

LZG-Fachtag „Schulvermeidung – Schulangst“
29.6.2016 - Nürnberg

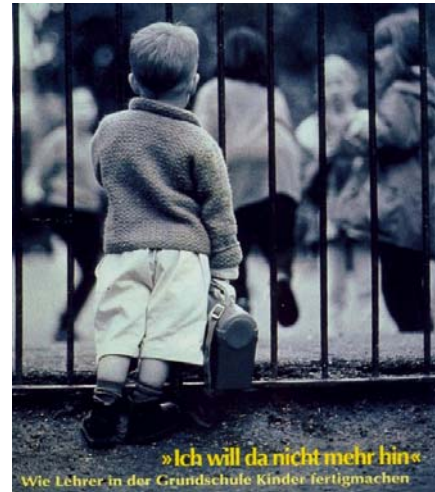


Psychotherapeutische Ansätze bei Schulangst

Uwe Hemminger

Praxisgemeinschaft Dres. Preiß und Hemminger
Theaterstrasse 13
97070 Würzburg

1



»Ich will da nicht mehr hin«
Wie Lehrer in der Grundschule Kinder fertigmachen



3



4

Multiaxiales Klassifikationsschema

(Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2001)

1. Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
2. Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen
3. Achse: Intelligenzniveau
4. Achse: Körperliche Symptomatik
5. Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
6. Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveau



5

Genese der Schulangst – Schulische Faktoren



- Lehrer-Kind-Beziehung
- Diskrepanz der Anforderungen zwischen Elternhaus und Schule, z.B. durch Verwöhnung und Behütung zu Hause vs. selbständigkeitforderndes, „rauhes“ Schulumilieu
- Diskriminierung / Bullying

6

Genese der Schulangst – Kindfaktoren



- Körperliche Stigmata, Behinderung (Angst vor Hänseleien)
 - Geringe soziale Kompetenzen
 - Geringe Belastbarkeit
 - Leistungsversagen / Überforderung (Angst vor schlechten Noten)
 - Hochbegabung (soziale Überforderung, Angst vor Hänselei)
- Schulangst als „Realangst“
(nicht notwendigerweise „pathologische Angst“)

7

Therapie



8

Prädiktoren für den Therapieerfolg



Relevant	Irrelevant
<ul style="list-style-type: none"> • Psychopathologie der Eltern • Ehekongflikte • familiäre Dysfunktion • alleinerziehende Eltern • soziale Isolation • kindliche Depressivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Einkommen der Eltern • Gesamtzahl Diagnosen • Komorbidität • Schwere der Störung

Berman et al., 2000; Beidel et al., 2000, 2001; Crawford & Manassis, 2001; Fauber & Kendall, 1992; Kendall et al., 1997; Nauta et al., 2001; Rapee, 2000

9

Prinzipien der Behandlung angstbezogenen der Schulverweigerung



- enge Kooperation der an der Behandlung und Beratung Beteiligten mit Aufstellung eines gemeinsamen Konzepts (Arzt, Psychologe, Lehrer und schulpyschologischer Dienst; Jugendhilfe)
- Erklären der Behandlungsstrategie (Kind, Eltern, Umfeld)
- Lehrer müssen Handlungsrichtlinien erhalten, wie sie das Kind am besten in der Schule unterstützen können
- Maßnahmen zur Sicherung der Aufrechterhaltung des Schulbesuchs

10

Prinzipien der Behandlung angstbezogenen der Schulverweigerung



- möglichst rasche Wiederaufnahme des Schulbesuchs ist oberstes Ziel
- Behandlungsplan auf Grundlage der funktionalen Analyse der Bedingungen
- multimodales Behandlungskonzept
- möglichst keine Maßnahmen, die ein Fernbleiben von der Schule beinhalten
- Stationäre Behandlung mit schrittweiser Heranführung an einen regelmäßigen Schulbesuch

11

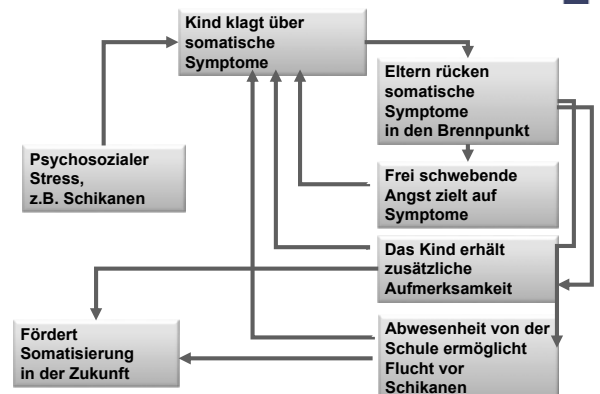
VT - Therapiemethoden



- Psychoedukation
- Elternberatung / Elterntaining
- Reizkonfrontation
- Modell-Lernen
- Abbau dysfunktionaler Gedanken
- Entspannungsverfahren
- Operante Verfahren
- Soziales Kompetenztraining - Gruppentherapie

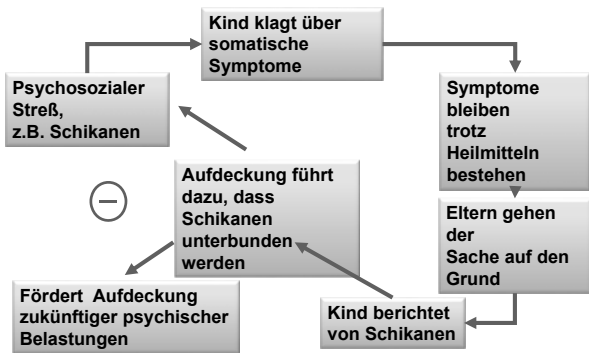
12

Der somatische Blickwinkel einer Familie lehrt das Kind zu somatisieren



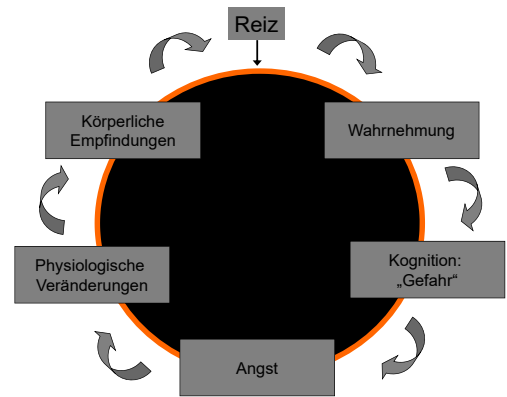
13

Therapeutisch einfühlsamer Umgang lehrt das Kind psychische Achtsamkeit



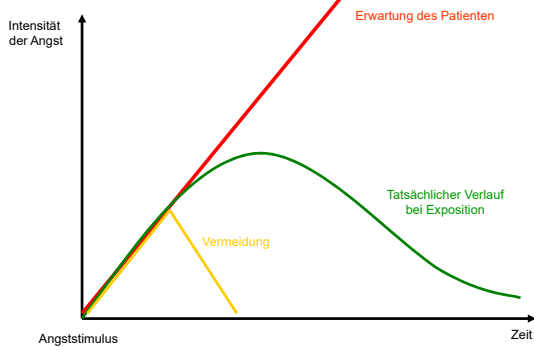
14

Teufelskreis Angst



15

Angstverlauf



16

Die Angstkurve

- Erwarteter Verlauf der Angstkurve
 - Angst steigt bis ins Unermessliche
 - „ich werde es nicht aushalten/sterben“
- Tatsächlicher Verlauf der Angstkurve
 - Angst fällt nach einer Plateauphase wieder ab
 - Erschöpfung nach starker Angstreaktion
- Vermeidung
 - Patient bricht Exposition ab, bevor Plateau erreicht wird
 - kann dadurch Abfall der Angst nicht erfahren
 - negative Verstärkung durch Angstreduktion nach Vermeidung

17

Fazit aus der Angstkurve

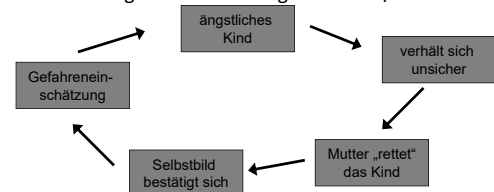
- Psychoedukation sehr wichtig
 - Patient soll das Prinzip der Angstkurve verstehen
- Absprachen für die Exposition treffen
 - was darf der Therapeut
 - gestufte Exposition oder Flooding
- Exposition bis zur Verringerung der Angst
 - unabhängig von der Zeitdauer
 - Therapeut braucht Zeit!
 - nicht beruhigen/ablenken, sondern Angst steigern
 - keine kognitive Vermeidung zulassen
- Entscheidende Behandlungsebene
 - Erfahrungsebene entscheidend!
 - allein durch Gespräche ist die Angst nicht zu bewältigen!

18

Aufrechterhaltung

Operante Konditionierung

- **positive Verstärkung** ängstlichen Verhaltens
 - Aufmerksamkeit, Zuwendung
- **negative Verstärkung** ängstlichen Verhaltens
 - Aufgaben werden abgenommen / Vermeiden



19

Aufrechterhaltung



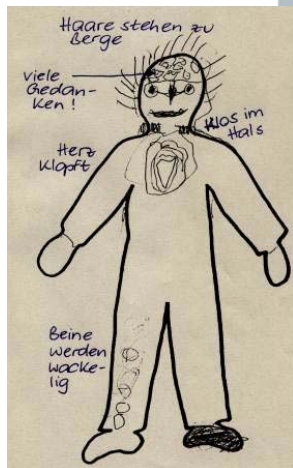
Kognitive Besonderheiten:

- Überschätzung von Gefahren
- Unterschätzung eigener Copingmöglichkeiten
- Unterschätzung der Kontrollmöglichkeiten
- mehr katastrophisierende Gedanken
- mehr negative Selbstverbalisation



Vegetative Angstsymptome

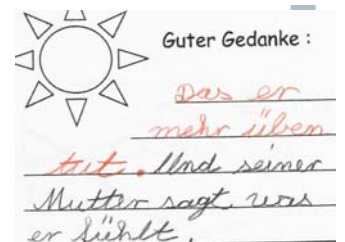
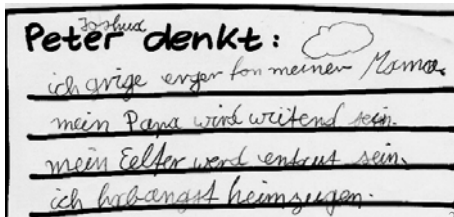
- a) Herz-Kreislauf-System
⇒ Herzklopfen, Blutdruckanstieg, Gesichtsröte/-blässe
- b) Atmung
⇒ Kurzatmigkeit, erhöhte Atemrate
- c) Haut
⇒ Gänsehaut, Parästhesien, Schwitzen, Temperaturwechsel
- d) Muskulatur
⇒ Zittern, Anspannung
- e) Verdauungstrakt
⇒ Übelkeit, Bauchschmerz, Durchfall
- f) andere Symptome
⇒ Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Harndrang, Ohnmachtsgefühl



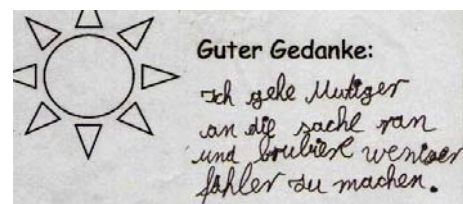
Kognitionen

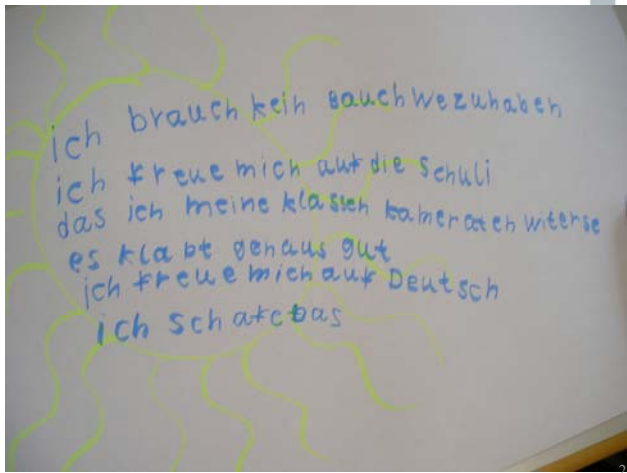


„Wolkengedanken“



„Sonnengedanken“





26

Angsthierarchie bei einem schul-ängstlichen Jungen (1)



Situation	Angstwert
Eine Frage des Lehrers in der Klasse falsch zu beantworten	100
In der Schule aufgerufen werden ohne sich gemeldet zu haben	90
Im Sportunterricht etwas vorführen	
Eine angekündigte Schulaufgabe	75

27

Angsthierarchie bei einem schul-ängstlichen Jungen (2)



Situation	Angstwert
Sich zu melden	60
Pausensituation	55
Das Klassenzimmer zu betreten	35
Mit dem Schulbus zu fahren	20
An die Schule zu denken	10

28

Wichtigste Therapiemethoden bei Angststörung von Kindern und Jugendlichen nach Matzejat 2001



- Entspannungsverfahren
- Systematische Desensibilisierung
- Massierte Konfrontation (Flooding)
- Modell-Lernen
- Kognitive Methoden (z.B. kognitive Umstrukturierung, Aufbau eines kognitiven Copingschemas, strukturelle Problemlösung)

29

Wichtigste Therapiemethoden bei Angststörung von Kindern und Jugendlichen nach Matzejat 2001 II



- Operante Methoden (kognitive Verstärkung)
- Eltern- und Familienorientierte Behandlungsansätze: Elternberatung, Elterntaining und Familientherapie
- Pharmakotherapie

30

Psychotherapeutische Intervention bei Angststörung



Gut bestätigt

- CBT (inkl. Verhaltensmodifikation / behavioraler Interventionen) mit oder ohne Elterntaining / Familienmanagement: mittlere bis große ES (Bei Behandlungsende und im FU)

31

Psychotherapeutische Intervention bei Angststörung



Spezifische Ergebnisse

- Spezifische Phobie: forcierte Reizkonfrontation, Desensibilisierung, operantes Vorgehen, teilnehmendes Modellernen
- Trennungsstörung: Coaching der Eltern
- Leistungsängste: Fertigkeitentraining
- Soziale Phobie: Soziales Kompetenz-/Selbstsicherheitstraining

32

Psychotherapeutische Intervention bei Angststörung



Wahrscheinlich wirksame Teilkompetenzen

- Psychoedukation, Vermittlung eines Störungs- und Therapiemodells
- Selbstbeobachtung
- Kognitive Interventionen / Umstrukturierung, Abbau dysfunktionaler Gedanken, positive Selbinsturktion
- Imaginationstechniken, Entspannungstrainings
- Systematische Desensibilisierung (in sensu/vivo), forcierte (massierte) und graduierte Reizexposition

33

Psychotherapeutische Intervention bei Angststörung



Wahrscheinlich wirksame Teilkompetenzen

- Modellernen, Rollenspiel, Problemlösetraining, Kommunikationstraining, soziales Kompetenztraining, Fertigkeitentraining
- Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung) operante Methoden
- Elterneinbezug, Coaching der Eltern zum Umgang mit Angst
- Multisystemisch-multimodale Ansätze z.B. Behandlung der Angst der Eltern, Einbezug der Schule, Fallmanagement, Kombination verschiedener Interventionen

34

Psychotherapeutische Intervention bei Angststörung



Schlussfolgerung

- Vorliegen sehr guter Behandlungsmöglichkeiten durch Psychotherapie (= CBT bzw. behaviorale Intervention): gute Evidenzbasierung, breites Methodenspektrum, hohe ES und gute Stabilität der Effekte
- Die Anwendung von Psychopharmaka erscheint nur bei gleichzeitiger Psychotherapie und bei enger Indikationsstellung sinnvoll.
- SSRI sind in der pharmakologischen Kurzzeittherapie die Medikation der Wahl

35

Fazit



- Nicht jede Schulangst ist pathologisch im Sinne einer psychischen Störung (auch nicht bei Schulverweigerung)
- Eine ausführliche Diagnostik / Differenzialdiagnostik ist unerlässlich
- Individueller Behandlungsplan (verschiedene Methoden, unterschiedliche Intensität, manchmal auch nur situative Lösungen)
- „gemeinsames Ziehen an einem Strang“

36

Hallo Herr Dr. Henniger
 Nachdem sie mir nach
 einer Untersuchung LRS
 anerkannt haben ging
 es bei mir nun noch
 B. erg. auf und jetzt bin
 ich sogar auf der
 Realschule.
 Schöne Grüße
 [Name]
 Mrs. Vielen Dank für Ihre
 Hilfe [Name]

Geschafft!

Wir freuen uns mit Dir und sind stolz auf Dich!

Angststörungen bei Kindern: Skalen



1. Angst vor Gefahren und Tod,
2. Trennungsängste,
3. Soziale Ängste,
4. Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichem,
5. Tierphobien,
6. Angst vor medizinischen Eingriffen und
7. Schul- und Leistungsängste)
8. Gesamtskala

38



39

- Maur-Lambert, Landgraf & Oehler: Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. Borgmann Vlg.



- Maur-Lambert & Landgraf: Keine Angst vor der Angst! Elternratgeber bei Ängsten im Grundschulalter. Borgmann Vlg.



40

Angststörungen bei Kindern: einige Manuale ...



41

Angststörungen bei Kindern: einige Manuale ...



42



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

43