

Angst – Schulphobie/Schulabsentismus

31.10.2023

Henning Ide-Schwarz (Dipl. Päd.)

Klinikum Stuttgart – Zentrum für Seelische Gesundheit

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

1. Angststörungen und Phobien

Welche Ängste kennen Sie?



Angst vor Menschenmengen



Angst vor Monstern



Trennungsangst



Angst vor Spinnen



Angst vor Vorträgen



Panikattacke



Oder Angst vor dem Einschlafen?

(Angst vor) Schlafstörung



Fallbeispiel Angststörung

Eltern berichten über 8-jährige Tochter Jasmin:

- Vor ca. 2 Monaten Probefeueralarm in der Schule. Jasmin sei es daraufhin schwer gefallen, in die Schule zu gehen. Große Sorge, es könne in der Schule brennen.
- Ängste vor Krankheiten. Jasmin sage kurz vor dem Einschlafen mantra-artig: “Uns geht es gut. Wir müssen nicht ins Krankenhaus. Wir sind gesund!“.
- Andere Seite bei Jasmin: im häuslichen Umfeld dominant, zeitweise aufbrausend, zornig und wütend.

Diagnostik der Angststörungen

- Prävalenz: 6-20 % bei Kindern und Jugendlichen
- Mädchen häufiger betroffen als Jungen (v.a. bei Phobien, Panikstörungen, Agoraphobie und Trennungsängstlichkeit)
- Diagnostik nimmt großen Raum ein, erfordert mehrere Kontakte und reicht auch in die therapeutische Phase hinein
- Wesentlich ist die Exploration von Patient und Angehörigen, sowie die Beobachtung des Kindes (psychosoziale Belastungsfaktoren?)
- Folgende Symptome sind zu explorieren:
 - Beginn, Häufigkeit, Stärke
 - Zeitliche Ausdehnung
 - Vegetative Begleitsymptomatik
 - Vorhandensein von Panikattacken
 - Erwartungsangst („Angst vor der Angst“) und Vermeidungsverhalten
- Kinder zeigen häufig wenig Problembewusstsein und Krankheitseinsicht.

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

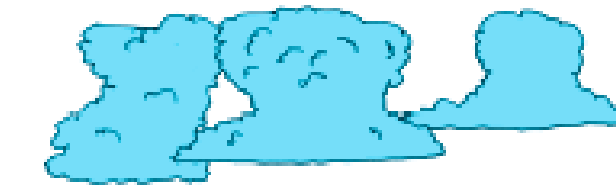
Erkrankung	ICD 10	Definition
Panikstörung	F 41.0	Ausgeprägte Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken, nicht vorhersehbar sind und zur Erwartungsangst führen können.
Generalisierte Angststörung	F 41.1	Frei flottierende, anhaltende Angst mit vielfältigen, insbesondere vegetativen Symptomen.
Angst und depressive Störung, gemischt	F41.2	Gleichzeitiges Bestehen von Angst und Depression,
Sonstige gemischte Angststörungen	F41.3	Gleichzeitiges Bestehen von generalisierter Angststörung und Merkmalen einer neurotischen Belastungs- oder somatoformen Störung.
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	F93.0	Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen, die durch außergewöhnlichen Schweregrad sowie abnorme Dauer zu einer Beeinträchtigung sozialer Funktionen führt.

Phobische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Erkrankung	ICD 10	Definition
Agoraphobie	F 40.0	Angst, sich an Orten oder in Situationen zu befinden, von denen aus ein Rückzug an einen sicheren Platz schwierig oder peinlich ist.
Soziale Phobien	F 40.1	Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen).
Spezifische (isolierte) Phobien	F40.2	Isolierte, auf bestimmte Objekte oder Situationen bezogene Angst, was konsequent vermieden wird.
Phobische Störungen des Kindesalters	F93.1	Abnorm gesteigerte Furcht vor alterstypisch angstbesetzten Objekten oder Situationen.
Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	F 93.2	Durchgängige oder wiederkehrende altersunangemessene Furcht vor Fremden

Das „Gesunde“ an der Angst...

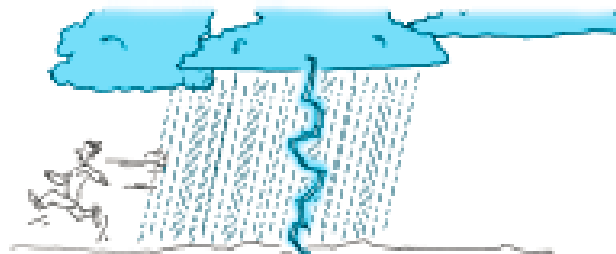
Angst ist immer notwendig und sinnvoll als ...



... Alarmsignal



... Vorbereitung des Körpers



... Alarmreaktion auf schnelles Handeln

Angst hat immer vier Anteile

Körper:



z.B.
Herzrasen, Schwitzen

Denken:



z.B.
„Es wird etwas Schlimmes
geschehen“, „Ich muss hier
raus“

Fühlen:



z.B.
„Ich fühle mich hilflos,
verzweifelt“

Verhalten:



z.B.
vermeiden, flüchten

Quelle: Alsleben et al. 2003

Typ. Grundmuster der Problematik



Tunnel

Spinne

Große
Menschen-
mengen

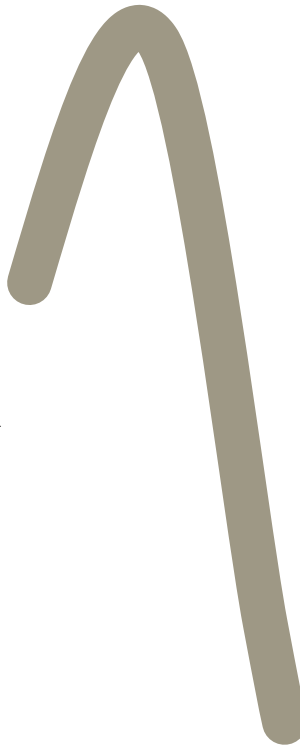
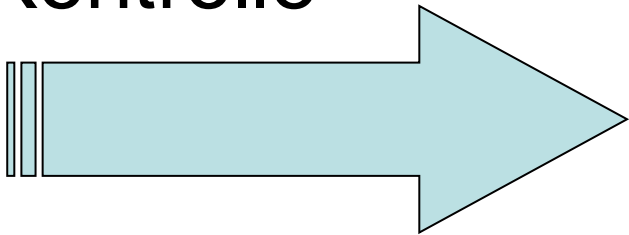
„Monster“

Etc. pp.

Typ. Grundmuster der Problematik

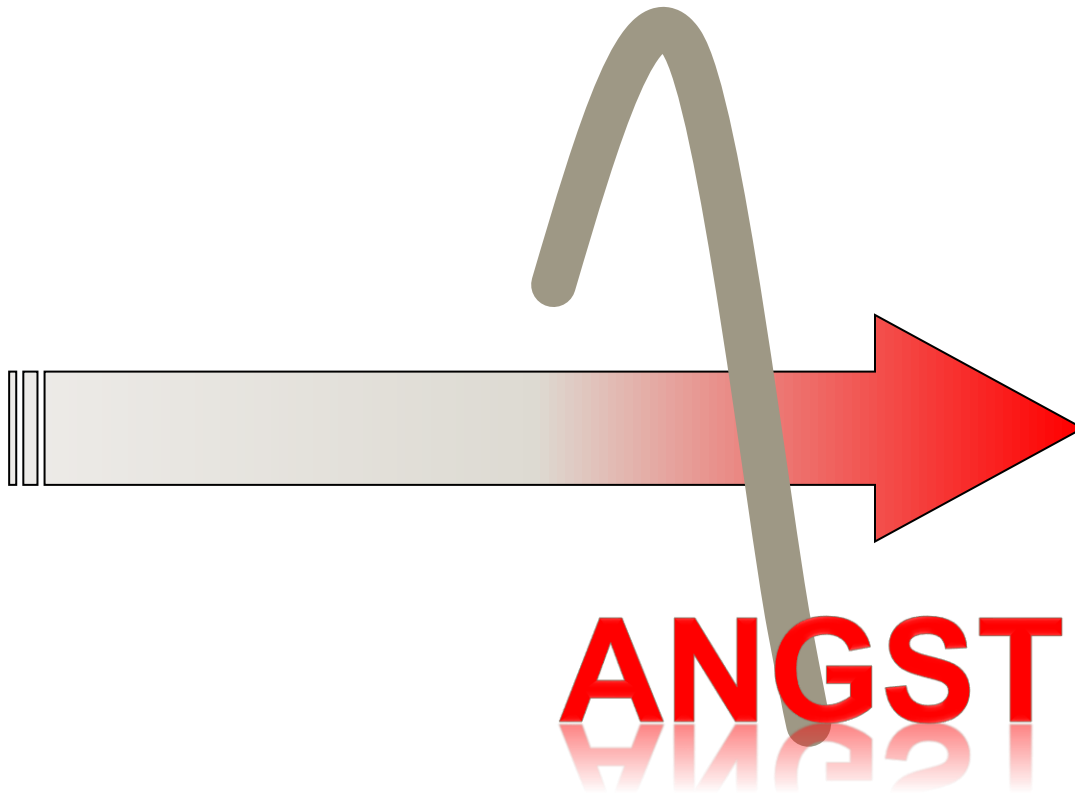
Angstmachender Auslöser

Kontrolle

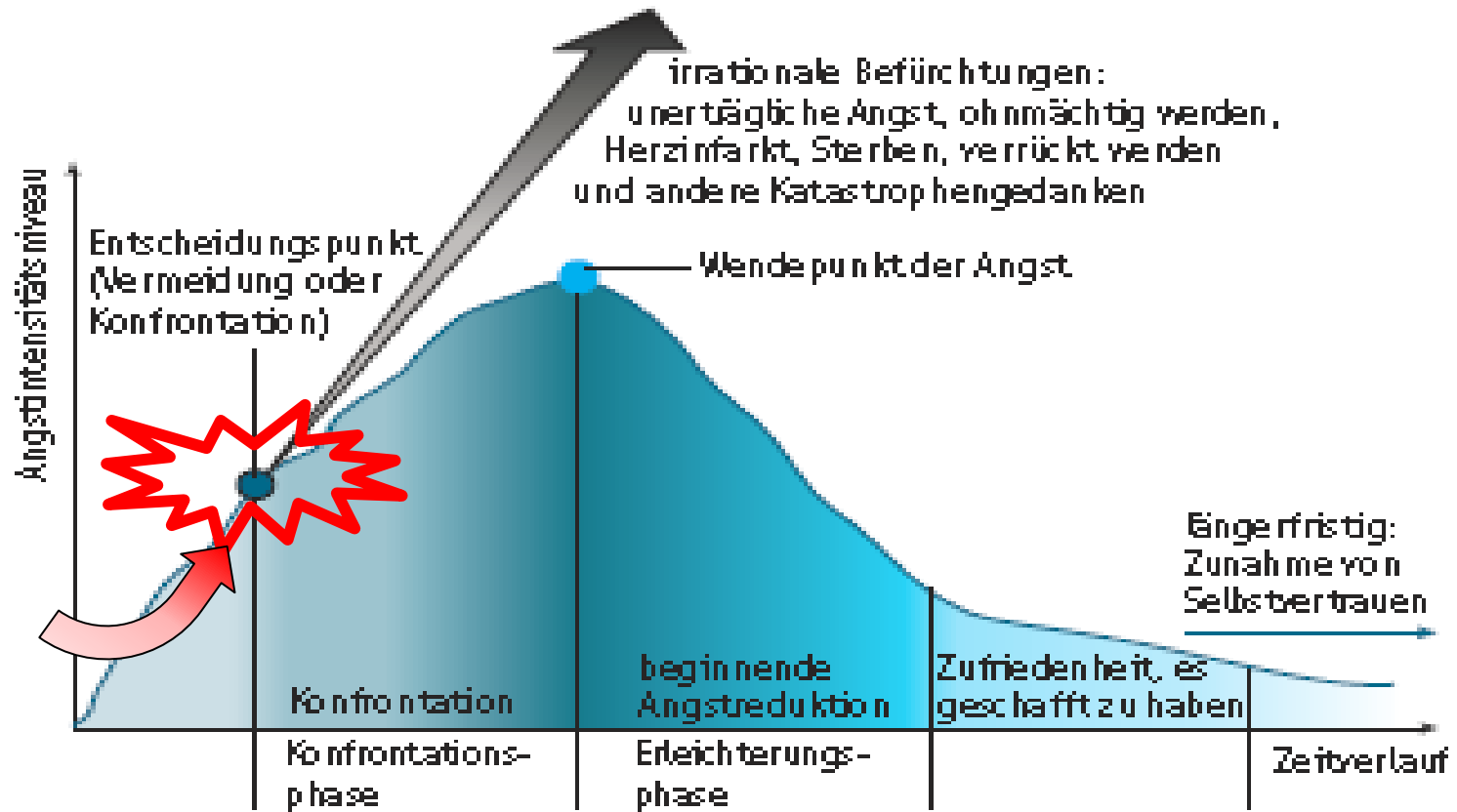


Typ. Grundmuster der Problematik

Kontrollverlust

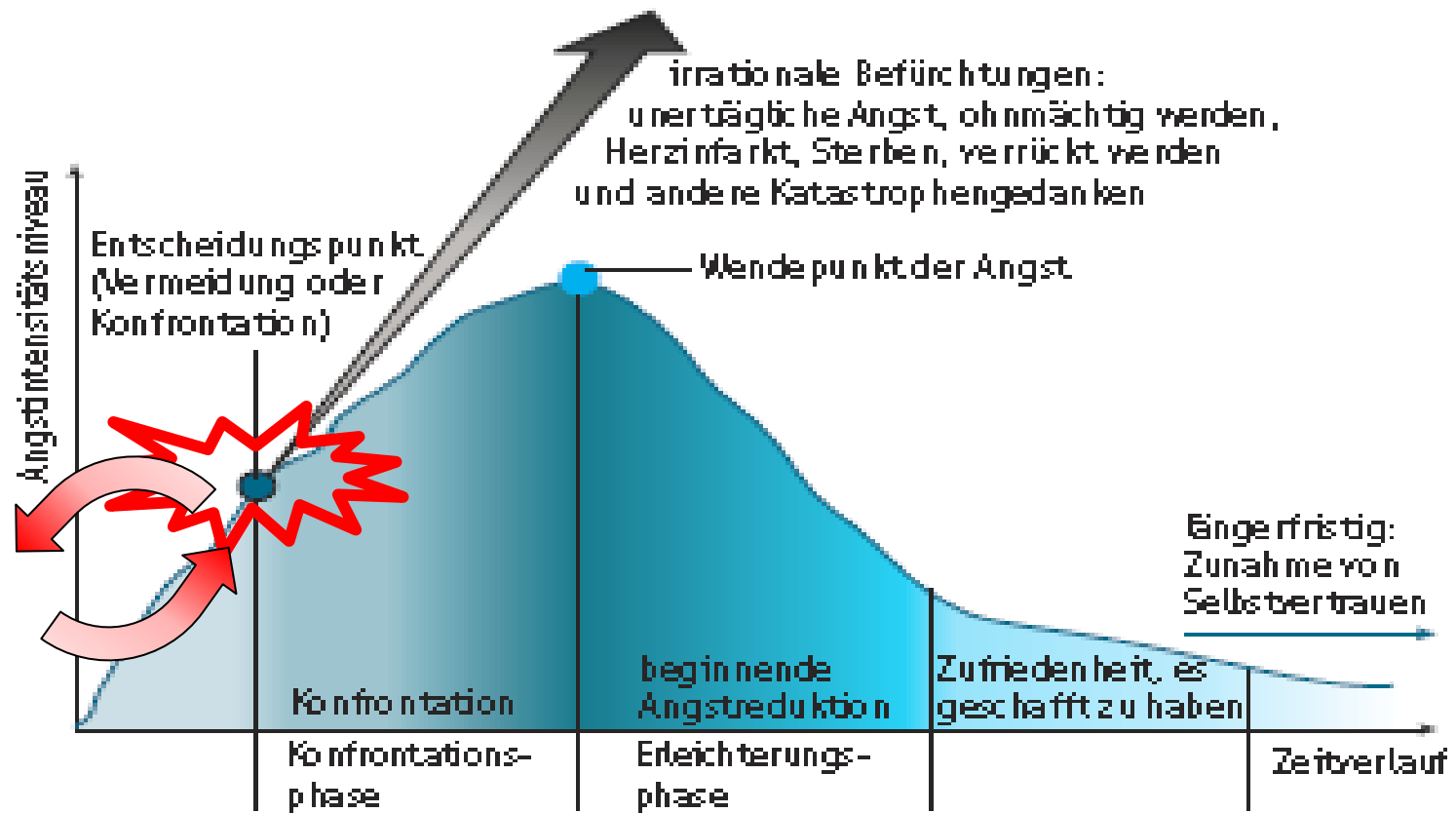


„Angstkurve“



Quelle: Alsleben et al. 2003

„Angstkurve“



Quelle: Alsleben et al. 2003

„Angstkurve“

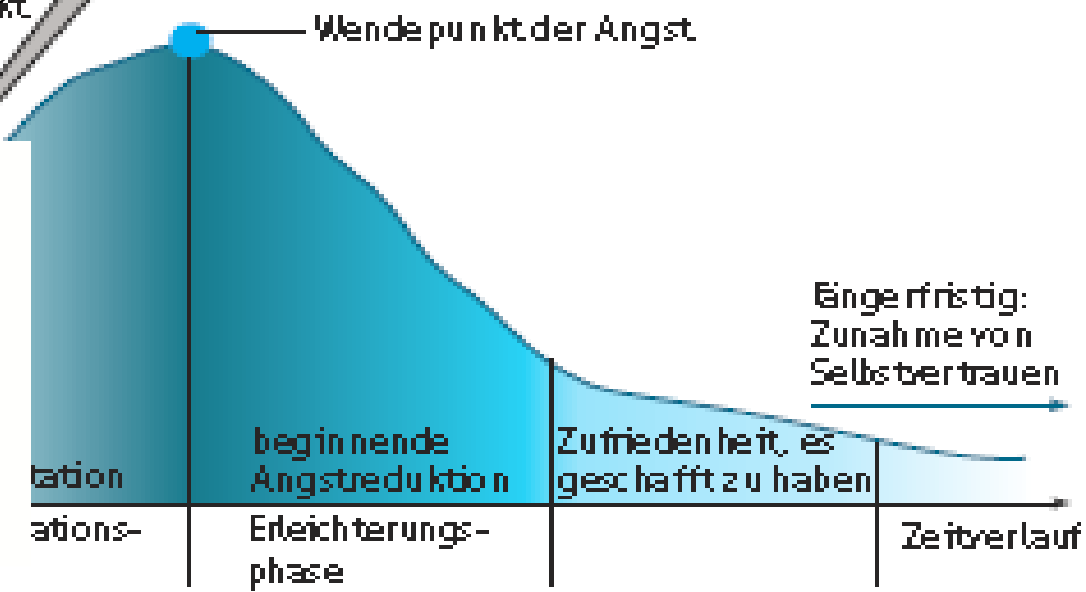
**Erfahrung = Vermeidung
schützt zwar vor großer
Angst, aber...**

Wendepunkt
(Vermeidung oder
Konfrontation)



1. Phase

Die Befürchtungen:
die Angst, ohnmächtig werden,
verrückt, Sterben, verrückt werden
andere Katastrophengedanken



Quelle: Alsleben et al. 2003

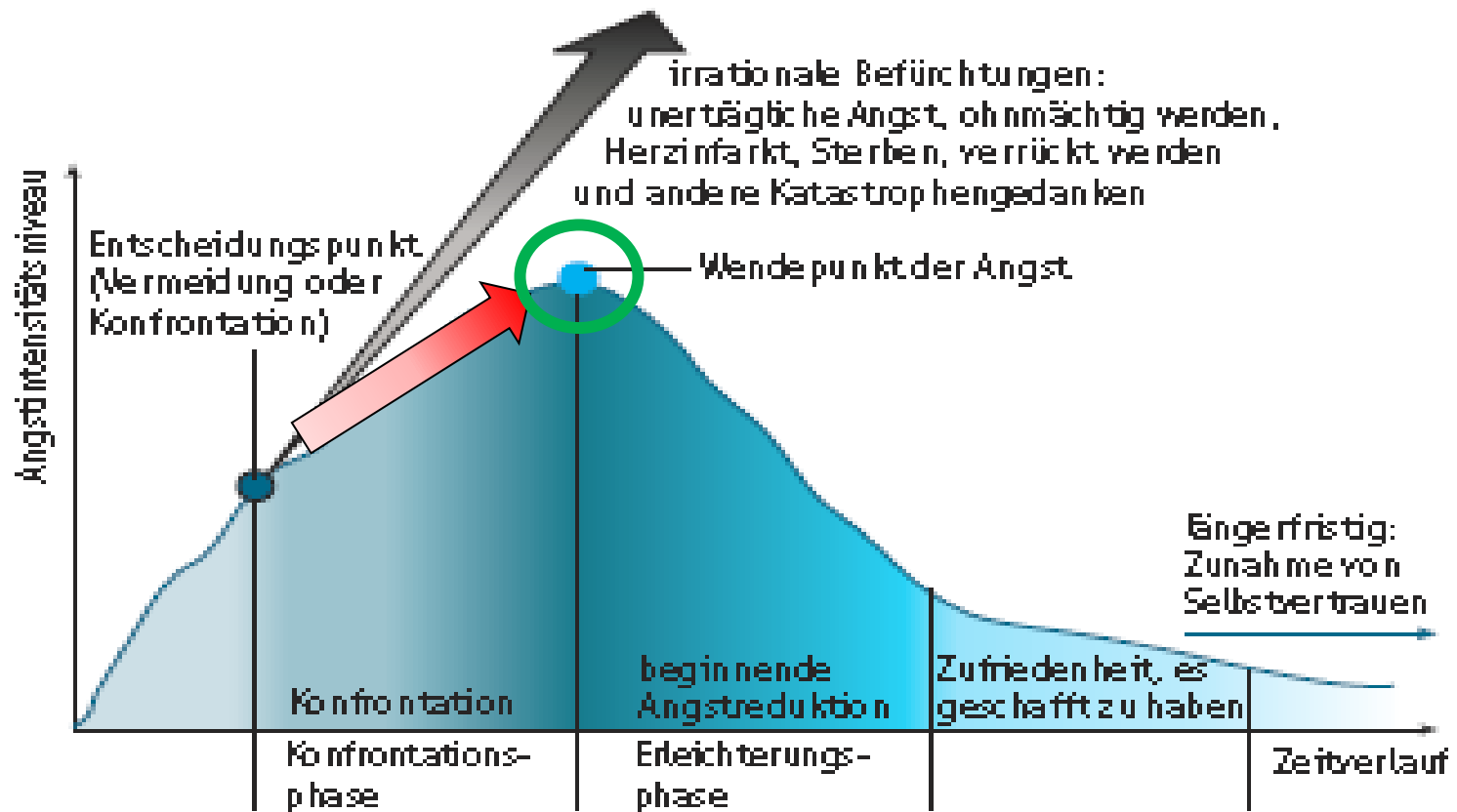
Testdiagnostik

- Fragebogeninstrumente: z.B...
 - KAT II (Kinder- Angst-Test)
 - AFS (Angstfragebogen für Schüler)
 - DISYPS FBB/SBB – Angst (Fremd-/Selbstbeurteilungsbogen)
 - SPAIK (Sozialphobie und Angstinventar für Kinder)
 - PHOKI (Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche)
- Intelligenztestung bei schulbezogenen Ängsten und Leistungsabfall (Vermeidung von chron. Über- und Unterforderung): WISC 5, SON-R 6-40
- Projektive Diagnostik: Zeichentests, Satzergänzungstest, Therapeutisches Sandspiel, Tonfeldtherapie u.a.m.

Therapie der Angststörungen: Expositionstherapie

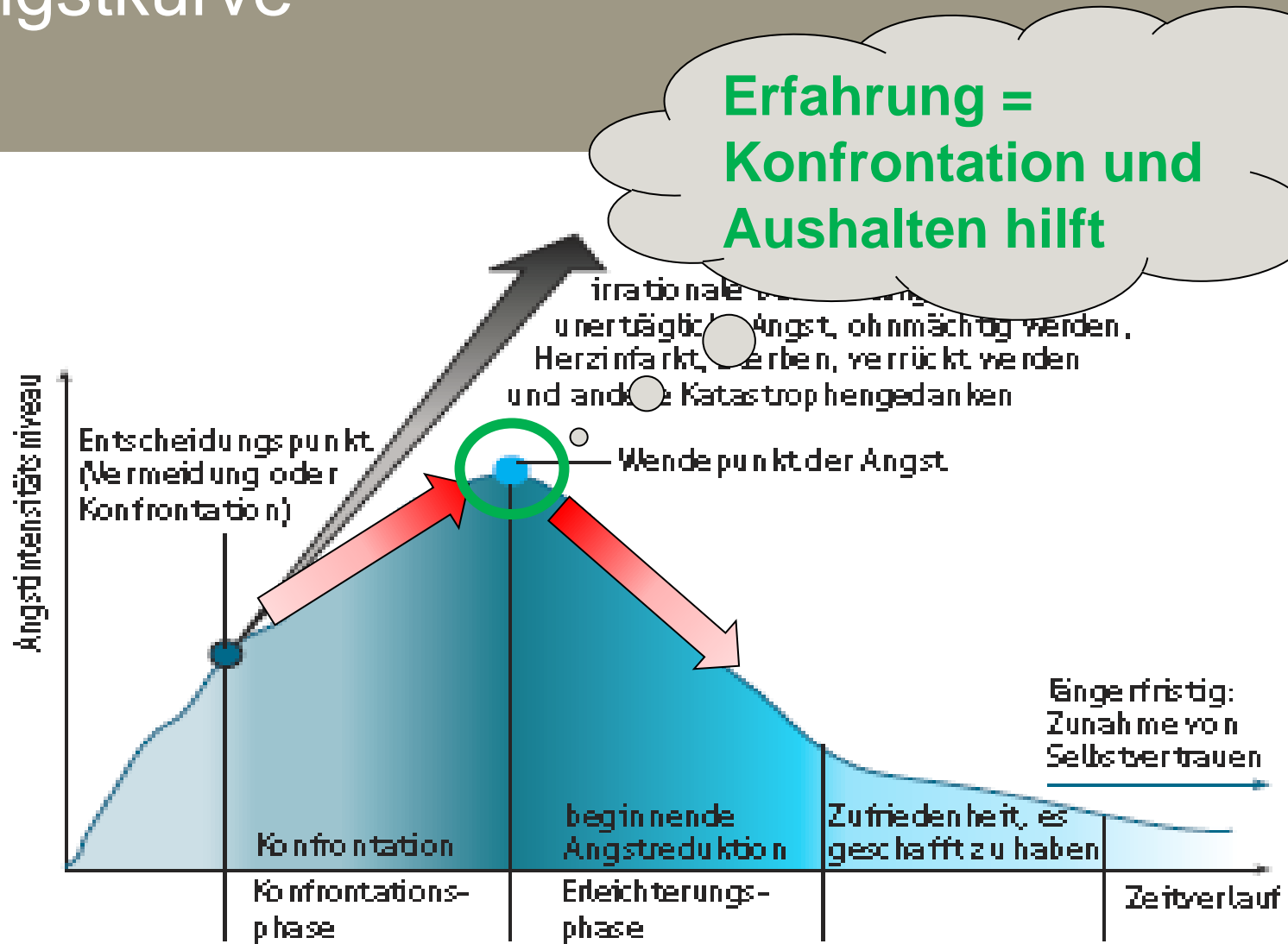
- Keine Therapie verhindert Ängste, sie stärkt aber bei der Bewältigung. Ängste müssen – gerade wenn sie langfristig überwunden werden sollen – erlebt und auch ansatzweise ausgehalten werden.
- „Expositionstherapie“ (Methode der Verhaltenstherapie) in verschiedenen Varianten:
 - In der Vorstellung (in sensu) – in der Realität erlebt (in vivo)
 - Habituationstraining (schrittweise Exposition bei langsam gesteigerten angstauslösenden Objekten oder Situationen)
 - „Flooding“

„Angstkurve“



Quelle: Alsleben et al. 2003

„Angstkurve“



Quelle: Alsleben et al. 2003

Pharmakotherapie bei Angststörungen

- **SSRI (= selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)**
 - Wirksamkeit von SSRIs bei generalisierten Angststörungen und Trennungsstörungen
 - Kurzzeiteffekte bei allen Angststörungen (außer Panikstörungen)
 - SSRI Medikation der 1. Wahl, jedoch (noch) keine Zulassung bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (-> sog. Off-Label-Indikation)
- **Benzodiazepine**
 - Benzodiazepine nur in akuten Situationen hilfreich
 - Nur kurzzeitige symptomatische Behandlung von Angst-, Spannungs- und Erregungszuständen (und bspw. dadurch bedingten Schlafstörungen)
 - Abhängigkeitspotential!
 - Bei Substanzmissbrauch sind Benzodiazepine kontraindiziert!

Weitere Therapieansätze bei Angststörungen

- Entspannungstechniken: z.B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen
- Alltagstraining, Erlebnispädagogik
- Belastungserprobungen, Praktika
- Tiergestützte Therapie (z.B. Reittherapie auf externem Reiterhof, der nur mit ÖPNV erreicht werden kann)

2. Schulphobie / Schulabsentismus

Fallbeispiel Schulabsentismus

- Junge, 12 Jahre, 7. Kl. Realschule, früher gute Schulnoten
- Verweigert strikt den Schulbesuch seit > 7 Monaten
- Auslöser nicht klar eruierbar: Eltern und Kind sprechen von „Mobbing“, Lehrer und Mitschüler können bis auf allgemeine soziale Zurückgezogenheit keine wesentlichen Auffälligkeiten berichten
- Immer wieder Phasen mit guten Vorsätzen: packt die Schultasche, spricht sich Mut zu, kann dann aber am nächsten Morgen nicht das Haus verlassen
- Eltern überangepasst und extrem leistungsorientiert, der Schule ggü. vorwurfsvoll
- Besucht regelmäßig amb. Psychotherapie ohne jeden Fortschritt
- Eltern skeptisch gegenüber anderen Hilfeansätzen

Formen des Schulabsentismus

Unterscheidung von...

Angst vor der Schule i.e.S.:

- Mobbing
 - Angst vor Leistungsversagen
 - Angst vor kritischer (sozialer) Bewertung
- Diagnose z.B. F40.2

Angst vor der Trennung vom Elternhaus:

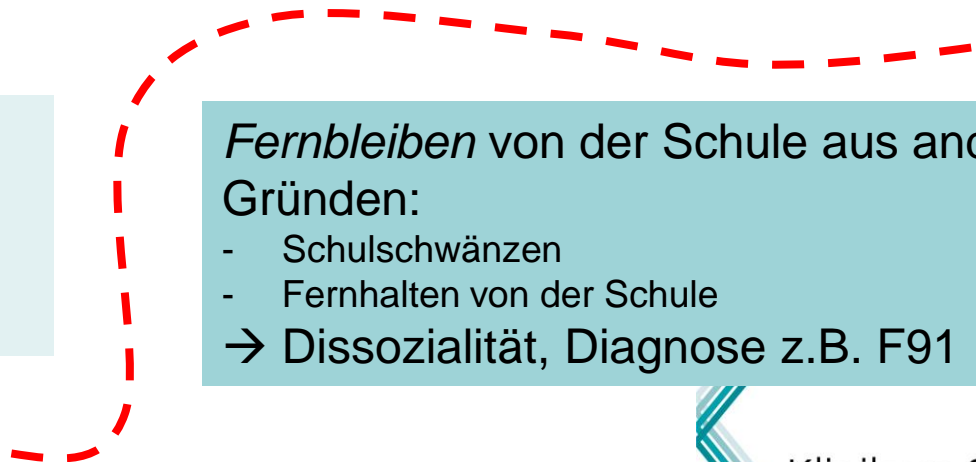
- Trennungsängste
 - Sorge, den Eltern könnte etwas zustoßen...
- Diagnose z.B. F93.0

Angst und Depression:

- Antriebsschwäche
 - Motivationsverlust
- Diagnose z.B. F41.2

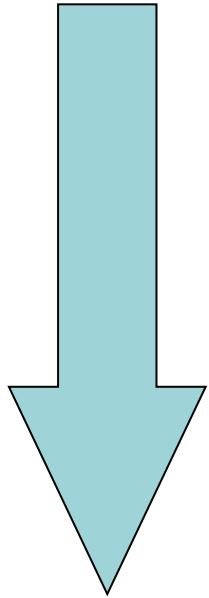
Fernbleiben von der Schule aus anderen Gründen:

- Schulschwänzen
 - Fernhalten von der Schule
- Dissozialität, Diagnose z.B. F91



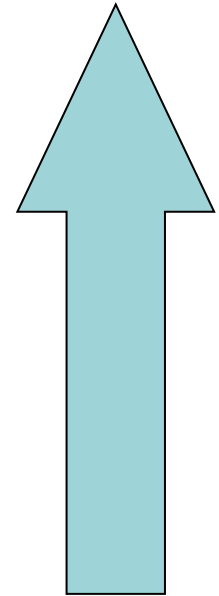
Diagnostik des Schulabsentismus

somatoforme Beschwerden



Dissozialität

Schulphobie/Trennungsangst
Schulvermeidung
Schulverweigerung
Schulschwänzen
Fernhalten von der Schule



Therapie des Schulabsentismus

- Trennungsängstlichkeit nicht nur der betroffenen Kinder und Jugendlichen, sondern oft auch der Eltern.
- Je früher und konsequenter auf dem Schulweg die tägliche Ablösung des Kindes vom Elternhaus gelingt, desto größer die Chance auf eine Überwindung der Beeinträchtigung.
- **Kontraindiziert:** Versuche, die Eltern ins Klassenzimmer zu holen!
- Bei Verweigerung der Untersuchung von Ki / Jgdl. mit Schulphobie Beratungsangebote für Eltern auch ohne Kind möglich!

Die unterschiedlichen Ansatzpunkte bei Schulabsentismus

- Schulabsentismus ist keine „Eigenschaft“ des betroffenen Kindes/Jugendlichen, sondern...
- ... im Beziehungsgefüge verortet, zum Beispiel auf den Ebenen
 - Elternhaus – Schule
 - Eltern – Kind
 - Schule – Schülerin
 - Schülerin – Mitschülerin
 - Schule – KJPP – Jugendhilfe (Kooperation)
- Betrachtung lohnt, da sie vielfältige Ansatzpunkte für Veränderung bietet

(vgl. Rotthaus 2019)

Beziehungs- und Einflussebenen

- Elternhaus – Schule
 - Gegenseitige Erwartungen klären
 - Eltern als Partner, Zulieferer oder Kunden? (Rollenklärung)
 - „Erziehungspartnerschaft“
- Eltern – Kind
 - Alle Familienmitglieder einbeziehen
 - Eltern als Team statt Eltern im Dauerkonflikt: Fokus auf gemeinsame Ziele
 - Öffentlichkeit herstellen
 - Motivation der/des Kindes/Jugendlichen für Veränderung
 - Kontext der Verweigerung herausarbeiten

(vgl. Rotthaus 2019)

Beziehungs- und Einflussebenen

- Schule – Schüler/in
 - Frühes Wahrnehmen von Rückzug/Gleichgültigkeit Schülerin
 - Schulpflicht jedes Einzelnen ernst nehmen, Fehlzeiten wahrnehmen
 - wenn vorhanden: Schulsozialarbeit/psychol. Dienst einbinden!
 - Nicht zu unterschätzen: Wert der Lehrer–Schüler–Beziehung
- Schüler/in – Mitschüler
 - Anerkennung der Peergroup als höchstes Gut, Sehnsucht nach Anerkennung vs. Bewertungsängste
 - Schulfreunde einbinden, z.B. gemeinsamer Schulweg, **aber** Grenzen der Einbindung bei Chronifizierung (Verantwortung bleibt bei Erwachsenen!)

Institutionelle Kooperation Schule – Jugendamt – Klinik

- Verbindlicher Interventionsplan: abgestimmt zwischen Eltern, Schule, Jugendamt und Klinik
- Mut der Eltern zu konsequentem Handeln hat plötzlich Konsequenzen für alle Institutionen: Krisendienste oder Notfallsprechstunden 24/7 sind gefordert!
- Überwindung der „institutionellen Abwehr“ - **keine** Steilvorlage bieten mit dem Satz: „Dafür bin ich nicht zuständig!“
- Schulschwänzerprojekte, ggf. in Kooperation mit der Polizei

Eltern stärken, aber wie?

- Zwei Bausteine
 1. Psychoedukation zum Thema „Angststörungen“
 2. Intensives Elterncoaching zur Stärkung ihrer Haltung
 - ZIEL: Vertrauen stärken in eigene Entscheidungskompetenz und verbindliche Arbeitsbeziehung schaffen zwischen Eltern und Helfern
- Dysfunktionale Vermeidungsmechanismen beleuchten – ... es wird „persönlich“
 - Wechselseitige Verstrickung von Eltern und Kind
 - Unvermeidliche Konfrontation
 - Ziel: Aushalten der Angst, Standhalten
 - „Vermeidung der Vermeidung“

Eltern stärken, aber wie?

- Wie können Eltern ihren Verlust an Einfluss und Autorität überwinden?
 - Klassisches Modell von „Autorität“: „Macht“ über das Kind und überlegenes Durchsetzungsvermögen („Du musst...“). → Zum Scheitern verurteilt!
 - Gibt es andere Formen von Autorität und Durchsetzungsvermögen?
- „Beziehungsautorität“ und (Mut zur) „Präsenz“ ohne Übermacht

Eltern stärken, aber wie?

- Eltern positionieren sich kritisch gegenüber dem Symptom Schulabsentismus: „Da machen wir nicht mehr mit, die Verweigerung des Schulunterrichts ist nicht akzeptabel!“
- „Entweder gehst du jetzt wieder zur Schule, oder wir nehmen andere Hilfen in Anspruch. Die Fachleute haben uns überzeugt, dass in deiner Situation sonst nur noch eine vollstationäre Hilfe in Frage kommt.“

(→ diverse Konzepte des Elterntrainings: z.B. „Elterliche Präsenz“, „Neue Autorität“ Omer/Schlippe 2006)

Eltern stärken, aber wie?

- Mit hoher Wahrscheinlichkeit Wutausbruch, Erregungszustand oder anderer Versuch des Kindes, die Eltern vom Vorhaben abzubringen.
- Aushalten! Haltung defensiv abwartend... Selbstschutz der Eltern bei möglichem Übergriff des Kindes, aber keine offensiv aggressiven Vorgehensweisen der Eltern.
- Meist **intensives Coaching zur Stärkung der Eltern** notwendig: Vorbesprechung, Rollenspiele zum Einüben des Verhaltens, Unterstützer für die heiße Phase organisieren
- Heiße Phase meist 2 bis 3 Wochen

(Omer/Schlippe 2006)

Eltern stärken, aber wie?

- Primär die Eltern müssen lernen, Ängste auszuhalten
- Sie erfahren aber auch die befreiende Wirkung dieser angstlindernden Verhaltensmuster und werden dem Kind wieder zum haltgebenden Vorbild



Eltern und Patient:in stärken!

Vorrangiges Ziel für Eltern und Kind

- Endlich wieder Erfolgserlebnisse
- Wiedererleben der Selbstwirksamkeit
- Abklingen von Scham/Versagensgefühl

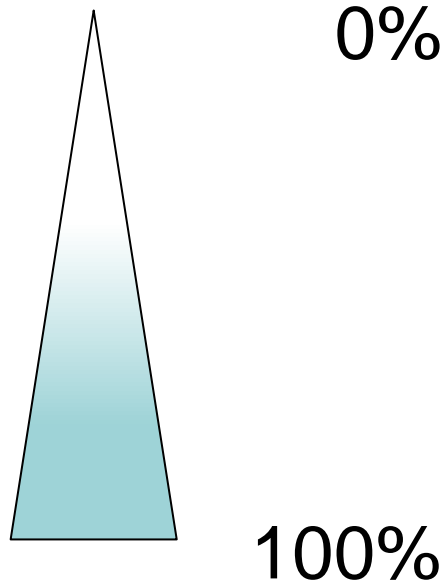
Welche Therapie hilft?

- In dem Maße, wie die Teilhabe am werktäglichen Pflichtprogramm (Schule) noch gelingt, ist eine ambulante Hilfe indiziert...
- ... bzw. besteht Wahlfreiheit im gesamten Spektrum von „keine Hilfe“ bis „stationäre Hilfe“.
- Je weniger die Teilhabe gelingt, desto unvermeidlicher ist eine intensive Komplexmaßnahme (z.B. StäB, SIT, MST) oder stationäre Hilfe indiziert.

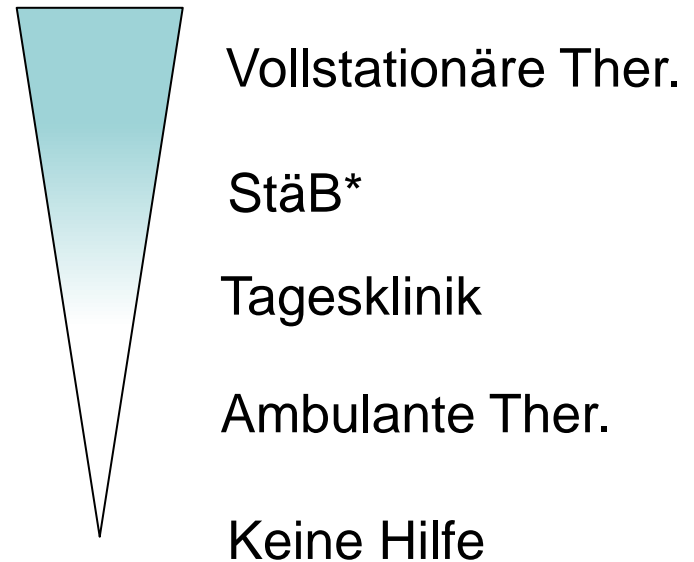
Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Gelingen der Teilhabe?

Schule/“Pflicht“



Intensität der Hilfe



(* Stationsäquivalente Behandlung)

Ambulante Therapie

- Frequenz max. 3x wöchentlich
- Zeitliche Befristung des Bewährungsversuchs: bei anfangs 0% Teilhabe → max. 3 Wochen bis partieller Schulbesuch erfolgt!
- An schulabsenten Tagen verbindliche Tagesstruktur:
 - Aufstehen \leq 8 Uhr
 - Vormittags mindestens 1 Std. für Schule
 - Vormittags mindestens 1 Std. für Haushalt
 - Kontrolle (CAVE Alleinerziehende!)

Ambulante Therapie

- Begrenzung der Medienzeit!
- Von Beginn an transparent fixierte Konsequenzen bei Nichtgelingen
- CAVE: Suizidale Krisen oder/und Fremdgefährdung („Battered Parent Syndrome“)

Achtung „Stolperfallen“



- Nachteile bzw. Risiken der ambulanten Therapie

- Erwartung, dass ein neuer Schulversuch erst gewagt wird *nach* psychischer Stabilisierung und Stärkung...
 - **NEIN: Umgekehrt** vorgehen: erst die aktive Handlung, dann das konkrete Erleben, dann die Bewertung.
- Sehnsüchtiges Warten auf Abklingen der Angst und ausufernde Reflexion über angstmachende Umstände: Denken an die Angst und Reden über die Angst macht... **mehr Angst!**
- Gleichzeitig fehlende Erfolgserlebnisse im Alltag
- **Teufelskreis** zunehmender Selbstzweifel: „Jetzt bekomme ich sogar Hilfe und schaffe es trotzdem nicht!“

Achtung „Stolperfallen“ bei ambulanter Therapie



- Warten auf den „passenden Zeitpunkt“ für den Wiedereinstieg oder für die Erprobung?
 - **NEIN**: Der passende Zeitpunkt ist **jetzt**: Jetzt das Schulsekretariat anrufen, jetzt den Schulweg ablaufen, jetzt den Mitschüler anrufen und sich für den nächsten Morgen/Schulweg verabreden!
- Erhöhen großzügige Fristen bei einer Bewährungsprobe die Chancen auf Gelingen?
 - **NEIN**, das Gegenteil ist der Fall: Je länger die Frist, desto größer die Gefahr, dass die Konfrontation aufgeschoben wird und sich die Schwellenangst erhöht! **Kurze Fristen setzen!**

- **Voraussetzung für Tagesklinik**
 - ≥ 12 Jahre \rightarrow Eigenverantwortliche werktägliche Anreise vom Wohnort zur Tagesklinik wird vorausgesetzt
 - < 12 Jahre \rightarrow werktägliche Trennung von den Eltern an der Wohnungstür und Anreise mit Fahrdienst wird vorausgesetzt
 - Pünktliches Erscheinen
 - Regelmäßiger Besuch der Klinikschule
- Falls das alles gelingt: Was hindert am täglichen Besuch der Stammschule?

Tagesklinik / Teilstationäre Therapie

- Der Besuch der Tagesklinik ist ähnlich anstrengend wie der Besuch der Stammschule
→ tägliche Überwindung von Schwellenängsten!
- In kritischen Fällen 2 Wochen „Testlauf Tagesklinik“ in der Ambulanz: tgl. 9 Uhr Stempel im Ambulanzsekretariat abholen.



Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

- Indikation stationärer Behandlungsbedarf z.B. bei Psychosen, Borderline, Schulabsentismus
- Täglich aufsuchende Behandlung im Elternhaus (ggf. auch stationäre Wohngruppe)
- Multidisziplinäres Team: Ärztin, Psychologin, Pflege, Fachtherapie
- Intensives Coaching der Eltern
- Befristung i.d.R. auf 6 bis 8 Wochen, Definition von Konsequenzen bei Nichtgelingen (i.d.R. stationäre Psychotherapie)

Stationäre Therapie

- Bei Misslingen des täglichen Schulbesuchs (Fehlzeiten $> 1/3$) muss eine tiefgreifende Umstrukturierung des Alltags erfolgen!
- Trennung vom Elternhaus, Eintritt in stationäres Behandlungssetting
- Settingwechsel, Musterunterbrechung
- I.d.R. schnellster Zugang zu neuen Erfolgserlebnissen!
- Überwindung der Schwellenängste nur einmalig am Aufnahmetag

Freiheitsentziehende Maßnahmen

§ 1631b BGB

- Indikation: ausschließliche Orientierung am Kindeswohl!
- Ausgestaltung nach Ermessen des Trägers
- Fakultativ „geschlossene“ Maßnahmen, ständige Abwägung des Maßes an Eingrenzung vs. Übernahme von Selbstverantwortung
- Beantragen beim Familiengericht (= Amtsgericht am Wohnort)

Freiheitsentziehende Maßnahmen

§ 1631b BGB

- Unterbringungsbeschlüsse befristen (6 bis 8 Wochen)
- Familiengerichtliche Genehmigungen sind
 - kein Zwang für die Klinik, den Patienten zur Behandlung zu zwingen, sondern...
 - Erlaubnis, beim Patienten freiheitsentziehende Maßnahmen anzuwenden, wenn es seinem Wohl dient und die Verhältnismäßigkeit gewahrt bleibt

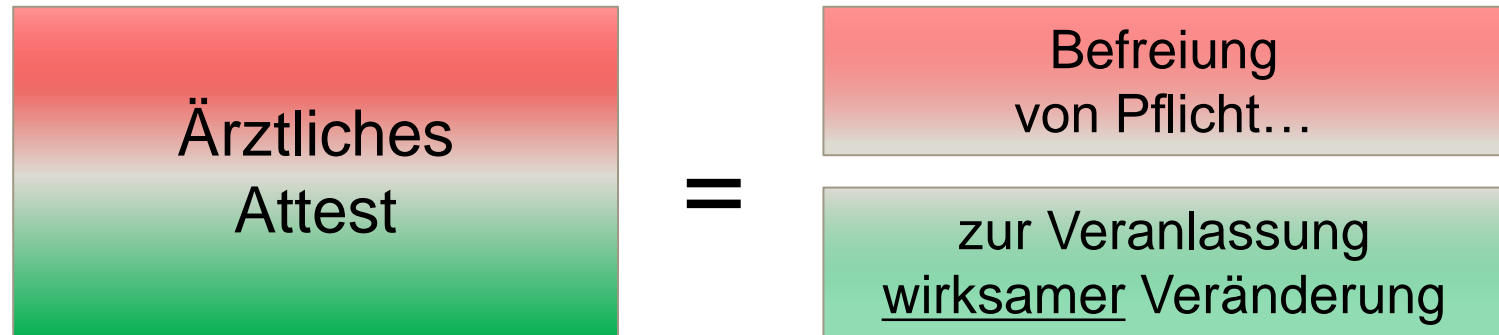
Achtung „Stolperfallen“



- Freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Machen es sich die Eltern damit nicht zu leicht: einfach das Kind einsperren und andere müssen sich abmühen und dem Kind Grenzen aufzeigen?
 - **NEIN, ganz im Gegenteil:** Solche Maßnahmen ***** verlangen in noch höherem Maße als bei „freiwilligen“ Hilfen die Verbindlichkeit und Verlässlichkeit aller Beteiligten.

(* zumindest so, wie wir und unsere Kooperationspartnerinnen dies begreifen und konzeptuell umsetzen)

„Atteste“ bei Schulabsentismus?



- Atteste verhärten Angstproblematik (Ausweichtendenzen u.ä.) wenn nur der entlastende Aspekt angenommen wird, die Verpflichtung zur Veränderung des Grundproblems aber vermieden wird.
- *Wirksame* Therapie (= Veränderung) macht Angst
- Wir bestätigen i.d.R. nur die Anmeldung zur stat. Behandlung, wenn die Eltern glaubwürdig entschlossen sind
- Befristung der Atteste



→ *Unbefristete Atteste* = „Einladung“ zum Rückzug



Fazit: Präsenz statt Absentismus

- Schulabsentismus fordert das Umfeld (Eltern, Schule, Jugendhilfe, Therapie) heraus.
- Schnittstelle für enge Kooperation KJPP-Jugendhilfe! (= gemeinsame Präsenz)
- Maximale Präsenz und Klarheit der Eltern und der Helferinnen sind die notwendige Voraussetzung für eine Überwindung des Symptoms der betroffenen Kinder und Jugendlichen.
- Das verlangt oft eine erhebliche Stärkung des Umfelds und Überwindung der dort lokalisierten Ängste, wofür auch aufwändigste Hilfen gerechtfertigt sind (z.B. StäB, MFT, „Elterncoaching“).

Fazit: Präsenz statt Absentismus

- Stärkung der elterlichen Autorität führt oft zu einem paradoxen Effekt: die Erarbeitung der Qualitätskriterien kostet Eltern zwar große Mühe, führt aber zur Stärkung ihrer elterlichen Autorität.
- Plötzlich lenken die betroffenen Kinder/Jgdl. im entscheidenden Moment ein und begeben sich „halbfreiwillig“ in stationäre Therapie
- Je nach Grad der Chronifizierung: stationäre Jugendhilfe-Wohngruppe als Anschlussmaßnahme empfohlen!

Literatur

- Alsleben/Weiss/Rufer: Psychoedukation bei Angst- und Panikstörungen: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen; München 2003
- du Bois, R./Resch, F.: Klinische Psychotherapie des Jugendalters; Stuttgart 2005
- Omer, H., Schlippe, A. von: Autorität durch Beziehung. Göttingen 2006
- Rotthaus, W.: Schulprobleme und Schulabsentismus; Heidelberg 2019
- Schweitzer, J., Schlippe A. von: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Göttingen 2007

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!