kann ich Einzel-, Gruppen- und auch Familientherapie sowohl selbst durchführen als auch an meine Mitarbeiter delegieren. In der Regel haben die Mitarbeiter das Kind in Einzel- oder Gruppentherapie und ich habe in größeren Abständen Gespräche mit Mutter oder beiden Eltern oder der ganzen Familie. Eine meiner Mitarbeiterinnen ist wie ich auch systemische Familientherapeutin, zwei Mitarbeiterinnen haben eine Ausbildung in systemischer Kinder- u. Jugendtherapie.

Nach dem Erstgespräch schaffte Mark es wieder einige Tage regelmäßig in die Schule zugehen. Er meinte schon, er habe das Problem fast überwunden, als er wieder an einem bestimmten Tag es nicht schaffte, aus dem Auto seines Vaters auszusteigen, der ihn zur Schule gefahren hatte. Enttäuscht kam er mit seiner Mutter wieder in die Sprechstunde. Wir sprachen über die Situation an diesem Tag und auch am Vortag. Er erklärte, dass er weiter mit Unterstützung der ambulanten Therapie versuchen wollte regelmäßig in die Schule zu gehen. Sollte er es nicht schaffen, wäre dann doch eine stationäre Behandlung notwendig. Die stationäre Behandlung wird sowohl von Kindern, Jugendlichen als auch von Eltern häufig gefürchtet. Dies kann einerseits dazu führen, dass das Kind sich noch mehr anstrengt trotz seiner Ängste in die Schule zu gehen. Andererseits kann es aber auch dazu führen, dass die Familie eine Therapie abbricht, einen neuen Therapeuten sucht und sich so die ganze Problematik in die Länge zieht mit der Folge einer Chronifizierung der Symptomatik. Eine stationäre Behandlung ist dann indiziert, wenn ein Kind es über einen längeren Zeitraum nicht schafft, regelmäßig zur Schule zu gehen. Auch kann eine chronische familiäre Belastungssituation dafür sprechen, das Kind für eine zeitlang aus dem belastenden Milieu zu nehmen, um ihm die Chance zu geben, seine eigenen Konflikte im Rahmen einer beschützten stationären Gruppe zu klären. Im Anschluss an einen stationären Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik ist in der Regel eine ambulante Behandlung des Kindes und seiner Eltern bzw. einer Familientherapie sinnvoll und notwendig. Mit dem regelmäßigen weiteren Schulbesuch sind häufig nicht alle Probleme behoben. Dies kann dann unter weniger Druck in einer weiteren Therapie noch bearbeitet werden. Grundsätzlich ist bei nicht ansprechen auf psychotherapeutische Möglichkeiten auch eine medikamentöse Therapie mit angstlösenden und antidepressiven Medikamenten möglich. Die am schnellsten wirkenden Tranquillizer werden deshalb möglichst nicht verordnet, da sie rasch abhängig machen. Antidepressiva haben den Nachteil, dass sie bei Kindern nicht zugelassen sind und dass sie nicht sofort wirken.

In unserer Praxis spielt die **systemische Sichtweise** eine wesentliche Rolle. Dies besagt, dass wir das Kind im Zusammenhang mit seinem familiären und sonstigen Umfeld sehen.

Das wichtigste Umfeld für jedes Kind ist seine Familie. Jedes Kind braucht für seine Entwicklung die Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zunächst einmal ganz konkret durch seine Eltern. Es sind die Grundbedürfnisse nach einem Platz, wo es willkommen ist, nach Nahrung ganz konkret und auch im übertragenen Sinne, das Bedürfnis nach Unterstützung, nach Schutz und nach Grenzen. Wenn diese Grundbedürfnisse in der frühen Kindheit nicht angemessen befriedigt werden so erlebt das Kind Defizite die unter anderem auch zu Ängsten und Minderwertigkeitsgefühlen führen können. Andere Beziehungspersonen wie z.B. Lehrer können in Grenzen hier korrigierend und heilsam wirken, sie können jedoch nicht ersetzen, was viele Kinder in ihrer frühen Kindheit nicht bekommen haben. Therapeuten können ein Stück weit helfen, dass Kinder Entwicklungsschritte nachholen können, sie können jedoch auch die Eltern nicht ersetzen.

Ein wichtiges Umfeld für jedes Schulkind ist die Schule. Hier spielt die Beziehung zu Lehrern eine oft entscheidende Rolle für das Lernverhalten bis hin zum Schulbesuch des Kindes. Ein Lehrer, der einem Kind vermittelt, dass er es mag und wertschätzt, kann einiges von dem ausgleichen, was das Kind sonst nicht an Wertschätzung bekommt. Umgekehrt kann entwertendes und demütigendes Verhalten dazu führen, dass ein Kind den Schulbesuch meidet. In der Gruppe Gleichaltriger aufgenommen zu werden ist für Kinder und Jugendliche enorm wichtig. Gerade für Jugendliche ist die Peergroup oft noch bedeutender als die in diesem Alter häufig schwierig werdende Elternbeziehung. Wenn ein Jugendlicher oder ein Kind aus dem Klassenverband ausgeschlossen wird oder gar körperlich attackiert wird, so stellt dies eine schwere Belastung da, die das Kind dazu bringt, die Schule nicht mehr zu

besuchen. In diesen Situationen sind der Psychotherapie und Familientherapie Grenzen gesetzt. Hier geht es darum direkt im sozialen Umfeld Schule einzugreifen, solche Kinder zu schützen und mit der Klasse über Gruppenverhalten, Mobbing und Ausgrenzung zu sprechen. Der Sozialkundeunterricht würde sich wahrscheinlich gut eignen, um Zusammenhänge zwischen ausgrenzendem Verhalten in Klassen und Diskriminierung von Ausländern zu besprechen. Hier spannt sich ein weiter Bogen von Individuen zur Gesellschaft.

### Zusammenfassung:

**Schulphobien** werden durch eine Angst, die unabhängig von der Schule zu Schulverweigerung führt, definiert. Hier finden sie Trennungsängste von den meist überfürsorglichen Bezugspersonen und andere phobische Ängste, z.B. Sozialphobien. Demgegenüber sind **Schulangstsyndrome** durch die Angst vor Situationen, die mit der Schule direkt zusammenhängen, gekennzeichnet. Es handelt sich dabei um Leistungsschwierigkeiten sowie Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten zu Lehrern und Mitschülern.

Das so genannte „**Schuleschwänzen**“ das im Rahmen von Störung des Sozialverhaltens durch Schulunlust und Sträunen gekennzeichnet ist, wird auch als dissoziale **Schulverweigerung** bezeichnet. Demgegenüber sind die nicht dissozialen Schulverweigerungen durch Angst gekennzeichnet.

Angst gehört zum Leben und hilft uns vor Gefahr zu schützen. Pathologische Angst hindert uns an einer angemessenen Lösung unserer Entwicklungsaufgaben. Das Kind mit seinen Ängsten verstehen hilft dabei, mit ihm und seinen Eltern und Lehrern Lösungen zu erarbeiten, die es ihm ermöglichen, seine Entwicklung mit den damit verbundenen Aufgaben fortzusetzen und Blockaden zu überwinden.

### Schluss:

Wir alle sind aufgefordert, Kindern gerade dann, wenn sie in irgendeiner Weise benachteiligt sind, möglichst gute Entwicklungschancen zu geben. Diese psychosoziale Aufgabe ist für die Schule mindestens genau so wichtig wie das Vermitteln von Wissen und Lernstoff.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

### **Literatur:**

- Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Eggers, Fegert, Resch, Springer-Verlag, 2004, 1001 Seiten
- Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie Steinhausen, Urban und Schwarzenberg, 3. Auflage 1996, 470 Seiten
- Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung Band 1 und 2, Jochen Schweitzer/Arist v. Schlippe, Vandenhoeck und Ruprecht, 2007, Band 1: 333 Seiten, Band 2: Das störungsspezifische Wissen, 452 Seiten
- Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters Ein Lehrbuch, Resch et al. Beltz Verlag, 2. Auflage 1999, 466 Seiten
- Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings- Kindes- und Jugendalter, Deutscher Ärzte Verlag, 3. Auflage 488 Seiten
- Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO Helmut Remschmidt/Martin Schmidt/Fritz Poustka (Hrsg.) Verlag Hans Huber, 4. Auflage 2001, 423 Seiten
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD10 Kapitel V(F) , Verlag Hans Huber, 5. Auflage 2005, 369 Seiten

Lindau, 12.2.2009 Dr. Gerhard Gutscher



