

Systemische Therapie bei Schulverweigerung

(Manuskript, in leicht veränderter Form erschienen als: Schweitzer J & Ochs M (2003) Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 52, 440 – 455)

Systemtherapeutische Implikation einer Differentialdiagnostik schulverweigernden Verhaltens

Die differentialdiagnostischen Unterscheidung dreier Formen der Schulverweigerung: Schulangst, Schulphobie und Schulschwänzen (Lehmkuhl et al. 1988; Oelsner und Lehmkuhl 2002) verdeutlicht, dass es sich bei unerlaubtem Fernbleiben von der Schule stets um Beziehungskonflikte handelt, die aber unterschiedlich geartet sind. Bei der Schulangst stehen starke Ängste vor schulischen Leistungsanforderungen, Lehrern oder Mitschülern im Vordergrund. Bei der Schulphobie handelt es sich in erster Linie um eine Angst vor der Trennung vom Elternhaus. Schulschwänzen bezeichnet das, was auch umgangssprachlich darunter verstanden wird: „Null Bock auf Schule“.

Schulverweigerndes Verhalten stellt ein für Familientherapeuten höchst interessantes Phänomen dar, da es oft in eine Gemengelage von dämpfenden und verstärkenden Prozessen auf mehreren Systemebenen eingebettet ist. Auf diesen Systemebenen muss je nach Fall unterschiedlich intensiv gearbeitet werden:

- Individuell geht bei über der Hälfte der Kinder und Jugendlichen schulverweigerndes Verhalten mit komorbiden Belastungen einher - oft Angst, depressive und somatoforme Störungen (z.B. Kearney 1993; King und Bernstein 2001). Und auch die Eltern dieser Kinder berichten häufig psychische und psychosomatische Beschwerden berichten (z.B. Murase 1990; Bernstein und Borchardt 1996). Diese Belastungen müssen erkannt und gelindert werden, was häufig durch Familiengespräche, manchmal aber leichter durch Einzelgespräche gelingt.
- Familiär stellt Schule immer eine Bedrohung der innerfamiliären Bindungsdichte dar, auf die manche Familien mit besonders starkem Bindungsmodus meist sehr verängstigt, oder manchmal aggressiv oder beides zugleich reagieren können. Hier ist eine sehr behutsame „Entbindungsarbeit“ mit der Familie angesagt, die aber zunächst den familiengeschichtlich meist nachvollziehbaren Überlebenswert starker Bindung erkundet, und respektiert, bevor sie ihn behutsam infragestellt.
- Peer-Gruppen (Klassenkameraden) sind insbesondere für Jugendliche oft die entscheidenden Normsetzer dafür, ob eher Schulbesuch oder Fernbleiben von der Schule sozial anerkannt wird. Ihre Einbeziehung in eine systemische Therapie erleichtert manchmal die Rückkehr zur Schule.
- Institutionell steht neben der Arbeit mit der Familie und erweiterten Familie regelmäßig die Zusammenarbeit mit den Lehrern, oft mit eingeschalteten Kinderärzten, manchmal mit Jugendamt und Jugendhilfe auf dem Plan. Hierbei sind Auftragsklärungen und Helferkonferenzen wichtig.
- Gesellschaftlich ist Schulverweigerung nur denkbar vor dem Hintergrund einer allgemeinen Schulpflicht als Kampf um die Verweigerung, Durchsetzung oder kompromisshafte Durchsetzung einer gesetzlich gefassten „Muss-Regel“: Ohne Schulpflicht gäbe es keine Schulverweigerung.

rung. Hier ist in therapeutischen Kontexten eine „Lösungsneutralität“ hilfreich: Therapeuten müssen, anders als Rektoren, Eltern oder Jugendamtsmitarbeiter, auch das Fernbleiben von der Schule für eine grundsätzlich honorige und sinnvolle Verhaltensweise halten können - genauso wie das Hingehen.

Die drei Formen von Schulverweigerung erfordern jeweils unterschiedliche Schwerpunkte bei der systemischen Behandlung:

Schulangst

Bei Schulangst geht es vor allem um die direkte und/ oder konnotative Veränderungen des Aktionsfeldes Schule. Bei einer Leistungsüberforderung des Schülers kann ein Schulwechsel, z.B. von der Realschule auf die Hauptschule, indiziert sein. Bei schulverweigerndem Verhalten aufgrund von Mobbing oder Gewalt durch Mitschüler oder aufgrund von Schwierigkeiten mit Lehrerinnen ist gemeinsam mit Eltern und Lehrern/ Pädagogen sorgfältig zu klären, ob eine Stärkung individueller Bewältigungskompetenzen (und familiärer Ressourcen zu deren Unterstützung) zum erfolgreichen Bleiben oder aber ein Schul- bzw. Klassenwechsel angebracht ist.

Entscheidend für das Gelingen therapeutischer Intervention ist:

- kontextuelle Veränderungen so zu begleiten, dass sie vom schulverweigernden Schüler und seiner Familie nicht als Kränkung, sondern als Chance zu einem Neuanfang empfunden werden können: Jeder muss sein Gesicht wahren können.
- dass kontextuelle Veränderungen auch von den Lehrern, Jugendamtsmitarbeitern, behandelnden Ärzten etc. annähernd als Win-Win-Prozess angesehen werden können.
- mit dem Kind und seiner Familie gemeinsam Sichtweisen zu erarbeiten, die die Schule für deren Empfinden „einfacher, erfolgsversprechender, annehmbarer machen“ (Oelsner und Lehmkühl 2002, S. 19).

Schulphobie

Schulphobie und Schulangst können eng verwoben sein. Stehen bei der schulverweigernden Symptomatik kindliche Trennungsängste im Vordergrund (Schulphobie), dann spiegeln diese oft Ängste vor dem Verlust des im familiären Kontext funktionierenden, aber im schulischen Kontext bedrohten Selbstwertes dar. Dabei können Selbstwertängste des Kindes und seiner Eltern eng verflochten sein. Bernstein und Borhardt (1996) erhoben bei 134 Familien mit schulverweigernden Kindern die elterliche psychische Belastung per SCL-90. Es stellte sich heraus, dass eine hohe Rate von Vätern über Ängste und Depressionen berichten. Auch von anderen Autoren wurde die patho- und salutogenetische Rolle des Vaters bei Schulverweigerung angemerkt (z.B. Sherman und Formanek 1985; Makihara et al. 1985; Kearney und Silverman 1995). In einer familientherapeutischen Kasuistik berichtete Saito (1992), dass das interpersonale „Empowering“ des Vaters entscheidend für den Therapieerfolg war.

Eine nachhaltige Veränderung des schulverweigernden Verhaltens erfordert deshalb manchmal eine familientherapeutische Aufarbeitung elterlicher Ängste. Hilfreich hierbei kann die Verwendung von Genogrammen sein, mit denen transgenerationale familiäre Verflechtungen anschaulich exploriert werden können. Familienmitglieder mit Angststörungen neigen dazu, sich in abhängige und überinvolvierte Beziehungsmuster zu verstricken. Diese wiederum stellen einen guten Nährboden für (Schul-)Ängste und (Schul-)Phobien dar (siehe unten „Schulverweigerer in verstrickten Familien“). Die Unabhängigkeit und Autonomie der Familienmitglieder zu fördern, ist bei Schulphobie häufig ein Schlüssel zum Erfolg. Es ist jedoch dabei zu berücksichtigen, dass „encouraging the independence strivings oft the youngster can proceed only when the sense of need and dependency within the parent has been understood and adressed“ (Place et al. 2000, S. 351).

Schulschwänzen

Schulschwänzen hat nicht viel mit Schulangst und Schulphobie zu tun - auch wenn das Phänomen, nämlich Fernbleiben von der Schule, dasselbe ist. Im Gegenteil: Chronischen „Schulschwänzern“ ist die Schule so egal, dass sie noch nicht einmal Angst vor ihr haben. Doch nicht nur den „Schulschwänzern“ selbst ist Schule egal - oft auch deren Eltern. Schulschwänzen ist – kinderpsychiatrisch gesprochen – oft Teil einer „Störung des Sozialverhaltens“, die gleichermaßen als Beziehungskonflikt zwischen den Systemen Schule und Familie verstanden werden kann. Deshalb ist ein anderes systemtherapeutisches Vorgehen als bei Schulangst/ Schulphobie indiziert. Mehr Konfliktvermittlung und „interkulturelle Übersetzungsarbeit“ zwischen Familie und Schule, ggf. auch weiteren Systemen, das wir hier nicht genauer beschreiben (ausführlicher dazu: Aponte 1976; Pinquart und Masche 1999; Oelsner und Lehmkuhl 2002)

Bei Schulangst und Schulphobie bewährte Therapieelemente

Grundsätzlich besteht bei jeder Form von Angststörungen ein erster und wichtiger Schritt systemischer Therapie darin, Angst als eine normale und sinnvolle Reaktion und Erfahrung von Menschen, die alltagssprachlich im Gegensatz zu „Depression“ oder „Psychose“ zunächst nicht als pathologisch betrachtet wird, zu konnotieren und diese Dimension der Angst jenseits der Pathologie lebens- und beziehungsgeschichtlich auszuloten (Häuser 1994). Gleichzeitig ist es entscheidend, die Janusköpfigkeit der Angst zu verdeutlichen: Ängste können auch konstruktives Handeln blockieren, negative Erwartungsparalysen erzeugen und klein machen.

Im folgenden eine kleine Auswahl systemischer Therapieelemente, die sich bei Schulverweigerung bewährt haben:

Kontextualisierung des schulverweigernden Verhaltens

Ähnlich wie bei Verhaltenstherapie am Beginn der Behandlung eine Verhaltensanalyse steht, so wird in den ersten Sitzungen systemischer Therapie eine Kontextanalyse durchgeführt:

- Wann ist die Schulangst zum ersten Mal aufgetaucht?
- Wie haben andere darauf reagiert?
- Wie gehen Eltern/ Partner/ Geschwister mit Gefühlen der Angst um?

Es empfiehlt sich, die Kontextanalyse um eine Lösungsanalyse zu erweitern; zu erkunden, welche Bewältigungsstrategien von den Familienmitgliedern schon erfolgreich/ nicht erfolgreich eingesetzt wurden (ausführlicher zur Lösungsanalyse: Bamberger 2001).

Auftragsklärung „Machen, dass der Junge wieder in die Schule geht“

Bei schulverweigerndem Verhalten ist Auftragsklärung deshalb entscheidend, weil die in der Luft liegende Einladung und oft direkt ausgesprochene Aufforderung, der Therapeut möge dafür sorgen, dass das Kind wieder zur Schule geht, einen unmöglichen Auftrag darstellt. Wenn darüber im therapeutischen Arbeitsbündnis erst einmal Konsens besteht, dann können konkrete und durchführbare Therapie(teil)ziele formuliert werden – womit viel gewonnen ist.

- Angenommen, Sie wären hier Kunde und würden mir einen Auftrag erteilen, wie könnte dieser lauten?
- Was erwarten Sie von mir?
- Wie könnte ich dabei hilfreich sein?
- (Umgekehrt als Verschlimmerungsfrage formuliert: Was müsste ich tun, damit Sie hinterher unzufrieden sind?)

Die „guten Gründe“ für Schulverweigerung

Oft kommt man Schulängsten und –phobien elegant und schnell auf die Spur, wenn man die „guten Gründen“ in der familiären Lebenssituation und –geschichte bei den Familienmitgliedern ausführlich erfragt. Zudem ist es somit möglich, Alternativen zu entwickeln, um die angenehme Seite am Schulverweigern ohne Schulverweigern zu bewahren.

- Angenommen, die Schulangst wäre für etwas gut und wichtig, wofür könnte das sein?
- Angenommen, es gäbe gute Gründe für die Schulangst, welche wären dies?

Visionen - Der Schulverweigerer in fünf Jahren

Es kann lohnend sein, Hypothesen darüber zu entwickeln, wie das schulverweigernde Kind und seine Familie in zwei oder in fünf Jahren leben. Wie schaut die Zukunft aus, wenn das schulverweigernde Verhalten abgelegt/ beibehalten wird?

- Angenommen wir würden einen Sprung in die Zukunft machen, wie werden Sie jeder einzeln und als Familie in zwei/ in fünf Jahren leben?
- Was ist Ihre Vision von der Zukunft?

Manchmal wird das destruktive schulverweigernde Verhalten mit aller Klarheit deutlich, wenn der zeitliche Kontext um das Symptom weit in die Zukunft ausgedehnt wird.

Ressourcenaktivierung - Was die Familienmitglieder hinsichtlich der Schulangst tun können

Es empfiehlt sich, den Lösungs- und Bewältigungsraum der Familienmitglieder hinsichtlich der Schulverweigerung ausführlich zu explorieren. Oft treten dabei verschüttete Ressourcen zutage, die genutzt und ausprobiert werden können. Gleichzeitig wird somit wichtige diagnostische Information über Problemlösekompetenzen und –vorlieben der Familienmitglieder erhoben.

- Wie wurden ähnliche Krisen in der Vergangenheit schon einmal bewältigt?
- Wenn das Kind früher oder zwischenzeitlich einmal ausnahmsweise in die Schule ging; was war dann anders?
- Angenommen, wir würden hier heute ein erfolgreiches Gespräch führen, was würden Sie nach Ende des Gesprächs konkret anders machen, was die Schulangst betrifft?

Behaviorale und tiefenpsychologische Strategien als flankierende Maßnahmen zur systemischen Behandlung

Behaviorale Strategien (Belohnungssysteme, verhaltenstherapeutisch abgestufte Vorgehen, Abholenlassen von Klassenkameraden u.ä., vgl. hierzu Oelsner und Lehmkuhl 2002) können flankierend zum Einsatz kommen, wenn es primär darum geht, dass das Kind wieder in die Schule geht und davon ausgegangen werden kann, dass die selbstverstärkende Erfahrung, die ein Kind aus dem wieder aufgenommenen Schulbesuch macht, heilsam ist. Tiefenpsychologische Einzeltherapie erscheint dann flankierend ratsam, wenn es darum geht, dass Selbstbild des schulverweigernden Kindes auf eine realistische Basis zu stellen und auf dieser Basis Selbstwert, Autonomie und Selbstvertrauen zu stärken.

Schulverweigerer in verschiedenen familiären Interaktionstypen

Wie auch bei anderen psychischen Störungen lassen sich bei Schulverweigerung keine spezifischen familiären Beziehungs- und Interaktionsmuster empirisch einwandfrei und replizierbar nachweisen (Cierpka 1989; Cierpka et al. 1998). Im klinischen Alltagswissen erweisen sich dennoch einige Subtypisie-

rungen familiärer Interaktionen im Blick auf Schulverweigerung als hilfreich. In einer Synopsis zum Zusammenhang zwischen familiärer Umwelt und Schulverweigerung listen Kearney und Silverman (1995) fünf familiäre Subtypen auf: „verstrickte“, „konflikthafte“, „losgelöste“, „isolierte“ und „gesunde“ Familieninteraktionen.

Schulverweigerer in verstrickten Familieninteraktionen

In der verstrickten Familieninteraktion ist die Beziehung zwischen Mutter und dem schulverweigerndem Kind/ Jugendlichen durch übergroße Abhängigkeit und Überbehütung seitens der Mutter gekennzeichnet. Der Vater glänzt durch Passivität und Rückzug. Frühe, oft psychodynamisch ausgerichtete Publikationen rekurrierten häufig auf dieses familiäre Beziehungsmuster, wenn dort Trennungsangst als maßgebliche Ursache der Schulverweigerung betrachtet wurde (z.B. Johnson et al. 1941; Suttentfield 1954; Waldfogel et al. 1957). Auch wenn in späteren Arbeiten (z.B. Last und Strauss 1990; Pilkington und Piersel 1991) die älteren psychodynamisch orientierten Veröffentlichungen, welche die „Trennungsangst-Theorie“ als Erklärungsmodell für Schulverweigerung favorisierten, aus methodischer und empirischer Sicht kritisiert wurden (siehe auch Kearney und Silverman 1995), so scheint sich dieses in der klinische Praxis weiterhin zu bewähren: „Manchmal sind die Strukturen in der Familie so verhärtet und so subtil verästel, dass gar nicht mehr deutlich wird, um wessen Angst es eigentlich geht.“ (Oelsner und Lehmkuhl 2002, S. 82).

Schulverweigerer in konflikthafte Familieninteraktionen

In der konflikthafte Familieninteraktion stehen Feindseligkeit, Gewalt und Konflikte im Vordergrund. Mihara und Ichikawa (1986) identifizierten in nahezu der Hälfte von 140 Familien mit einem schulverweigerndem Kind unterschiedliche schwere Formen der Gewalt. Auch York und Kearney (1993) fanden mittels FES in Familien mit einem schulverweigerndem Kind ein höheres Konfliktniveau als in Familien der Normierungstichprobe. Aus systemischer Perspektive sind Konflikte oft Ausdruck unklarer Grenzen zwischen familiären Subsystemen und Mitgliedern. Typisch für Familien mit schulschwänzenden Kindern ist, dass Konflikte in der Familie nicht gelöst werden.

Schulverweigerer in losgelösten Familieninteraktionen

Die losgelöste Familieninteraktion kann als Gegenpol zur verstrickten betrachtet werden. Eine wichtige Erkenntnis klinischer Familienforschung ist, dass Beziehungsmuster, die bei der einen Familie zur Lösung des Problems beitragen würden (in verstrickten Familieninteraktionen wäre es therapeutisch wünschenswert, die einzelnen Familienmitglieder wären losgelöster voneinander), bei der anderen Familie zu dessen Aufrechterhaltung beitragen. In der losgelösten Familieninteraktion sind die einzelnen Familienmitglieder aneinander wenig bis gar nicht interessiert. Dieses Desinteresse äußert sich darin, dass keine Involviertheit in die Aktivitäten anderer Familienmitglieder besteht oder die Wünsche, Bedürf-

nisse und Gedanken anderer Familienmitglieder keine Aufmerksamkeit geschenkt wird. Bernstein et al. (1990) ermittelten mit Hilfe der FAM, dass in Familien mit schulverweigernden Kindern eher wenig Verständnis füreinander vorherrscht und eher wenig Kommunikation miteinander stattfindet. Im Gegensatz zur verstrickten Familieninteraktionen neigt die Mutter in losgelösten dazu, auf die Bedürfnisse der Kinder, von denen sie sich überwältigt fühlt, mit Distanzierung und Rückzug zu reagieren (Weiss und Cain 1964). Dies bedeutet, dass sie dem schulverweigernden Verhalten ihres Kindes wenig Beachtung schenkt.

Schulverweigerer in isolierten Familieninteraktionen

In der isolierten Familie haben die Familienmitglieder wenige bis keine außerfamiliären Beziehungen und Kontakte. York und Kearney (1993) konnten mittels der FES zeigen, dass Familien mit Schulverweigerern statistisch signifikant über weniger Außenkontakte verfügen als Familien der Normierungsschichtprobe. Dies bedeutet auch, dass keine Kontakte zu psychosozialen Helfersystemen gesucht, aufgebaut und gepflegt werden, d.h. die schulverweigernden Kinder und Jugendliche in solchen Familien keine angemessene Hilfe erfahren.

Schulverweigerer in gesunden Familieninteraktionen

Eine gesunde Familieninteraktion kann als ein Beziehungssystem mit hohem Zusammenhalt, wenig Konflikten bei gleichzeitiger hoher chromatischer emotionaler Ausdrucksfähigkeit und angemessenen Problemlösestrategien der Familienmitgliedern betrachtet werden. Entgegen der Alltagsidee, dass Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf Beziehungsstörung der Eltern hinweisen, lässt sich empirisch das Problem der Schulverweigerung auch in solchen gesunden Familieninteraktionen nachweisen (Bernstein et al. 1990; York und Kearney 1993), allerdings in klarer identifizier- und eingrenzbarer, im Umfang eher „leichteren“ Formen der Schulverweigerung (Kearney und Silverman 1995).

Schulverweigerer in „typgemischten“ Familieninteraktionen

In der Praxis finden sich oft Mischungen der hier beschriebenen Interaktionstypen. Die beiden Kasustiken am Ende dieses Artikels stellen beide solche Mischungen dar.

Familiendiagnostik bei schulverweigerndem Verhalten

Familiendiagnostik per Fragebogen

Abhängig-überinvolvierte und konflikthafte Familiendynamiken, wie sie bei Kindern und Jugendlichen mit Schulängsten/ Schulphobien beschrieben werden (Kearney und Silverman 1995; Bernstein und

Borchard 1996), können u.a. mit den Subskalen „Zusammenhalt“, „Konfliktneigung“ und „Selbständigkeit“ des FK-Testsystem von Schneewind et al. (1985) erfasst werden. Die Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV) von Overmeyer et al. (1994) erfasst das schulverweigernde Verhalten aus der Sicht des Kindes, der Eltern und des Lehrers. Auch inhaltlich beziehen sich die Items teilweise auf Zusammenhänge zwischen Familie und schulverweigerndem Verhalten (z.B. „Machst Du oft Dinge, die Deine Familie beunruhigen oder ärgern?“). Einen ausführlichen Überblick zu familiendiagnostischen Methoden und Fragebogeninventaren bietet Cierpka (2003).

Familiendiagnostik per erlebnisorientierten Methoden und per Gespräch

Erlebnis- und kreativitätsorientierte Methoden der Familiendiagnostik (z.B. Familienbrett, Familie in Tieren) bieten sich mit Schulkindern und Jugendlichen sehr an. Kontextanalysen und Familienanamnesen werden vornehmlich in Familienerstgesprächen, eher mit den Eltern erhoben. (ausführlich hierzu: Cierpka 2003; Schweitzer und Ochs 2003; v. Schlippe und Schweitzer 1996).

Kasuistiken

Kasuistik 1

Tatjana, ein 14-jähriges Mädchen in der siebten Klasse einer Realschule, wird von der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach einem stationären Aufenthalt dort mit den Diagnosen: Emotionale Störung mit Trennungsangst und ausgeprägter Schulphobie (F 93.0), Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F 93.2), Dysthymie (F 34.1) sowie schwerer Migräne an unsere Ambulanz überwiesen. Der Auftrag des zuständigen Arztes der Kinder- und Jugendpsychiatrie lautet, die dort erzielten Erfolge - Tatjana ist dort regelmäßig in die Klinikschule gegangen und hat sich auch hinsichtlich ihren sozialen Ängsten und der Migräne wieder gefangen – zu stabilisieren und in den Alltag zu transferieren.

Zum Familienerstgespräch kommen die Eltern von Tatjana (Herr Roth, ein Versicherungsvertreter, der häufig aufgrund dieser Berufstätigkeit außer Haus ist, und Frau Roth, Hausfrau) und Manuela, die zwei Jahre ältere Schwester von Tatjana sowie Tatjana selbst. Tatjana macht einen zurückgezogenen, ängstlichen Eindruck und äußert sich verbal so gut wie überhaupt nicht. Auch auf direkte Ansprache und Anfrage hin teilt sie sich, wenn überhaupt, nur sehr zögerlich mit und bricht schnell in Tränen aus, kann aber nicht artikulieren, warum. Sie vermittelt darüber hinaus den Eindruck, als hätte sie keinerlei Einfluss auf ihre Symptomatik und wisse gar nicht recht wie ihr geschieht, wenn sie Kopfschmerzen hat oder nicht in die Schule kann.

Auf die Frage, was sich von einer Familientherapie gewünscht wird, äußert der Vater: einen Weg zu finden, der aus dem Schlamassel herausführt und dass Tatjana die Bereitschaft entwickelt, sich dem Leben zu stellen. Die Mutter äußert, sie wünsche sich, dass Tatjana mehr Selbstvertrauen gewinnt und lernt, mit unangenehmen Situationen umzugehen. Manuela sagt, sie habe keine Erwartungen. Sie glaube, Tatjana Probleme kommen vom Druck in der Schule. Ansonsten habe sie wenig gemeinsame Interessen mit Tatjana und sei ohnehin oft nicht zuhause. Tatjana konnte selbst nach mehrmaligem respektvollen und altersgerechten Nachfragen nichts äußern, was sie sich von Familiengesprächen wünscht.

Wir erfahren in den ersten Gesprächen, dass Tatjana schulverweigerndes Verhalten schon sehr lange zeigt. Frau Roth, die fast ausschließlich für die schweigende Tatjana redet, diese erklärt und in Schutz nimmt, sagt, dass der Grund für das Fernbleiben von der Schule die Migräne sei, die oft so stark sei, dass sie drei Tage in der Woche nicht zur Schule gehen könne. Auslöser des schulverweigernden Verhaltens sei ein zweiwöchiger Skiurlaub mit den Großeltern gewesen, an dem Tatjana im Alter von vier Jahren teilnahm. Dort sei sie gezwungen worden, Skiunterricht zu nehmen, obwohl sie nicht gewollt habe. Nach diesem Skiurlaub habe es massive Probleme mit regelmäßigen Kindergartenbesuchen gegeben und Tatjana hätte mit Bettnässen begonnen. Seit diesem Zeitpunkt bis heute habe Tatjana nicht mehr regelmäßig den Kindergarten und die Schule besucht. Bisher musste sie jedoch erst einmal eine Klasse wiederholen, die Klassenstufe sechs. Mittels regelmäßiger Erledigung der Schularbeiten und Nachholen des versäumten Unterrichtsstoffes durch massive Unterstützung der Mutter sei es Tatjana bisher gelungen, die Schullaufbahn bis zur siebten Klasse Regionalschule (Zusammenlegung von Haupt- und Realschule) zu durchlaufen.

In den ersten drei Familiengesprächen geht es abwechselnd um die Migräne und die Schulverweigerung. Der Vater, der sich lebhaft in die Gespräch einbringt, beklagt sich über das freche und ungezogene Verhalten von Tatjana ihm gegenüber. Sie führe sich zuhause wie eine Königin auf und könne sich „alles erlauben“. Seine Frau würde sie zudem in Schutz nehmen und ihr alles „hinterher tragen“. So rufe sie bei den Klassenkameraden von Tatjana an, um sich nach den Hausaufgaben zu erkundigen, weil Tatjana dazu keine Lust habe. Er würde eine viel härtere Gangart mit Tatjana durchziehen, aber da er ja tagsüber nicht zuhause sei, habe er keinen Einfluss und seine Frau würde diesbezüglich nicht mit ihm zusammenarbeiten wollen. Seine Frau kontert, er sei viel zu hart und verstehe Tatjana nicht. Diese sei nämlich eigentlich ein ganz sensibles Wesen, welches viel Rücksicht und Verständnis benötige. Gleichzeitig äußert Frau Roth, ihr Mann habe ja teilweise recht, aber sie schaffe es einfach nicht, konsequent zu sein. Frau Roth berichtet außerdem, dass sie einmal für fünf Jahre eine Psychotherapie wegen Depressionen gemacht habe und aktuell überlege wieder mit einer Psychotherapie zu beginnen.

Schon in den ersten Gesprächen wird deutlich, dass massive Konflikte zwischen den Eltern bestehen, wie mit der Schulangst von Tatjana am besten umgegangen wird. Überspitzt ausgedrückt vertritt Herr Roth die „harte Tour“, Tatjana zur Schule zwingen, mit Strafen arbeiten und „Durchgreifen“. Gleichzeitig ist Herr Roth hilflos, wenn es darum geht, seine Erziehungslinie durchzusetzen und auszuführen: seine Frau und seine Kinder seien „gegen ihn“. Frau Roth steht für die „weiche Tour“. Sie plädiert für einfühlsames Eingehen auf Tatjana, die eigentlich ein sehr intelligentes Kind sei (was sich ja auch darin äußere, dass sie trotz immenser Fehlzeiten akzeptable Zeugnisnoten nachhause bringe – zumindest in den Fächern, die noch benotbar sind). [Testtheoretische Befunde (K-ABC, HAWIK) weisen auf durchschnittliche Kompetenzen, allerdings um unteren Durchschnittsbereich, hin.]

Manchmal denke sie zwar auch, man müsse Tatjana trotz Migräne dazu bringen in die Schule zu gehen. Aber es sei ihr nicht möglich, so hart gegenüber ihr zu sein. Sie meint, man müsse Tatjana Zeit geben. Der Vater wirft ein, seine Frau und Tatjana seien wie „probiotische Zwillinge“. Auf Nachfrage wird deutlich, dass er „symbiotische Zwillinge“ meint. Tatjanas Schwester Manuela hält sich aus dem Konflikt der Eltern heraus und gibt auf Anfrage hin diplomatisch mal ihrem Vater, mal ihrer Mutter recht. Ansonsten vermittelt sie den Eindruck, dass sie dankbar dafür ist, vom Therapeuten nicht angesprochen zu werden.

Der Therapeut entscheidet sich dazu, ebenfalls keine eindeutige Stellung im Konflikt zwischen den Eltern zu beziehen und macht ausführlich deutlich, dass er beiden Standpunkten etwas abgewinnen kann und was dies konkret ist.

Das Ausbalancieren und Erkunden familiärer Ambivalenzen bezüglich des Umgangs mit der Schulverweigerung stellt ein wichtiges Moment systemischer Therapie dar. Dies kann durch ausführliches Explorieren der Gründe, die für und gegen die unterschiedlichen Seiten der Ambivalenz sprechen, stattfinden. Außerdem erweist es sich oft als nützlich, die Ambivalenzen in der Familie willkommen zu heißen und als reiches Repertoire an Lösungsversuchen zu konnotieren. Hierbei geht es jedoch nicht um ein oberflächliches „turning shit into roses“, um ein Betrachten der Ambivalenzen durch die rosarote Brille. Es geht darum, Blickwinkel hermeneutisch zu erarbeiten und zu erzeugen, unter denen die Ambivalenzen tatsächlich als Lösungen empfunden und verstanden werden können. Um eine selbstorganisierte und damit systempassende Lösung anzuregen, kann es hilfreich sein, sich als Therapeut oder therapeutisches Team ebenfalls ambivalent bezüglich des Umgangs mit der Schulverweigerung zu äußern.

Am Ende des dritten Familiengesprächs überlegen alle, was weiter zu tun sei. Herr Roth meint, eine „Schocktherapie“ müsse her: Man dürfe Tatjana nichts mehr abnehmen und müsse sie quasi fallen lassen, damit sie sich alleine wieder aufrappelt. Die Mutter stimmt dieser Taktik zögerlich zu, weiß aber auch, dass sie diese nicht durchhalten kann.

Der Therapeut schlägt als Abschlussintervention vor, dass die Eltern die nächsten vier Wochen lang, jeweils wöchentlich die Strategie wechseln sollten: eine Woche lang Tatjana eine bestimmte Aufgabe wieder zurückgeben (die Hausaufgaben selbst bei Schulkameradinnen erfragen) und in der nächsten Woche wieder alles wie bislang und sie schonen. Die Woche darauf wieder Tatjana fordern und die nächste Woche wieder schonen. Das Ergebnis dieses Experiments würden wir dann im nächsten Gespräch auswerten.

Zum nächsten Familiengespräch 1½ Monate später berichten sowohl Herr als auch Frau Roth von deutlichen Verbesserungen: Die Kopfschmerzen seien seltener und Tatjana insgesamt ausgeglichener geworden. Wie es zur Verbesserung gekommen sei, wisse man nicht, aber möglicherweise hätten die Familiengespräche daran einen Anteil. Da die Symptomatik nicht mehr im Vordergrund steht, bleibt im Gespräch Raum für andere Themen. Der Vater spricht nochmals an, dass er mit dem „frehen“ und „unverschämten“ Verhalten von Tatjana zuhause Probleme hat. Außerdem tue sie wenig dafür, dass es ihr besser geht, und verhalte sich den anderen Familienmitgliedern gegenüber sehr egoistisch. Tatjana fängt an zu weinen und äußert, er würde sie nicht verstehen. Frau Roth stellt sich zugleich auf die Seite von Tatjana und stimmt ihrer Tochter zu, dass ihr Mann schnell anfangen würde zu brüllen.

Es wird für den nächsten Termin, das vierte Gespräch, eine Sitzung nur mit Vater und den beiden Töchtern vereinbart, damit Vater und Töchter sich über die Themen und Dinge, die sie aneinander stören, mit notfalls moderierender Wirkung des Therapeuten austauschen können. Tatjana bringt zu dieser Sitzung einen extra vorbereiteten Zettel mit, auf dem sie Punkte notiert hat, die sie bezüglich ihres Vaters im Gespräch ansprechen möchte. Der Vater ist sichtlich und ernsthaft bemüht, Verständnis für Tatjana aufzubringen, was ihm teilweise gelingt und teilweise nicht gelingt. Seine Bemühungen beeindrucken uns jedenfalls als Therapeuten.

Zum fünften Familiengespräch kommt wieder die ganze Familie. Was die Symptomatik von Tatjana betrifft, so geht es ihr schwankend. Allerdings habe sich das Verhältnis zwischen Vater und Tatanas seit der letzten Sitzung verbessert; dies konstatieren sowohl Mutter als auch Vater. Der Vater sagt: „Wir sind uns näher gekommen. Tatjana hakt sich jetzt sogar manchmal bei mir ein.“ Die Mutter erzählt, dass in einem Kurzurlaub, den sie in der Zwischenzeit unternommen haben, Tatjana und Papa sich zusammen eine Fahrradrickscha gemietet haben, mit der beide gemeinsam durch die Gegend geradelt sind. Tatjana äußert auf Nachfrage knapp, dass auch sie findet, dass sich das Verhältnis

minimal verbessert habe. Manuela wird verstärkt Thema in diesem Familiengespräch. Der Vater erzählt, dass sie ihren ersten Freund habe. Tatjana zeigt sich sehr interessiert daran, was Manuela und ihren Freund betrifft. Herr und Frau Roth daran, dass sich Tatjana und Manuela seit einiger Zeit besser verstehen.

Die Familientherapie dieses Falles ist aktuell noch nicht ganz abgeschlossen, Zwischenstand ist, dass Tatjana inzwischen wieder regelmäßiger in die Schule geht. Geplant für die nächsten zwei familientherapeutischen Sitzungen ist zu explorieren, wie mit Angst in den Ursprungsfamilien von Herrn und Frau Roth umgegangen wurde. Hypothese hierbei ist, dass das enge, phobiefreundliche Verhältnis zwischen Tatjana und ihrer Mutter durch unbearbeitete Ängste der Mutter mit aufrechterhalten wird.

Kasuistik 2

Überweisung: Eine Kinderärztin des Gesundheitsamtes ruft uns an. Das siebenjährige Mädchen verweigere seit mehreren Monaten den Schulbesuch der ersten Grundschulklasse. Um den großen Druck auch seitens der Schule „erst mal herauszunehmen“, sei das Mädchen erst mal krankgeschrieben worden, nun werde familientherapeutische Hilfe gesucht.

Erstgespräch Anfang Juni (knapp zwei Monate vor Ende des ersten Schuljahres): Bei Einschulung vor 10 Monaten sei die Mutter zunächst zwei Tage lang mit Maria in der Schule geblieben. Maria habe solch große Angst vor den vielen Kindern und den Pausen gehabt. Danach habe sie fünf Wochen lang den Unterricht stehend über sich ergehen lassen. Morgens vor Schulbeginn habe sie oft erbrochen. Seit Ostern sei sie gar nicht mehr hingegangen. Lehrerin und Schulärztin hätten ein erstmal-zuhause-bleiben empfohlen. Als ein erneuter Beschulungsversuch nach den Pfingstferien scheiterte, kam die Idee zur Familientherapie auf. Familiengeschichte: Die Mutter, früher beruflich sehr aktiv, blieb seit Geburt des zwei Jahre älteren Bruders Sebastian vollständig zuhause. Keines der Kinder wollte und musste den Kindergarten besuchen. Der Vater arbeitet in räumlicher Nähe, kann per Handy jederzeit herbeigerufen werden, auch in Marias Schule, was schon oft geschah. Beide Eltern zeigen sich jetzt deprimiert, halten ihr Problem für „sehr tief“ und sind voller Schuldgefühle. Offensichtlich hätten sie Maria zu stark behütet, vielleicht unbewusst nicht gehen lassen wollen, deshalb jetzt dieser Druck. Mutter hat daher jetzt eine tiefenpsychologische Einzeltherapie begonnen. All dies ist aber sehr ambivalent. Der Vater klingt zugleich stolz, wenn er seine unbegrenzte Verfügbarkeit berichtet. Die Mutter klingt zugleich ärgerlich darüber, dass die Schule überhaupt all diesen Druck macht. Im Schluss-Kommentar sprechen wir einige Dynamiken bewusst sehr klar an: dass wir Therapeuten uns über den teilweisen „Bewährungsaufgabe“-Charakter dieser Therapie bewusst sind; dass die Idee, sie hätten ein „sehr tiefes“ Problem, vielleicht seiner Lösung entgegenstände; dass für Maria die Vorteile des Zuhausebleibens derzeit dessen Nachteile offensichtlich überwiegen. Wir empfehlen einige sehr vorsichtige Variationen der Gestaltung der Vormittage, wenn Maria zuhause ist.

Zweites Gespräch Mitte Juli: Die Eltern haben kleine Veränderungen zuhause vorgenommen, woraufhin Maria jetzt erstmals wieder (selten) auch außerhalb des Hauses auf den Spielplatz geht, und Verwandtenbesuche wieder möglich geworden sind. Wir bearbeiten die weiterhin sehr großen Ängste der Eltern mit einem „Sprechchor“ (beschrieben in Schweitzer 1997). Wir fragen, was die Eltern zu sich selbst sagen müssten, um sich als Eltern noch hilfloser und schuldbeladener zu fühlen. Ihre Antworten werden auf einem Zettel notiert in eine Rangreihe gebracht. Die „schlimmsten“ Sätze werden von einem Sprechchor intoniert, der aus beiden Kindern, dem jeweils anderen Elternteil und dem Therapeuten besteht. Mutters schlimmster Satz heißt: „Ich habe alles falsch gemacht“. Vaters

Satz lautet „Ich bin schuld am Unglück meiner Familie“. Nachdem der Chor diese Sätze dumpf und drohend intoniert, regt sich bei beiden allmählich Widerstand und kommen alternative Sätze ins Bewusstsein. Bei der Mutter etwa nach fünfmaliger Wiederholung von „Ich habe alles falsch gemacht“: „Aber nicht alles!“. Dieser neue, alternative Satz wird zunächst von beiden Kindern, schließlich nur noch von Marias glockenheller Mädchenstimme vorgetragen, alternativ zu den Bassstimmen von Vater und Therapeut mit „Ich habe alles falsch gemacht“. Dass gerade Maria als primärer Schuldgefühls-erreger dieses „aber nicht alles!“ wie ein fröhlicher Engel singt, lässt bei Mutter Rührungstränen über die Backen fließen. Bei Vater passiert wenig später ähnliches. Am Gesprächsende empfehlen wir den Eltern zu „träumen“ (Was würden wir tun, wenn die Kinder selbständiger würden?), sich dann aber mit einem lauten „Pfu!“ dafür auf die Finger zu hauen. Maria empfehlen wir, gelegentlich so zu tun als ob sie Bachschmerzen habe, wenn keine da wären. Die Eltern, die derzeit das selbständig- werden üben, bräuchten für dies Training kleine Herausforderungen. (Maria freut sich über die Aufgabe.

Drittes Gespräch (Anfang September): Maria hat sich mit einem Nachbarkind angefreundet. Beide Eltern erleben sich als selbstbewusster. Ab neuem Schuljahresbeginn wenige Tage später soll ein neuer Schulanfang gewagt werden. Die Eltern haben einen Plan dafür entwickelt, der sie maximal fordert: Vater will jeden morgen um 11 Uhr in der Schule nachschauen, wie es seinem Liebling geht. Maria bekommt ein Handy mitgegeben. Mutter wird an Vormittagen maximal eine halbe Stunde aus dem Haus gehen und ansonsten „erreichbar sein, wenn etwas ist“. Im Schlusskommentar berichten wir, uns nicht sicher zu sein, ob die Eltern mit ihrer „Allzeit-Bereit-Planung“ einen problemlosen regelmäßigen Schulbesuch von Maria jetzt schon verkraften würden. Maria solle daher in den ersten Zeit wenigstens einmal pro Woche einen Elternteil mit Weinen, Bauchschmerzen o.ä. in die Schule zitieren und zuhause davon berichten, was in der Schule alles unangenehm sei – gerade auch dann, wenn es ihr dort gefalle. Bruder Sebastian solle sie interviewen, wie sie das gemacht habe, und den Therapeuten das Interview vor der nächsten Sitzung zuschicken. Die Kinder reagieren interessiert, die Eltern verduzt.

Viertes Gespräch (Mitte Oktober): Die Eltern berichten, dass Maria seit Schulbeginn ohne Fehltag zur Schule gegangen und keinmal vorzeitig nach Hause gekommen sei. Alle sind froh darüber. Die Eltern haben aber weitere Anliegen: die jederzeit möglichen „Rückschläge“ zu vermeiden und zu wissen, wie denn Bauchschmerzen und Erbrechen psychosomatisch ausgelöst werden könne. Die Therapeuten wollen die Eltern jetzt gerne zu einem reinen Elterngespräch einladen. Dies geht aber nicht – Maria würde es nicht zulassen. Zur Klärung dieser Fragen machen wir zwei Familienskulpturen (Duhl und Duhl 1973, Schweitzer und Weber 1982). Die erste vergleicht „Ist-Zustand und Wunsch-Zustand“. Dabei zeigen sich die Eltern uneinig, ob sie die Kinder lieber zwischen ihnen beiden (Mutter) oder neben ihnen beiden (Vater) stehen sehen würden. Zur Frage, ob und wie Maria mit Sebastian ohne die Eltern allein zuhause bleiben könnten, geht ein Therapeut mit den Kindern aus dem Therapiezimmer hinaus auf eine „Reise nach Amerika“ durch das Institutsgebäude. Bei Rückkehr erklärt der Vater, dies sei eben gefühlsmäßig „ein Riesenschritt“ gewesen. Im Schlusskommentar wird das Bauchweh als ein „Bindemittel“ für die Beziehung von Mutter und Maria gelobt, das zuweilen aggressiv-untröstbare Verhalten Janas als „Freiheitszeichen“ eines eigenen inneren Bereichs, in dem sie nicht getröstet, umkümmert und besänftigt werden wolle. Ferner empfehlen wir Vater und Sebastian zuhause einen „Thron mit Treppchen“ zu bauen. Den solle „Königin Maria“ jeden Morgen mit gespielter Übelkeit vor der Schule kurz besteigen. Die Mutter solle vor sie treten und zu ihr sagen: „Liebe Maria, wieviel Minuten Freizeit gibst Du mir heute?“, Maria solle mit sparsamer Gestik „Eine Minute“ antworten, die Mutter darauf wieder mit „Jawohl!“.

Fünftes Gespräch Mitte Dezember: Der Schulbesuch hat sich gut stabilisiert, aber die Abhängigkeit der Eltern ist geblieben und auch für die Zukunft fest eingeplant. Bis die Eltern einen Abend gemeinsam weggehen würden und die Kinder (in der Obhut eines Babysitters) zuhause lassen könnten, würden weitere drei Jahre vergehen; bis zu einem gemeinsamen Wochenende andernorts weitere fünf Jahre. Wir teilen mit den Eltern unsere Überlegung, ob denn die Eltern mit etwas Leben ohne Kinder überhaupt etwas anfangen könnten? Dies ruft den Vater auf den Plan, der mit seiner Frau einmal einen hohen Berg besteigen möchte, sie aber nicht mit ihm, er wiederum nicht ohne sie. Die Therapeuten bemerken – und teilen dies auch mit – dass sie offensichtlich gerade die Eltern offensichtlich in eine Loslösung drängen, die die Familie aber gar nicht sucht.

Sechstes Gespräch Mitte Juni 1997: Die Mutter kommt allein, damit zugleich „elterliche Fragen“ besprochen werden kann, Maria und Sebastian aber zuhause familiär (vom Vater) versorgt sind. Alle seien mit jetziger Situation sehr zufrieden. Jana gehe fröhlich in die Schule, mache Hausaufgaben selbständig (es gebe Streit, wenn Mutter helfen wolle). Sie habe jetzt viele Freundinnen, mit denen sie auch außerhalb des Hauses spiele. Wir erfahren jetzt viel Familiengeschichte, die den beeindruckenden Bindungsmodus verstehbarer macht.. Die Mutter verlor ihre eigene Mutter mit vier Jahren durch Brustkrebs, mit 30 Jahren dann ihre „Ersatzmutter“ durch Gehirntumor. Der Vater lebte zuvor 12 Jahre in einer ersten Ehe, die mit dem Suizid seiner ersten Ehefrau endete. Dieser ersten Ehe entsprangen keine Kinder, wobei die Unfruchtbarkeit auf Seiten des Mannes angenommen wurde, der dann bei der ersten Schwangerschaft seiner zweiten Frau völlig überrascht war. Der Selbstmord der ersten Frau ist ein Familiengeheimnis, von dem die Kinder nichts erfahren sollen. Am Ende empfehlen wir der Mutter, demnächst mit ihrem Mann ein eheliches Erntedankfest zu feiern: die zweite Beziehung dauere jetzt schon so lang wie die erste, aber ohne Selbstmord und mit liebevoll aufgezogenen Kindern. Nach dem Erntedankfest sollten sie überlegen, ob sie jetzt „dasselbe oder ein etwas anderes Saatgut“ für die nächsten 12 Jahre aussäen wollten. Wir empfehlen, die Kinder über den Selbstmord der ersten Ehefrau aufzuklären. Eine Videokassette wird ihr für den Ehemann mitgegeben.

7. Gespräch November 1997: Das siebte und letzte Gespräch verläuft insofern schwierig, als Maria und Sebastian mitkommen, aber jegliche Beteiligung verweigern. Maria geht jetzt seit mehr als einem Schuljahr ohne Fehltag zur Schule. Aber sie kontrolliert weiterhin, dass die Eltern nichts zu zweit ohne sie unternehmen. Als wir beiden Kindern eine Malrunde im Nachbarzimmer (mit einem Praktikanten) anbieten, geht Sebastian, Maria aber bleibt trotzig schweigend und zuhörend sitzend. Die Eltern haben aber beschlossen, diese Einschränkung hinzunehmen und darauf zu setzen, dass diese Zeit irgendwann einmal vorbeigehen werden. Sie meinen, man könne die Therapie nun beenden. Das Tabu aus dem sechsten Gespräch kann in dieser Situation nicht angesprochen werden. So beenden wir die Therapie etwas früher und anders als wir eigentlich möchten. Im Schlusskommentar würdigen wir die gegenseitige Bereitschaft zum sich-einschränken-den-anderen-zuliebe: Alle Familienmitglieder machten bereitwillig etwas was sie eigentlich nicht wollten (Maria kommt trotz Langeweile zur Therapie mit, die Eltern bleiben trotz gelegentlicher Ausgehünsche zuhause), des familiären Zusammenhalts zuliebe.

Charakteristisch an dieser Fallgeschichte sind:

1. unser Versuch, Neutralität zu wahren nicht nur zwischen den Menschen (Allparteilichkeit), sondern auch im Blick auf die Lösungsideen - hier: Schulbesuch vs. Zuhausebleiben; Ablösung vs. Bindung

2. unser Setting (wenige Sitzungen über hinreichend lange Zeit verteilt) und einige für uns Arbeitsweise charakteristische familientherapeutische Interventionen (insbes. die positive Umdeutung, die Experimente, der Sprechchor, die Familienskulptur)
3. die Erfahrung, dass der Auftrag unserer Klienten manchmal etwas früher ändert als unser eigener Veränderungsehrgeiz. Hier endete er beim Schulbesuch und schloss die Emanzipation der Eltern als Paar von ihrer Tochter nicht ein)

Ungewöhnlich ist, dass die Fachleute im Umfeld (bes. Lehrerin und Schulärztin) schon eine derart gute Kooperation mit der Familie begründet hatten, dass wir uns hier auf eine „reine“ Familientherapie beschränken konnten, ohne die Beziehung Familie-Schule sowie die Beziehung der Familie zu anderen professionellen Helfern bearbeiten zu müssen.

Literaturverzeichnis

- Aponte, H.J. (1976): The family school interview – an eco-structural approach. *Family Process* 15(3), 303-311
- Bamberger, G.G. (2001): Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch. Beltz Psychologie Verlags Union (PVU): Weinheim.
- Bernstein, G.A.; Borchardt, C.M. (1996) School refusal: family constellation and family functioning. *Journal of Anxiety Disorders* 10: 1-19.
- Bernstein, G.A.; Svingen, P.H., Garfinkel, B.D. (1990): School phobia: patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 145: 70-74.
- Cierpka, M. (Hg.) (2003): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Häuser, W. (1994): Wer hat Angst vor ... Panikattacken? Reflexionen über therapeutische Grundhaltungen und Techniken im medizinisch-psychotherapeutischen Kontext. *Zeitschrift für systemische Therapie* 12:, 33-43.
- Johnson, A.M.; Falstein, E.I.; Szurek, S.A.; Svendsen, M. (1941): School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry* 11: 702-711.
- Kearney, C.A. (1993): Depression and school refusal behavior: A review with comments on classification and treatment. *Journal of School Psychology* 31: 267-279.
- Kearney, C.A.; Silverman, W.E. (1995) Family environment of youngsters with school refusal behavior: a synopsis with implications for assessment and treatment. *The American Journal of Family Therapy* 23: 59-72.
- King, N.J.; Bernstein, G.A. (2001): School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40: 197-205.
- Last, C. G.; Strauss, C. C. (1990): School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 31-35.

- Lehmkuhl, G.; Doll, U.; Blanz, B. (1988): Schulphobisches Verhalten. Eine Untersuchung zu Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik* 10: 569-575.
- Makihara, H.; Nagaya, M.; Nakajima, M. (1985): An investigation of neurotic school refusal in one-parent families. *Japanese Journal of Child & Adolescent Psychiatry* 26: 303-315.
- Mihara, R.; Ichikawa, M. (1986): A clinical study of school refusal: With special reference to the classification of family violence. *Japanese Journal of Child & Adolescent Psychiatry* 27: 110-131.
- Murase, K. (1990) School refusal and family pathology: A multifaceted approach. In: Chiland, C.; Young, J.G. (Hg.): *Why children reject school: Views from seven countries. The child and his family, Vol. 10 & Yearbook of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry for Allied Professions, Vol. 10., S. 73-87.*
- Oelsner W.; Lehmkuhl, G. (2002): *Schulangst. Ein Ratgeber für Eltern und Lehrer. Düsseldorf: Walter.*
- Overmeyer, S.; Schmidt, M.H.; Blanz, B. (1994): ESV. Einschätzungsskala zur Schulverweigerung für Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrer- Modifizierte deutsche Fassung zur School Refusal Assessment Scale (SRAS) nach C.A. Kearney und W.K. Silverman. *Kindheit und Entwicklung* xxx: 238-243.
- Pilkington, C.L.; Piersel, W.C. (1991): School phobia: A critical analysis of the separation anxiety theory and an alternative conceptualization. *Psychology in the Schools* 28: 290-303.
- Pinquart M.; Masche J.G. (1999): Verlauf und Prädiktoren des Schuleschwänzens. In: Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): *Entwicklung im sozialen Wandel. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 221-238.*
- Place M.; Hulsmeier J.; Davis S.; Taylor, E. (2000): School refusal: a changing problem which requires a change of approach? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 5: 345-355
- Saito, T. (1992) Systemic family therapy of a junior high student with school refusal and suspected borderline personality disorder. *Japanese Journal of Family Psychology* 6: 81-94.
- Schlippe, A.v.; Schweitzer, J. (1996): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.*
- Schneewind, K. A.; Beckmann, M.; Hecht-Jackl. A. (1985): *Das FK-Testsystem. Das Familienklima aus der Sichtweise der Eltern und Kinder. Testunterlagen, Testmanual: Universität München.*
- Schweitzer, J. (1997): Wie de-konstruier ich meinen Job? *Pflegedokumentation* 50 (8), 7-8
- Schweitzer, J., Weber, G.(1982): Beziehung als Metapher: Die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. *Familiendynamik* 7, 113-128
- Schweitzer, J.; Ochs, M. (2003): Das Auffinden bisher ungesehener Beziehungsmöglichkeiten – systemisch-konstruktivistische Diagnostik. In: Cierpka M (Hrsg.) *Handbuch der Familiendiagnostik, 3. Auflage. Springer, Berlin (in press.)*

- Sherman, J.; Formanek, R. (1985): School phobia in a multiphobic family: The family that phobes together... . Child & Adolescent Social Work Journal 2: 114-124.
- Suttenfield, V. (1954): School phobia: a study of five cases. American Journal of Orthopsychiatry 24: 368-380.
- Waldfoegel, S.; Coolige, J.C.; Hahn, P.B. (1957): The development, meaning and management of school phobia. American Journal of Orthopsychiatry 27: 754-780.
- Weiss, M.; Cain, B. (1964): The residential treatment of children and adolescents with school phobia. American Journal of Orthopsychiatry 34: 103-112.
- York, T.; Kearney, C.A. (1993): Familial factors and the function of school refusal behavior in children and adolescents. Paper presented at Selected Topics in Clinical Psychology Symposium at the meeting of the Western Psychological Association, Phoenix, AZ.

Verfasser:

Prof. Dr. Jochen Schweitzer, Dipl.Psych. Matthias Ochs, Abt. Medizinische Psychologie, Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg