

Emotionale Störungen mit Trennungsangst und Schulabsentismus

Prof. Dr. med. Oliver Fricke

Department Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Seelische Gesundheit
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin/Olgahospital
Klinikum Stuttgart

57. Internationaler Oster-Seminar-Kongress
für pädiatrische Fortbildung in Brixen (Südtirol)
24. bis 30. März 2024

Inhalt

- Emotionale Störungen im Kindesalter
- Ängste und Angststörungen
 - Modell der Angst
 - Entwicklungsbezogene Ängste
 - Pathologische Ängste
 - Ätiologie, Pathogenese und aufrechterhaltende Faktoren
- Schulabsentismus
 - Formen des Schulabsentismus
 - Ursachen
- Elemente der Therapie des Schulabsentismus mit emotionalen Störungskomponenten

Emotionale Verhaltensstörungen in der ICD-10-Klassifikation (F93)

F93 Emotionale Störungen des Kindesalters:

- *F93.0: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters*
- *F93.1: Phobische emotionale Störung des Kindesalters*
- *F93.2: Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters*
- *F93.3: Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität des Kindesalters*
- *F93.8: Sonstige emotionale Störungen*
- *F93.9: nicht näher bezeichnete emotionale Störung*

Angst als zentrale Charakteristik

- Emotionale Verhaltensstörungen kreisen um die Thematik „Angst“ (und um „Depression“).
- Angst ist eine normale, manchmal lebenserhaltende Reaktion auf eine bedrohliche Situation.
- Auch bei Kindern und Jugendlichen gehören Ängste zur alltäglichen Lebenserfahrung. Erst wenn Intensität und Dauer eine erhebliche Beeinträchtigung der Entwicklungsmöglichkeiten darstellen, kann von Angst als einer Verhaltensstörung gesprochen werden.
- Bei solchen Ängsten treten oft auch somatische Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen) ohne körperlichen Befund auf.

Kindliche Angstsyndrome im Kapitel „Emotionale Störungen“ (F93) des ICD-10

- Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)
- Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)
- Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)
- Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80)

Charakteristische Merkmale

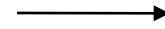
- Ängste sind nicht altersgemäß, unrealistisch und übertrieben.
- Ängste halten mindestens 4 Wochen an. (6 Monate bei generalisierter Angststörung)
- Die Funktionalität im Alltag oder die kindliche Entwicklung werden beeinflusst.

Wichtig: Symptomatik gezielt erfragen, da im Gegensatz zu expansiven Störungen eine „stille Störung“.



Konzept der „realistischen“ Angst

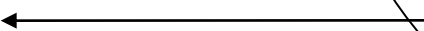
Angemessene Erwartung an die Notwendigkeit der Wirksamkeit von Verhalten



Angst



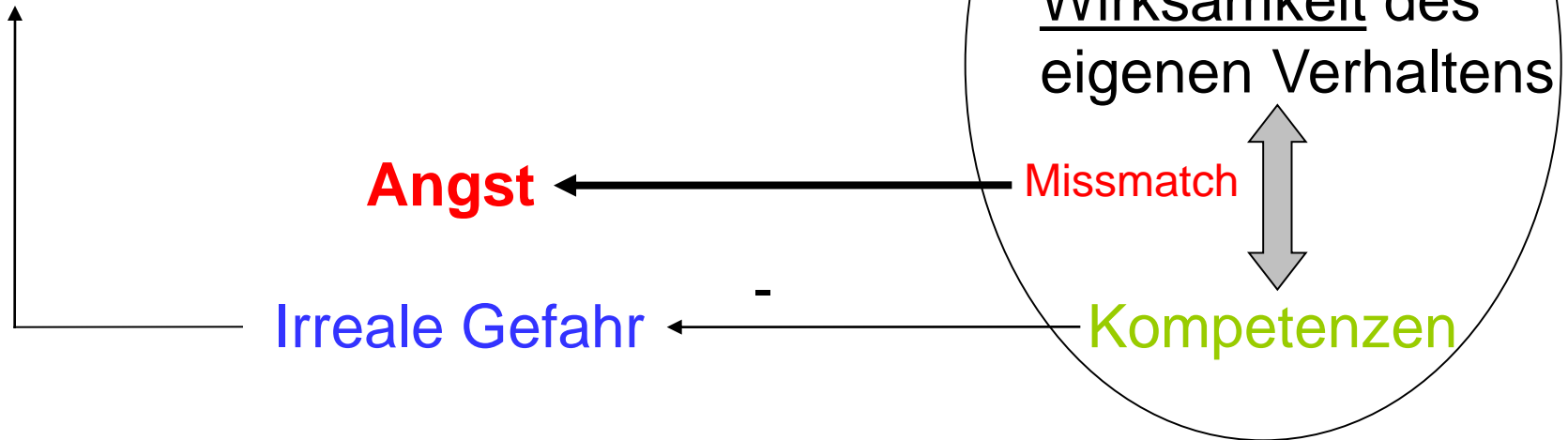
Reelle Gefahr



Innere Voraussetzungen

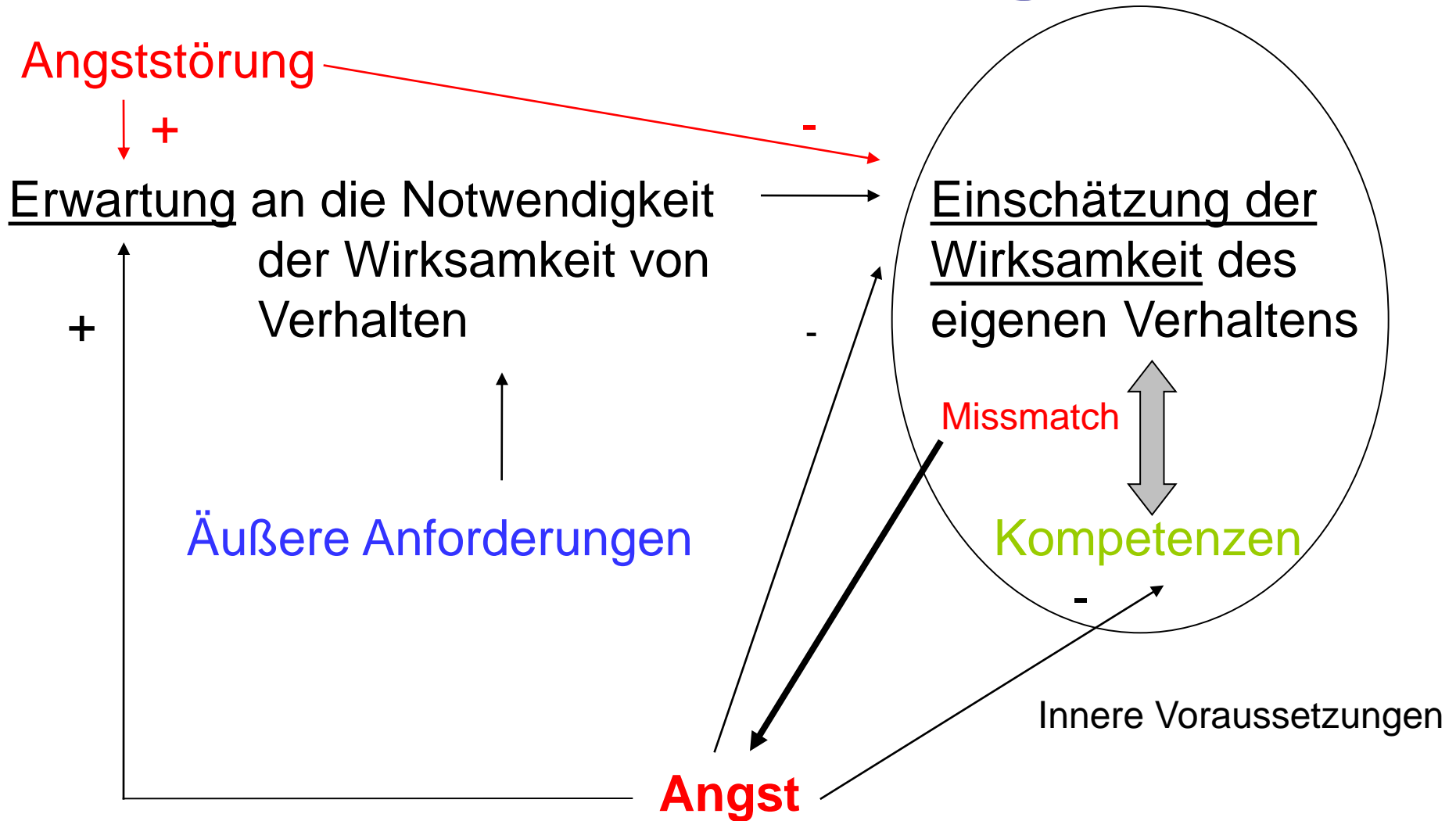
Konzept der „unrealistischen“ Angst

Unangemessene Erwartung an die
Notwendigkeit der Wirksamkeit
von Verhalten

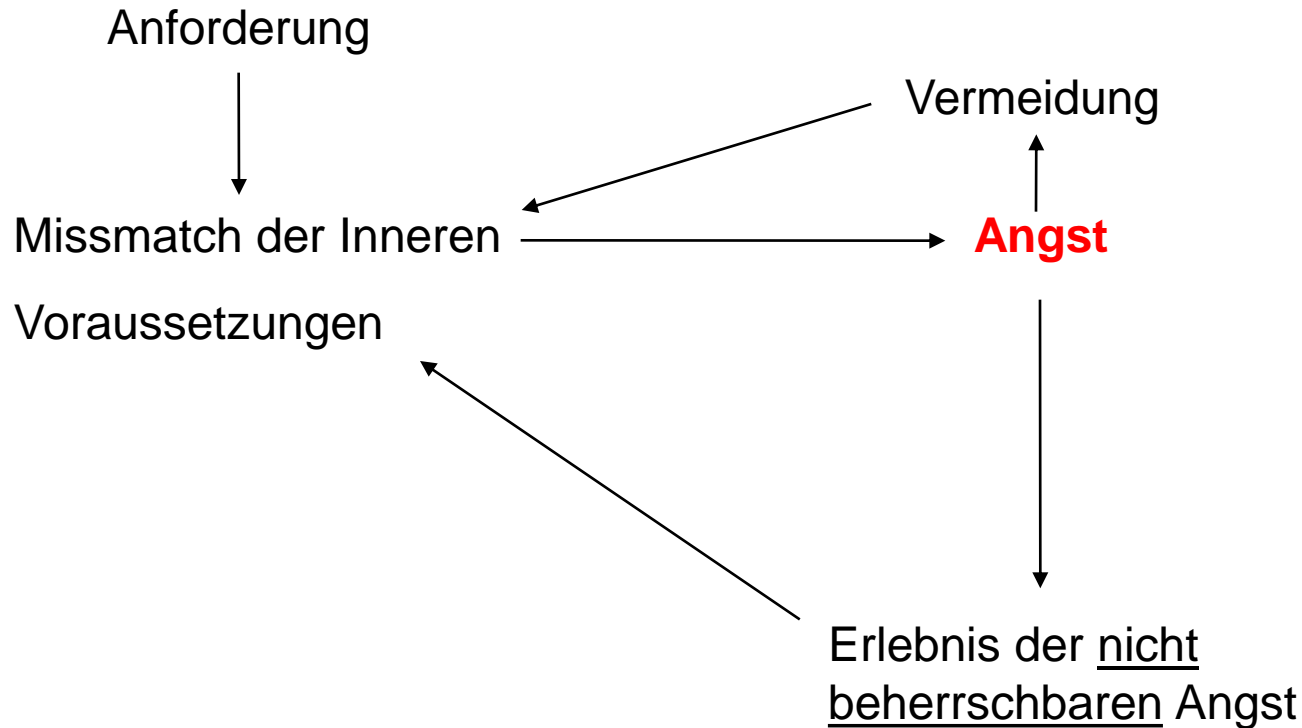


Innere Voraussetzungen

Konzept der Angst



Teufelskreis der Angst



Ängste bei Kindern

Alter	Natürliche Ängste (Beispiele)	Angststörungen
Säuglingsalter (0-2 Jahre)	Angst vor lauten Geräuschen, Trennungs- und Verlustängste, Fremdeln (Acht-Monats-Angst)	„Klammern“, Festhalten an der Mutter, kein Explorationsverhalten
Kleinkindalter (3-6 J.)	Angst vor imaginären Figuren (z.B. Hexen), vor Einbrechern, Dunkelheit, etc., Albträume, Angst vor Strafe, Angst vor unbekanntem Personen	Kindergartenangst, Trennungsangst, soziale Ängstlichkeit, Überängstlichkeit
Primarschulalter (6-11 J.)	Realängste (bezogen auf Gewalt, Verluste, Tod, etc.), Soziale Ängste (z.B. abgelehnt zu werden), Leistungsängste	Schulangst, Schulphobie, Trennungsangst, soziale Ängste, generalisierte Angststörung
Pubertät und Adoleszenz (11-18 J.)	Körperbezogene Ängste, Pubertäts- und Adoleszenz-ängste (z.B. Unsicherheit gegenüber dem anderen Geschlecht), Prüfungsängste	Phobien, Panikattacken, Sozialphobie, generalisierte Angststörung

Ängste bei Kindern

Alter	Natürliche Ängste (Beispiele)	Angststörungen
Säuglingsalter (0-2 Jahre)	Angst vor lauten Geräuschen, Trennungs- und Verlustängste, Fremdeln (Acht-Monats-Angst)	„Klammern“, Festhalten an der Mutter, kein Explorationsverhalten
Kleinkindalter (3-6 J.)	Angst vor imaginären Figuren (z.B. Hexen), vor Einbrechern, Dunkelheit, etc., Albträume, Angst vor Strafe, Angst vor unbekanntem Personen	Kindergartenangst, Trennungsangst, soziale Ängstlichkeit, Überängstlichkeit
Primarschulalter (6-11 J.)	Realängste (bezogen auf Gewalt, Verluste, Tod, etc.), Soziale Ängste (z.B. abgelehnt zu werden), Leistungsängste	Schulangst, Schulphobie, Trennungsangst, soziale Ängste, generalisierte Angststörung
Pubertät und Adoleszenz (11-18 J.)	Körperbezogene Ängste, Pubertäts- und Adoleszenz-ängste (z.B. Unsicherheit gegenüber dem anderen Geschlecht), Prüfungsängste	Phobien, Panikattacken, Sozialphobie, generalisierte Angststörung

Emotionale Störung mit Trennungsangst im Kindesalter (F93.0)

- Beginn: <6. Lebensjahr
- Dauer: >4 Wochen
- Symptomatik:
- Übermäßig starke/unrealistische Ängste in Erwartung der Trennung oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen



Alter	Natürliche Ängste (Beispiele)	Angststörungen
Säuglingsalter (0-2 Jahre)	Angst vor lauten Geräuschen, Trennungs- und Verlustängste, Fremdeln (Acht-Monats-Angst)	„Klammern“, Festhalten an der Mutter, kein Explorationsverhalten
Kleinkindalter (3-6 J.)	Angst vor imaginären Figuren (z.B. Hexen), vor Einbrechern, Dunkelheit, etc., Albträume, Angst vor Strafe, Angst vor unbekanntem Personen	Kindergartenangst, Trennungsangst, soziale Ängstlichkeit, Überängstlichkeit
Primarschulalter (6-11 J.)	Realängste (bezogen auf Gewalt, Verluste, Tod, etc.), Soziale Ängste (z.B. abgelehnt zu werden), Leistungsängste	Schulangst, Schulphobie, Trennungsangst, soziale Ängste, generalisierte Angststörung
Pubertät und Adoleszenz (11-18 J.)	Körperbezogene Ängste, Pubertäts- und Adoleszenz-ängste (z.B. Unsicherheit gegenüber dem anderen Geschlecht), Prüfungsängste	Phobien, Panikattacken, Sozialphobie, generalisierte Angststörung

Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)

- Beginn: Diagnostisch nicht wegweisend
- Dauer: >4 Wochen
- Symptomatik:



Unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht.

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)

- Beginn: <6 Jahre
- Dauer: >4 Wochen
- Symptomatik:



- Anhaltende Angst in sozialen Situationen mit fremden Erwachsenen oder Gleichaltrigen
- Große Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens

Alter	Natürliche Ängste (Beispiele)	Angststörungen
Säuglingsalter (0-2 Jahre)	Angst vor lauten Geräuschen, Trennungs- und Verlustängste, Fremdeln (Acht-Monats-Angst)	„Klammern“, Festhalten an der Mutter, kein Explorationsverhalten
Kleinkindalter (3-6 J.)	Angst vor imaginären Figuren (z.B. Hexen), vor Einbrechern, Dunkelheit, etc., Albträume, Angst vor Strafe, Angst vor unbekanntem Personen	Kindergartenangst, Trennungsangst, soziale Ängstlichkeit, Überängstlichkeit
Primarschulalter (6-11 J.)	Realängste (bezogen auf Gewalt, Verluste, Tod, etc.), Soziale Ängste (z.B. abgelehnt zu werden), Leistungsängste	Schulangst, Schulphobie, Trennungsangst, soziale Ängste, generalisierte Angststörung
Pubertät und Adoleszenz (11-18 J.)	Körperbezogene Ängste, Pubertäts- und Adoleszenz-ängste (z.B. Unsicherheit gegenüber dem anderen Geschlecht), Prüfungsängste	Phobien, Panikattacken, Sozialphobie, generalisierte Angststörung

Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80)

- Beginn: <18 Jahre
- Dauer: >6 Monate
- Symptomatik:
Übermäßig starke oder unbegründete und nicht kontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche (z.B. Pünktlichkeit, eigenes Verhalten, eigene Leistungen, Freundschaften)

Epidemiologie der Angststörungen im Kindes- & Jugendalter

- **Prävalenz 10%** (Ihle und Esser)
- Häufigste psychischer Störung des Kindes- und Jugendalters
- **Mediane des Erkrankungsbeginns:**
 - Phobien und Trennungsangst: 7 Jahre
 - Soziale Phobie: 13 Jahre
 - Andere Angststörungen: >19 Jahre
 - Alle Angststörungen: 11 Jahre
 - 75% beginnen vor dem 21. Lebensjahr
- **Häufigsten Folgeerkrankungen/Komorbiditäten im Erwachsenenalter:**
 - Substanzabhängigkeit
 - Affektive Störungen
 - Trennungsangst: 90% der Kinder entwickeln mindestens eine psychische Störung als Erwachsene (u.a. Schmerzstörung und Alkoholabhängigkeit).

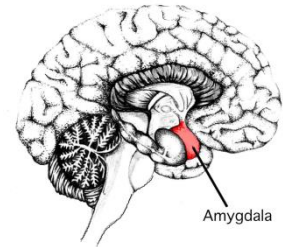
Ätiologische Faktoren der Angststörungen

Zwillingsstudien:

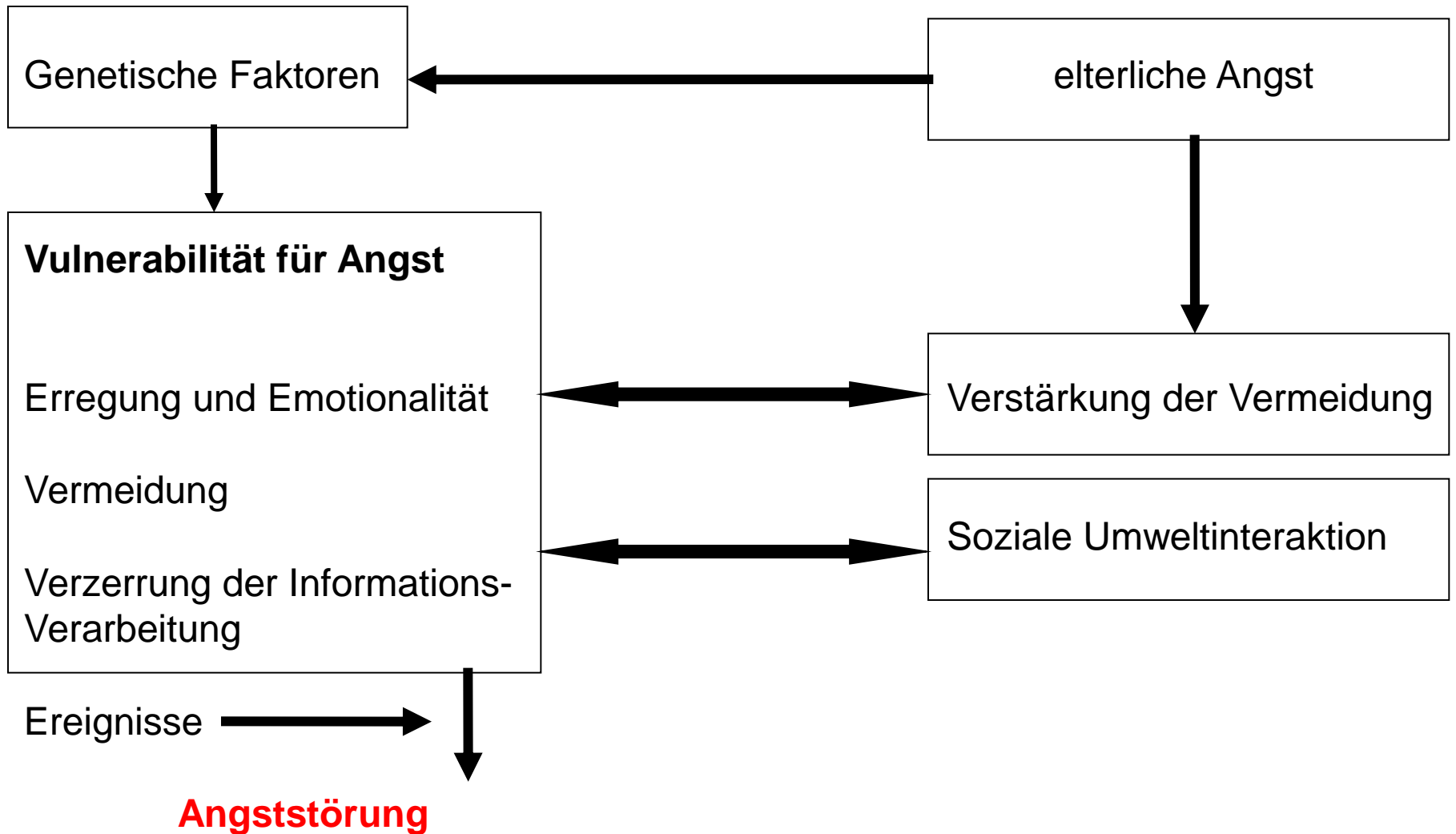
- 40% genetische Faktoren (polygen)
- 60% Umweltfaktoren:
 - Modelllernen
 - Operantes Lernen
 - Parentaler Erziehungsstil
 - Bindungsverhalten
 - Kritische Lebensereignisse

Biologische Merkmale der Angststörungen

- Verstärkte Aktivierbarkeit noradrenerg vermittelter Sympathikusaktivität
- Leichtere Konditionierbarkeit
- Vergrößerte Amygdala-Volumina
- Veränderte Aktivierbarkeit der Amygdala
- Rechts frontal im EEG unter aversiven Reizen mehr Synchronisation bei Panikstörungen
- Erhöhte CO₂-Empfindlichkeit (Trennungsangst, Panikstörung bei Erwachsenen)
- Geringere CO₂-Empfindlichkeit (Generalisierte Angststörung)
- Verstärkte Aktivierbarkeit der HPA-Achse



Modell der Entwicklung von Angststörungen (Rapee 2001)



Instrumente zur Erfassung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Instrument	Methode	Quelle
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Schneider et al. 2009)	Halbstrukturiertes diagnostisches Interview (DSM-IV und ICD-10)	Getrennte Befragung von Eltern und Kind
Explorationsbogen (Petermann und Petermann 1989, S. 43 ff.)	Explorationsleitfaden zur Problem- und Verhaltensanalyse	Eltern
Child Behavior Checklist (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998)	Mehrdimensionale Fremdbeurteilungsskala (eine Subskala zu Angst/Depression)	Eltern
Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman 1997)	Mehrdimensionaler Elternfragebogen bzw. Selbsteinschätzungsverfahren	Eltern/Kind
Bilder-Angst-Test (BAT; z. B. Dubi und Schneider 2011)	Selbstbeurteilungsverfahren anhand von Bildmaterial	Kind
Phobiefragebogen für Kinder (PHOKI; Döpfner et al. 2006)	Selbstbeurteilungsfragebogen (u. a. eine Subskala zu Trennungsangst)	Kind
Trennungsangst-Inventar (TAI; In-Albon und Schneider 2011)	Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren spezifisch zu Trennungsangst	Eltern/Kind
Sozialphobie- und -angstinventar für Kinder (SPAIK; Melfsen et al. 2001)	Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung sozialer Ängstlichkeit	Kind
Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV; Overmeyer et al. 1994a)	Selbstbeurteilungsverfahren (eine Skala zur Erfassung sozialer Angst und Prüfungsangst)	Kind

Instrumente zur Erfassung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Instrument	Methode	Quelle
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Schneider et al. 2009)	Halbstrukturiertes diagnostisches Interview (DSM-IV und ICD-10)	Getrennte Befragung von Eltern und Kind
Explorationsbogen (Petermann und Petermann 1989, S. 43 ff.)	Explorationsleitfaden zur Problem- und Verhaltensanalyse	Eltern
Child Behavior Checklist (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998)	Mehrdimensionale Fremdbeurteilungsskala (eine Subskala zu Angst/Depression)	Eltern
Strenght and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman 1997)	Mehrdimensionaler Elternfragebogen bzw. Selbsteinschätzungsverfahren	Eltern/Kind
Bilder-Angst-Test (BAT; z. B. Dubi und Schneider 2011)	Selbstbeurteilungsverfahren anhand von Bildmaterial	Kind
Phobiefragebogen für Kinder (PHOKI; Döpfner et al. 2006)	Selbstbeurteilungsfragebogen (u. a. eine Subskala zu Trennungsangst)	Kind
Trennungsangst-Inventar (TAI; In-Albon und Schneider 2011)	Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren spezifisch zu Trennungsangst	Eltern/Kind
Sozialphobie- und -angstinventar für Kinder (SPAIK; Melfsen et al. 2001)	Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung sozialer Ängstlichkeit	Kind
Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV; Overmeyer et al. 1994a)	Selbstbeurteilungsverfahren (eine Skala zur Erfassung sozialer Angst und Prüfungsangst)	Kind

DD der Angststörungen

- Akute Belastungsreaktion und Anpassungsstörung
- PTSD
- Affektive Störung
- Psychotische Störung
- Persönlichkeitsstörung
- Organische Störung (z.B. Hyperthyreose)

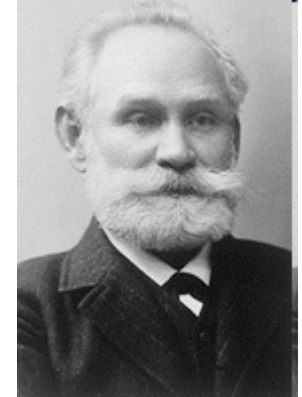
Grundsätzliche Überlegungen zur Therapie der Angststörungen

- Psychotherapie (CBT): Mittlere Effektstärke 0.86 kurz und langfristig (7 Jahre)
- Effektstärke Psychotherapie 10 Monate nach Therapie: 1.36
- Abwarten: Effektstärke (0.13)
- Pharmakotherapie: Immer in Kombination mit Psychotherapie (SSRI), keine längere Gabe von Benzodiazepinen oder Barbituraten

Exkurs

Verhaltenstherapeutische Prinzipien
der Verhaltensmodifikation

Klassisches Konditionieren



Unkonditionierter Stimulus \longrightarrow Unkonditionierte Reaktion

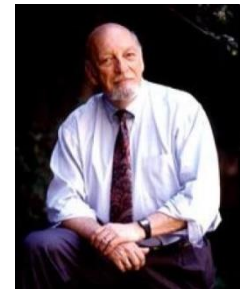


Lernen: Unkonditionierter Stimulus + Neutraler Reiz \longrightarrow Konditionierter Stimulus

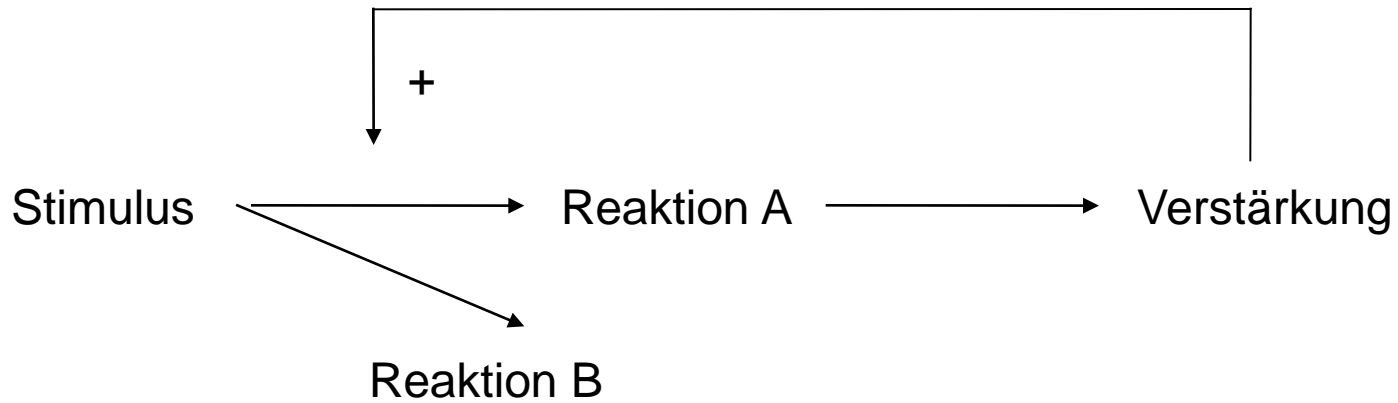
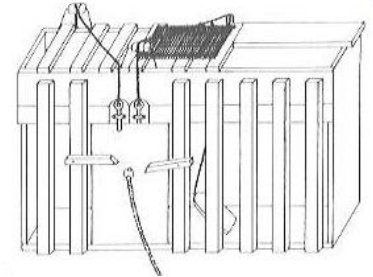


Konditionierter Stimulus \longrightarrow Konditionierter Reiz

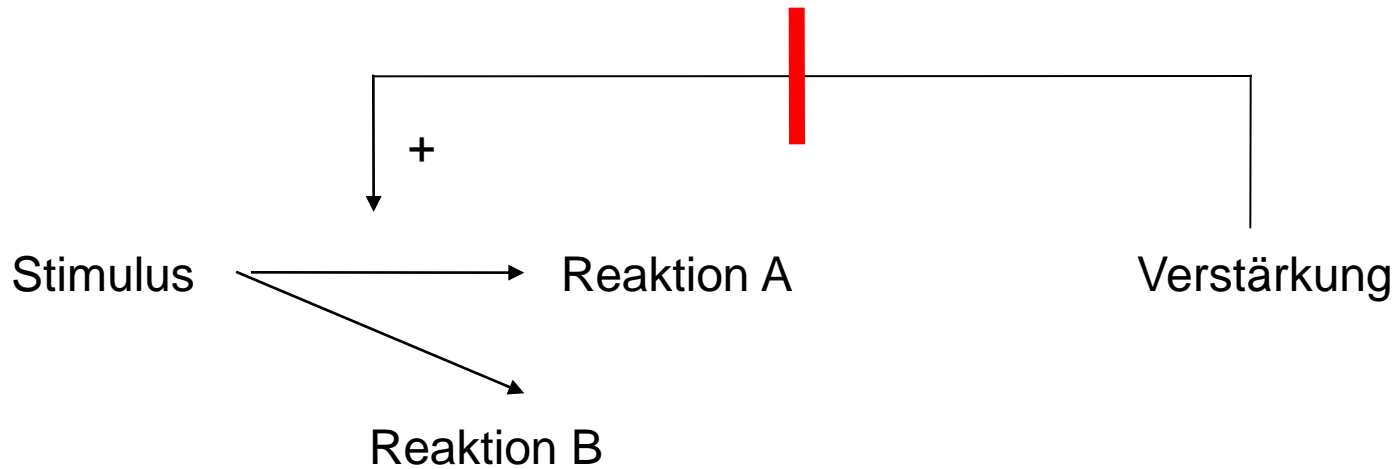
z.B. Immunkonditionierung (Ader)



Operantes Konditionieren/Positive Verstärkung

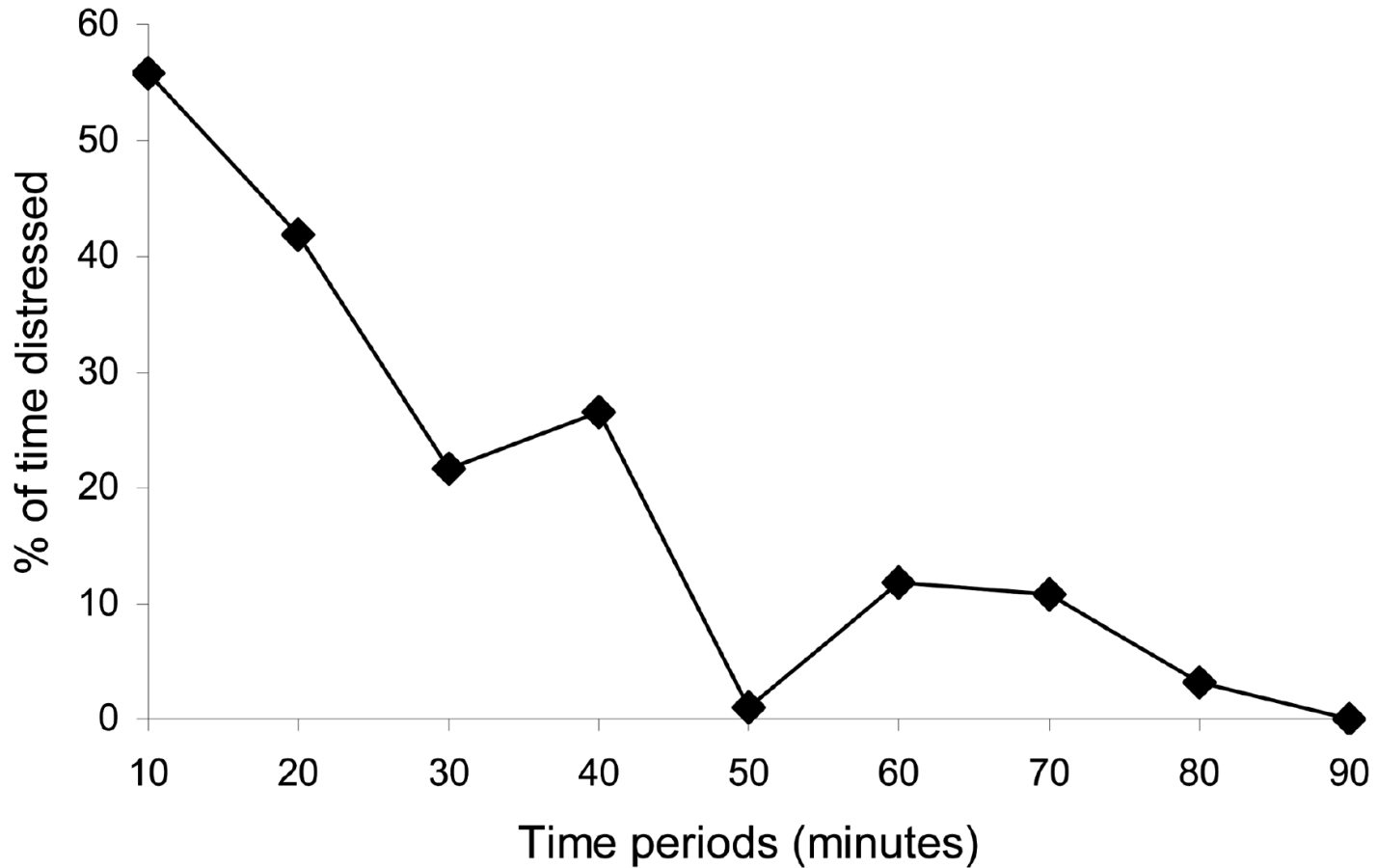


Extinktion von Verhalten



Aufheben/Ausschalten des Verstärkers

Beispiel: Extinktion phobischen Verhaltens

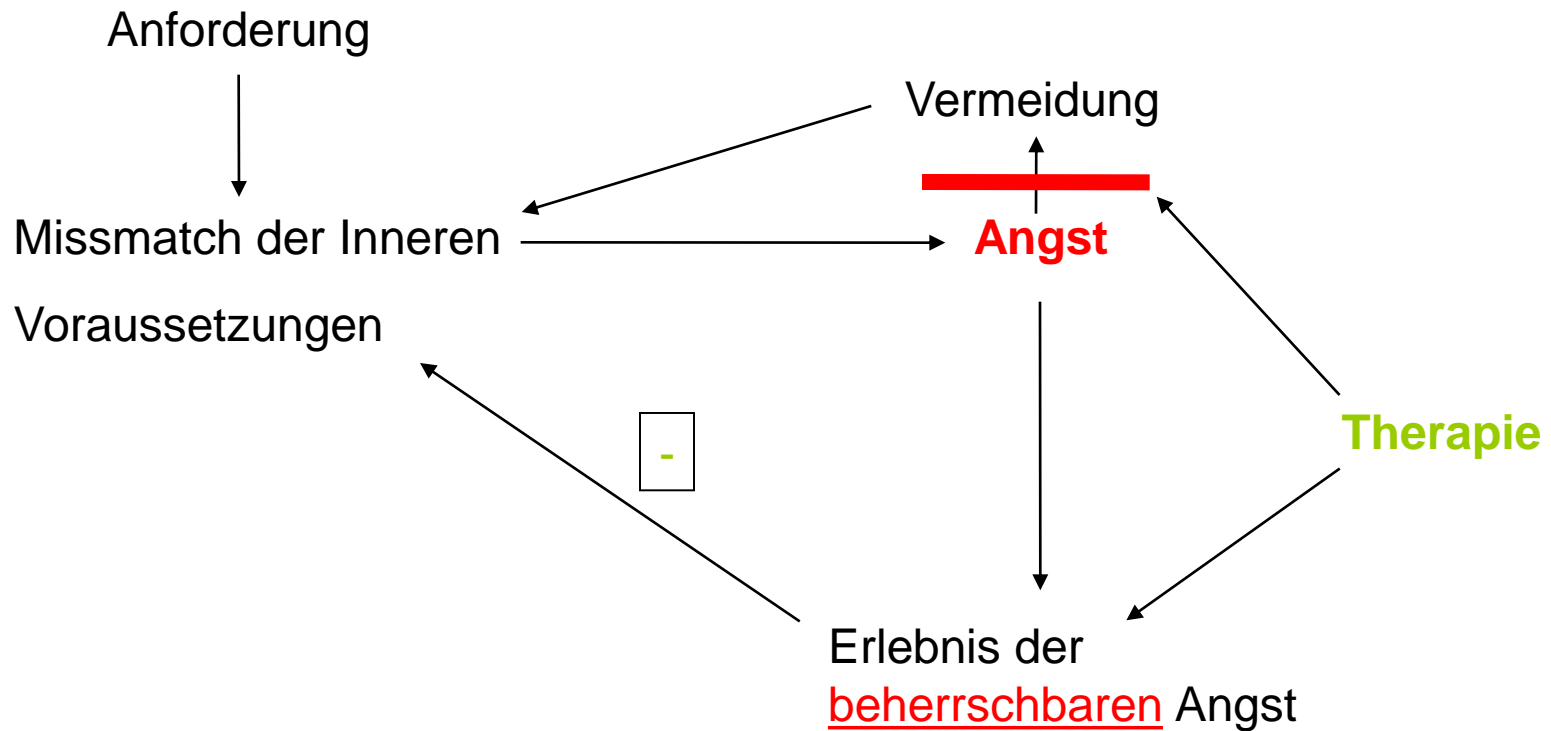


32 Jahre alte Frau mit DS und phobischem Verhalten nach einem Unfall

Allgemeine Struktur der Psychotherapie bei Angststörungen

- Psychoedukation
- Herleitung des Störungsmodells
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
- Vorbereitung Konfrontation
- Konfrontation/Exposition
- Generalisierung
- Rückfallprophylaxe

Verhaltenstherapeutische Behandlung der Angst



Schulabsentismus

Unregelmäßiger Schulbesuch findet sich bei 5% - 10% der Schüler (500.000).

Mit Gefährdung der psychosozialen Entwicklung des Kindes und Belastungen innerhalb der Familie einhergehend.

Schulverweigerung ist häufig ein Symptom oder Folge einer psychischen Störung des Kindes und/od. belastender Bedingungen seiner Umgebung (Familie, Peer-Group od. Schule).

Angesichts der Schulpflicht ist Schulverweigerung ein strafbares Verhalten.

Gefährdung der gesellschaftlichen Integration bei schulischem Scheitern.

Klassifikation (1)

„**Schulschwänzen**“: Ihm liegt keine Angst oder andere emotionale Belastung zugrunde. Schulalltag wird als lästig empfunden und zugunsten anderer Aktivitäten gemieden. Das Kind folgt dem Lustprinzip, nicht der Pflicht.

„Dissoziale Schulverweigerung“ (Poustka)

ICD-10 Klassifikation: F91... Störung des Sozialverhaltens,

„**Schulangst**“: Schulverweigerung als Ausdruck einer Angst (z.B. soziale Angst), oder Reaktionen auf Bedrohungen od. überfordernde Bedingungen im Zusammenhang mit der Schule (Misshandlungen, Hänseleien, Quelle der Angst liegt im Schulbesuch).

ICD-10 Klassifikation: F93.1 phobische Störung des Kindesalters
F93.2 Störung mit sozialer Überempfindlichkeit
F40.1 soziale Phobie
F8...Teilleistungsstörungen

Klassifikation (2)

„**Schulphobie**“: Schulverweigerung bei emotionaler Störung mit Trennungsangst. Krankhafte Angst sich von den Eltern, dem Zuhause zu trennen. Keine Phobie vor der Schule, sondern vor der Trennungssituation.

ICD-10 Klassifikation:

F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst

Prävalenz

2% aller schulpflichtigen Kinder weisen eine nicht dissoziale Schulverweigerung auf.

Schulschwänzen (dissoziale Schulverweigerung) tritt mit 3-8% häufiger auf als nicht dissoziale Schulverweigerung (Jungen schwänzen häufiger als Mädchen 2:1).

In Großstädten findet sich eine höhere Prävalenz als in ländlichen Gegenden.

Häufigkeitsgipfel: Im Alter von 5-7 Jahren und 10-11 Jahren.

Bei beiden Gruppen bestehen häufig multiple familiäre und soziale Belastungssituationen.

Differenzialdiagnose

Symptom	Schulphobie	Schulangst	Schulschwänzen
Funktion	Vermeidung der Trennung von vertrauter Bezugsperson und deshalb Schulverweigerung	Vermeidung von Straferfahrungen	Vermeidung von Unlust; Bevorzugung von lustbetonten Aktivitäten.
Genese	<ul style="list-style-type: none"> -Störungen/Erkrankungen bei wichtigen Bezugspersonen (maligne Erkr., Verlust durch Tod od. Trennung, chronische schwere psychische Erkrankung - Störungen beim Kind (Asthma, Epilepsie psychische Erkrankungen) 	<ul style="list-style-type: none"> -Kindfaktoren: Körperliche Stigmata Leistungsversagen (bei Teilleistungsstörungen) Beeinträchtigt Sozialverhalten (ADHS, Asperger-Syndrom) Hochbegabung (Hänselei) 	<ul style="list-style-type: none"> Mangelnde Gewissensbildung (unzureichende Erziehung) Dissoziales Verhalten Eltern meist in Unkenntnis Verlust von Regelverhalten

Symptomatik

Nichtdissoziale Schulverweigerung: Symptomatik beginnt mit vagen Beschwerden über die Schule od. Klagen über körperliches Unwohlsein. Die Schulverweigerung kann schleichend od. abrupt auftreten. Weigerung zur Schule zu gehen kann mit ausgeprägten Angstzuständen oder Wutausbrüchen einhergehen.

Begleitende somatoforme Störungen sind typisch (Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Benommenheit). Eltern haben oftmals Probleme damit einzusehen, dass Symptome oft nicht Ausdruck einer organischen Erkrankung sind.

„Mutter-Kind-Kuren“ kontraindiziert, verstärken symbiotische Trennungsängste.

Wiederaufnahme des Schulbesuchs wird umso schwerer, je länger die Schulverweigerung besteht.

Schulschwänzen: Hier fehlen körperliche Beschwerden und meist liegt keine emotionale Störung vor.

Eine Störung des Sozialverhaltens ist häufig. Eltern sind lange unwissend über fehlenden Schulbesuch ihrer Kinder.

Störungsmodelle

Die Verhaltensanalyse bietet individuelles Erklärungsmodell und damit eine Grundlage für die Therapieplanung.

1. Vermeidung spezifischer angstbesetzter Situationen (Toiletten, Flure, Prüfungen, spezielle Lehrer).

2. Vermeiden von aversiv erlebten Situationen (Lehrer, Mitschüler).

3. Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten und mit Trennungsangst in Verbindung stehendes Verhalten.

4. Positiv verstärkende Erfahrungen, die außerhalb der Schule geboten werden (Fernsehschauen, gemütliches Beisammensein mit der Mutter).

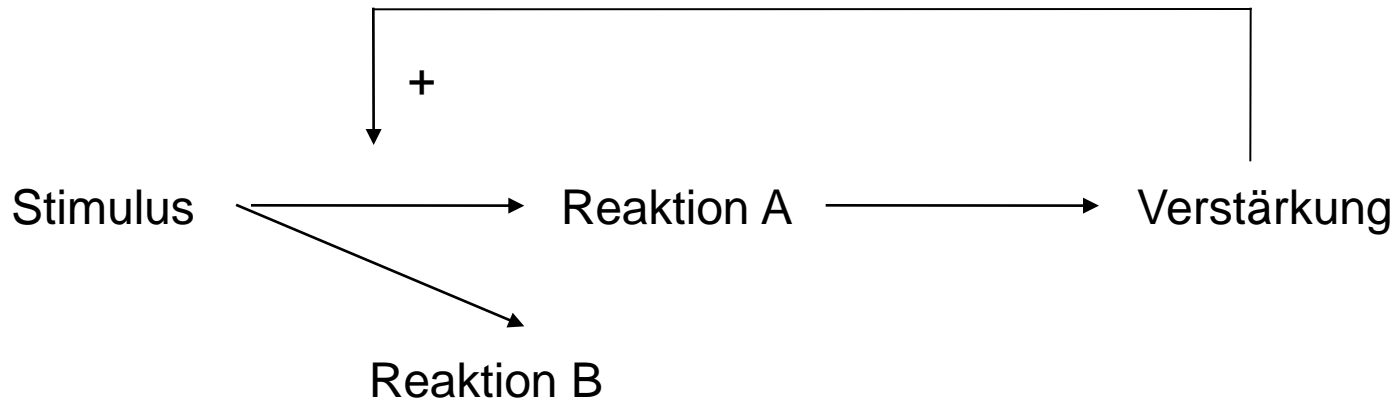
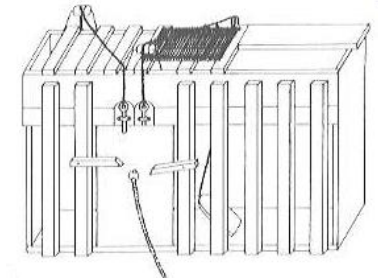
Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)

- Beginn: Diagnostisch nicht wegweisend
- Dauer: >4 Wochen
- Symptomatik:



Unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht.

Operantes Konditionieren/Positive Verstärkung



Störungsmodelle

Die Verhaltensanalyse bietet individuelles Erklärungsmodell und damit eine Grundlage für die Therapieplanung.

1. Vermeidung spezifischer angstbesetzter Situationen (Toiletten, Flure, Prüfungen, spezielle Lehrer).

2. Vermeiden von aversiv erlebten Situationen (Lehrer, Mitschüler).

3. Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten und mit Trennungsangst in Verbindung stehendes Verhalten.

4. Positiv verstärkende Erfahrungen, die außerhalb der Schule geboten werden (Fernsehschauen, gemütliches Beisammensein mit der Mutter).

Bullying (1)

Bullying in the family: sibling bullying

Dieter Wolke, Neil Tippett, Slava Dantchev

Lancet Psychiatry 2015;
2: 917-29

See [Comment](#) page 858

See [Series](#) page 930

This is the first in a [Series](#) of
two papers about bullying

Department of Psychology
(Prof D Wolke PhD,
N Tippett PhD, S Dantchev BSc)
**and Division of Mental Health
and Wellbeing, Warwick
Medical School** (Prof D Wolke),
University of Warwick,
Coventry, UK

Correspondence to:
Prof Dieter Wolke, Department
of Psychology, University of
Warwick, Coventry CV4 7AL, UK
d.wolke@warwick.ac.uk

Emotionale Verhaltensstörungen in der ICD-10-Klassifikation (F93)

F93 Emotionale Störungen des Kindesalters:

- *F93.0: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters*
- *F93.1: Phobische emotionale Störung des Kindesalters*
- *F93.2: Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters*
- *F93.3: Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität des Kindesalters*
- *F93.8: Sonstige emotionale Störungen*
- *F93.9: nicht näher bezeichnete emotionale Störung*

Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F93.3)

- Konkurrieren mit dem jüngeren Geschwister um Zuneigung und Aufmerksamkeit der Eltern
- Überwiegend negative Gefühle dem Geschwister gegenüber, die in schweren Fällen zu offener Feindseligkeit und körperlichen Aggressionen führen können
- Deutlicher Mangel hinsichtlich positiver Beachtung des Geschwisters und freundlicher Interaktion
- Hartnäckige Weigerung, zu teilen
- Regression, oft mit dem Verlust psychophysiologischer Fertigkeiten wie z. B. Blasen- und Darmkontrolle
- Versorgungswünsche wie z. B., wieder gefüttert zu werden
- Einschlafstörungen
- Zunahme von oppositionellem und konfrontierendem Verhalten den Eltern gegenüber
- Wutausbrüche
- Verstimmungszustände mit Angst, Unglücklichsein und sozialem Rückzug

Bullying (2)

Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries

Suzet Tanya Lereya, William E Copeland, E Jane Costello, Dieter Wolke

*Lancet Psychiatry 2015;
2: 524-31*

Published Online
April 28, 2015

[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)

See [Comment](#) page 480

Department of Psychology,
University of Warwick,
Coventry, UK (S T Lereya PhD,
Prof D Wolke PhD); and
Department of Psychiatry and
Behavioural Sciences, Duke
Medical Center, Sheffield, UK
(W E Copeland PhD,
Prof E J Costello PhD)

Correspondence to:
Prof Dieter Wolke, Department
of Psychology, University of
Warwick, Coventry CV4 7AL, UK
d.wolke@warwick.ac.uk

Findings 4026 children from the ALSPAC cohort and 1420 children from the GSMS cohort provided information about bullying victimisation, maltreatment, and overall mental health problems. The ALSPAC study started in 1991 and the GSMS cohort enrolled participants from 1993. Compared with children who were not maltreated or bullied, children who were only maltreated were at increased risk for depression in young adulthood in models adjusted for sex and family hardships according to the GSMS cohort (odds ratio [OR] 4.1, 95% CI 1.5–11.7). According to the ALSPAC cohort, those who were only being maltreated were not at increased risk for any mental health problem compared with children who were not maltreated or bullied. By contrast, those who were both maltreated and bullied were at increased risk for overall mental health problems, anxiety, and depression according to both cohorts and self-harm according to the ALSPAC cohort compared with neutral children. Children who were bullied by peers only were more likely than children who were maltreated only to have mental health problems in both cohorts (ALSPAC OR 1.6, 95% CI 1.1–2.2; $p=0.005$; GSMS 3.8, 1.8–7.9, $p<0.0001$), with differences in anxiety (GSMS OR 4.9; 95% CI 2.0–12.0), depression (ALSPAC 1.7, 1.1–2.7), and self-harm (ALSPAC 1.7, 1.1–2.6) between the two cohorts.

Störungsmodelle

Die Verhaltensanalyse bietet individuelles Erklärungsmodell und damit eine Grundlage für die Therapieplanung.

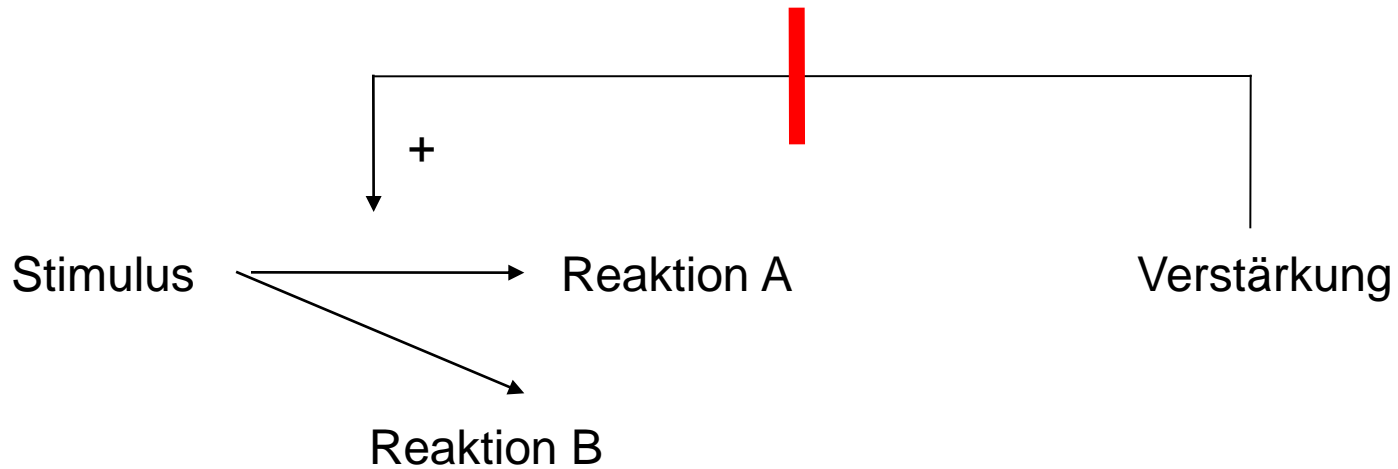
1. Vermeidung spezifischer angstbesetzter Situationen (Toiletten, Flure, Prüfungen, spezielle Lehrer).
2. Vermeiden von aversiv erlebten Situationen (Lehrer, Mitschüler).
3. Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten und mit Trennungsangst in Verbindung stehendes Verhalten.
4. Positiv verstärkende Erfahrungen, die außerhalb der Schule geboten werden (Fernsehshows, gemütliches Beisammensein mit der Mutter).

Störungsmodelle

Die Verhaltensanalyse bietet individuelles Erklärungsmodell und damit eine Grundlage für die Therapieplanung.

1. Vermeidung spezifischer angstbesetzter Situationen (Toiletten, Flure, Prüfungen, spezielle Lehrer).
2. Vermeiden von aversiv erlebten Situationen (Lehrer, Mitschüler).
3. Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten und mit Trennungsangst in Verbindung stehendes Verhalten.
4. Positiv verstärkende Erfahrungen, die außerhalb der Schule geboten werden (Fernsehschauen, gemütliches Beisammensein mit der Mutter).

Extinktion von Verhalten



Aufheben/Ausschalten des Verstärkers

Störungsmodelle

Die Verhaltensanalyse bietet individuelles Erklärungsmodell und damit eine Grundlage für die Therapieplanung.

1. Vermeidung spezifischer angstbesetzter Situationen (Toiletten, Flure, Prüfungen, spezielle Lehrer).
2. Vermeiden von aversiv erlebten Situationen (Lehrer, Mitschüler).
3. Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten und mit Trennungsangst in Verbindung stehendes Verhalten.
4. Positiv verstärkende Erfahrungen, die außerhalb der Schule geboten werden (Fernsehschauen, gemütliches Beisammensein mit der Mutter).

Parentifizierung

Parentifizierung

- Bedürfnisse der Eltern müssen versorgt sein, um den Kind die Kognition möglich zu machen, dass die Trennung die Eltern nicht gefährdet:
 - Versorgung von Erkrankungen der Eltern (Psychische Störungen, körperliche Erkrankungen)
 - Einsamkeit der Eltern verhindern
 - Schutz vor Aggression bieten
- Systemisches Arbeiten ist zusätzlich zum patientenzentrierten Vorgehen notwendig.
- Erfolgreich erlebte Trennung von den Eltern kann fehlerhafte Kognitionen des Kindes korrigieren.

Konkretes Vorgehen (1)

- Nicht von der Schule mit Attest befreien (keine Eltern-Kind-Kur); Ausnahme: Wartezeit zur konkretisierten Aufnahme z.B. bei bereits erwirktem Beschluss zur Unterbringung.
- Faustregel: Kompletter Schulabsentismus über 4 Wochen hat nur eine geringe Chance der erfolgreichen Therapie ohne stationäre Aufnahme.
- Wenn innerhalb von vier Wochen in der ambulanten Therapie kein Schulbesuch herzustellen ist, Umstieg auf stationäres Angebot.
- Tagesklinische Behandlung kann wegen täglicher Situation der Trennung (Vermeidung der Exposition) scheitern.
- Ggf. ist Unterbringung im Krankenhaus zur Behandlung nach BGB §1631b notwendig.

Konkretes Vorgehen (2)

- Ambulant und stationär erfolgt Exposition mit der Schule in einem gestuften Vorgehen, wobei Ursachen der Ängste (Leistungsängste, soziale Ängste) schrittweise in der Anforderung qualitativ und quantitativ gesteigert werden (Verstärkerpläne).
- Im tagesklinischen und stationären Setting kann eine Schule für Kranke an der Klinik die Anforderungen der Therapie an die Schule präzise umsetzen.
- Der Einsatz von SSRI kann zur Antriebssteigerung bei begleitender depressiver Symptomatik in der Therapie und zur Rückfallprophylaxe sinnvoll sein.

Zusammenfassung

- Emotionale Störungen zeigen eine gemischte Symptomatik aus Ängsten und depressiven Komponenten.
- Verhaltenstherapeutische Verfahren haben eine sehr gute Evidenz in der Behandlung von Angststörungen.
- Die Schulphobie ist eine Emotionale Störung mit Trennungsängsten.
- Bei Trennungsängsten sollten immer die Störungsanteile der Eltern (Parentifizierung) berücksichtigt werden.
- Möglichst keine Befreiung von der Schule bei Schulabsentismus und bei nicht ausreichendem Ansprechen in der Therapie frühzeitiger Umstieg auf ein teilstationäres oder stationäres (Trennungsangst) Behandlungsangebot.
- Eine Unterbringung zur stationären Behandlung kann bei der Schulphobie sinnvoll und notwendig sein.

