# Wenn Kinder nicht mehr in die Schule wollen…….

# Hintergründe, Diagnostik und therapeutische Hilfen


## Gerd Lehmkuhl

UNIKLINIK KÖLN

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Das Symptom der Schulverweigerung stellt weder nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO ICD10 noch nach dem amerikanischen diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM IV eine eigenständige Diagnose dar.

Egger und Mitarbeiter (2003) beschreiben eine Gruppe als „school refusal“, „anxious school refusal“, „school phobia“, oder als eine Variante der Trennungsangst in Abgrenzung zum Schulschwänzen (truancy).

Schulverweigerung und Schulphobie stellen somit keine diagnostischen Entitäten dar, sondern es handelt sich um einen Symptomkomplex mit vielfältigen Bedingungsfaktoren.

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

- Liegen ernsthafte Erkrankungen vor, die einen Schulbesuch unmöglich machen?
- Wissen die Eltern über das Fehlen in der Schule?
- Existieren schulbezogene Ängste, z.B. vor Klassenarbeiten, Schulkameraden, Lehrern oder besteht eine Überforderungssituation?
- Fällt es dem Kind morgens schwer, sich von zu Hause zu lösen, gibt es Anzeichen von Trennungsangst bzw. liegt ein Vermeidungsverhalten ohne direkten Bezug zur Schulsituation vor?
- Lassen sich eine erhöhte Selbstunsicherheit einschließlich sozialer Ängste feststellen?

# Schulabsentismus – Häufigkeit

- Schulabsentismus: Schüler besucht nicht regelmäßig die Schule (rein deskriptiv) – in Abgrenzung zu Schulangst, Schulphobie, Schuleschwänzen
- Prävalenz ca. 5% aller Schulkinder (deutsch und international)

  ⇨ etwa 500.000 in Deutschland bleiben regelmäßig dem Unterricht fern
- Häufigkeitsspitzen: Einschulung, Umschulung, Zunahme zwischen 13. und 17. Lebensjahr
- Schultypspezifität (Kölner Daten):
  - Sonderschüler 12,8%
  - Hauptschüler 14,7%
  - Realschüler 6,1%
  - Gymnasiasten 4,7%

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.
Wagner et al. (2004). Schulverweigerung. Empirische Analysen zum abweichenden Verhalten von Schülern. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 56, 457-489.


© D. Walter

# Schulabsentismus – Formen

- Schulabsentismus als heterogenes Konstrukt:

  primär ängstlich vs. primär dissozial (Schuleschwänzer), Kombination

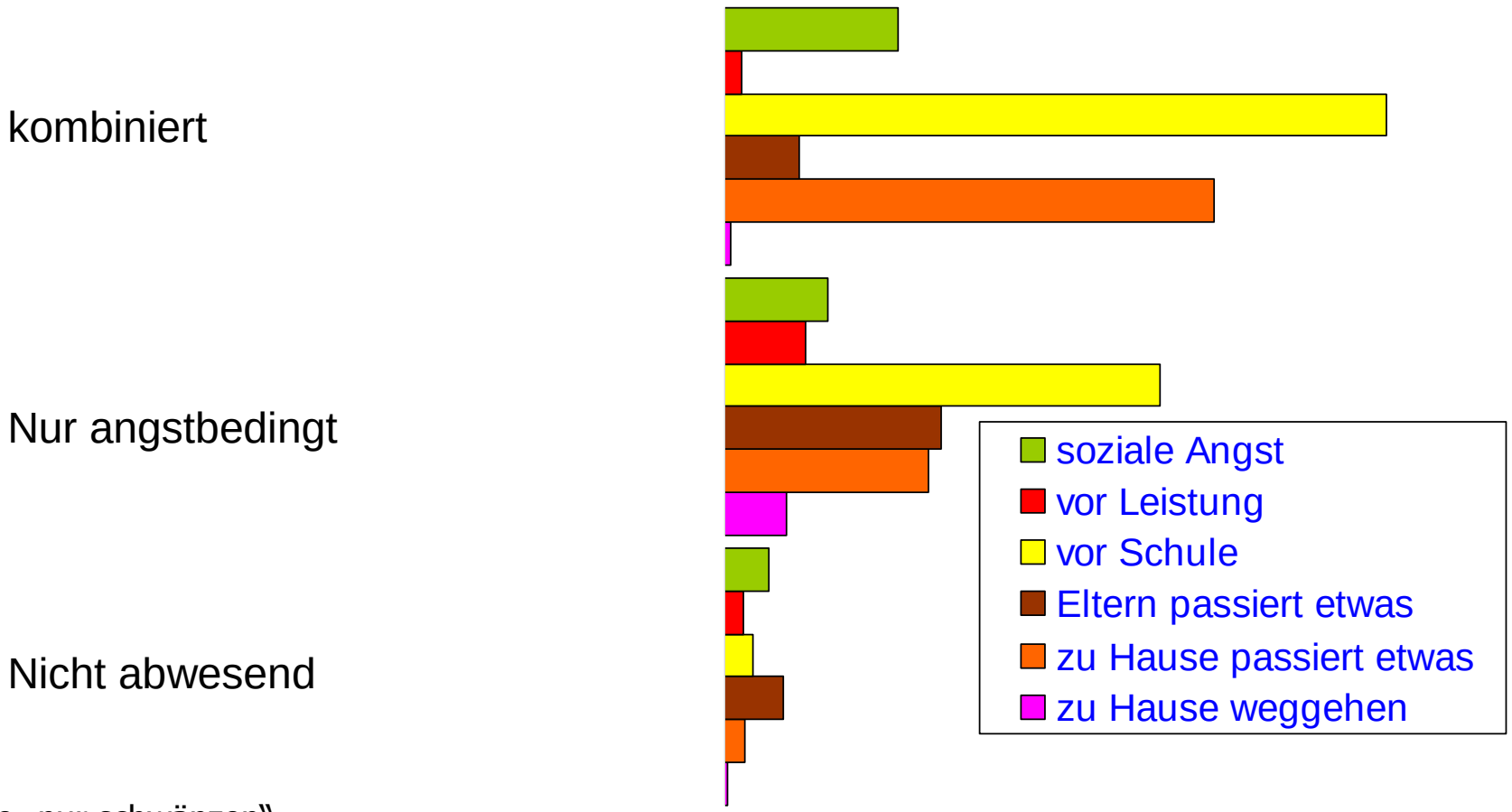
- 3 Gruppen des primär ängstlich bedingten Schulabsentismus:
  - Trennungsangst
  - spezifische/ soziale Phobien
  - ängstlich-depressive Form

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 – Ängste

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




Gruppe „nur schwänzen“
unterscheidet sich nicht von
Gruppe „nicht abwesend“

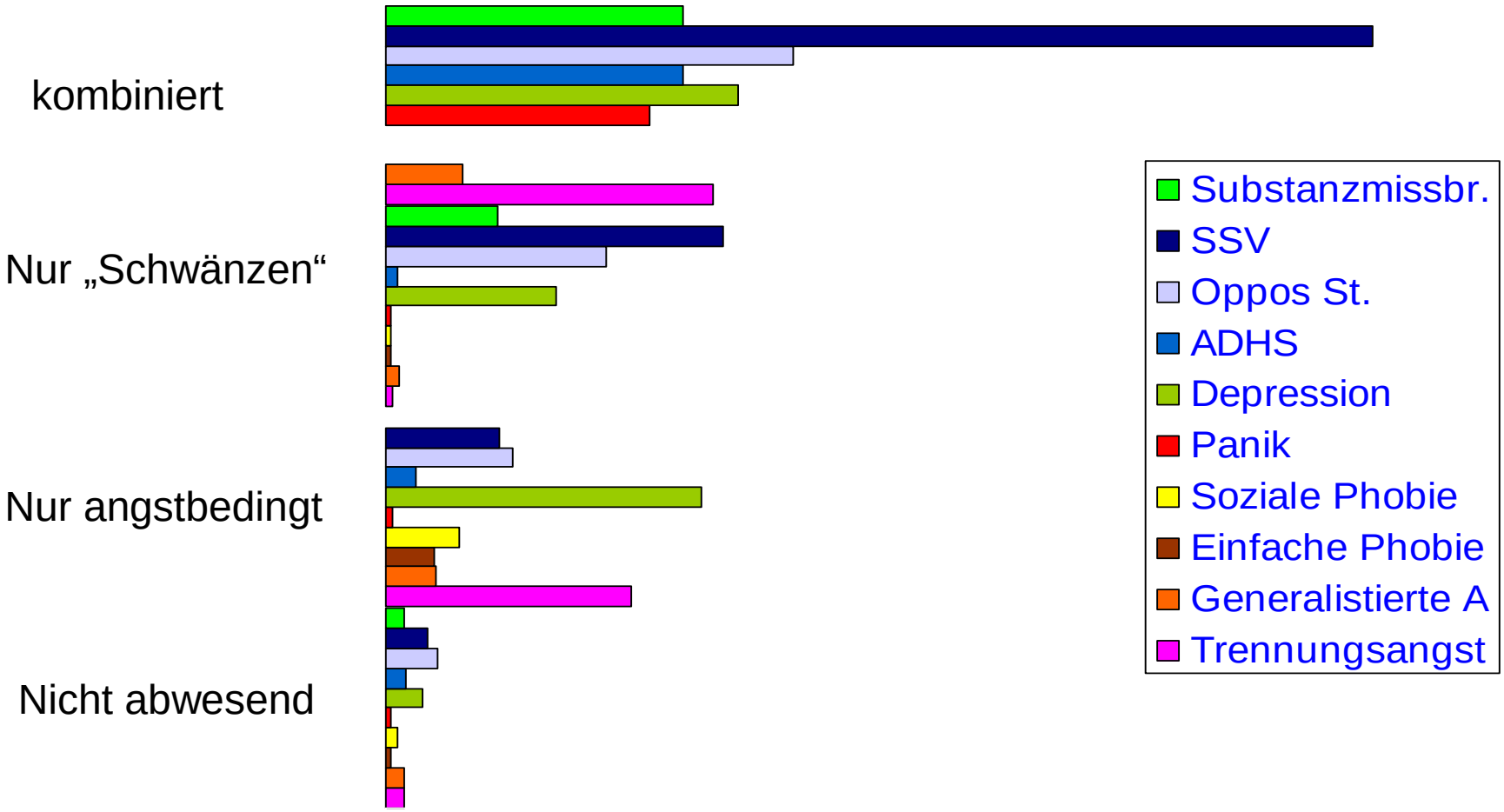
Egger, H.L., Costello, E.J. & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 42(7), 797-807.
Döpfner, M. & Walter, D. (2006). Schulverweigerung. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), Schule und psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer.

kjppköln

© D. Walter

# Häufigste psychische Störungen

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



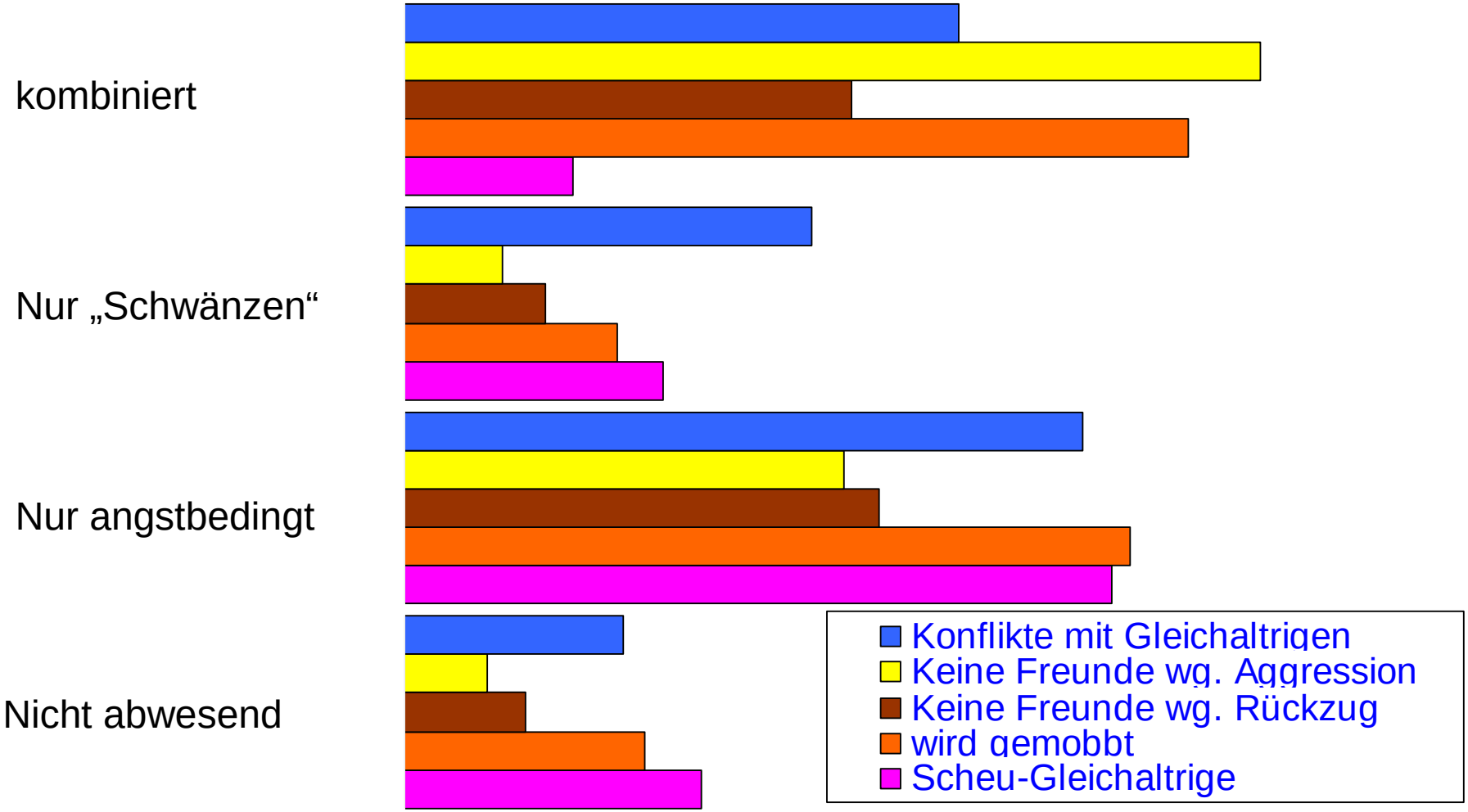

Egger, H.L., Costello, E.J. & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 42(7), 797-807.
Döpfner, M. & Walter, D. (2006). Schulverweigerung. In H. C. Steinhausen (Hrsg.), Schule und psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer.

kjppköln

© D. Walter

# 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

- 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- to29-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 phobie. J Abnorm Psychol 108, 211-221.


© D. Walter

# 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- to29-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 phobie. J Abnorm Psychol 108, 211-221.


© D. Walter

Komorbidität, assoziierte Symptome und Belastungsfaktoren in Abhängigkeit von der Form der Schulverweigerung (nach Egger et al. 2003)

| Variable | ängstliche Schulverweigerer % | Schulschwänzer % | gemischte Gruppe % |
|---|---|---|---|
| Weitere psychiatrische Diagnose | 24,5 | 25,4 | 88,2 |
| Trennungsangst | 10,8 | 0,3 | 14,4 |
| Einfache Pobie | 2,1 | 0,2 | - |
| Soziale Phobie | 3,2 | 0,2 | - |
| Panikstörung | 0,3 | 0,2 | 11,6 |
| Depressive Episode | 13,9 | 7,5 | 15,5 |
| Aufmerksamkeits-defizit-/Hyperaktivi-tätsstörung | 1,3 | 0,5 | 13,1 |
| Störung des Sozial-verhaltens | 5,0 | 14,8 | 43,4 |
| Körperliche Beschwerden (Kopf- und Bauch-schmerzen) | 26,5 | 0,7 | 42,0 |
| Hänseleien, Tyrannisiert werden in der Schule | 28,9 | 8,5 | 31,2 |
| Konflikte mit Gleich-altrigen | 27,0 | 16,2 | 22,1 |
| Geringe elterliche Kontrolle | 12,4 | 31,5 | 28,6 |
| Geringes Einkommen | 37,1 | 31,3 | 52,4 |

In einer aktuellen Felduntersuchung von Egger et al. (2003) lag die drei Monatsprävalenz von ängstlichen Schulverweigerern bei 2 Prozent und für Schulschwänzen bei 6,2 Prozent. Bei einem Viertel der schulängstlichen Verweigerern und bei 8 Prozent der Schulschwänzer war eine Mischung aus beiden Symptomgruppen vorhanden.

# Gibt es bestimmte Alters- und Geschlechtseffekte

Während das mittlere Alter der schulängstlichen Kinder zu Beginn der Symptomatik bei 10,9 Jahren lag, betrug dies beim Schulschwänzen 13,1 Jahre.

Während im Vor- und Grundschulalter die Trennungsangst im Vordergrund steht, werden bei älteren Jugendlichen vermehrt phobische Störungen angenommen.

Ein deutlicher Geschlechtseffekt fand sich beim Schulschwänzen, das nur zu einem guten Drittel Mädchen betraf.

# Worauf ist noch zu achten?

- Das Risiko von Kindern mit Schulverweigerung, psychiatrisch zu erkranken, ist dreifach höher als bei denen mit einem regelmäßigen Schulbesuch.

- King und Bernstein (2001) betonen, dass schulverweigerndes Verhalten meistens in eine allgemeine psychopathologische Symptomatik eingebettet ist, wobei altersabhängige Merkmale zu beachten sind.

# Psychosoziale Risikofaktoren (1)

- Egger et al. (2003) berichten bi Kindern mit ängstlicher Schulverweigerung über vermehrte Gewalterfahrungen und Schwierigkeiten in der Gleichaltrigengruppe.

- Schulängstliches Verhalten wird häufiger bei einem allein erziehenden Elternteil, dem Besuch einer schule mit erhöhten gefahrenpotential sowie wegen psychischer Probleme behandelter Elternteile auf.

# Psychosoziale Risikofaktoren (2)

- Schulschwänzer leben vermehrt in sozial benachteiligten Verhältnissen mit nur einem Elternteil, der sie schlecht beaufsichtigt.

- Je chronischer und ausgeprägter die Schulverweigerung desto ausgeprägter sind auch die familiären Belastungsfaktoren

# Welche Rolle spielen Lern- und Leistungsstörungen

Während die Beziehung zwischen Schulverweigerung, psychiatrischer Komorbidität und familiären Belastungsfaktoren gründlich untersucht wurde, blieb die Rolle von Lern- und Sprachstörungen bisher wenig beachtet. Dabei können Leistungsdefizite eine wichtige intervenierende Variable darstellen.

# Schulabsentismus – ätiologische Faktoren

**Patient**

- Leistungs-/ soziale Ängste
- Trennungsängste
- depressive Tendenzen
- dissoziale Tendenzen
- körperliche Erkrankungen/ Somatisierung
- Teilleistungs-störungen
- Überforderung
- Mangel an sozialen Fertigkeiten

**Schule**

- große Klassen, viele auffällige Mitschüler
- Tyrannisieren durch Mitschüler
- hohe Leistungs-anforderungen

**Schulabsentismus**

Mangel an Koordination zwischen Instanzen

**Familie**

- psychische Störungen der Eltern
- familiäre Belastungen
- erzieherische Überforderung
- Häufungen von Schulabsentismus
- Verstärkungs-prozesse
- hoher Anspruch der Eltern

Carr, A. (1999). The handbook of child and adolescent psychology. A contextual approach (pp. 403-468). London: Routledge.
Ihle, W. et al (2003). Kogntiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 52, 409-424.

kjppköln
© D. Walter

# Behandlungsansätze (1)

mehrere Studien zu Schulabsentismus, allerdings nur zwei randomisierte Kontrollgruppenstudien: KBT als bestevaluierte Behandlungsmethode (z.B. Exposition in vivo, Kontingenzmanagement)

- King et al. (1998): 34 Kinder 5-15 Jahre, KBT vs. WartelistenKG: deutliche Überlegenheit der KBT, Effekte blieben über Zeitraum von 3 Monaten stabil

- Last et al. (1998): 56 Schulverweigerer 6-17 Jahre, KBT vs. nondirektive Gesprächstherapie, Ausschluss depressiver Patienten
  - deutliche Effekte in beiden Gruppen, Effekte blieben über 4 Wochen stabil
  - keine Überlegenheit der KBT

King NJ et al (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37, 395-403
Last et al. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37(4), 404-411


© D. Walter

# Behandlungsansätze (2)

- Blagg & Yule (1984): N=30 KBT, verglichen mit N=16 stationären Behandlungen und N=20 mit Hausbeschulung plus Psychotherapie:
  - 1 Jahr nach Behandlungsende: KBT 93,3% regelmäßiger Schulbesuch, stationär 37%, Hausbeschulung 10%
- Hinweise, dass kurze, intensive Behandlung erfolgversprechend
- Pharmakotherapie:
  - 4 randomisierte Kontrollgruppenstudien untersuchen Wirksamkeit TCA: widersprüchliche Ergebnisse
  - SSRI: 3 offene & 1 randomisierte Kontrollgruppenstudie: Patienten mit Angststörungen scheinen von Fluoxetin zu profitieren
- Befundlage insgesamt unzureichend, Hinweise, dass KBT erfolgreich, kein Verfahren erfüllt Kriterien für EST (empirisch validierte Behandlung)

Bagg N & Yule W (1984). The behavioural treatment of school refusal: a comparative study. Behav Res Ther 22, 119-127.
King, N & Bernstein, G. (2001). School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40(2), 197-205.


© D. Walter

# Wie erfolgreich sind die vorliegenden Therapieansätze

- Die z.T. manualisiert vorliegenden Programm sind bei 50 – 65 % der Patienten erfolgreich.

- Die bisherigen Studien erlauben keine eindeutige Festlegung der optimalen Therapiedauer in Abhängigkeit von Ausprägung der Symptomatik, Komorbidität und den psychosozialen Belastungsfaktoren.

Der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva verbesserte in doppelblind-placebo-kontrollierten Studien sowohl die schulbezogenen Probleme als auch komorbide Angststörungen. Andererseits belegen die Daten einer 1-Jahres-Katamnese von Bernstein et al. (2001), dass die Kombination einer 8-wöchigen Medikation mit trizyklischen Antidepressiva in Kombination mit einer 8-wöchigen kognitiven Verhaltenstherapie nicht ausreichend war, wenn neben der Schulverweigerung auch komorbide Ängste und depressive Symptome vorlagen.

## Können Medikamente helfen?

Der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva verbesserte in doppelblind-placebo-kontrollierten Studien sowohl die schulbezogenen Probleme als auch komorbide Angststörungen. Andererseits belegen die Daten einer 1-Jahres-Katamnese von Bernstein et al. (2001), dass die Kombination einer 8-wöchigen Medikation mit trizyklischen Antidepressiva in Kombination mit einer 8-wöchigen kognitiven Verhaltenstherapie nicht ausreichend war, wenn neben der Schulverweigerung auch komorbide Ängste und depressive Symptome vorlagen.

- Unter Schulverweigern Subgruppe der ängstlich-depressiven, etwa 25% aller Schulverweigerer
- Da diese Untergruppe stark beeinträchtigt Hypothese, dass sie von Kombinationsbehandlung am meisten profitieren, daher Imipramin & KBT
- 4 doppelblinde RCTs mit TCA zwischen 1971-1992 – widersprüchliche Befunde: nur eine Studie zeigt, dass TCA besser als Placebo ist bei Rückführung in Schule; Widersprüchliche Ergebnisse hauptsächlich auf unterschiedliche Stichproben, Dosierungen und Art der Begleitbehandlung rückführbar
- Etliche neuere Studien belegen Wirksamkeit von KBT in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus, Angststörungen und depressiven Störungen; KBT scheint dabei insbesondere geeignet, um Schulbesuch zu verbessern sowie zur Reduktion ängstlich-depressiver Symptome
- Neuere Metaanalyse zeigt, dass KBT bei depressiven Störungen im Jugendalter wirksam, Effekte stabil (Reinecke et al., 1998)

- Placeboeffekt Medis: frühere Studien mit TCA bei Schulabsentismus hohe Placoboraten bis 50%! – evt. deshalb widersprüchliche Ergebnisse, frühere Befundlage könnte auch daran liegen, dass nicht Untergruppen untersucht, vielleicht hat auch Ausschluss von Jugendlichen mit SSV dazu geführt, dass kein Placeboeffekt in vorliegender Studie gefunden wurde
- Frühere Studien haben Effektivität meist über subjektive Maße (Selbst- und Fremdurteil) untersucht: hier: objektives Maß – Schulbesuch: wurde mit viel Mühe für jede Schulstunde erhoben und erwies sich als sensitives Maß für Behandlungserfolg
- Betonen die Notwendigkeit, auch objektive Funktionsmaße in Studien heranzuziehen – hier sind zukünftige Studien erforderlich, um weitere valide und reliable Maße zu entwickeln
- diese Studie auch gut wg. angemessener Stichprobengröße, sorgsam bedachter TCA-Dosierung mit intensivem Monitoring, manualisierte Therapie mit Training der Therapeuten, Begleitung der Therapie (Telkonf) und objektivem Funktionsmaß

Ihle und Mitarbeiter (2003) empfehlen folgenden Ablaufplan als praxisnahe Ergänzung zur Durchführung kognitiver verhaltenstherapeutischer Programme:

- sorgfältige Erfassung aller relevanter Faktoren, Information durch Eltern, Kind, Lehrer bzw. anderer beteiligter Personen;
- 
- sorgfältige Erfassung der kindlichen Fähigkeiten und der Symptomatik;
- 
- Identifikation prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren;

- Besprechung der Ergebnisse der Diagnostikphase mit allen relevanten Personen (Psychoedukation);

- bei Trennungsangst ist das vordringliche Therapieziel eine sofortige Reintegration des Kindes in die Schule, darüber hinaus ist die Verselbständigung des Kindes und eine Lockerung der Eltern-Kind-Beziehung mittelfristig anzustreben;

- wenn Furcht vor Tyrannisieren durch Mitschüler, Viktimisierung durch Lehrer oder Schulversagen zur Symptomatik beitragen, müssen diese Themen in der Schule geklärt und bearbeitet werden;

- Präzise Planung des Rückkehrprozesses mit Festlegung des Umfangs und Zeitpunktes des Schulbesuches, Begleitung des Kindes und Hilfe bei der Bewältigung schwieriger Situationen;

- Einführung eines Anreizsystems, um Ängste zu tolerieren;

- Rückfallprävention mit Einbindung von Lehrern und Schülern sowie Anreize für das Aushalten von Trennungsangst.

# gestufte Behandlung

- Behandlungskonzept in Form eines Stufenplanes:
  - umschriebener ambulanter Behandlungsversuch (deutliche Symptomlinderung innerhalb weniger Wochen), wenn nicht ausreichend:
  - stationäre Intensivphase (offen bzw. geschlossen)
  - teilstationäre sowie ambulante Nachbehandlung
  - bei Rezidiven ggf. erneute Aufnahme

- stationäre Aufnahme ohne ambulanten Vorversuch, wenn:
  - Fernbleiben aus der Schule länger als 6 Monate;
  - keine Änderungsmotivation seitens des Jugendlichen;
  - hohe Einbindung der Eltern/ Hilflosigkeit der Eltern


© D. Walter

# Schulabsentismus – stationäre “Intensiv-”behandlung

- intensive Behandlungsphase während des stationären Aufenthaltes: 3-5 Einzeltermine + 1 Elterngespräch pro Woche sowie begleitende Interventionen durch Stationsmitarbeiter (z.B. Expositionen)
- stationäre Verweildauer: in der Regel 6-8 Wochen, ggf. 1-2 Wochen tagesklinischer Aufenthalt, nachfolgend ambulante Weiterbehandlung
- multimodale Therapie in Abhängigkeit von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen: Interventionen setzen dort an, wo die Probleme auftauchen
- kognitiv-behaviorale Ausrichtung unter Einbezug zusätzlicher Maßnahmen (z.B. Jugendhilfe, Pharmakotherapie)
  - z.B. soziales Fertigkeitentraining, kognitive Umstrukturierung, graduierte Exposition in vivo


© D. Walter

# Untersuchungsdesign



© D. Walter

# Ein- und Ausschlusskriterien

- Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren
- Schulbesuch eingestellt: mindestens zwei Wochen vor Aufnahme nicht mehr in der Schule gewesen
- mindestens eine der folgenden Diagnosen trifft zu:
  - spezifische/ soziale Phobie; gener. Angststörung
  - emotionale Störung mit Trennungsangst
  - depressive Episode/ rezidiv. depr. Störung, anhaltende affektive Störung
  - Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- Bereitschaft der Eltern zur Teilnahme an wöchentlichen Elterngesprächen
- ausgeschlossene Diagnosen: geistige Behinderung (SW>70), Anorexia/ Bulimia nervosa, Psychose, Persönlichkeitsstörungen, schwerer Alkohol-/ Drogenabusus, ausgeprägte Delinquenz/ Dissozialität


© D. Walter

# Untersuchungsdesign

| | Beurteilungs-zeitraum |
|---|---|
| **Screening** | |
| **Aufnahme: Eingangsmessung (M1)** | **2 Monate** |
| **Verlaufsmessung: wöchentlich/ täglich** | **1 Woche/ 1 Tag** |
| **Entlassung: Abschlussmessung (M2)** | **1 Woche/ 1 Tag/ stat. Aufenthalt** |
| **Katamnese 1: 2 Monate nach Entlassung** | **2 Monate** |
| **Katamnese 2: 9 Monate nach Entlassung** | **2 Monate** |

kjppköln

© D. Walter

# Messinstrumente

**Jugendlichen-urteil**
- SELBST-JF
- YSR
- DIKJ
- AFS
- PHOKI
- LAVI
- SBB-DES
- SBB-ANG
- SBB-ADHS
- SBB-SSV

**Elternurteil**
- SELBST-EF
- CBCL
- FBB-DES
- FBB-ANG
- FBB-ADHS
- FBB-SSV

**Therapeuten-urteil**
- DCL-DES
- DCL-ANG
- DCL-ADHS
- DCL-SSV
- SELBST-CL-Leistung
- CL-PFF-SA
- TUS

**Teamurteil**
- SELBST-JuSta

- Ausmaß des Schulabsentismus operationalisiert durch:
  - Schulzeugnisse (Fehlstunden)
  - aktuelle Fehlzeiten (Eltern- und Lehrerurteil)


© D. Walter

# Stichprobenbeschreibung



© D. Walter

# Selektionsprozess

**Screenings N=80**
(Januar 2004-August 2005)

Kriterien erfüllt?

**N=19**

**N=61**

zur Aufnahme erschienen?

**N=8**
**(ausgeprägte Trennungsangst)**

**N=53**

regulärer Verlauf?

**N=8**
**(Abbruch, Trennungsangst)**

**N=45**

**erneute Aufnahme: N=2**
**(1* per richterlichem Beschluss)**

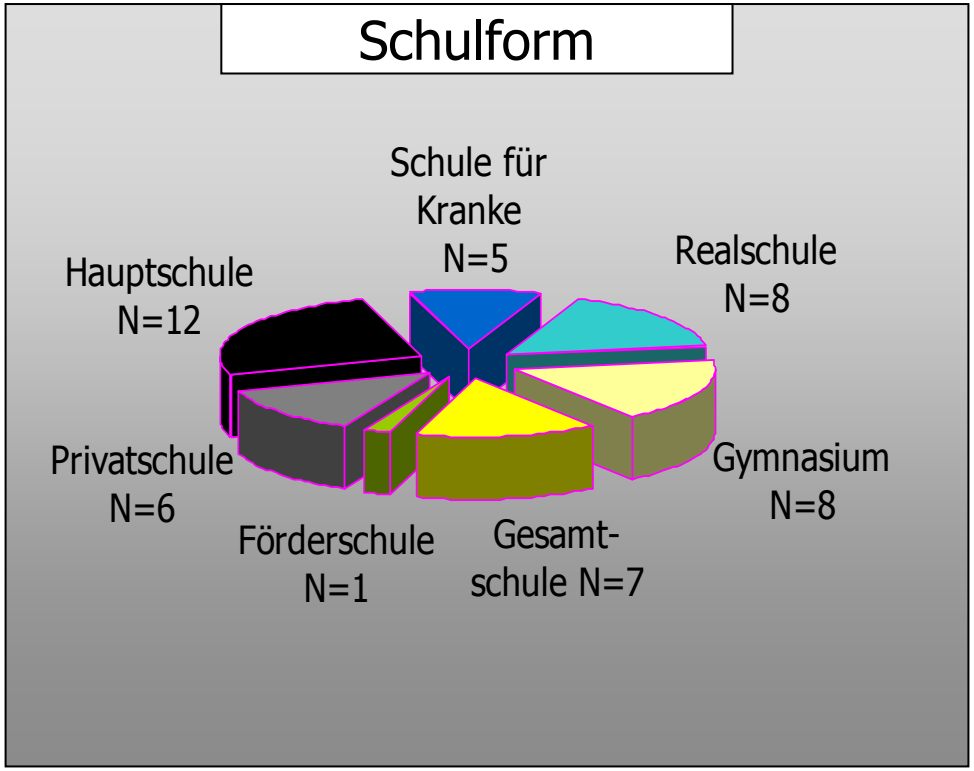
**Stichprobe: N=47**

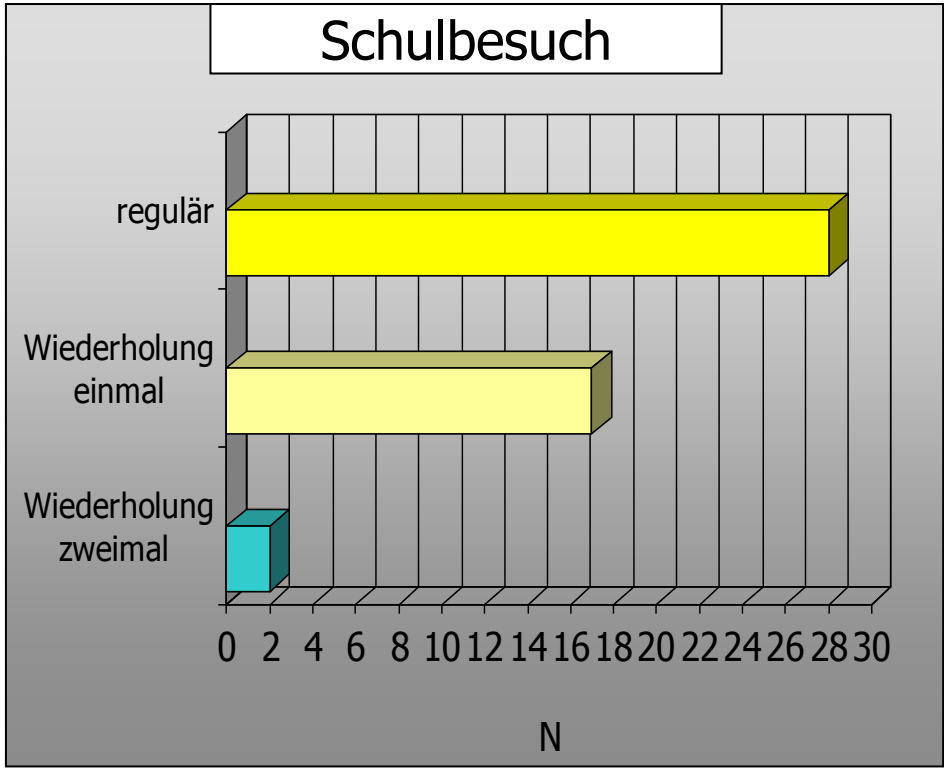
kjppköln

© D. Walter

# Alter, Geschlecht, Intelligenz und Beschulung

- 
- 

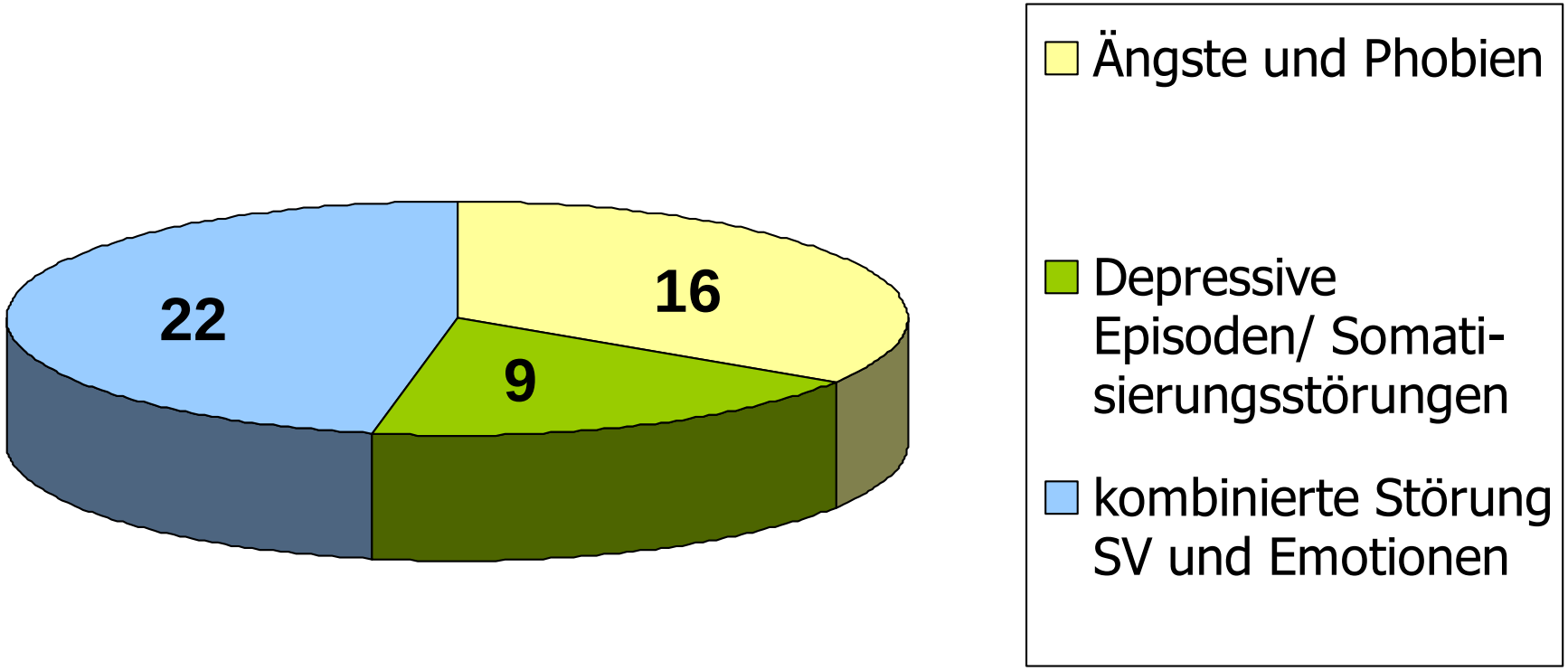



kjppköln

© D. Walter

# Gruppierte ICD-10-Diagnosen auf Achse 1 (N=47)




kjppköln
© D. Walter

# Entscheidungsbaum Schulabsentismus

**Erarbeitung eines Störungsmodells, gemeinsame Zieldefinition**

| | |
|---|---|
| **schulische Überforderung/ ungünstige schulische Bedingungen?** | **Einleitung einer adäquaten schulischen Platzierung** |
| **Antriebsminderung/ depressive Stimmung/ verschobener Schlaf-Wach-Rhytmus?** | **Aktivierung/ Normalisierung des Schlaf-Wach-Rhytmus** |
| **dysfunktionale Grundannahmen/ verzerrte soziale Wahrnehmung?** | **Korrektur verzerrter Kognitionen / sozialer Wahrnehmungsprozesse** |
| **ausgeprägte situative/ objektbezogene Ängste?** | **Exposition** |

kjppköln

© D. Walter

| | |
|---|---|
| **Mangel an sozialen Fertigkeiten?** | **soziales Fertigkeitentraining** |
| **soziale Isolation/ Aktivitäten mit geringem sozialen Bezug?** | **Integration in den Gleichaltrigenbereich/ Aufbau regelmäßiger sozialer Aktivitäten** |
| **ungünstige Erziehungsbedingungen/ erzieherische Überforderung der Eltern?** | **Elterntraining/ Implementierung von Jugendhilfemaßnahmen** |
| **ungünstige Verstärkerprozesse?** | **Kontingenzmanagement: Verminderung von Überbehütung/ Entlastung, Verstärkung von Bewältigung** |
| **unzureichende Lernorganisation/ Lerntechniken/ fachbezogene Wissenslücken?** | **Verbesserung der Lernorganisation/ Vermittlung von Lernstrategien Interventionen zum Aufholen verpasster Stoffinhalte** |

kjppköln

© D. Walter