Persönliche PDF-Datei für
Silvia Schneider, Sabine Seehagen

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

# Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Pädiatrie up2date 2014; 9: 355–368

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

**Verlag und Copyright:**
© 2014 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1611-6445

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

Thieme

# Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

*Silvia Schneider, Sabine Seehagen*

## Übersicht

Einleitung 355
Kinderängste im Entwicklungsverlauf 355
Welche Angststörungen gibt es? 357
Diagnostik kindlicher Angststörungen 362
Therapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter 363
Fazit 365

**Ein Beitrag aus:**
PSYCH up2date 2013; 7: 361 – 372:
http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1349649

## Einleitung

Etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden unter akuten Angststörungen (BELLA-Studie [1]). Damit gehören Angststörungen zu den häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters [2]. Etwa 50 % aller Angststörungen beginnen in der Kindheit bis zum Alter von 11 Jahren; 75 % aller Angststörungen treten zum ersten Mal vor dem 21. Lebensjahr auf [3].

**Merke: Das Kindes- und Jugendalter ist die Hauptrisikoperiode für die Entwicklung von Angststörungen.**

**Frühe Behandlung wichtig.** Zusätzlich zur Linderung des Leidens und der Beeinträchtigungen, die aus der Erkrankung an einer Angststörung für betroffene Kinder und Jugendliche und ihr soziales Umfeld häufig resultieren, ist die frühe Behandlung aus weiteren Gründen von entscheidender Bedeutung:

1. Epidemiologische Studien zeigen, dass Angststörungen eine hohe Komorbidität untereinander aufweisen. Beispielsweise haben Kinder mit Trennungsangst, die besonders früh auftritt, häufiger auch eine spezifische Phobie oder eine Sozialphobie.
2. Mit zunehmender Chronifizierung der Angststörungen entwickeln sich oft weitere Störungen (z. B. depressive Störungen). Angststörungen des Kindes- und Jugendalters haben somit eine Schrittmacherfunktion für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter (siehe z. B. [4]).

**Tipp für die Praxis**

Etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen weisen Angststörungen auf, die ohne Behandlung häufig einen chronischen Verlauf nehmen bzw. eine Schrittmacherfunktion für psychische Störungen im Erwachsenenalter haben.

## Kinderängste im Entwicklungsverlauf

### Typische Ängste

Besonders im Kindesalter sind Ängste weit verbreitet und gehören zur normalen Entwicklung eines Kindes. Zur Abgrenzung von normalen versus klinisch relevanten Ängsten ist Wissen über typische Kinderängste im Entwicklungsverlauf daher wichtig, besonders im Kontext der Diagnostik und Einschätzung der Schwere der Symptomatik. Typischerweise sind Kinderängste vergleichsweise mild, altersspezifisch und vorübergehend (s. Tab. **1** für eine Auflistung alterstypischer Ängste). Zudem scheinen Ängste in Beziehung zum kognitiven Entwicklungsstand eines Kindes zu stehen [5].

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

**Tabelle 1**

**Häufige entwicklungstypische versus klinisch relevante Ängste (s. auch [8]).**

| Alter | häufige entwicklungstypische Ängste | alterstypische klinisch relevante Ängste |
|---|---|---|
| Säuglings- und Kleinkindalter (0 – 2 Jahre) | unbekannte Personen<br>Trennung von einer Bezugsperson | |
| Kindergartenalter (3 – 6 Jahre) | Tiere<br>Dunkelheit<br>Geister/Fantasiekreaturen<br>alleine gelassen werden/verloren gehen<br>Einbrecher<br>Naturkatastrophen | Tierphobie<br>Blutphobie<br>Trennungsangst |
| mittlere Kindheit (7 – 12 Jahre) | schlechte schulische und sportliche Leistungen<br>keine Luft bekommen<br>Feuer/verbrennen<br>von einem Auto angefahren werden<br>Tod/tote Menschen<br>sich blamieren | Prüfungsangst<br>Schulphobie |
| Adoleszenz (13 – 18 Jahre) | Ablehnung durch Gleichaltrige<br>soziale Ängste (z. B. vor der Klasse sprechen) | soziale Phobie |

Abb. **1** Die Angst sich zu blamieren tritt meist erst in der späteren Kindheit oder im Jugendalter auf. Symbolbild: istockphoto.com, Fotograf: 1MoreCreative.

**Merke: Angstinhalte ändern sich mit dem Alter und der kognitiven Entwicklung der Kinder.**

Als Daumenregel kann gelten, dass Ängste im Entwicklungsverlauf zunehmend abstrakter werden: Während Ängste im Kleinkindalter konkrete und gegenwärtig vorhandene Reize betreffen (z. B. fremde Person im Raum), beziehen sich Ängste, die häufig in der späten Kindheit und im Jugendalter vorkommen, eher auf abstrakte und antizipierte Reize (z. B. die Erwartung, sich in einer zukünftigen sozialen Situation zu blamieren, Abb. **1**) [6].

**Definition Angst**

Angst oder Furcht ist eine normale Reaktion höherer Lebewesen auf akute oder vorgestellte Gefahr, die sich im Verhalten sowie als inneres Gefühl äußert und von physiologischen Veränderungen begleitet wird [7].

## Normale vs. pathologische Ängste

Wenn Ängste ein Teil der normalen Entwicklung im Kindesalter sind, wie kann entschieden werden, wann sie pathologisch sind? Nach den beiden Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 sind wichtige Entscheidungskriterien vor allem

- die Altersangemessenheit der Ängste,
- ihre Dauer und
- der Grad der Beeinträchtigung durch die Ängste.

Zeigt z. B. ein 6-jähriges Kind für eine Woche Trennungsängste bei Schuleintritt, so würde dies aufgrund der kurzen Dauer (d. h. kürzer als 4 Wochen) nicht als Trennungsangst diagnostiziert (Abb. **2**). Wenn eine Jugendliche Freude daran hat, ihre Freizeit alleine mit Zeichnen und Musik zu verbringen, so würde sie nicht als sozial phobisch diagnostiziert, da sie durch ihr Verhalten nicht unter Beeinträchtigungen leidet.

**Merke: Normale und pathologische Ängste befinden sich auf einem Kontinuum.**

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Jedoch ist es in diesem Zusammenhang wichtig zu beachten, dass stets folgende Quellen hinzugezogen werden, um eine valide Einschätzung potenzieller Beeinträchtigungen zu erhalten:
- ein Fremdurteil (z. B. der Eltern) sowie
- die Einschätzung des Diagnostikers (z. B. mithilfe eines strukturierten Interviews [9]).

Wenn beispielsweise die oben beschriebene Jugendliche beginnt, die Schule zu schwänzen, um nicht ihren Klassenkameraden zu begegnen, und immer noch angibt, nicht beeinträchtigt zu sein, so würde sie dennoch klar als beeinträchtigt gelten, da sie eine wichtige Entwicklungsaufgabe – den regelmäßigen Schulbesuch – nicht bewältigen kann [10].

**Merke: Die Entscheidung, ob ein Kind/Jugendlicher die Kriterien für eine Angststörung erfüllt, muss auf der Basis von Selbstauskunft und Fremdeinschätzung (insbesondere durch den Diagnostiker) erfolgen.**

## Welche Angststörungen gibt es?

Die häufigsten klinisch relevanten Ängste im Kindes- und Jugendalter sind:
- Trennungsangst (s. Fallbeispiel **1**)
- Phobien (s. Fallbeispiel **2**)
- generalisierte Angststörung (s. Fallbeispiel **3**)

### Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)

**Symptomatik.** Das Hauptmerkmal einer emotionalen Störung mit Trennungsangst (F93.0) besteht in einer übermäßig starken Angst in Erwartung oder bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen. Betroffene Kinder befürchten, dass den Eltern oder ihnen selbst etwas Schlimmes zustoßen könnte, was zu einer dauerhaften Trennung führen würde (z. B. ein Autounfall der Eltern). Häufig vermeiden die Kinder, alleine zu Hause zu bleiben, bei Freunden zu übernachten oder die Schule/den Kindergarten zu besuchen. Problematisch ist es für sie oft zudem, alleine im Bett oder im Dunkeln einzuschlafen (Abb. **3**).

Abb. **2** Selbstauskunft und Fremdeinschätzung helfen zu beurteilen, ob es sich um vorübergehende oder pathologische Trennungsängste handelt. Symbolbild: istockphoto.com.

**Merke: Das Hauptmerkmal von Trennungsangst ist eine unverhältnismäßig starke und über einen langen Zeitraum anhaltende Angst vor einer dauerhaften Trennung von Eltern oder engen Bezugspersonen.**

Ist eine Trennungssituation unumgänglich, können die Kinder neben gereizter, aggressiver (s. Fallbeispiel 1) oder apathischer Stimmung auch körperliche Symptome entwickeln. Typischerweise umfassen diese Symptome Bauch- oder Kopfschmerzen, Übelkeit oder

**Fallbeispiel 1 (nach [8])**

T. ist 12 Jahre alt und hat noch nie außerhalb der elterlichen Wohnung übernachtet. Wenn ihr Vater, der als Busfahrer in einem Reiseunternehmen häufig über mehrere Tage unterwegs ist, nachts nicht zu Hause ist, übernachtet das Mädchen im Bett der Eltern bei der Mutter. Ist der Vater zu Hause, kommt es regelmäßig zu Streit in der Familie, da der Vater auf keinen Fall dulden möchte, dass T. im elterlichen Bett übernachtet. Das Mädchen entwickelt dann ausgeprägte Wutanfälle, bei denen sie um sich schlägt und manchmal sogar Kleidungsstücke oder auch Gegenstände beschädigt. T. schläft unter Weinen in ihrem Bett ein, während die Mutter am Bettrand sitzt und sie zu beruhigen versucht. In der Nacht schleicht T. oft in das Bett der Mutter, ohne dass es der Vater merkt.
T. hatte im Alter von 2 und 3 Jahren 3 epileptische Anfälle, die danach aber nie mehr auftraten. Die Mutter sorgt sich häufig um die Gesundheit ihrer Tochter und versucht, starke Belastungen von ihr fernzuhalten. T. gibt im strukturierten Interview an, dass sie nicht gerne bei Freundinnen übernachten möchte. Sie gibt auch an, nur sehr ungern in große Kaufhäuser und Supermärkte zu gehen. Kinobesuche fallen ihr schwer, obwohl sie dies eigentlich gerne häufiger mit ihren Freundinnen machen möchte.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Abb. **3** Eine Ausprägung der emotionalen Störung mit Trennungsangst kann das dauerhafte Unvermögen sein, alleine im Bett schlafen zu können. Symbolbild: PhotoAlto.

### Trennungsangst – Kriterien nach ICD-10

In der ICD-10 sind folgende Kriterien für die Diagnose einer emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters genannt:

- Leitsymptom ist eine über mindestens 4 Wochen anhaltende, unrealistische Sorge, von Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen dauerhaft getrennt zu werden.
- Das Kind lehnt Trennungssituationen ab oder vermeidet diese bzw. leidet sehr stark während Trennungssituationen.
- häufige Symptome:
  - Trennungsschwierigkeiten abends (bspw. häufiges nächtliches Aufstehen; Weigerung, alleine im eigenen Bett einzuschlafen)
  - Albträume über Trennungssituationen
  - Weigerung/Schwierigkeiten, ohne Bezugsperson tagsüber alleine zu Hause zu sein
- wiederholte somatische Beschwerden bei antizipierter Trennung oder während der Trennungssituation (z. B. Bauchschmerzen, Übelkeit)
- Auftreten der Störung vor dem 6. Lebensjahr
- Ausschlusskriterien: Vorliegen
  - einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit
  - einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung
  - einer psychotischen oder substanzbedingten Störung

Erbrechen. Meist sind die Beschwerden im Kontext der Trennungsangst zu verstehen; so kann z. B. Übelkeit nachlassen, wenn die Entscheidung getroffen wurde, dass das Kind nicht in die Schule gehen muss, sondern zu Hause bei der Mutter bleiben kann. Treten die Symptome wiederholt auf, müssen sie medizinisch abgeklärt werden, um somatische Ursachen ausschließen zu können.

Bei trennungsängstlichen Kindern kann die gesamte Familie in die Symptomatik eingebunden sein, z. B. wenn die Eltern versprechen müssen, wiederholt zu Hause anzurufen, wenn das Kind dort alleine bleiben soll. Viele Eltern sind auch durch die körperlichen Symptome verunsichert. Sie haben den Wunsch, ihr Kind zu schützen und unterstützen es so in seinem Vermeidungsverhalten. Dies führt zwar kurzfristig zu einer Angstreduktion (z. B. Erleichterung darüber, nicht zur Schule gehen zu müssen), trägt aber langfristig zur Aufrechterhaltung der Angst bei [11].

**Merke: Vermeidungsverhalten trägt langfristig zur Aufrechterhaltung der Angst bei.**

## Phobien

**Symptomatik.** Phobien sind gekennzeichnet durch eine unangemessene, dauerhafte und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Situationen oder Stimuli, von denen keine reale Gefahr ausgeht. Die Angstreaktion wird in der Regel unmittelbar durch die Konfrontation mit dem phobischen Stimulus (z. B. Wespe) ausgelöst. Im Laufe der Zeit beginnen Kinder mit einer Phobie häufig, die gefürchteten Stimuli zu meiden bzw. aus gefürchteten Situationen zu flüchten (s. Fallbeispiel 2). Stark ausgeprägte Phobien führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung im familiären, schulischen und Freizeitbereich. Kann z. B. ein Kind aufgrund seiner Phobie die Schule nicht mehr aufsuchen, kann dies zur sozialen Isolierung führen [12].

In der ICD-10 werden unterschiedliche Formen phobischer Störungen unterschieden. Die Unterscheidung erfolgt in Abhängigkeit von dem Inhalt der Phobie.

**Phobische emotionale Störung und spezifische Phobie.** Die Diagnose phobische emotionale Störung des Kindesalters (F93.1) wird vergeben, wenn entwicklungsphasenspezifische Ängste (s. Tab. **1**) vorliegen, die

- anhaltend oder wiederkehrend auftreten,
- ein abnormes Ausmaß angenommen haben und
- zu einer deutlichen sozialen Beeinträchtigung geführt haben.

Liegt eine eng umgrenzte Furcht vor (z. B. Höhenangst), die nicht entwicklungsphasenspezifisch ist, kann die Diagnose spezifische Phobie (F40.2) vergeben werden.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

### Fallbeispiel 2 (nach [8])

S. ist 7 Jahre alt. Ihre Eltern stellen das Mädchen in einer schulpsychologischen Beratungsstelle wegen einer ausgeprägten Angst vor Wespen vor. S. spielt seit mehreren Monaten nicht mehr im Freien. Sie weigert sich, auf einer Wiese zu spielen oder im Freien Essen oder Getränke zu sich zu nehmen, da hier Wespen sein könnten. Sie befürchtet, gestochen zu werden. Sobald sie ein Summen hört oder eine Wespe sieht, fängt sie an, wild um sich zu schlagen; sie weint, schreit und läuft schnell ins Haus. Ihre Spielkameraden wenden sich zunehmend von ihr ab, da sie nicht immer zum Spielen zu S. nach Hause gehen wollen.
Die Angst vor Wespen begann nachdem S. beobachtet hatte, wie ein befreundetes Mädchen von einer Wespe gestochen wurde und laut schreiend davonlief.

Häufige Inhalte der phobischen emotionalen Störung des Kindesalters bzw. der spezifischen Phobie sind

- bei Vorschulkindern die Angst vor Fremden, Tieren und Dunkelheit,
- bei Grundschulkindern zusätzlich die Angst vor Unwetter und um die eigene Sicherheit und
- im Jugendalter die Angst vor z. B. Blut, Naturkatastrophen und vor spezifischen Situationen wie engen Räumen oder Höhen (Abb. **4**) [12].

**Phobien mit sozialen Inhalten.** Die Diagnose Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) bzw. soziale Phobie (F40.1) wird vergeben, wenn die Ängste immer in sozialen Situationen auftreten (z. B. Furcht davor, sich in der Klasse zu melden). Bei diesem Störungsbild befürchten Kinder und Jugendliche, in bestimmten sozialen Situationen gedemütigt zu werden, sich lächerlich zu machen oder zu versagen. Zu Familienmitgliedern besteht häufig jedoch ein recht inniges Verhältnis.

**Merke: In der Regel ist die soziale Kontaktfähigkeit eines von einer Phobie betroffenen Kindes eingeschränkt und der Leidensdruck groß.**

Besonders bei jüngeren Kindern kann es sein, dass die Einsicht bezüglich der Unangemessenheit ihrer Ängste noch fehlt. Häufig vermeiden betroffene Kinder und Jugendliche in die Schule zu gehen. Jedoch ist bei einer Schulvermeidung grundsätzlich genau zu explorieren, aus welchen Gründen die Schule nicht mehr aufgesucht wird, da auch im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens Schulvermeidung ein häufig auftretendes

Abb. **4** Die Angst vor Blut ist ein typisches Beispiel für eine phobische emotionale Störung des Kindesalters. Symbolbild: PhotoDisc.

Verhalten ist. In diesem Fall vermeiden Kinder und Jugendliche die Schule nicht aus Angst vor bestimmten sozialen Situationen, sondern eher, damit sie andere Dinge tun können (z. B. ihre Clique treffen). Wird die Schule nicht aufgrund starker Angst vermieden, darf die Schulverweigerung also nicht als soziale Phobie gewertet werden [8].

### Problematik der Differenzialdiagnostik

Ein Problem der ICD-10 in Bezug auf die oben beschriebenen phobischen Störungen ist, dass keine eindeutigen Angaben darüber gemacht werden, wann es angemessen ist, die Diagnose phobische emotionale Störung des Kindesalters anstatt der Diagnose spezifische Phobie oder die Diagnose Störung mit sozialer Ängstlichkeit anstelle der Diagnose soziale Phobie zu vergeben.

**Agoraphobie.** Die Diagnosen Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.0) und Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) bezeichnen Ängste, die in verschiedenen Situationen wie in Menschenmengen, an öffentlichen Orten oder bei Entfernung von zu Hause auftreten.

**Merke: Agoraphobie tritt in der Regel weniger bei Kindern, sondern eher bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen auf.**

Bei beiden Arten der Agoraphobie (d. h. mit und ohne Panikstörung) vermeiden die Jugendlichen Orte wie öffentliche Verkehrsmittel, Fahrstühle, Kaufhäuser etc. Das Gemeinsame der gefürchteten Situationen ist dabei, dass im Falle ausgeprägter Ängste die Situation nur schwer zu verlassen wäre, es sehr peinlich wäre, die Situation zu verlassen oder keine Hilfe zur Verfügung stünde. Die Jugendlichen befürchten beispielsweise, in dieser Situation ohnmächtig zu werden oder einen Herzinfarkt zu erleiden.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

### Diagnosekriterien der spezifischen Phobie

Exemplarisch werden im Folgenden die Leitlinien für die Diagnose einer spezifischen Phobie (F40.2) gemäß ICD-10 aufgeführt. Den anderen Phobiearten liegen – mit kleineren Abweichungen – sehr ähnliche Kriterien zugrunde.

- Leitsymptom ist eine deutliche Furcht vor oder Vermeidung von einer bestimmten Situation bzw. einem bestimmten Objekt.
- Seit Beginn der Störung müssen Angstsymptome, wie z. B. schwitzen oder Herzklopfen, in den gefürchteten Situationen mindestens einmal aufgetreten sein.
- deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist
- Die Symptome sind auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an diese beschränkt.
- Angst und Vermeidung sind nicht durch eine andere psychische Störung bedingt (z. B. Wahn, affektive Störungen, Zwang).

Besteht die Agoraphobie mit Panikstörung, so treten neben den phobischen Ängsten plötzliche und unerwartete Angstanfälle auf, die mit einer Reihe als unangenehm erlebter körperlicher Symptome einhergehen [13].

### Symptomatik aller Phobien

Bei allen Formen der Phobie tritt bei Kindern und Jugendlichen eine körperliche (z. B. zittern, Herzklopfen) und eine kognitive Symptomatik (z. B. Gedanken wie „Ich kann das nicht“, „Ich werde knallrot werden“) auf und es kommt zu Verhaltensveränderungen (z. B. Flucht aus der Situation).

## Generalisierte Angststörung

**Symptomatik.** Übermäßig starke oder unbegründete und nicht kontrollierbare Sorgen über verschiedene Lebensbereiche und Situationen sind das Kernsymptom bei Kindern und Jugendlichen mit einer generalisierten Angststörung (GAS) des Kindesalters (F93.80). Die Sorgen beziehen sich nicht auf den Inhalt einer anderen bestehenden psychischen Störung (z. B. Sorge, sich zu blamieren, bei Vorliegen einer sozialen Phobie). Betroffene Kinder und Jugendliche sorgen sich beispielsweise über Unpünktlichkeit, gut genug in der Schule oder beim Sport zu sein oder genug Freunde zu haben (s. Fallbeispiel 3) (Abb. **5**) [14].

**Merke: Das Hauptmerkmal der GAS sind anhaltende, unkontrollierbare bzw. übermäßige Sorgen, die mehrere Lebensbereiche betreffen.**

### Fallbeispiel 3 (nach [8])

P. ist 10 Jahre alt und kommt mit seiner Mutter zum Erstgespräch. Die Mutter erzählt, dass die Familie lange überlegt hat, ob sie mit dem Jungen zum schulpsychologischen Dienst kommen sollte. Sie sei froh, dass sie sich jetzt endlich dazu entschieden hätten. P. sei sehr ernsthaft und sorge sich schon wegen Kleinigkeiten. Dies hätte bereits im Kindergarten angefangen. Er hetze die ganze Familie, da er ständig befürchte, unpünktlich bzw. nicht rechtzeitig fertig zu sein. Er grüble über vieles, über Kleinigkeiten, seine schulischen Leistungen, seine Freunde etc., obwohl alles eigentlich gut liefe. Ihr Sohn sei gut in der Schule und bei seinen Alterskameraden gut akzeptiert. Bis vor kurzem habe er große Einschlafprobleme gehabt. Das sei jetzt besser geworden, aber er kaue intensiv an den Fingernägeln. Die Mutter wünscht sich mehr Ruhe für ihren Sohn, damit die Familie nicht mehr so gehetzt sei. P. wünscht sich wieder längere Fingernägel und Ruhe möchte er auch gerne haben.

Abb. **5** Die anhaltende, übermäßige Sorge, nicht gut genug in der Schule zu sein, kann ein Symptom der generalisierten Angststörungen sein. Symbolbild: fotolia.de, Fotograf: Leah Anne Thompson.

Bei GAS treten typischerweise körperliche Symptome der Anspannung und Nervosität auf. Weitere häufige Beschwerden sind:

- Wunsch nach Rückversicherung
- Konzentrationsprobleme in der Schule
- Ein- und Durchschlafprobleme
- Müdigkeit
- Reizbarkeit
- negatives Selbstbild [15]

Während des Grübelns oder Sich-Sorgens kommt es oft zum Nägelkauen oder Haare drehen [16]. Kinder und Jugendliche mit GAS zeigen eine Reihe kognitiver Auffälligkeiten wie die Tendenz, mehrdeutige Ereignisse als bedrohlich zu interpretieren, zu katastrophisieren und

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

negative Konsequenzen eines Ereignisses zu überschätzen. Eigene Einflussmöglichkeiten auf Ereignisse werden hingegen unterschätzt; insgesamt verfügen diese Kinder und Jugendlichen über wenig Selbstvertrauen und geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugungen [14].

**Auswirkungen auf Bezugspersonen.** Charakteristisch für viele Kinder und Jugendliche mit GAS ist ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung und häufiges Rückversichern bezüglich erbrachter Leistungen. Hieraus ergibt sich oft, dass auch die Bezugspersonen eines betroffenen Kindes unter seinen Ängsten und Sorgen leiden: Eltern und Lehrer verbringen unter Umständen viel Zeit damit, das Kind bezüglich seiner Sorgen zu beruhigen und ihm Fragen in Bezug auf anstehende Ereignisse oder seine Leistungen zu beantworten. Um dem Kind keinen Anlass zur Besorgnis zu geben, kann in der Familie der Druck entstehen, alle Aktivitäten perfekt zu organisieren [8].

**Merke: Charakteristisch ist das Bedürfnis nach Anerkennung und nach Rückversichern bei erbrachten Leistungen.**

## Änderungen der Diagnosekriterien in DSM-5

Mit der Veröffentlichung der 5. Auflage gibt es einige Veränderungen bei der Klassifikation von (kindlichen) Angststörungen nach DSM (s. [17]). Eine allgemeine Veränderung betrifft die Organisation der Sektion: Im DSM-5 sind die Angststörungen in der Reihenfolge aufgeführt, in der gewöhnlich die Erstmanifestation im Entwicklungsverlauf zu beobachten ist (d. h. Trennungsangst zuerst, Panikstörung zuletzt).

Eine für die Praxis wichtige Modifikation betrifft das Zeitkriterium bei einigen Störungsbildern (z. B. Anheben der Dauer auf 6 Monate bei Trennungsangst bei Erwachsenen; Verringerung der Dauer auf 3 Monate bei GAS).

Im Folgenden werden die wichtigsten Veränderungen für die einzelnen Störungsbilder aufgeführt:

### *Störung mit Trennungsangst*

- Verschieben des Störungsbilds in die Kategorie „Angststörungen“
- Fallenlassen eines Alterskriteriums bei der Erstmanifestation
- Fallenlassen der Spezifikation „früher Beginn“
- Mindestdauer bei Erwachsenen 6 Monate

**Diagnosekriterien der GAS**

Nach ICD-10 gelten folgende Kriterien für die Diagnose einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F.93.80):

- intensive Ängste und Sorgen, die die meiste Zeit vorhanden sind und sich auf mehrere Bereiche beziehen, über mindestens 6 Monate
- Schwierigkeit, die Sorgen zu kontrollieren
- Vorliegen von mindestens 2 der folgenden Symptome, die anhaltend auftreten:
  - Ruhelosigkeit
  - Gefühl, überdreht/nervös zu sein
  - Müdigkeit
  - Erschöpfung
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Reizbarkeit
  - Muskelverspannung
  - Schlafstörung
- Es gibt mindestens 2 Situationen, in denen die Ängste oder Sorgen auftreten.
- Die Ängste oder Sorgen dürfen sich nicht auf Dinge beziehen, die durch eine andere Angststörung bedingt sind (z. B. Sorge über Trennung bei Trennungsangst) und sie sind nicht Folge einer Substanzaufnahme (z. B. Medikamente) oder einer organischen Erkrankung.
- Es muss ausgeschlossen werden, dass die Sorgen ausschließlich während einer affektiven oder psychotischen Störung oder tiefgreifenden Entwicklungsstörung auftreten.
- Die Ängste und Sorgen müssen vor dem 18. Lebensjahr begonnen haben.

### *Phobien*

- klarere Terminologie zur Beschreibung der Ängste als unverhältnismäßig
- Festlegung einer Mindestdauer von 6 Monaten für alle Altersgruppen
- Umbenennung der „sozialen Phobie“ (social phobia) in „Störung mit sozialer Ängstlichkeit“ (social anxiety disorder)
- Fallenlassen des „Einsichtkriteriums“ bei allen Altersgruppen (d. h. auch Erwachsene müssen nicht erkennen, dass die Angst übertrieben/unbegründet ist)

### *GAS*

- Fallenlassen des Kriteriums der Unkontrollierbarkeit der Sorgen
- Herabsetzen der Mindestdauer auf 3 Monate
- Herabsetzen der Anzahl erforderlicher Symptome (z. B. Müdigkeit, Reizbarkeit) von 3 auf 1

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

## Diagnostik kindlicher Angststörungen

**Herausforderungen.** Im Vergleich zur Arbeit mit Erwachsenen sind bei der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen einige Besonderheiten zu beachten. Zunächst einmal ist Wissen über normale Ängste und wann diese im Verlauf der Entwicklung auftreten unabdingbar. Nur mit diesem Wissen kann beurteilt werden, ob die Angst eines Kindes altersgemäß oder übermäßig ist.

Weiterhin gibt es häufig Diskrepanzen zwischen den Angaben der Eltern und denen des Kindes, was die Häufigkeit, Art und Intensität von Symptomen betrifft. Schlechte Übereinstimmung gibt es insbesondere dann, wenn das innere Erleben (versus beobachtbarer Verhaltensweisen) des Kindes erfragt wird.

**Tipp für die Praxis**

Wegen häufiger Diskrepanzen zwischen den Angaben der Eltern und des Kindes ist dringend zu empfehlen, bei der Diagnostik von Angststörungen mehrere Methoden und Instrumente zu kombinieren.

### Diagnostisches Vorgehen

Für das diagnostische Vorgehen empfiehlt es sich, mehrere Methoden und Instrumente zu kombinieren, wie im Folgenden beschrieben wird (s. auch Abb. **6**) [18].

#### *Erstgespräch*

Der Zweck eines ersten Gesprächs, bei dem sowohl Eltern als auch Kind befragt werden sollten, ist es, einen allgemeinen Eindruck der Symptomatik und einen Überblick über den Behandlungsanlass zu bekommen. Das Schaffen einer angstfreien Atmosphäre ist hierbei von großer Bedeutung, um auch sehr gehemmten und sozial ängstlichen Kindern zu ermöglichen, Auskunft über ihr Anliegen zu geben.

#### *Körperliche Untersuchung*

Zur organischen Differenzialdiagnostik ist die Vorstellung bei dem zuständigen Kinder- oder Facharzt unerlässlich. Diese muss vor dem Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgen, um organische Faktoren, die zur Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Symptome des Kindes führen, ausschließen bzw. beachten zu können.

#### *Strukturiertes Interview*

Mithilfe eines strukturierten Interviews wie dem Kinder-DIPS [9] (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter) kann die spezifische Diagnose des Kindes/Jugendlichen gestellt werden. Beim Kinder-DIPS werden anhand eines vorgegebenen Interviewleitfadens sowohl Kind als auch Eltern systematisch über vorliegende Symptome befragt. Es können alle Angststörungen des Kindes- und Jugendalters nach DSM-IV und ICD-10 differenziert diagnostiziert werden. Zudem werden weitere häufige psychische Auffälligkeiten des Kindes- und Jugendalters – z. B. ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), Anorexie – exploriert, so dass ggf. vorhandene komorbide Störungen erkannt werden können.

#### *Störungsspezifische Fragebögen*

Ab einem Alter von ca. 9 Jahren ist der Einsatz störungsspezifischer Fragebögen sinnvoll. Hieraus können sich genauere Hinweise auf die spezifischen Symptome eines Kindes ergeben, die Ansatzpunkte für die Therapie bieten können.

#### *Verhaltensbeobachtung*

Da das Ausmaß elterlicher Angst eine wichtige Rolle für das Verständnis von Kinderängsten zu spielen scheint, ist es für die Therapieplanung sehr sinnvoll, wenn elterliche Angstsymptome sowie der Umgang mit den Angstsymptomen exploriert werden. Im Rahmen der Verhaltensbeobachtung können einer Familie gemeinsame Aufgaben gegeben werden, deren Durchführung der Therapeut beobachtet. Eltern eines phobischen Kindes können beispielsweise gebeten werden, gemeinsam mit ihrem Kind einen vom Kind gefürchteten Ort aufzusuchen.

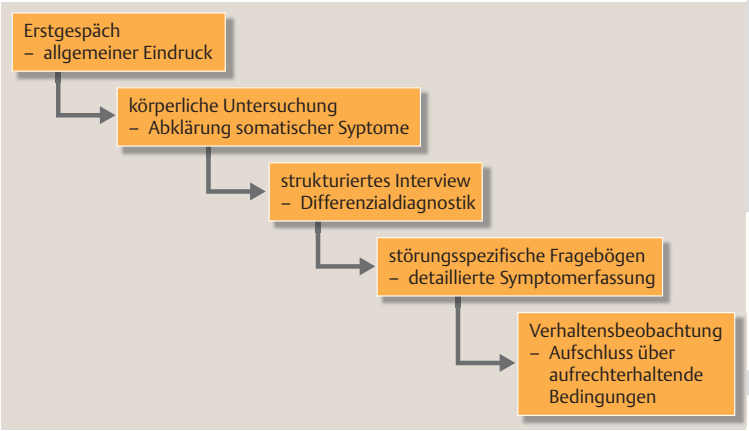


Abb. **6** Schrittweises Vorgehen bei der Diagnostik kindlicher Angststörungen.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

**Tipp für die Praxis**

Eine Verhaltensbeobachtung des betroffenen Kindes und seiner Eltern kann Aufschluss darüber geben, inwieweit das elterliche Verhalten das Vermeidungsverhalten des Kindes unterstützt. Gegebenenfalls kann im Verlauf der Therapie dann angstreduzierendes Erziehungsverhalten mit den Eltern eingeübt werden.

## Therapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

### Psychotherapie

Die Effektivität unterschiedlicher Therapieverfahren für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter ist mehrfach in Metaanalysen verglichen worden (z. B. [19–22]). Die psychotherapeutische Intervention mit der am besten belegten Wirksamkeit bei kindlichen Angststörungen ist die kognitive Verhaltenstherapie (KVT).

**Merke: Die beste Evidenz bei kindlichen Angststörungen zeigt die kognitive Verhaltenstherapie.**

Die Wirksamkeit der KVT wurde u. a. eindeutig in einer Metaanalyse von In-Albon und Schneider aufgezeigt [20]. Bei der Auswertung von 24 methodisch sorgfältig durchgeführten Studien mit insgesamt 1275 Kindern und Jugendlichen zeigte sich, dass sich bei 69 % der Teilnehmer in den Behandlungsgruppen am Ende der Therapie keine Angststörungen mehr diagnostizieren ließen, während dies lediglich bei 13 % der Teilnehmer in den Wartekontrollgruppen der Fall war. Weiterhin zeigte sich, dass die Behandlungserfolge stabil waren, also auch bei Follow-up-Untersuchungen (bis zu 12 Monate nach Therapieende) anhielten, und dass unterschiedliche Behandlungssettings (individuelle/Gruppentherapie; kind-/familienzentriert) gleichermaßen effektiv waren.

**Fazit für die Praxis**

KVT ist eine wirksame Behandlungsmethode für kindliche Angststörungen: Etwa drei Viertel der behandelten Kinder zeigen deutliche Verbesserungen, die auch über längere Zeiträume hinweg stabil bleiben.

Zentrale Elemente kognitiv verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme sind:

- Psychoedukation
- Veränderung der Bewertung von Angstauslösern
- Abbau von Vermeidungsverhalten

Im Rahmen der Behandlung werden Reizkonfrontationsverfahren (Exposition) und kognitive Techniken zur Veränderung von Fehlannahmen über gefürchtete Personen, Objekte oder Situationen eingesetzt.

#### *Psychoedukation*

Durch die Psychoedukation lernt das Kind, die eigene Angst zu identifizieren, zu benennen und zu bewerten. Im Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF), einem verhaltenstherapeutischen Programm zur Behandlung von Trennungsangst bei 5- bis 13-Jährigen, wird beispielsweise mit dem Kind zunächst der Unterschied zwischen normaler und pathologischer Angst erarbeitet (für eine Beschreibung des Programms siehe [23]). Die 3 Komponenten der Angst (körperliche Symptome, Gedanken und Verhalten), die Entstehung und Aufrechterhaltung der Trennungsangst werden mit der Methode des geleiteten Entdeckens erklärt.

#### *Reizkonfrontationsverfahren*

**Vorbereitung.** Bei Reizkonfrontationsverfahren werden Kinder solchen Reizen ausgesetzt, die bei ihnen Angst auslösen. Eine gute Vorbereitung von Eltern und Kind auf die Konfrontation ist kritisch für ihren Erfolg. Wichtig ist, jeder Familie ein individuelles Störungsmodell zu vermitteln, durch das deutlich wird, dass das Vermeidungsverhalten (z. B. sozialer Rückzug bei sozialer Phobie) zentral ist für die Aufrechterhaltung der Ängste und diese somit stabilisiert. Vermeidungsverhalten ist problematisch, da es zwar kurzfristig die Angst senkt, jedoch langfristig die Angst verstärkt, da mit jedem Verlassen einer gefürchteten Situation erneut bestätigt wird, dass die Situation bei längerem Verbleiben gefährlich geworden wäre. Die individuellen Symptome und Befürchtungen des Kindes und der Eltern sollten bei der Erklärung dieser Theorie aufgenommen werden.

**Tipp für die Praxis**

Bevor die Konfrontation beginnt, muss für Kind und Eltern nachvollziehbar sein, dass der Verbleib in einer gefürchteten Situation die beste Methode ist, um sich von der Ungefährlichkeit der Situation zu überzeugen.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

**Tabelle 2**

**Vorgehen bei der Reizkonfrontation (s. auch [24, 25]).**

| Schritt | Beschreibung |
|---|---|
| Erstellen einer Angsthierarchie | Die vom Kind gefürchteten Situationen werden in eine Reihenfolge von wenig bis ganz stark angstauslösend gebracht. |
| Vorbereitung des Kindes und der Eltern auf die Konfrontationstherapie | Vermittlung eines Erklärungsmodells der Angst; die Problematik von Vermeidungsverhalten muss für Eltern und Kind nachvollziehbar werden |
| Konfrontation mit den gefürchteten Situationen | Durchführung der an die individuelle Symptomatik angepassten Übungen. Es muss ein angemessener zeitlicher Rahmen verfügbar sein, um einen Angstanstieg und -abfall in der gefürchteten Situation zu erreichen. Für das Ertragen der Angst (nicht für Angstfreiheit) kann das Kind ggf. verstärkt werden. |
| Selbstkontrollphase und Generalisierung | Wenn das Kind kein Flucht- und Vermeidungsverhalten mehr zeigt, sucht es nach Absprache mit dem Therapeuten alleine angstbesetzte Situationen auf. |
| Rückfallprophylaxe | Die wichtigsten Lernerfahrungen werden rekapituliert. Der Umgang mit möglichen Rückfällen wird besprochen. |

**Merke: Das wiederholte Erleben eines Angstabfalls in der gefürchteten Situation führt zu einer kontinuierlichen Abnahme der Angst.**

Ein weiterer wichtiger Punkt, der im Vorfeld der Konfrontation geklärt werden muss, ist, ob das Kind tatsächlich über die benötigten Fertigkeiten verfügt, um eine Situation zu meistern (z. B. vor einer Gruppe sprechen). Ist dies nicht sicher der Fall, besteht die Möglichkeit, dass tatsächlich die befürchteten Konsequenzen eintreten (z. B. Kind wird ausgelacht) und kein Angstabfall eintritt.

**Vorgehen.** Wichtige Merkmale aller Arten der Reizkonfrontation sind folglich, dass die Übungen erst beendet werden, wenn das Kind die angstauslösenden Stimuli/Situationen weitgehend angstfrei bewältigt und dass ein Vermeidungs- und Fluchtverhalten des Kindes verhindert wird. Das konkrete Vorgehen bei der Reizkonfrontation wird in Tab. **2** dargestellt.

**Einteilung.** Es werden unterschiedliche Klassen von Reizkonfrontation unterschieden:

- mit Einsatz von angstreduzierenden Strategien: Hier werden die Kinder angeleitet, vorher erlernte angstreduzierende Strategien wie Entspannung oder bestimmte Atemtechniken einzusetzen, sobald die Angst auftritt.
- ohne Einsatz von angstreduzierenden Strategien: Hier sollen die Kinder die auftretende Angst so lange ertragen – jedoch ohne den Einsatz angstreduzierender Strategien – bis es zu einem Rückgang der Angst kommt. Diese Klasse von Verfahren kann wiederum unterteilt werden nach
  - Art der Darbietung des Stimulus – entweder ausschließlich in der Vorstellung (in sensu) oder in der Realität (in vivo)
  - Intensität der Exposition – Entweder wird das Kind direkt mit stark angstauslösenden Stimuli/Situationen konfrontiert (massiertes Vorgehen) oder die Intensität der angstauslösenden Stimuli/Situationen wird im Verlauf langsam gesteigert (graduelles Vorgehen).

**Faustregel für die Reizkonfrontation**

Als Faustregel gilt, dass bei jüngeren Kindern (bis ca. 10 Jahre) eher das graduelle Vorgehen und bei älteren Kindern das massierte Vorgehen gewählt werden sollte.

**Merke: Durch das Aushalten angstauslösender Situationen bei der Reizkonfrontation soll das Kind die Erfahrung machen, dass die von ihm befürchteten Folgen nicht eintreten.**

### *Kognitive Techniken*

Der Einsatz kognitiver Techniken zielt darauf ab, dass angstfördernde Gedanken abgebaut werden. Kognitive Techniken beruhen auf der Annahme, dass Gedanken und Interpretationsmuster für die Entstehung einer Angstreaktion maßgeblich sind. Nach dieser Perspektive entsteht durch die Bewertung bestimmter Stimuli bzw. Situationen als bedrohlich die eigentliche Angstreaktion, indem physiologische Angstsymptome (z. B. Herzklopfen, feuchte Hände) hervorgerufen werden. Bereits bei Kindern lassen sich häufig typische angsterzeugende Kognitionen explorieren (z. B. „niemand wird auf der Geburtstagsfeier mit mir reden“ bei einem sozialphobischen Kind). Das Gemeinsame dieser Kognitionen ist, dass eine gefürchtete Situation bzw. ein gefürchteter Stimulus als bedrohlich wahrgenommen wird.

**Cave: Negative Kognitionen führen dazu, dass eine Situation oder ein Stimulus als bedrohlich wahrgenommen wird.**

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Das Kind wird daher in der Therapie dazu angeleitet, seine angstbegünstigenden Gedanken zu erkennen, zu überprüfen und zu verändern. Außerdem wird das Kind durch gezielte Verhaltensexperimente (z. B. was passiert tatsächlich, wenn die Eltern abends ausgehen) dazu angehalten, seine Befürchtungen auf Realitätsgehalt zu überprüfen.

### Medikamentöse Therapie

Aufgrund der besonderen ethischen Anforderungen an psychopharmakologische Studien mit Kindern ist die Evidenzbasierung für eine medikamentöse Behandlung von Angststörungen in dieser Altersgruppe eher unbefriedigend. Erste kontrollierte randomisierte Therapiestudien zur Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern lieferten gute Ergebnisse in Bezug auf Verträglichkeit der Medikation und Reduktion der Angstsymptomatik [26]. Die Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung mit KVT und Psychopharmakotherapie wurde in einer multizentrischen Studie in den USA überprüft [27]. In dieser Studie war eine Kombinationstherapie (Psychopharmaka plus KVT) den beiden Monotherapien überlegen. Jede Therapieform (d. h. jede der beiden Monotherapien sowie die Kombinationstherapie) war deutlich wirksamer als eine Placebobehandlung. Einschränkend ist zu dieser Studie jedoch anzumerken, dass es sich um eine stark selektierte Stichprobe handelte (beispielsweise wurden solche Kinder und Jugendlichen ausgeschlossen, die aufgrund ihrer Ängste die Schule nicht besuchten) und dass die durchgeführte kognitive Verhaltenstherapie einen ungewöhnlich schwachen Effekt hatte. Weitere Studien werden daher benötigt, um die Wirksamkeit der Kombinationsbehandlung genauer zu untersuchen sowie um die kurz- und langfristigen Folgen einer psychopharmakologischen Angstbehandlung abschätzen zu können.

**Merke: Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die KVT als Mittel der Wahl zur Behandlung kindlicher Angststörungen zu betrachten.**

## Fazit

Etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen weisen Angststörungen auf, die ohne Behandlung häufig einen chronischen Verlauf nehmen bzw. eine Schrittmacherfunktion für psychische Störungen im Erwachsenenalter haben.

**Kernaussagen**

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Die häufigsten Formen sind Trennungsangst, Phobien und generalisierte Angststörung. Eine multimodale Diagnostik, bei der sowohl Eltern- als auch Kindauskünfte eingeholt werden, ist enorm wichtig. Die psychotherapeutische Intervention mit der am besten belegten Wirksamkeit bei kindlichen Angststörungen ist die kognitive Verhaltenstherapie. Zentrale Elemente kognitiv verhaltenstherapeutischer Interventionen sind Psychoedukation, Reizkonfrontationsverfahren und kognitive Techniken.

## Über die Autorinnen


### Silvia Schneider

Dr. rer. nat. Seit 2004 Professorin für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie (2004 – 2010 Universität Basel, danach Ruhr-Universität Bochum) und Leiterin des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit an der Ruhr-Universität Bochum in Bochum. Sie absolvierte ihr Psychologiestudium an den Universitäten Mannheim und Marburg und habilitierte an der Universität Braunschweig. Arbeitsschwerpunkte sind Angststörungen, Regulationsstörungen im Kleinkindalter, familiale Transmission emotionaler Störungen, klinisch-psychologische Diagnostik mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Seit 2012 ist sie Vorsitzende der Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter (BVKJ).

### Sabine Seehagen

Ph.D. Jahrgang 1981. Studium der Psychologie an den Universitäten Bielefeld, Trier und Otago, Neuseeland. Promotion über soziales Lernen in den ersten Lebensjahren an der Universität Sheffield, UK. Seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Klinische Kinder- und Jugendpsychologie (Prof. Dr. Silvia Schneider) an der Ruhr-Universität Bochum.


Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

**Korrespondenzadresse**
Prof. Dr. Silvia Schneider
Ruhr-Universität Bochum, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Massenbergstr. 9 – 13
44787 Bochum
E-Mail: silvia.schneider@rub.de

**Interessenkonflikt:** Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

## Literatur

1 Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S et al. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 2007; 50: 871 – 878
2 Ihle W, Esser G. Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes-und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychol Rundsch 2002; 53: 159 – 169
3 Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiat 2005; 62: 593 – 602
4 Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. J Am Acad Child Psych 2001; 40: 1086 – 1093
5 Westenberg PM, Drewes MJ, Goedhart AW et al. A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: social-evaluative fears on the rise? J Child Psychol Psychiatry 2004; 45: 481 – 495
6 Gullone E. The development of normal fear: A century of research. Clin Psychol Rev 2000; 20: 429 – 451
7 Marks IM. Fears, phobias, and rituals. New York: Oxford University Press; 1987
8 Schneider S, Pflug V, Seehagen S. Angststörungen. In: Eggers C, Fegert JM, Resch F, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Aufl. Berlin: Springer; 2012: 547 – 565
9 Schneider S, Unnewehr S, Margraf J, Hrsg. Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer; 2009
10 Seehagen S, Schneider S, Margraf J. Developmental approaches to anxiety disorders. In: Emmelkamp PMG, Ehring T, eds. International Handbook of Anxiety Disorders: Theory, Research and Practice. Chichester, UK: Wiley-Blackwell;1 [im Druck]
11 Schneider S, In-Albon T. Störung mit Trennungsangst. In: Schneider S, Hrsg. Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung. Berlin: Springer; 2004: 105 – 131
12 Schneider S. Spezifische Phobien. In: Schneider S , Hrsg. Angststörungen des Kindes- und Jugendalters. Berlin: Springer; 2004: 133 – 164
13 Schneider S. Panikstörung und Agoraphobie. In: Schneider S, Hrsg. Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer; 2004: 237 – 273
14 In-Albon T. Generalisierte Angststörung. In: Schneider S, Margraf J, Hrsg. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer; 2009: 593 – 608
15 Masi G, Mucci M, Favilla L et al. Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. Compr Psychiat 1999; 40: 210 – 215
16 Lyneham HJ, Rapee RM. Generalisierte Angststörung. In: Schneider S, Hrsg. Angststörungen des Kindes- und Jugendalters. Berlin: Springer; 2004: 197 – 236
17 Mohr C, Schneider S. Anxiety disorders. Eur Child Adoles Psy 2013; 22: 17 – 22
18 In-Albon T, Dubi K, Adornetto C et al. Neue Ansätze in der Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Klinische Diagnostik und Evaluation 2011; 4: 133 – 147
19 Casey RJ, Berman JS. The outcome of psychotherapy with children. Psychol Bull 1985; 98: 388 – 400
20 In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. Psychother Psychosom 2007; 76: 15 – 24
21 Kazdin AE, Bass D, Ayers WA et al. Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy-research. J Consult Clin Psych 1990; 58: 729 – 740
22 Weisz JR, Weiss B, Han SS et al. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited – a metaanalysis of treatment outcome studies. Psychol Bull 1995; 117: 450 – 468
23 Blatter-Meunier J, Schneider S. Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF); ein störungsspezifisches, kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Kinder mit Trennungsangst. Prax Kinderpsychol K 2011; 60: 684 – 690
24 Schneider S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindesalter. Kindheit und Entwicklung 1999; 8: 226 – 233
25 Schneider S. Verhaltenstherapie bei Trennungsängsten und Phobien im Kindesalter. Verhaltenstherapie 2000; 10: 101 – 109
26 Birmaher B, Axelson DA, Monk K et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Psy 2003; 42: 415 – 423
27 Walkup JT, Albano AM, Piacentini J et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. New Engl J Med 2008; 359: 2753 – 2766

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

# CME-Fragen

CME.thieme.de

**CME-Teilnahme**

- Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter http://cme.thieme.de
- Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter http://cme.thieme.de/hilfe finden Sie eine ausführliche Anleitung.

## 1

Welche Aussage über Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ist *falsch*?

**A** Etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden unter akuten Angststörungen.
**B** Das Kindes- und Jugendalter ist die Hauptrisikoperiode für die Entwicklung von Angststörungen.
**C** Angststörungen weisen eine hohe Komorbidität untereinander auf.
**D** Angststörungen des Kindes- und Jugendalters haben eine Schrittmacherfunktion für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter.
**E** Pathologische Ängste treten selten vor dem 12. Lebensjahr auf.

## 2

Wie können normale von pathologischen Ängsten abgegrenzt werden?

**A** Wenn ein Kind/Jugendlicher keinen Leidensdruck verspürt, ist die Angst nicht pathologisch.
**B** Die Entscheidung, ob ein Kind/Jugendlicher die Kriterien für eine Angststörung erfüllt, sollte auf der Basis des Elternurteils gefällt werden.
**C** Pathologische Ängste sind qualitativ unterschiedlich von normalen Ängsten.
**D** Wichtige Entscheidungskriterien nach ICD-10 sind die Altersangemessenheit der Ängste, ihre Dauer und der Grad der Beeinträchtigung durch die Ängste.
**E** Normale Ängste treten häufig im Vorschulalter auf, pathologische Ängste meist im Jugendalter.

## 3

Was ist *kein* ICD-10 Diagnosekriterium für Trennungsangst?

**A** Intensive Ängste und Sorgen, die die meiste Zeit vorhanden sind und sich auf mehrere Bereiche beziehen, über mindestens 6 Monate.
**B** Das Kind lehnt Trennungssituationen ab oder vermeidet diese bzw. leidet sehr stark während Trennungssituationen.
**C** Wiederholte somatische Beschwerden bei antizipierter Trennung oder während Trennungssituationen.
**D** Ein häufiges Symptom sind Albträume über Trennungssituationen.
**E** Eine über mindestens 4 Wochen anhaltende, unrealistische Sorge, von Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen dauerhaft getrennt zu werden.

## 4

Was gilt für Kinder, die unter einer Phobie leiden?

**A** Die kognitive Leistungsfähigkeit ist oft eingeschränkt.
**B** Sie sind häufig sozial isoliert.
**C** Den betroffenen Kindern ist stets die Unangemessenheit ihrer Ängste bewusst.
**D** Bevor sich eine Phobie entwickelt, leiden viele der betroffenen Kinder unter einer Depression.
**E** Die Kinder sind in der Regel motorisch sehr unruhig.

## 5

Was ist charakteristisch im Rahmen der Generalisierten Angststörung?

**A** Schulvermeidung
**B** aggressives Verhalten gegenüber den Eltern
**C** selbstverletzendes Verhalten
**D** mangelnde Impulskontrolle
**E** Rückversichern bei erbrachten Leistungen

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

CME up2date

# CME-Fragen

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

## 6

Was ist bei der Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter zu beachten?

**A** Wegen häufiger Diskrepanzen zwischen den Angaben von Eltern und Kind sollten dringend mehrere Instrumente und Methoden kombiniert werden.
**B** In einem ersten Schritt sollten störungsspezifische Fragebögen von den Eltern ausgefüllt werden.
**C** Der Einsatz strukturierter Interviews ist nur selten indiziert.
**D** Im Erstgespräch sollten nur die Eltern befragt werden, da die Kinder häufig zu gehemmt sind.
**E** Eine körperliche Untersuchung ist nur dann nötig, wenn eine medikamentöse Behandlung erfolgen soll.

## 7

Welches Element ist *nicht* typischerweise Teil der Diagnostik kindlicher Angststörungen?

**A** Erstgespräch
**B** Verhaltenstagebuch
**C** störungsspezifische Fragebögen
**D** körperliche Untersuchung
**E** strukturiertes Interview

## 8

Was gilt für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter?

**A** Einzeltherapie ist deutlich effektiver als Gruppentherapie.
**B** Kognitive Techniken werden ab dem Alter von 14 Jahren eingesetzt.
**C** Die kognitive Verhaltenstherapie ist als Mittel der Wahl zur Behandlung kindlicher Angststörungen zu betrachten.
**D** Psychoedukation hat das Ziel des Abbaus angstfördernder Gedanken.
**E** Der Aufbau positiver Aktivitäten ist ein zentrales Therapieelement.

## 9

Warum ist Vermeidungsverhalten ein kritischer Faktor für die Aufrechterhaltung von Angststörungen?

**A** Mit jedem Verlassen der gefürchteten Situation wird erneut bestätigt, dass die Situation bei längerem Verbleib gefährlich geworden wäre.
**B** Vermeidungsverhalten führt häufig zu Konflikten zwischen Eltern und Kind.
**C** Das kindliche Erregungsniveau bleibt konstant hoch.
**D** Vermeidungsverhalten führt zu einer geringeren Selbstwirksamkeitsüberzeugung.
**E** Angstfördernde Gedanken können nicht abgebaut werden.

## 10

Welche Elemente sind zentral bei kognitiv verhaltenstherapeutischen Interventionen im Rahmen der Angstbehandlung?

**A** Entspannungsverfahren, Training sozialer Kompetenzen, Psychoedukation
**B** Psychoedukation, Biofeedback, kognitive Techniken
**C** Aufbau positiver Aktivitäten, Reizkonfrontationsverfahren, Aufmerksamkeitstraining
**D** Psychoedukation, Reizkonfrontationsverfahren, kognitive Techniken
**E** Beziehungsaufbau, kognitive Techniken, medikamentöse Einstellung

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

up2date CME