

1 Motivation zum Schulbesuch

Volker Reissner, Svenja Spie, Martin Knollmann und Johannes Hebebrand

1.1 Zum Manual

Das vorliegende Manual richtet sich an Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Lehrer, Gesundheitspfleger und andere interessierte Professionelle, die mit körperlich gesunden Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten, die nicht zur Schule gehen. Es zielt in erster Linie darauf ab, bei jungen Menschen, die psychische Probleme haben oder die psychisch erkrankt sind und die nicht mehr zur Schule gehen (im Folgenden »Schulvermeider« genannt), die Chance zu verbessern, noch einen Bildungsabschluss zu erreichen. Das Manual beinhaltet vier aufeinander abgestimmte Module:

Module

1. Kognitive Verhaltenstherapie
2. Familienberatung
3. Schulische Beratung
4. Psychoedukatives Sportprogramm

Idealerweise erfolgt die Behandlung nach dem Manual in einem multiprofessionellen Team, welches die genannten Module anbieten kann. Das Manual wendet sich aber auch an jene Helfer, die in einem kleineren Team oder alleine arbeiten. Sie können die Ideen und Anregungen für die Therapie bzw. Beratung von Schulvermeidern übernehmen und in ihrer eigenen Praxis beziehungsweise im Rahmen ihres Netzwerks umsetzen.

Die Indikation zur Behandlung mit diesem Manual trifft vor allem auf psychisch kranke Schulvermeider zu. Dies sind Kinder und Jugendliche, die die Schule regelmäßig mindestens stundenweise nicht besuchen. Weitere Voraussetzungen sind:

Voraussetzungen

- ein Alter von 6 bis einschließlich 18 Jahren,
- Deutschkenntnisse, so dass die Teilnahme an Therapie möglich ist und
- basale Kenntnisse im Schreiben und Lesen.

Von der ambulanten Therapie nach diesem Manual wird unter folgenden Bedingungen abgeraten:

- eine Intelligenzminderung mit einem IQ von weniger als 70,
- eine schizophrene oder wahnhaftige Störung sowie fremd- oder selbstgefährdendes Verhalten und
- eine schwere Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.

Zur übersichtlichen Gestaltung sind die Module des Manuals ähnlich der Struktur eines verzweigten Baumes hierarchisiert: Die psychosoziale Umwelt des Patienten bildet als »Stamm« die Basis der vier Module, die jeweils einen Ast darstellen (Ebene 1, Ast). Strategien (Ebene 2, Zweig) stellen thematisch zusammengefasste Oberziele dar. Die Interventionen (Ebene 3, Blatt) beschreiben (Teil-)Therapieziele, die in der Regel innerhalb einer bis zwei Sitzungen von 60 Minuten erarbeitet werden. Reicht dieser Zeitrahmen nicht aus, um die gesetzten Ziele zu erreichen, werden mit dem Patienten und den Eltern zum Erreichen des jeweiligen Ziels weitere Sitzungen vereinbart.

Struktur des Manuals

Um das Lesen des Moduls auch für Professionelle und Interessierte aus modulfremden Berufen angenehmer zu gestalten haben wir Exkurse zu verschiedenen therapeutischen Techniken oder Theorien in den Anhang eingestellt. Hier sind die zentralen Informationen zum

Verständnis des Moduls komprimiert nachzulesen. Literaturhinweise zu weiterführendem bzw. Grundlagenwissen finden sich ebenfalls im Anhang. Der erfahrene Berater oder Therapeut wird so im Fließtext nicht durch für ihn redundante Beschreibungen gestört. Alle Arbeitsblätter¹ können Sie als PDF-Datei unter diesem Link kostenfrei herunterladen: <http://downloads.kohlhammer.de/?isbn=978-3-17-025302-5> (Passwort: 4tor856y).

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Manual vorwiegend das generische Maskulin verwendet. Die Bezeichnungen werden im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter angewendet.

Die Motivation zum Schulbesuch oder eine Beratung bzw. Therapie wahrzunehmen, stellt ein zentrales Thema für Schulvermeider dar. Somit steht ein relativ ausführliches Kapitel zur motivationalen Arbeit am Beginn dieses Manuals, auf das im Verlauf rekurriert wird.

1.2 Schulvermeidung im Kontext von Verhalten, Funktion und Diagnose

Definition	Der Terminus »Schulvermeidung« ist definiert als eine mit psychischen Problemen einhergehende Abwesenheit vom Unterricht (Knollmann et al., 2009). Schulvermeidung steht häufig im Zusammenhang mit definierten psychischen Erkrankungen. Prävalenz und Spektrum psychischer Störungen bei Schulvermeidern sind stark von der Art der Stichprobe abhängig. Das gesamte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen kann dabei vertreten sein.
Schulverweigerer/ Schulschwänzer	Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten können in sogenannte »Schulverweigerer« und »Schulschwänzer« unterteilt werden. Schulschwänzen ist meist assoziiert mit externalisierenden Störungen, während Schulverweigerung eher mit internalisierenden Störungen einhergeht. Oft tritt eine Mischung aus Verweigerung und Schwänzen auf (Knollmann et al., 2013). Schulvermeider können auf drei verschiedenen Ebenen charakterisiert werden:
Charakterisierung: Verhaltensebene	Auf der <i>Verhaltensebene</i> zeigen Schulverweigerer im Unterricht oder anderen sozialen Situationen internalisierendes, auf sich selbst ausgerichtetes Verhalten. Sie sind zurückgezogen, unsicher, zurückhaltend und zeigen eher ängstliche und depressive Affekte. Schulschwänzer hingegen weisen häufig ein auf ihr soziales Umfeld ausgerichtetes Verhalten auf: Reizbarkeit und Impulsivität im Handeln, Nichtbeachtung sozialer Normen und aggressive Affekte beschreiben den Begriff des von ihnen gezeigten externalisierenden Verhaltens. Die Dichotomisierung in Schulverweigerer und -schwänzer bildet als Modell die Realität nur teilweise ab, da Mischformen häufig sind.
Charakterisierung: Funktionsebene	Die <i>Funktionsebene</i> beschreibt die verschiedenen möglichen funktionalen Auswirkungen des schulvermeidenden Verhaltens für das subjektive Erleben des Schülers selbst (Kearney, 2008). Schulverweigerer bleiben dem Unterricht fern, um damit verbundenen negativen Affekten oder Bewertungssituationen aus dem Weg zu gehen. Möglicherweise wird ihnen aufgrund ihres Verhaltens auch vermehrt Aufmerksamkeit durch die Eltern zuteil, welches positiv verstärkend wirkt. Schulschwänzer erleben das Fernbleiben als Belohnung, z. B. wenn sie mit ihren Freunden »abhängen« können.
Charakterisierung: Syndromebene	Zur <i>Syndromebene</i> : Ein Problem bei der Behandlung von psychisch erkrankten Schulvermeidern ist das große Spektrum an Diagnosen, dem der Therapeut gegenübersteht. Jede psychische Erkrankung kann bei ausreichendem Schweregrad zu einer massiven Beeinträchtigung der psychosozialen Adaptationsfähigkeit und damit auch des Schulbesuches führen. Um dieser Tatsache in der Behandlung gerecht zu werden, wird, im Sinne einer Heuristik, der Rückgriff auf Syndrome vorgeschlagen. Ein Syndrom entspricht einer idealtypischen Kons-

¹ Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die im Download-Bereich zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

tellation bestimmter Symptome und führt im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen zu einer Diagnose z. B. nach der International Classification of Diseases der World Health Organisation (ICD, z. B. Dilling, Mombur und Schmidt, 1993). Für den klinischen Alltag einer Schulvermeiderambulanz werden fünf prominente Syndrome vorgeschlagen, die die häufigsten Symptomkonstellationen abbilden:

1. depressives Syndrom,
2. Soziale, Leistungs- und Prüfungsängste,
3. Panik- und Somatisierungssyndrom,
4. Trennungsängste und
5. oppositionelles und gestörtes Sozialverhalten.

In der Behandlung des Schulvermeiders dienen die Syndrome insofern als Basis, als dass zu jedem Syndrom ein entsprechendes Problem- und Lösungsmodell erarbeitet wird (► Kap. 2.1.4 Multiprofessionelle Fallkonzeption im Team). Dieses Modell wird in der Therapie individualisiert und im Behandlersteam genauso wie in der Arbeit mit der Familie gemeinsam angepasst. Es unterstützt das Therapeutenteam bei der Indikationsstellung zum Einsatz der verschiedenen Module und Interventionen. Das Modell verändert sich mit dem Therapiefortschritt und »begleitet« den Schulvermeider und seine Familie in die Einzel- genauso wie in die Gruppensitzungen aber auch in die anderen Module.

Hinter jeder Syndromdiagnose können verschiedene operationalisierte Diagnosen stehen. Die *Diagnoseebene* orientiert sich an den operationalisierten Kriterien von Klassifikationssystemen wie der ICD-10 (Dilling, Mombour und Schmidt, 1993). Hier werden verschiedene, klar definierte Symptomkonstellationen zu Diagnosen zusammengefasst. Typische Diagnosen nach ICD-10 für Schulverweigerer sind Angststörungen, affektive Störungen, Emotionalstörungen oder andere. Anpassungsstörungen finden sich oft bei Vermeidern und Schwänzern sowie in der Gruppe mit externalisierender und internalisierender Symptomatik. Typisch für die gemischte Gruppe ist die Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen; für die Schulschwänzer die Störungen des Sozialverhaltens sowie hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens.

Charakterisierung:
Diagnoseebene

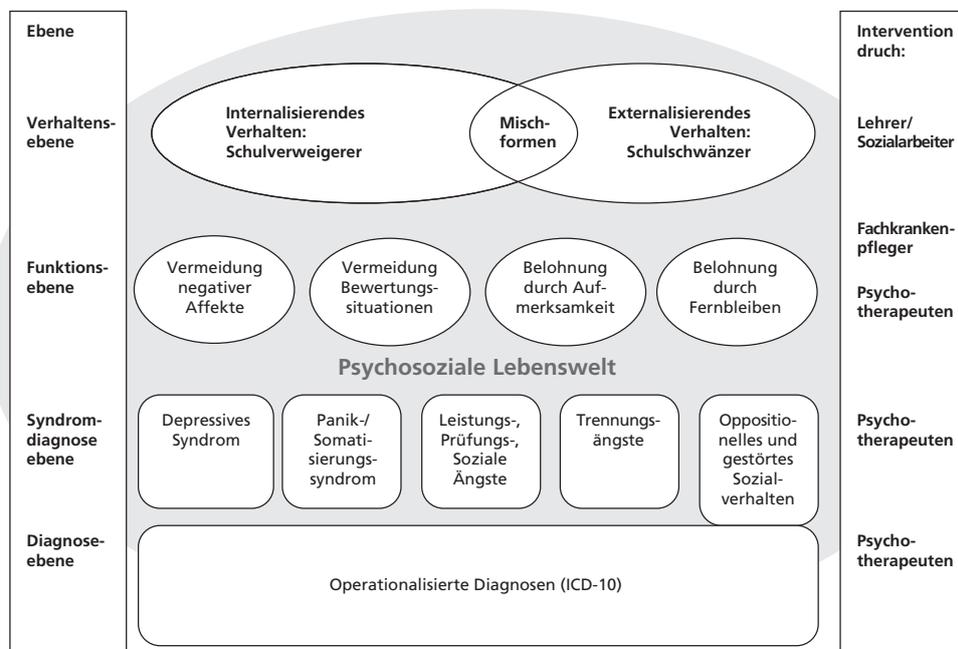


Abb. 1.1:
Multidimensionales Modell der Schulvermeidung

Zusammenfassend ergibt sich das multidimensionale Modell der Schulvermeidung. Es umfasst eine auf unterschiedliche Aspekte ausgerichtete Beschreibung der zu beobachtenden Auffälligkeiten bei psychisch kranken Schulvermeidern. Jede der an der Beratung und Behandlung beteiligten Berufsgruppen findet hier eine passende Begrifflichkeit zur Beschreibung dieses

dysfunktionalen Verhaltens. Das vereinfachende, primär dimensionale Modell steht vor dem Hintergrund des subjektiven Erlebens der psychosozialen Lebenswelt des Schülers, seiner Eltern, Lehrer, Sozialarbeiter, Schulpsychologen, Psychotherapeuten und Psychiater. Es dient als umfassende Klammer für die vorgeschlagenen Module, Strategien und Interventionen sowie für die beteiligten Berufsgruppen.

1.3 Therapie der Schulvermeidung und assoziierter psychischer Störungen

Um eine Chronifizierung zu vermeiden, ist das primäre, kurzfristige Ziel dieses Manuals immer die Behandlung der Schulvermeidung. Es gilt, die Schüler so früh wie möglich zurück zur Schule zu führen. Hierfür ist die Analyse der Schulvermeidung auf Makro- und Mikroebene unabdingbar. Sekundär werden die mit der Schulvermeidung assoziierten psychischen Störungen behandelt. Diese Behandlung wird im Manual in vier Therapiemodulen (Äste) entsprechend der Schwerpunkte Verhaltenstherapie, Familienberatung, schulische Beratung und psychoedukativer Sport aufgeteilt:

Das Manual und die Therapie orientieren sich an entsprechenden störungsspezifischen Therapie- bzw. Beratungsstrategien. Die Autoren des Manuals berufen sich dabei auf eine Vielzahl von verhaltenstherapeutischen und systemischen Störungsmodellen, psychotherapeutischen »Tools« aus dem erwachsenen-, kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, Theorien aus der Beratung und Sonderpädagogik sowie sportpsychologischen Ansätzen. In ► Tabelle 1.1. sind häufig mit der Schulvermeidung assoziierte Störungen sowie Therapiestrategien bzw. Behandlungstools verzeichnet. Die dargestellten Ansätze wurden von den Autoren in der klinischen Routine mit den Schulvermeidern erprobt und an das zentrale Symptom der Schulvermeidung angepasst.

Fokus: Schulvermeidung Noch einmal soll verdeutlicht werden, dass unser Therapieangebot sich von der »regulären« langfristigen Therapie einer psychischen Erkrankung unterscheidet. Der Fokus liegt auf dem Symptom der Schulvermeidung. Geht der Patient wieder regulär zur Schule und bleiben weiterhin andere Symptome, wie z. B. Zwangsrituale, Schlafstörungen oder Trennungängste im Freizeitbereich bestehen, so ist die Psychotherapie störungsspezifisch weiterzuführen. Dies zeigt zugleich die Grenzen unseres Therapieangebotes auf und soll vor zu hohen Erwartungen und Ansprüchen auf Seiten der Behandler schützen. Auch sei in diesem Zuge angemerkt, dass die Klientel durchaus mit chronisch Erkrankten oder Patienten mit Suchterkrankungen zu vergleichen ist. Kleine Schritte wie z. B. das regelmäßige Erscheinen zu Terminen, repräsentieren bei einigen Schülern durchaus schon therapeutische Fortschritte bzw. eine deutliche Verbesserung der Symptomatik.

Tab. 1.1:
Die für das Problem
Schulvermeidung
zentralen
psychischen
Störungen und
Therapieansätze

Psychische Störung (nach ICD-10)	Funktion des schulvermeidenden Verhaltens	Mögliche Interventionen	Evaluierte störungsspezifische Manuale
Soziale Phobie	Vermeidungsverhalten/ Sicherheitsverhalten	Abbau des Vermeidungsverhaltens durch Verhaltensexperimente und kognitive Umstrukturierung/ Selbstverbalisationen, Veränderung der Aufmerksamkeitsfokussierung, Verstärkung der »sozialen Aktivitäten«; ggf. Aufbau sozialer Kompetenzen, Änderung des Lernverhaltens	Soziale Phobie (Stangier, Clark und Ehlers, 2006); Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen (Joormann und Unnewehr, 2002); Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1 (Suhr-Dachs und Döpfner, 2005)

Psychische Störung (nach ICD-10)	Funktion des schulvermeidenden Verhaltens	Mögliche Interventionen	Evaluierte störungsspezifische Manuale
Emotionalstörung des Kindesalters mit Trennungsangst	Vermeidungsverhalten	Abbau des Vermeidungsverhaltens durch Verhaltensexperimente/ Konfrontation und kognitive Umstrukturierung; Verstärkung adäquaten Verhaltens bei Trennung	TAFF-Trennungsangstprogramm für Familien (Schneider, unveröffentlicht).
Hyperkinetische Störung (des Sozialverhaltens)/ Störung des Sozialverhaltens	Aufmerksamkeitssuchendes Verhalten; oppositionelles Verhalten, Lustgewinn, ggf. auch Vermeidungsverhalten, dysfunktionale Strategie der Selbstbehauptung	Verstärkung des Schulbesuchs; Bestrafung der Schulabstinenz; Training für das Erziehungsverhalten (z. B. wirkungsvolles Auffordern, konsequentes Erziehungsverhalten), Selbstmanagement	Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP (Döpfner, 2002); Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 1, Hyperkinetische Störungen (Döpfner, Frölich und Lehmkuhl, 2000) Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 3 Aggressivdissoziale Störungen (Petermann, Döpfner und Schmidt, 2001)
Depressive Störung	Ausdruck der Antriebs-, Interessen und Motivationsarmut, Erschöpfung, Unlust, sozialer Rückzug; Reaktion auf dysfunktionale Kognitionen	Aktivitätenaufbau inklusive Schulbesuch, Verstärkung des Schulbesuches, ggf. Aufbau sozialer Fertigkeiten und Selbstwirksamkeit; ggf. kognitive Umstrukturierung bzgl. dysfunktionaler schulbezogener Kognitionen	Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Harrington, 2013)

Tab. 1.1:
Die für das Problem Schulvermeidung zentralen psychischen Störungen und Therapieansätze – Fortsetzung

1.4 Harm-reduction und motivationale Arbeit

Die Konsequenzen einer nicht behandelten Schulvermeidung sind ein fehlender Schulabschluss, psychisches Leiden durch unbehandelte assoziierte psychische Störungen, insuffiziente Integration in Peer-Group und Familie, Arbeitslosigkeit, soziale, ökonomische und kulturelle Exklusion, körperliche Erkrankungen etc. Um diese Folgen zu minimieren ist eine zeitnahe Behandlung der Schulvermeider dringlich.

In Anlehnung an den Begriff der Harm-reduction aus der Suchtmedizin (z. B. Gastpar, 1999) werden in dem vorliegenden Manual verschiedene Maßnahmen zur Minderung oder Aufhebung von negativen Begleiterscheinungen der Schulvermeidung vorgeschlagen. Hierzu gehören im weitesten Sinne die Vernetzung der verschiedenen Akteure des Hilfesystems (Rush, 1996), die gemeinsame Entwicklung von Konzepten, die Multiprofessionalität des Behandlungsteams, die aufsuchende sowie die motivationale Arbeit inklusive der dahinter stehenden therapeutischen Haltung. Im Gegensatz zu klassischen Therapieansätzen, die häufig bereits einen hohen Grad an Motivation vor dem Beginn der Therapie voraussetzen, ist die hier dargestellte Arbeitsweise niederschwellig: Sie setzt nur eine minimale Bereitschaft zur Mitarbeit voraus und zielt darauf ab, die Motivation zur Veränderung zu stärken.

1.4.1 Vernetzung und Multiprofessionalität

Schulvermeidendes Verhalten resultiert im Allgemeinen aus Problemen in den Bereichen Schule und/oder Familie und/oder seelische Gesundheit. Da im individuellen Fall eines Schulvermeiders häufig nicht nur ein Bereich tangiert ist, erscheint es naheliegend, dass sich die Institutionen vernetzen, die sich federführend mit diesen Arbeitsfeldern beschäftigen. Um für die Patienten vorhandene Hilfen umfassend auszuschöpfen und den Informationsfluss und die Kommunikation zwischen den Akteuren des Hilfesystems zu optimieren, empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit. Idealerweise setzen sich dazu Vertreter der Schulen, der Schul- und Erziehungsberatungsstellen, des Jugendamtes und Kinder-Jugend-Psychiater und Psychotherapeuten aus der Klinik und Niederlassung sowie weiterer Akteure an einen Tisch.

Die Multikausalität der Schulvermeidungsproblematik erfordert idealerweise eine multiprofessionelle Therapie durch ein entsprechendes Team. Die Gruppe, die das vorliegende Manual erstellte, besteht aus mindestens einem Psychotherapeuten, Psychologen, Psychiater, Lehrer, Gesundheitspfleger und Sportwissenschaftler. Aus ihrer professionellen Perspektive tragen sie Informationen über den Schüler in der gemeinsamen »Fallkonzeption« zusammen und erörtern diese. Auf dieser Grundlage entsteht für den Schüler und seine Familie ein individuelles, verständliches Problemmodell. Dieses dient als Basis für das Lösungsmodell und die nachfolgende Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, schulische Beratung, systemische Familienberatung oder das Sportprogramm.

1.4.2 Aufsuchen und motivieren

Wenn nötig, machen die Therapeuten und Berater Hausbesuche, um vor Ort diagnostische Informationen einzuholen, die therapeutische bzw. pädagogische Beziehung zu festigen, die Motivation des Patienten und seiner Familie zu steigern und den Transfer der Interventionen aus der Therapie- bzw. Beratungsstunde in die Praxis zu erleichtern. So kann es durchaus vorkommen, dass die Eltern eines Schulvermeiders zwar zu einer initialen Beratung kommen und Hilfe einfordern, der Jugendliche jedoch nicht erscheint. Um dieser Familie, in der zumindest die Eltern ein Problembewusstsein haben und Hilfe aktiv aufsuchen, Unterstützung zu bieten, kann die erste Kontaktaufnahme mit dem Schüler dann auch im häuslichen Umfeld stattfinden. In einigen Fällen ist es ausreichend, ein erstes Gespräch telefonisch zu führen. Die darüber aufgebaute Beziehung kann den Patienten zu weiteren Gesprächen vor Ort motivieren. Die Möglichkeit, aufsuchend zu arbeiten, ist ein Teil der motivationalen Arbeit. Die Motivationsförderung ist ein wesentlicher Schwerpunkt in der Beratung und Therapie der Schulvermeider, so dass sie in jeder Sitzung Anwendung findet. Der Therapeut sollte sich jederzeit vergegenwärtigen, in welcher motivationalen Phase sich das Kind/der Jugendliche, bzw. seine Eltern befinden (im Folgenden »Motivationscheck« genannt). Wir rekurren dabei auf das »Stages of Change«-Modell von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992), welches ursprünglich für erwachsene Patienten mit Suchterkrankungen entwickelt wurde. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die notwendige motivationale Arbeit grundlegend für die Verhaltensänderung des Schulvermeiders ist. Eine kurze Zusammenfassung des »Stages of Change«-Modells findet sich im Anhang (► Kap. 6.1.1 Exkurs: Stages of Change).

Motivationscheck

1.4.3 Toolbox: Motivierende Gesprächsführung

Analyse der Motivationslage: Motivationscheck

Für alle Module in diesem Manual hat die Analyse der Motivationslage (»Motivationscheck«) von Kind/Jugendlichem und deren Eltern auf der Basis des vorgestellten Modells eine zentrale Bedeutung. Der Motivationscheck erfolgt insbesondere in Hinblick auf den Schulbesuch und den Therapie- bzw. Beratungsprozess fortlaufend. Er wird zu Beginn jeder Einzelsitzung durchgeführt und dient der Planung und Durchführung entsprechender Methoden oder Tools die vorwiegend dem Motivational Interviewing (MI; Miller & Rollnick, 2004) entstammen und für die Schulvermeiderproblematik adaptiert wurden. MI fördert die therapeutische

Effektivität durch primär non-direktive, klientenzentrierte Gesprächsführung, die z. B. durch das Auflösen von Ambivalenzen auf Verhaltensänderungen abzielt.

Eine Möglichkeit des Motivationschecks ist z. B. die Darstellung der Veränderungsbereitschaft und des Veränderungsdrucks auf einer visuellen Analogskala. Einige Beispiele:

Wichtigkeit und Zuversicht bezüglich einer Veränderung

- »Bitte schätze auf einer Skala von 0 – »gar nicht wichtig« – bis 10 – »extrem wichtig« – ein, wie wichtig es für Dich ist, wieder zur Schule zu gehen!«
- »Bitte schätze auf einer Skala von 0 – »gar nicht zuversichtlich« – bis 10 – »extrem zuversichtlich« ein, wie zuversichtlich Du bist, tatsächlich etwas bezüglich Deines Problems unternehmen zu können!«

Die Analogskala dient primär der Motivationsdiagnostik. Sie ist gleichzeitig Ausgangspunkt für die nachfolgenden Tools, die in der Arbeit mit Schulverweidern in allen Modulen angewendet werden. Ergänzend dazu finden sich Beispiele für die motivationale Arbeit unter den spezifischen Interventionen der vier Module. Die verschiedenen Module des Manuals greifen die Tools auf, die gemäß der sechs »Stages of Change« angeordnet sind. Entsprechend finden sich in den Modulbeschreibungen Verweise auf die »Toolbox« (► Tab. 1.2). Auch wenn hier der Begriff »Tool« verwendet wird, handelt es sich bei den vorgestellten Methoden des Motivational Interviewing nicht nur um Interventionen, sondern vorwiegend um eine professionsübergreifende Haltung und Gesprächsführung in der Therapie und Beratung.

Phasen-Diagnose	Anzuwendende Tools nachzulesen in Kapitel
Precontemplation	Kap. 1.4.3.1 Motivationstools A: Problembewusstsein herstellen
Contemplation	Kap. 1.4.3.2 Motivationstools B: Aufbau eines Veränderungswunsches
Decision	Kap. 1.4.3.3 Motivationstools C: Entscheidung treffen und festigen
Action	Kap. 1.4.3.4 Motivationstools D: Veränderungen durchführen
Maintenance	Kap. 1.4.3.5 Motivationstools E: Transfer und Rückfallprophylaxe
Relapse	Kap. 1.4.3.6 Motivationstools F: Erneutes Problemverhalten ändern

Tab. 1.2: Motivationale Phase und anzuwendende Motivationstools

1.4.3.1 Motivationstools A: Problembewusstsein herstellen

Indikation für die MI-Technik »Problembewusstsein herstellen«: Das Kind, der Jugendliche und/oder die Eltern befinden sich in der Precontemplation Phase. Sie besitzen noch kein Empfinden dafür, dass das schulvermeidende Verhalten ein zu veränderndes Problem darstellt. Es ist anzumerken, dass es nicht ausreicht, nur die Abwesenheit von der Schule zu hinterfragen. Vielmehr gilt es, insbesondere bezüglich aufrecht erhaltender Faktoren der Schulvermeidung Problembewusstsein herzustellen (z. B. in Bezug auf das Erziehungsverhalten oder Leistungsängsten). Dieses soll mittels einer non-direktiven, motivierenden Haltung und durch verschiedene unten genannte Techniken aufgebaut werden. Zur Beschreibung der therapeutischen Haltung dient die Metapher »Einladung an den Patienten«. Dabei ist es von großer Bedeutung auf eine komplementäre Beziehungsgestaltung zu achten und die problemabwehrende Haltung empathisch zu reflektieren. Beispiele für mögliche Tools sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Precontemplation Phase

Toolbox 1.1: Motivation in der Precontemplation Phase

A.1 Psychoedukation/Informationsvermittlung

Bisher dem Kind bzw. Jugendlichen und den Eltern unbekannt Informationen können die Grundlage einer Neubewertung der Situation sein. Neben der Darstellung allgemeiner Daten und Fakten zu einer vorhandenen seelischen Störung bietet es sich beispielsweise an,

Toolbox 1.1: Motivation in der Precontemplation Phase

die »Karrieren« von Schulvermeidern anhand wissenschaftlicher Daten oder Erfahrungsbeispielen darzustellen. Dadurch kann häufig ein möglicher Wunsch nach Veränderung, zumindest bei den Eltern, hergestellt werden. Es ist hierbei wichtig, dass der Therapeut keinen Druck ausübt oder direktiv versucht, die Klienten davon zu überzeugen, dass die Schulvermeidung ein Problem ist. Stattdessen soll der Therapeut die Klienten einladen, sich das Problemverhalten aus verschiedenen Perspektiven anzusehen. Dies sollte als Angebot verstanden werden, über die Schulvermeidung einmal kritisch nachzudenken. Folgende Fragen können hilfreich sein: »So, jetzt haben wir die Testergebnisse hier vor uns. Was fällt dir/Ihnen dazu ein? Was geht dir/Ihnen durch den Kopf? Wie passt das zu deiner/Ihrer Meinung, dass alles okay sei?« Außerdem muss auch ein Problembewusstsein für aufrecht erhaltende Faktoren des Problemverhaltens aufgebaut werden. In diesem Zusammenhang wird dazu angeregt, z. B. kritisch über bisherige Erziehungsmethoden oder Vermeidungsstrategien im Rahmen der Schulvermeidung nachzudenken. Dazu können auch Gedankenexperimente genutzt werden, die helfen, aufrecht erhaltende Faktoren geleitet zu entdecken (► Kap. 6.1.5 Exkurs: Geleitetes Entdecken mittels Sokratischen Dialogs)

A.2 Aktives Aufgreifen von Sorgen und Ängsten sowie Perspektivwechsel

Erwähnen die Eltern, der Schüler oder Dritte selbst doch die eine oder andere Sorge in Bezug auf die Schulvermeidung oder deren Folgen, sollte dies vom Therapeuten aufgegriffen und verstärkt werden. Kathrin, 16 Jahre alt, merkte z. B. im Gespräch an, dass ihr Fernbleiben von der Schule dazu führen könnte, dass schlussendlich auch die Versetzung gefährdet sei. Dies bedeute, dass sie mit unbekanntem Schülern in eine neue Klasse käme, eine Tatsache, die ihr Angst mache. Diese Sorge kann empathisch paraphrasiert, gewürdigt und in den Zusammenhang mit dem schulvermeidenden Verhalten gestellt werden. Auch die Sorgen des sozialen Umfeldes, z. B. des Lehrers oder der besten Freundin, können in das Gespräch mit einfließen. Z. B. können folgende Fragen genutzt werden: »Gibt es im Freundeskreis Leute, die das kritisch sehen, dass du/Ihr Kind nicht zur Schule geht? Warum? Wie begründen sie (die anderen) das?«

A.3 Verschiebung des Fokus

Es rückt ein anderes, für den Patienten zentrales Thema in den Mittelpunkt des Gespräches. Dieses Vorgehen dient zusätzlich dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Erst im weiteren Verlauf kann der Therapeut wieder non-direktiv den Fokus auf die Schulvermeidung richten.

Erst wenn Problembewusstsein hergestellt ist, kann mit dem Aufbau der Veränderungsabsicht begonnen werden. Am Ende der Arbeit in der Precontemplation Phase steht die Entscheidung, ob der Patient und die Familie das Therapieprogramm fortsetzen möchten oder nicht. Damit ergeben sich die folgenden zwei Möglichkeiten:

- *Entscheidungsabfrage und Fortsetzung des Therapieprogramms*
Nach einer ersten Erarbeitung des Problembewusstseins bezüglich der Schulvermeidung erfolgt eine Entscheidungsabfrage: Ist die Familie bereit, sich dem Problem der Schulvermeidung und deren aufrecht erhaltenden Faktoren kritisch zuzuwenden? Gibt es eine Grundlage für die Erweiterung des Problembewusstseins, so wird die Arbeit mit der Familie fortgeführt. In der Regel lässt sich die Contemplation Phase erreichen und die Beratung oder Therapie fortsetzen. Es reicht für den Anfang, wenn zumindest für die Schulvermeidung an sich ein Problembewusstsein vorhanden ist. Meist kann erst im Laufe der Zeit und bei der Erstellung eines Problemmodells schrittweise auch für weitere aufrecht erhaltende Faktoren ein Problembewusstsein entwickelt werden.
- *Entscheidungsabfrage und vorläufiger Abschluss der Beratung*
In den Fällen, in denen der »Aufbau des Problembewusstseins« nicht gelingt bzw. keine Bereitschaft besteht, sich den Problemen kritisch zuzuwenden, muss sich die Familie entscheiden, ob sie mit dem Programm fortfahren möchte oder nicht. Je nach Entwick-

lungsstand des Schülers liegt die Entscheidung hierzu bei ihm selbst, bei den Eltern oder wird von beiden getroffen. Gibt es keine Bereitschaft insbesondere des älteren Schulvermeiders, sich dem Problem kritisch zuzuwenden, wird der Abbruch der Therapie eingeleitet. Dem Schüler wird vermittelt, dass, wann immer er eine Beratung für sich in Anspruch nehmen möchte, für ihn die Möglichkeit besteht, kurzfristig einen Termin bei dem Behandler zu erhalten. Die Familie erhält folgende Materialien:

- Kontaktdaten des Therapeuten,
- Informationsmaterial und insbesondere Adressen niederschwelliger Angebote (relevante psychosoziale Einrichtungen, insbesondere Erziehungsberatungsstellen),
- Hinweise auf die akute psychiatrische Notversorgung der Stadt/Region mit der Möglichkeit 24 Stunden am Tag und sieben Tage in der Woche in einer kinder-jugendpsychiatrischen Notfallambulanz vorsprechen zu können.

In vielen Fällen reicht es jedoch erst einmal aus, wenn zumindest eine Person der Familie bereit ist, an der Therapie und Beratung teilzunehmen. Insbesondere wenn die Schüler noch jünger sind, kann durch die Beratung der Eltern im Umgang mit der Schulvermeidung durch Verstärkerpläne Leidensdruck bei den Kindern erzeugt bzw. der Wunsch nach weiterer Verbesserung gestärkt werden. Ziel des Therapeuten sollte es sein, die Familie und den Schüler weiterhin zumindest lose an das Hilfesystem anzubinden. So kann die Beratung trotz »vorläufigem« Abschluss jederzeit, z. B. bei steigendem Leidensdruck (z. B. auch ausgelöst durch negative Konsequenzen der Schule oder des Schulamtes) wiederaufgenommen werden.

Dustins Mutter braucht noch Zeit ...

Als Beispiel sei folgender Fall geschildert: Dustin, 12 Jahre alt, geht seit mehreren Wochen nicht mehr zur Schule. Seine Mutter demonstriert in Bezug auf die Schulabstinenz Problembewusstsein und eine Veränderungsabsicht. Sie zeigt jedoch zu Anfang noch kein Problembewusstsein in Bezug auf ihr Erziehungsverhalten. Die Erlaubnis zu Hause fern zu sehen, während die Mitschüler in der Schule lernen und fehlende negativen Konsequenzen von Seiten der Mutter auf Dustins schulvermeidendes Verhalten hat sie noch nicht als wichtiges Problem erkannt (Precontemplation Phase). Daher sollte die Aufrechterhaltung der Schulvermeidung durch das Erziehungsverhalten in einem ersten Schritt mit der Mutter herausgearbeitet werden (Contemplation Phase). Eine Veränderungsabsicht und -zuversicht ist ebenfalls zu entwickeln, bevor die Mutter sich zu einer Verhaltensänderung entscheidet (Decision Phase) und es zum Training von konsequentem Erziehungsverhalten kommen kann (Action Phase).

Fallbeispiel

1.4.3.2 Motivationstools B: Aufbau eines Veränderungswunsches

Eine Vorbedingung für den Einsatz dieser Motivationstools ist, dass die Kinder bzw. Jugendlichen oder Bezugspersonen das bisherige Verhalten als Problem wahrnehmen. Sie sind sich aber noch nicht sicher, ob sie das schulvermeidende Verhalten oder damit einher gehende Probleme ändern wollen. In diesem Fall strebt der Therapeut non-direktiv eine vorsichtige und respektvolle Aufdeckung der Ambivalenzen und einen empathischen, wertschätzenden Umgang mit Zweifeln an. Der folgende »Change Talk« soll durch etwas direktivere Interventionen, z. B. durch offene Fragen (»Was wird wohl geschehen, wenn du nichts änderst?«, »Was sind Vorteile einer Veränderung?«, »Warum hast du letzten Monat probiert doch zur Schule zu gehen?«, »Was wärest du bereit zu versuchen?«), durch die Exploration des Für und Wider, das Herausarbeiten von Extremen, durch Spekulationen über die Zukunft oder die Erarbeitung von Zielen aufgebaut werden. Das Aufdecken von Diskrepanzen zwischen Wünschen und Zielen des Patienten und seinem realen Verhalten ist ebenfalls zentral (Apodaca & Longabaugh, 2009). »Change Talk« beinhaltet dabei vier Kategorien: *Erkennen der Nachteile des Status Quo* (»Ich merke, es ist problematischer als ich dachte!«), *Erkennen der Vorteile einer Veränderung* (»Ich hätte mehr Chancen, versetzt zu werden.«), *Zuversicht einer Veränderung* (»Ich kann es schaffen. Ich hab es schon mal geschafft.«) und *Veränderungsabsicht* (»Das kann so nicht

Contemplation Phase

► **Onlinematerial, Kap. 6.3**

weitergehen. So stelle ich mir meine Zukunft nicht vor.«). Folgende Tools stehen beispielsweise zur Verfügung:

Toolbox 1.2:
Motivation in
der Contemplation
Phase

Toolbox 1.2: Motivation in der Contemplation Phase

B.1 Kosten-Nutzen-Liste für Status Quo und Veränderung

Mit dem Schüler, ggf. auch mit der Familie, werden insbesondere die Vor-, aber auch die Nachteile der Veränderung sowie die Vor- und die Nachteile des Status Quo erarbeitet. Dabei sollen neben kurzfristigen auch unbedingt langfristige Argumente entdeckt werden. Veränderung steht hier z. B. für die Teilnahme am Therapieprogramm, den Schulbesuch oder die Bearbeitung des »seelischen Problems«. Denkbar sind z. B. auch Pro- und Kontra-Listen oder eine Vierfelder-Tafel (kurz- und langfristige Vor- und Nachteile) für oder gegen eine Behandlung der Angst, wenn die Schulvermeidung als Sicherheitsverhalten im Rahmen einer Panikstörung steht. Dabei kann der Therapeut auch stark die Gegenargumente hervorheben, damit es dem Schüler leichter fällt, Argumente für Veränderungen zu finden. Wichtig: Der Patient sollte nicht überredet, sondern eingeladen werden, das Für und Wider zu erkunden und in Ruhe Veränderungsabsichten zu überdenken. Als Material kann das Arbeitsblatt VT 05 »Motivation: Kosten-Nutzen-Analyse« (►Kap. 6.3) im Sinne einer orientierenden Vorlage genutzt werden.

► **Onlinematerial,**
Kap. 6.3

B.2 Wichtigkeit und Dringlichkeit einer Veränderung erfassen

Die Erfassung und Besprechung der Veränderungszuversicht und der Dringlichkeit einer Veränderung anhand einer visuellen Analogskala kann auch in der Contemplation Phase nochmals den motivationalen Stand des Schülers bzw. der Familienmitglieder klären.

B.3 Diskrepanzen aufdecken

Diskrepanzen zwischen Schulvermeidung und vom Schüler berichteten oder mit ihm erarbeiteten Zielen sollen hierbei offen gelegt werden. Z. B. ist eine andauernde Schulvermeidung offensichtlich nicht mit dem Wunsch, ein Studium zu absolvieren oder mit dem Interesse in einer Klasse mit der besten Freundin zu bleiben, vereinbar. Eine Visualisierung dieser Diskrepanzen auf Papier kann dabei hilfreich sein. Das Vorgehen ist hierbei weniger konfrontativ, als geleitet entdeckend.

B.4 Verstärkung des »Change Talks«

Zur Verstärkung des aufgebauten »Change Talks« dienen beispielsweise folgende Techniken:

- Fragen wie »Warum glaubst du, dass du das schaffen kannst?«, »Gibt es noch weitere Gründe, warum du wieder zur Schule gehen möchtest?«
- Reflektieren, z. B. »Aha, du möchtest also nicht zum Außenseiter in der Klasse werden und befürchtest aber, dass die anderen das Interesse langsam an dir verlieren, weil du so unregelmäßig zur Schule gehst. Du glaubst also, dass man sich regelmäßig blicken lassen sollte, damit die anderen nicht denken, dass du gar kein Interesse mehr an deinen Mitschülern hast.«
- Bestätigen des »Change Talks«: »Das ist eine gute Idee.«, »Ich denke, dass könnte funktionieren.«

B.5 Werte-Exploration und »Value-Card-Sorting«

Der Jugendliche wird gebeten, sein persönliches Ideal von sich selbst zu beschreiben sowie die damit verbundenen Werte. In der Arbeit mit Jüngeren ist das Tool sprachlich anzupassen; hier ist es besser von Zukunftswünschen bzw. Wunschvorstellungen zu sprechen.