

Psychotherapeut 2010 · 55:525–540
 DOI 10.1007/s00278-010-0724-0
 Online publiziert: 15. Oktober 2010
 © Springer-Verlag 2010

Redaktion

T. Fydrich, Berlin
 A. Martin, Erlangen
 W. Schneider, Rostock



**Punkten Sie online auf
 CME.springer.de**

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME-Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist für ärztliche Psychotherapeuten mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Für psychologische Psychotherapeuten ist diese Fortbildungseinheit von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
 69121 Heidelberg
 E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

Silvia Schneider · Tina In-Albon

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Ruhr-Universität Bochum

Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter

Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung

Zusammenfassung

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie sind sowohl mit hohem Leidensdruck als auch langfristig ungünstiger Prognose verbunden und werden oft nicht erkannt. Um eine reliable und valide Diagnostik sowie Therapieevaluation zu gewährleisten, werden Kind und Eltern zur Symptomatik des Kindes befragt. Standardisierte klinische Interviewverfahren zur kategorialen Diagnostik, ergänzt um störungsspezifische Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren, sind dabei die Methoden der Wahl. Sekundäranalysen zeigen, dass nur kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen als ausreichend evidenzbasiert betrachtet werden können. Keine Unterschiede finden sich, wenn die kognitive Verhaltenstherapie individuell oder in der Gruppe, mit dem Kind allein oder unter Einbezug der Eltern durchgeführt wurde. Der kurzfristige Erfolg psychopharmakologischer Behandlung („selective serotonin reuptake inhibitor“, SSRI) gilt heute als belegt. Zentrale empirisch validierte psychotherapeutische Interventionen sind die Psychoedukation, kognitive Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und systematische Konfrontation mit den angstausslösenden Situationen.

Schlüsselwörter

Klassifikation · Diagnostische Techniken und Prozeduren · Psychotherapie · Evidenzbasierte Praxis · Empirische Forschung

Anxiety disorders and phobias in childhood and adolescence. Evidence-based diagnostics and treatment

Abstract

Anxiety disorders belong to the most frequent mental disorders in childhood and adolescence. They cause severe impairment, show poor long-term outcome and they are often not recognized as a mental disorder. For a reliable and valid diagnosis and treatment outcome evaluation a multi-informant approach is essential including information from the child and the parents. Methods of choice are structured clinical interviews and questionnaires filled out by the child and the parents. Meta-analyses showed that only cognitive-behavioral treatment can be considered as a sufficiently evidence-based treatment. No differences in outcome were found between individual and group treatments or child and family focused treatments. Medication treatment with selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) showed short-term efficacy. Major evidence-based interventions are psycho-education, exposure techniques and cognitive restructuring strategies.

Keywords

Classification · Diagnostic techniques and procedures · Psychotherapy · Evidence-based practice · Empirical research

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind mit hohem Leidensdruck sowie langfristig ungünstiger Prognose verbunden und werden oft nicht erkannt. Kinder mit Angststörungen werden deutlich seltener in Behandlungseinrichtungen vorgestellt als Kinder mit externalisierenden Störungen. Um für diese, immerhin doch häufigste Störung im Kindes- und Jugendalter zu sensibilisieren, werden im Folgenden evidenzbasierte diagnostische Kriterien und Methoden vorgestellt. Des Weiteren werden dem Leser Kenntnisse über empirisch validierte psychotherapeutische Interventionen zur Therapie der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter vermittelt.

Definition, Klassifikation und Symptomatik

Angststörungen des Kindes- und Jugendalters gehören zu den eher ► „stillen“ psychischen Störungen, die anders als die hyperkinetischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens für die Bezugspersonen der davon betroffenen Kinder in der Regel weniger belastend und störend sind. Dies mag ein Grund dafür sein, dass Kinder mit Angststörungen deutlich seltener in Behandlungseinrichtungen vorgestellt werden als Kinder mit externalisierenden Störungen. Gleichzeitig zeigen epidemiologische Studien weltweit, dass Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters darstellen.

In der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- (ICD-)10 wird im Kapitel „Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)“ zwischen 4 Angststörungen im Kindes- und Jugendalter unterschieden:

- emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0),
- phobische Störung des Kindesalters (F93.1),
- Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) und
- generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80).

Einen Überblick über die charakteristischen Merkmale der verschiedenen Angststörungen nach der ICD-10 (World Health Organization 2004) gibt **Tab. 1**.

Generell gelten Ängste des Kindes- und Jugendalters dann als klinisch relevant, wenn sie

1. nicht altersgemäß, unrealistisch sowie übertrieben sind und
2. über mindestens 4 Wochen (bzw. 6 Monate bei der generalisierten Angststörung) anhalten und
3. zu einer deutlichen Beeinträchtigung führen bzw. die normale Entwicklung des Kindes gefährden.

Epidemiologie

In einem Überblick haben Ihle u. Esser (2002) die wichtigsten epidemiologischen Studien weltweit zusammengefasst. Für die Angststörungen liegt dieser Übersicht zufolge der Median für die untersuchten Periodenprävalenzen (Sechsmonats- bis Lebenszeitprävalenzen) bei 10,4%. Somit sind die Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Daten zur Verbreitung von Angststörungen im Kindesalter aus Deutschland und der Schweiz weisen in die gleiche Richtung (Essau et al. 1998; Federer et al. 2000; Steinhausen et al. 1998; Wittchen et al. 1998). In diesen Studien wurden in repräsentativen Stichproben mithilfe von strukturierten Interviews die Prävalenzen von Angststörungen über verschiedene Zeiträume hinweg untersucht. Die beobachteten Prävalenzen der in diesem Kapitel behandelten Angststörungen sind in **Tab. 2** aufgeführt. Anhand der Tabelle lässt sich auch ablesen, dass die Häufigkeiten der einzelnen Angststörungen mit dem Alter variieren.

Bezüglich des Beginns der Angststörungen liefert die ► **National Comorbidity Survey Replication Study** aus den USA interessante Daten (Kessler et al. 2005). Die retrospektive Befragung von 9282 Probanden ergab für spezifische Phobien und Störung mit Trennungsangst mit einem Median von 7 Jahren den frühesten Beginn. Der Median bei der sozialen Phobie lag bei 13 Jahren. Das Auftretensalter der weiteren Angststörungen lag im Median zwischen 19 und 31 Jahren. Über alle Angststörungen zusammengefasst ergab sich ein Median von 11 Jahren für das Erstauftretensalter von Angststörungen. Bis zum Alter von 21 Jahren hatten schließlich 75% der Angststörungen begonnen. Diese Daten machen deutlich, dass die Hauptrisikoperiode für die Entwicklung einer Angststörung im Kindes- und Jugendalter liegt.

► „Stille“ psychische Störung

Angststörungen stellen die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters dar

Die Häufigkeiten der einzelnen Angststörungen variieren je nach Alter der Betroffenen

► National Comorbidity Survey Replication Study

Die Hauptrisikoperiode für die Entwicklung einer Angststörung liegt im Kindes- und Jugendalter

Tab. 1 Symptomatik, Ausschlusskriterien, Beginn und Dauer der Angststörungen des Kindesalters nach ICD-10 (World Health Organization 2004)

Störung	Symptomatik	Ausschlusskriterien	Beginn	Dauer
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	Übermäßig starke/unrealistische Angst in Erwartung der oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen	Generalisierte Angststörung	Vor dem 6. Lebensjahr	Mindestens 4 Wochen
Phobische Störung des Kindesalters	Unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht	Generalisierte Angststörung	Keine Angabe	Mindestens 4 Wochen
Störung mit sozialer Ängstlichkeit	Anhaltende Angst in sozialen Situationen mit fremden Erwachsenen oder Gleichaltrigen Große Befangenheit, Verlegenheit oder auch übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens gegenüber fremden Personen	Generalisierte Angststörung	Vor dem 6. Lebensjahr	Mindestens 4 Wochen
Generalisierte Angststörung des Kindesalters	Übermäßig starke oder unbegründete und nichtkontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche: Sorgen über Kleinigkeiten wie Unpünktlichkeit, Sorgen darüber, sich richtig verhalten zu haben, gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben		Vor dem 18. Lebensjahr	Mindestens 6 Monate

ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Revision.

Tab. 2 Prävalenzraten der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

	Federer et al. (2000)	Steinhausen et al. (1998)	Essau et al. (1998)	Wittchen et al. (1998)
Alter (Jahre)	8	7–16	12–17	14–24
Stichprobengröße (n)	826	1964	1035	3021
Prävalenzzeitraum	6 Monate	6 Monate	Lebenszeit	Lebenszeit
Angststörungen gesamt (%)	9,5	11,4	18,6	14,4
Trennungsangst (%)	2,8	0,8	k.A.	k.A.
Spezifische Phobie (%)	5,2	5,8	3,5	2,3
Soziale Phobie (%)	0,4	4,7	1,6	3,5
Generalisierte Angststörung (%)	1,4	0,6	0,4	0,8
Panikstörung (%)	0	k.A.	0,5	1,6
Agoraphobie (%)	0	1,9	4,1	2,6

k.A. Prävalenzangaben liegen nicht vor.

Epidemiologischen Studien zufolge sind Angststörungen des Kindes- und Jugendalters nicht nur häufig und durch eine ► **hohe Komorbidität** mit anderen psychischen Störungen charakterisiert, sondern sie sind auch ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter. Immer mehr Längsschnittstudien weisen nach, dass das Vorliegen einer Angststörung im Kindesalter oft Angststörungen, affektive Störungen und Substanzabhängigkeiten im Erwachsenenalter zur Folge hat (Bittner et al. 2007; Woodward u. Fergusson 2001). Die emotionale Störung mit Trennungsangst scheint mit einem besonders hohen Risiko für das Auftreten psychischer Störungen im Erwachsenenalter behaftet zu sein. So konnten Brückl et al. (2007) zeigen, dass 90% der Befragten mit einer emotionalen Störung mit Trennungsangst (vs. 62% ohne Trennungsangstsymptomatik) in der Kindheit im jungen Erwachsenenalter mindestens eine psychische Störung aufwiesen. Dabei erhöhte die Trennungsangst nicht nur das Risiko für die Entwicklung von Angststörungen (insbesondere Panikstörung), sondern auch für andere psychische Störungen wie bipolare Störungen, Schmerzstörungen und Alkoholabhängigkeit.

Diesen Daten zufolge wird deutlich, dass Angststörungen des Kindes- und Jugendalters ernst zu nehmen sind und einer adäquaten Behandlung bedürfen.

► Hohe Komorbidität

Eine Angststörung im Kindesalter hat oft Angststörungen, affektive Störungen und Substanzabhängigkeiten im Erwachsenenalter zur Folge

Angststörungen des Kindes- und Jugendalters bedürfen einer adäquaten Behandlung

► Altersadäquate Erhebungsinstrumente

Die sorgfältige Diagnostik muss Befragungen mit dem Kind/Jugendlichen, den Eltern und/oder weiteren Bezugspersonen enthalten

► Intelligenzdiagnostik

Nur die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) erfüllt die Kriterien eines evidenzbasierten Psychotherapieverfahrens

Diagnostische Maßnahmen

Zur reliablen und validen Erfassung von Angstsymptomen, ihrer Dauer, ihres Schweregrads und den mit ihnen einhergehenden psychosozialen Problemen ist die Verfügbarkeit von ► **altersadäquaten Erhebungsinstrumenten** wesentlich. Als diagnostische Methoden werden diagnostische Interviews, Verhaltensbeobachtungen, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren sowie Selbstbeobachtungsprotokolle eingesetzt. Das sorgfältige diagnostische Vorgehen muss immer Befragungen mit dem Kind/Jugendlichen, den Eltern und/oder weiteren Bezugspersonen enthalten; dabei müssen folgende Besonderheiten beachtet werden:

- a) Kinder zeigen über die verschiedenen Entwicklungsphasen eine Reihe von Ängsten, die bei fast allen Kindern zu finden und entsprechend für diese Altersphasen als normal zu betrachten sind (z. B. Achtmonatsangst, Dunkelangst). Es muss daher bei der Diagnose einer Phobie oder Angststörung immer beurteilt werden, inwieweit die Angst des Kindes altersgemäß oder übermäßig ist.
- b) Zudem kann es sein, dass das ängstliche Verhalten nicht generell, sondern nur in bestimmten Situationen (z. B. Schule) auftritt.
- c) Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Tatsache, dass sich Eltern und Kinder in ihren Angaben zur Art und Häufigkeit von Symptomen beim Kind z. T. stark unterscheiden (Schneider et al 2009, S. 25 ff.). Am schlechtesten stimmen Eltern und Kinder dann überein, wenn sie über die innere Befindlichkeit des Kindes befragt werden. Es wird daher empfohlen, bei Angststörungen und Phobien mehrere Informationsquellen und diagnostische Methoden miteinander zu kombinieren.

Die diagnostische Phase enthält typischerweise die folgenden Schritte:

1. Gemeinsames Erstgespräch mit Eltern und Kind zur Klärung eines allgemeinen Eindrucks und Vermittlung eines Überblicks für das weitere Vorgehen. Dabei ist auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung vor allem beim ängstlichen Kind zu achten. Eltern und Kinder (ab 8 Jahren) bearbeiten reliable und valide Breitbandfragebogen, damit der Therapeut einen ersten Überblick über die psychischen Beschwerden des Kindes erhalten kann (Silverman u. Ollendick 2005).
2. Diagnostische klinische Einordnung, einschließlich Differenzialdiagnostik mithilfe reliabler und valider standardisierter Verfahren [z. B. diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS), Schneider et al 2009; Diagnose-Checklisten: Clinical Assessment-Scale for Child and Adolescent Psychopathology- (CASCAP-)D, Döpfner et al. 1999; Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV¹ (DISYPS-KJ), Döpfner u. Lehmkuhl 2000], jeweils separat mit Eltern bzw. Kind.
3. Somatische Differenzialdiagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen.
4. Einsatz reliabler und valider Fragebögen und evtl. Tagebücher zur Erfassung der spezifischen Angstsymptomatik, insbesondere Beschreibung und Häufigkeit von Symptomen und Verhalten sowie von Einflussvariablen (z. B. elterliche Psychopathologie, elterlicher Erziehungsstil) oder Kontexteinflüssen (z. B. soziodemografische Angaben). Ein Überblick von Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung verschiedener Angststörungen ist in ■ **Tab. 3** zu finden. Fremdbeurteilungsverfahren sind in ■ **Tab. 4** aufgelistet, und in ■ **Tab. 5** werden exemplarisch Fragebögen zu verschiedenen Einflussfaktoren auf die Angstsymptomatik des Kindes vorgestellt.
5. Detailanalyse der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen (Problem- und Verhaltensanalyse).

Eine ► **Intelligenzdiagnostik** ist bei einer Angstsymptomatik nicht zwingend notwendig. Sie ist dann indiziert, wenn sich aus der Anamnese Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen ergeben oder wenn schulische Leistungsprobleme vorliegen, insbesondere wenn ausgeprägte Leistungsängste und damit verbundene Leistungsschwächen bzw. -defizite auftreten.

Evidenzbasierung von Psychotherapie

Die Psychotherapieforschung im Bereich der Angststörungen des Kindes- und Jugendalters hat in den letzten Jahren einen signifikanten Aufschwung erfahren. Sekundäranalysen, die die Ergebnisse der zahlreichen Therapiestudien zusammenfassen, ergeben, dass nur die kognitive Verhaltensthera-

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.

Tab. 3 Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Angst, Phobien und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

Art der Angststörung	Fragebogen	Beschreibung	Altersbereich (Jahre)	Bearbeitungszeit (min)
Alle Angststörungen	Selbstbeurteilungsbogen Angst (SBB-ANG, Döpfner u. Lehmkuhl 2000)	32 Items Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV für die Diagnosen Störung mit Trennungsangst (F93.0), generalisierte Angststörung (F93.8/F41.1), spezifische Phobie (F93.1/F40.2), soziale Phobie (F93.2/F40.1)	11–18	15–20
Trennungsangst, Panik	Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI, Schneider u. Silverman 2011)	18 Items Konstrukt der Angstsensitivität	8–18	10
Spezifische Phobien	Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI, Döpfner et al. 2006)	96 Items Ängste vor verschiedenen Objekten und Situationen	8–18	15–30
Soziale Phobie	Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK; Melfsen et al. 2001)	26 Items Erfasst kognitive, somatische und behaviorale Aspekte der sozialen Phobie	8–16	10–15
	Social Anxiety Scale for Children-Revised, dt. Version (SASC-R-D, Melfsen u. Florin 1997)	2 Subskalen mit je 9 Items „Fear of negative evaluation“ und „social avoidance and distress“	8–16	10
Generalisierte Angststörung	Kinder-Angst-Test II (KAT-II, Thurner u. Tewes 2000)	3 Fragebogen Ängstlichkeitsfragebogen mit 18 Items, Angstzustandsfragebogen zum einen mit Erwartungsangst und zum anderen als erinnerte Angst, jeweils 10 Fragen	9–15	10–20
Schulangst	Angstfragebogen für Schüler (AFS, Wiczerkowski et al. 2000)	50 Items Beinhaltet 4 Testskalen: Prüfungsangst, manifeste Angst, Schulunlust, soziale Erwünschtheit	9–17	10–25
Verschiedene Angststörungen	Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-D, Essau et al. 2002)	38 Items Panikattacke, Agoraphobie, Trennungsangst, soziale Phobie, Angst vor körperlicher Verletzung, Zwangsstörung, generalisierte Angststörung	8–12	10–15
	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED, Essau et al. 2002)	41 Items Generalisierte Angst, soziale Phobie, Trennungsangst, Panikstörung, Schulphobie	7–18	
Manifeste Angst	Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS, Boehne et al. 1986)	Angstskala mit 28 Items, 9 Lügen-Items	6–18	

Tab. 4 Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Angst und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

Art der Angststörung	Fragebogen	Beschreibung	Altersbereich (Jahre)	Zeitaufwand (min)
Soziale Ängstlichkeit/Verhaltenshemmung	Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3–6, Döpfner et al. 1993)	Skala emotionale Auffälligkeiten erfasst das Ausmaß, in dem das Kind als sozial ängstlich und unsicher erlebt wird Elternversion: 11 Items Erzieherversion: 21 Items	3–6	Eltern: 20–30 Erzieher: 30–40
Alle Angststörungen	Fremdbeurteilungsbogen Angst für Eltern, Lehrer oder Erzieher (FBB-ANG, Döpfner u. Lehmkuhl 2000)	36 Items Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV für die Diagnosen Störung mit Trennungsangst (F93.0), generalisierte Angststörung (F93.8/F41.1), spezifische Phobie (F93.1/F40.2), soziale Phobie (F93.2/F40.1)	4–18	20

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition,

ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Revision

pie (KVT) die Kriterien als evidenzbasiertes Psychotherapieverfahren erfüllt. Im Durchschnitt erfüllen nach einer KVT 68,9% der Kinder nicht mehr die Diagnosekriterien ihrer primären Angststörung im Vergleich zu 12,9% der Kinder aus einer Wartelistenkontrollgruppe (In-Albon u. Schneider 2007; Silverman et al. 2008). Strenge „Intent-to-treat“-Analysen, bei denen alle Kinder in die Studienauswertung mitaufgenommen werden – unabhängig davon, ob sie die Therapie beendet haben oder die Therapiestudie bereits nach der ersten Sitzung abgebrochen haben –, finden durchschnittliche Remissionsraten von 56% nach KVT im Vergleich zu 28,2% in der Wartelistenkontrollgruppe

Tab. 5 Fragebogen zur Erfassung von Einflussfaktoren

Einflussfaktoren	Fragebogen	Beschreibung	Altersbereich (Jahre)	Zeitaufwand (min)
Elterliche psychopathologische Merkmale	Symptom-Checkliste +(SCL-90-R, Franke 2002)	90 Items Subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome	Ab 14	15–20
	Depression-Angst-Stress-Skala (DASS, Lovibond u. Lovibond 1995)	Langform: 42 Items, Kurzform: 21 Items Erfassung von Depressions-, Angst- und Stresssymptomen	Ab 12	5–10
	Beck-Depressions-Inventar (BDI, Hautzinger et al. 1994)	21 Items Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik	Ab 18	10–15
	State-Trait-Angst-Inventar (STAI-T, Spielberger et al. 1970)	Misst Angst als Eigenschaft, d. h. die Neigung zu Angstreaktionen, als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal	Kind- und Erwachsenenversion	10
Elterlicher Erziehungsstil	Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten (ZKE, Reitzle et al. 2001)	31 Items 3 Dimensionen: - Wärme, Unterstützung - Psychologische Kontrolle - Offene Kontrolle (Regeln)	11–17	10
Allgemeine Psychische Befindlichkeit	Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Jerusalem u. Schwarzer 1981)	10 Items Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen, optimistischer Kompetenzerwartung	Ab 12 Jahren	5
	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität (ILK, Matthejat et al. 1998)	Elternversion: 11 Items Kinderversion: 9 Items Erfasst, wie es dem Kind in verschiedenen Bereichen (Freizeit, Schule, Beziehungen, körperliche Gesundheit) im Vergleich zu Gleichaltrigen geht	Patient, Eltern, Therapeut Kinderform: 6–11 Jugendliche: ab 12	10

► **Prä-post-Effektstärke: 0,86**

Konfrontationsverfahren, kognitive Interventionen und Entspannungstechniken sind die häufigsten in den Studien eingesetzten Verfahren

► **Langfristiger Therapieerfolg**

► **Wirksamkeitsnachweise**

(James et al. 2005). Mit einer durchschnittlichen ► **Prä-post-Effektstärke von 0,86²** für die Angstsymptomatik zeigte sich für die Behandlungsgruppen ein Therapieeffekt, der nach den üblichen Konventionen als groß betrachtet werden kann. In der Wartelistenkontrollgruppe zeigten sich keine signifikanten Veränderungen bei den Angstsymptomen: Die durchschnittliche Prä-post-Effektstärke für die Wartelistenkontrollgruppe beträgt 0,13. Die häufigsten in den Studien eingesetzten Verfahren bestehen aus Konfrontationsverfahren (91%), kognitiven Interventionen (67%) und Entspannungstechniken (52%).

Die ► **langfristige Stabilität der Therapieerfolge** bis zu 7 Jahre nach Therapieende zeigt sich in mehreren Katamnesestudien (Barrett et al. 2001; Kendall et al. 2004; Kendall u. Treadwell 1996). Die Behandlungserfolge sind dabei nicht nur auf die Angstsymptomatik beschränkt, sondern äußern sich auch in der Reduktion der depressiven Symptomatik. Weitere Analysen zeigen, dass Gruppenbehandlungen vergleichbar erfolgreich sind wie Individualtherapie. Auch zeigen sich keine Unterschiede in der Wirksamkeit von kind- vs. familienzentrierter Angstbehandlung. Bislang fehlen klare Hinweise, wer wann von welchem Therapie-Setting am meisten profitiert. In einzelnen Studien fand man jedoch heraus, dass jüngere Kinder und Kinder von Eltern mit Angststörungen stärker von einer familienzentrierten Therapie profitieren als von einer kindzentrierten Therapie (Barrett et al 1996; Cobham et al. 1998). Jedoch konnte beispielsweise in der Studie von Barrett et al. (Barrett et al 1996) die Überlegenheit der familienzentrierten Therapie gegenüber der kindzentrierten Therapie bei der Sechsjahreskatamnese nicht mehr bestätigt werden (Barrett et al. 2001). Einzelne Therapiestudien haben zudem ergeben, dass ein kindzentrierter Therapieansatz genügt, um die Angstsymptome zu reduzieren (z. B. Nauta et al. 2003; Spence et al. 2000). Zusammenfassend bedeutet dies, dass es keine empirische Evidenz dafür gibt, dass für eine erfolgreiche Angstbehandlung des Kindes der Einbezug der Eltern zwingend notwendig ist.

Bezüglich der ► **Wirksamkeitsnachweise** psychoanalytischer Therapie oder systemischer Therapie liegen bislang kaum Ergebnisse vor (Connolly u. Bernstein 2007). Anhand einer retrospek-

² Als Konvention zur Interpretation von Effektstärken hat sich eingebürgert, Werte ab 0,8 als „groß“, solche von 0,5–0,8 als „mittel“ und solche von 0,2–0,5 als „klein“ zu bezeichnen. Werte <0,2 gelten als vernachlässigbar bzw. ohne praktische Bedeutsamkeit, und negative Werte bedeuten, dass die Vergleichsbedingung im Durchschnitt besser abschnidet.

tiven Analyse von Krankenakten („chart review“) konnte gezeigt werden, dass in einer Stichprobe von 352 Kindern mit emotionalen Störungen (keine weitere Spezifizierung der Störungsbilder), die mit psychoanalytischer Therapie behandelt wurden, 47,2% der Kinder eine Verbesserung aufwiesen (Target u. Fonagy 1994). Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat zwar 2008 die systemische Therapie für den Bereich affektive Störungen und Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen anerkannt, doch beruhte diese Bewertung fast ausschließlich auf Studien zu Depressionen des Kindes- und Jugendalters und nicht zu Angststörungen. In einer kürzlich publizierten Therapiestudie zu Angststörungen des Kindes- und Jugendalters konnte die Kombination von KVT und systemischer Therapie im Vergleich zur „reinen“ KVT keine besseren Therapieerfolge verzeichnen (Siqueland et al. 2005).

Gemäß des Berichts des Wissenschaftlichen Beirats liegen für Gesprächspsychotherapie, Psychodrama, Neuropsychologie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und Hypnotherapie für den Bereich Kinder und Jugendliche derzeit keine hinreichenden Wirksamkeitsnachweise vor. Somit sind diese Methoden nicht als Behandlungsmethode bei Angststörungen des Kindes- und Jugendalters indiziert (<http://www.wbpsychotherapie.de>; Juni, 2010).

Evidenzbasierung von psychopharmakologischer Behandlung

Während in den letzten Jahren ein deutlicher Zuwachs an psychotherapeutischer Forschung bei Angststörungen des Kindes- und Jugendalters zu verzeichnen ist, liegt die Arzneimittelforschung bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen deutlich zurück. Aufgrund der besonderen ethischen Anforderungen an klinische Studien mit Kindern und Jugendlichen und dem damit verbundenen hohen Aufwand wird diese Altersgruppe bei psychopharmakologischen Studien oft ausgeschlossen. Im Bereich der psychopharmakologischen Forschung bei Angststörungen des Kindes- und Jugendalters wurden in jüngster Zeit aufbauend auf mehreren offenen Medikamentenstudien ohne Placebokontrolle kontrollierte randomisierte Therapiestudien vorgelegt, in denen v. a. die Wirksamkeit von ► **selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI)** geprüft wurde (Birmaher et al. 2003; Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group 2001; Rynn et al. 2001). Insgesamt zeigen diese Studien, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendliche auf die Gabe der SSRI anspricht, diese von ihnen gut toleriert werden und nur vergleichsweise milde und vorübergehende Nebenwirkungen von den Patienten berichtet werden. In allen Studien konnte eine bedeutsame Reduktion der Angstsymptomatik bei Therapieende nachgewiesen werden. Der Nachweis einer längerfristigen Wirksamkeit ist jedoch noch nicht erbracht. Weitere Studien sind dringend erforderlich, um Nebenwirkungen und Effektivität der psychopharmakologischen Behandlung im Langzeitverlauf zu erforschen und mit der Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden direkt zu vergleichen.

In einer multizentrischen Studie in den USA, der Child-Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS), wird derzeit die kurz- und langfristige Effektivität von alleiniger KVT, alleiniger SSRI-Medikation, der Kombinationsbehandlung von KVT und SSRI und Placebobehandlung direkt miteinander verglichen. Bei Therapieende zeigten sich die folgenden Prä-post-Effektstärken: 0,31 für KVT, 0,45 für SSRI und 0,86 für KVT+SSRI; die Effektstärke für die Placebobehandlung wird leider nicht berichtet (Walkup et al. 2008). Als deutlich bis sehr deutlich verbessert hinsichtlich der Angstsymptomatik wurden nach Therapieende 59,7% (KVT), 54,9% (SSRI), 80,7% (KVT+SSRI) und 23,7% (Placebo) der Kinder von unabhängigen Klinikern eingeschätzt. Auffallend an diesen Ergebnissen ist sicherlich, dass die Effektstärke der KVT-Behandlung in dieser Studie geringer ausfällt als dies in den bisher vorliegenden Metaanalysen dokumentiert wurde (CAMS: 0,31 vs. Metaanalyse: 0,86). Des Weiteren bleibt abzuwarten, wie die langfristigen Effekte der einzelnen Therapiebedingungen ausfallen werden.

Die Zusammenschau der hier dargestellten Datenlage zur psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters macht deutlich, dass die KVT die Methode der ersten Wahl sein sollte (vgl. hierzu auch Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. 2003). Für sie wurde in methodisch anspruchsvoller Weise die kurz- und langfristige Wirksamkeit eindrucksvoll nachgewiesen. Der Einsatz einer psychopharmakologischen Behandlung sollte gemäß den Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) nicht allein, sondern immer in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren erfolgen. Eine reine psychopharmakologische Behandlung kann in

► Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Eine psychopharmakologische Behandlung muss in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren erfolgen

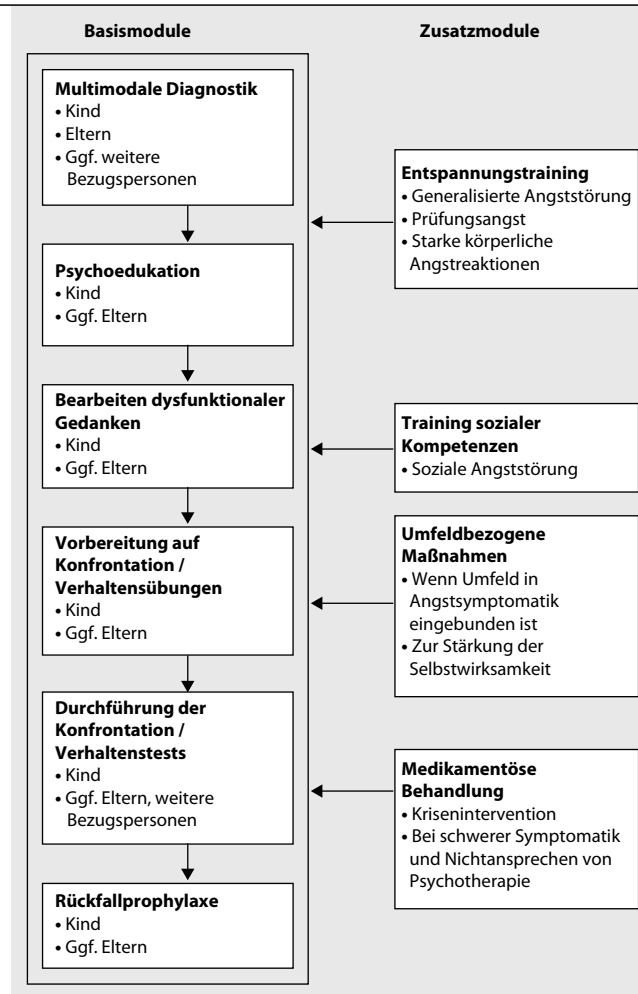


Abb. 1 ◀ Therapieprofil bei Angststörungen und Phobien. (Aus Schneider 2008)

Wartezeiten auf eine Psychotherapie und in Notfällen indiziert sein oder wenn die Angststörung so schwerwiegend ist, dass ohne eine psychopharmakologische Behandlung die Psychotherapie nicht begonnen werden kann.

Allgemeine Struktur der Therapie und Therapieprogramme

Grundlage der Therapie ist immer eine sorgfältige multimodale Diagnostik. Danach teilt sich die Therapie in die folgenden Schritte auf:

1. Psychoedukation,
2. Herleitung eines Störungsmodells zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Angststörung,
3. Bearbeiten dysfunktionaler Gedanken und Verhaltensweisen, die zur Aufrechterhaltung der Angst beitragen,
4. Vorbereitung auf Konfrontationsübungen und Verhaltensübungen (in der Regel in vivo),
5. Durchführung von Konfrontationsübungen und Verhaltensübungen,
6. Generalisierungsphase und
7. Rückfallprophylaxe.

Kognitive Verhaltenstherapieprogramme gelten als Methode der ersten Wahl

Kognitive Verhaltenstherapieprogramme gelten als Methode der ersten Wahl für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Ziele dieser Therapie sind:

- Veränderung der Bewertung von Angstausslösern und Angstsymptomen,
- Abbau von Vermeidungsverhalten,
- ggf. der Aufbau selbstsicheren Verhaltens und
- Aufbau der Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Kindes.

Tab. 6 Empirisch validierte Interventionen für die einzelnen Angststörungen des Kindes und Jugendalters

Angststörung	Empirisch validierte Interventionen	Therapiemanuale
Spezifische Phobie	- Forcierte Reizkonfrontation - Operantes Vorgehen („reinforced practice“) - Teilnehmendes Modelllernen - Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntraining (einzeln und in Gruppe) Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Coping Cat (Kendall 2000a; Kendall 2000b) FRIENDS (Barrett et al. 2000; deutsche Übersetzung Barrett et al. 2003) Cool Kids (Lyneham et al. 2003)
Soziale Phobie	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntraining (möglichst in Gruppe) Psychoedukation soziale Phobie, Abbau dysfunktionaler Gedanken, Soziales Kompetenz/Selbstsicherheitstraining, graduierte Reizkonfrontation	Petermann u. Petermann (2003) Joormann u. Unnewehr (2002) Training sozialer Fertigkeiten (Beck et al. 2006) Tuschen-Caffier et al. (2009)
Trennungsangst	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntraining (Einzeln und in Gruppe) Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Coping Cat (Kendall 2000a; Kendall 2000b) FRIENDS (Barrett et al. 2000; deutsche Übersetzung Barrett et al. 2000). Cool Kids (Lyneham et al. 2003) Trennungsangstprogramm in Vorbereitung (TAF, Schneider 2004)
Generalisierte Angststörung	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntraining (Einzeln und in Gruppe) Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Coping Cat (Kendall 2000a; Kendall 2000b) FRIENDS (Barrett et al. 2000; deutsche Übersetzung Barrett et al. 2003) Cool Kids (Lyneham et al. 2003)
Leistungsängste	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit Elterntraining Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren, Fertigkeitstraining	Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1: Leistungsängste (Suhr u. Döpfner 2005)

Typischerweise handelt es sich um ► **komplexe Behandlungsprogramme**, die ungefähr 20 bis 25 Therapiestunden umfassen und die folgenden Elemente enthalten (► **Abb. 1** für Basis- und Zusatzmodule in der Psychotherapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter):

- Psychoedukation,
- kognitive Techniken,
- Reizkonfrontationsverfahren,
- operante Techniken,
- soziales Kompetenztraining,
- Entspannungstraining und
- Hausaufgaben.

Das erste Angstbehandlungsprogramm, das anhand einer randomisierten, kontrollierten Therapiestudie überprüft wurde, stammt von Kendall (2000a; Kendall 2000b, ► **Coping Cat Program**). Es enthält die folgenden 4 Komponenten und besteht aus 16 Therapiesitzungen:

- a) Identifikation von Angstsymptomen und Aufklärung über körperliche Reaktionen infolge von Angst,
- b) Identifikation von Angstgedanken in angstauslösenden Situationen (unrealistische oder negative Erwartungen),
- c) Entwicklung von Bewältigungsstrategien (Veränderung angstfördernder in angstbewältigende Gedanken, Identifikation effektiver Bewältigungsstrategien)
- d) Verhaltensübungen (Konfrontationsübungen) und Anleitung zu Selbstverstärkung.

Eine Modifikation dieses Programms wurde von Barrett et al. (2001, ► **Coping Koala Program**) vorgenommen. Zusätzlich zu der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung des Kindes wird mit den Eltern ein Familienmanagementtraining durchgeführt. Den Eltern werden v. a. 3 Inhalte vermittelt: Zunächst werden die Eltern darin trainiert, wie sie angstbewältigendes Verhalten verstärken und ängstliches Verhalten des Kindes löschen können. Dieser Teil stellt den Schwerpunkt des Familienmanagementtrainings dar. Weiterhin werden die Eltern darin geschult, eigene übermäßige Angstreaktionen abzubauen. Und schließlich werden mit den Eltern Fertigkeiten für eine verbesserte Kommunikation und Problemlösefähigkeit eingeübt.

► Komplexe Behandlungsprogramme

► Coping Cat Program

► Coping Koala Program

Zusätzlich zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung des Kindes wird mit den Eltern ein Familienmanagementtraining durchgeführt

Behandlungsprogramme richten sich an Kinder mit Trennungsangst, spezifischer Phobie, sozialer Phobie und generalisierter Angststörung

► Komponenten der Angst

Durch gezielte Verhaltensexperimente lernt das Kind, seine Angst auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen

► Alternative, hilfreiche Gedanken

Kinder mit Phobien und Angststörungen werden den angstauslösenden Stimuli ausgesetzt

► Graduierte Exposition

Die aktuell vorliegenden deutschsprachigen evidenzbasierten Behandlungsprogramme bei Angststörungen des Kindes- und Jugendalters sind in **Tab. 6** zusammengefasst. Der Tabelle zufolge gibt es für die meisten Angststörungen keine spezifischen Behandlungsprogramme. Vielmehr richten sich die Behandlungsprogramme an Kinder mit Trennungsangst, spezifischer Phobie, sozialer Phobie und generalisierter Angststörung gleichermaßen. Eine Ausnahme stellt die soziale Phobie dar, für die spezifische Therapieprogramme vorliegen.

Psychotherapie

Im Folgenden werden die einzelnen Bausteine des psychotherapeutischen Vorgehens vorgestellt.

Psychoedukation

In einem ersten Schritt wird das Kind über das Erscheinungsbild normaler und pathologischer Angst aufgeklärt. Es wird über die 3 **Komponenten der Angst** (Körpersymptome, Gedanken, Verhalten), Ätiologie und Aufrechterhaltung informiert. Dabei ist auf eine altersgerechte Vermittlung dieser Informationen zu achten. Es werden anschauliche Bildmaterialien oder Bücher verwendet, die diese Informationen in kindgerechter Weise darbieten (z. B. Boie 2001; Schneider u. Borer 2007). Diese Informationen bilden die Grundlage, um das Kind dazu anzuleiten, eigene Symptome der Angst, Befürchtungen und Bewältigungsstrategien zu benennen.

Kognitive Interventionen

Ziel kognitiver Interventionen ist es, dass Kind darin zu schulen, seine angstfördernden Gedanken zu erkennen, zu überprüfen und zu verändern. Durch gezielte Verhaltensexperimente (z. B. was passiert tatsächlich, wenn meine Eltern weggehen) wird es dazu angeleitet, seine Angst auf ihren Realitätsgehalt zu überprüfen. Die Arbeit mit den Gedanken des Kindes sollte damit eingeführt werden, dass dem Kind zunächst erläutert wird, was unter einem Gedanken zu verstehen ist. Im nächsten Schritt wird ihm veranschaulicht, wie Gedanken und Gefühle miteinander in Verbindung stehen. Da es Kindern meist leichter fällt, zunächst Gefühle zu benennen, bevor sie Gedanken berichten, ist es sinnvoll, mit dem Gefühl und nicht dem Gedanken zu beginnen. Schließlich werden mit dem Kind **alternative, hilfreiche Gedanken** erarbeitet, die dazu beitragen sollen, gefürchtete Situationen in Zukunft besser zu bewältigen. Selbstinstruktionen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit können z. B. mit dem Kind auf Karteikärtchen geschrieben werden, die es in angstauslösenden Situationen bei sich tragen kann. Beispiele für solche Selbstinstruktionen sind: „Ich bin mutig!“ oder „Ich bin stark.“ Unterstützend können hier auch „Mut machende“ Figuren (z. B. Pipi Langstrumpf) oder Objekte (z. B. Mutstein) eingesetzt werden. Neuere Methoden wie das Computerspiel „Schatzsuche“ der Universität Zürich können als „coole“ Hausaufgaben die Therapie unterstützen (Brezinka 2009).

Reizkonfrontationsverfahren

Unter dem Begriff der Reizkonfrontation werden Verfahren zusammengefasst, bei welchen Kinder mit Phobien und Angststörungen den angstauslösenden Stimuli (z. B. Hund, Dunkelheit) ausgesetzt werden. Dabei können zwei Klassen von Verfahren unterschieden werden: Bei der einen Verfahrensklasse werden die Kinder angeleitet, beim Auftreten der Angst sofort angstreduzierende Strategien wie etwa Entspannung einzusetzen. Zu dieser Klasse von Verfahren gehören die systematische Desensibilisierung und Angstbewältigungstrainings. Bei der zweiten Klasse von Reizkonfrontationsmethoden soll das Kind die Angst so lange ertragen, bis es zu einem Rückgang der Angst kommt, ohne dabei jedoch angstreduzierende Techniken einzusetzen.

Die **graduierte Exposition** stellt meist die wichtigste Komponente einer Angsttherapie dar und besteht üblicherweise aus mehreren Stufen:

1. Erstellen einer Angsthierarchie,
2. Vorbereitung des Patienten und der Eltern auf die Konfrontationstherapie,
3. Konfrontation mit den gefürchteten Situationen sowie
4. Selbstkontrollphase und Generalisierung.

Das Ziel der Konfrontation besteht darin, dem Kind die Erfahrung zu vermitteln, dass angstauslösende Situationen ertragen werden können, ohne dass die von ihm befürchteten unangenehmen Folgen eintreten. Entscheidend für das Gelingen der Übungen ist die Vorbereitung des Kindes. Die grafische Darstellung des Angstverlaufs hat sich dabei als sehr hilfreich erwiesen (Schneider 2004, Kap. 7). Anhand des Verlaufs kann gezeigt werden, dass die Angst kontinuierlich abnimmt, je häufiger die angstauslösende Situation aufgesucht wird. Des Weiteren kann herausgearbeitet werden, dass Vermeidungsverhalten die Angst nur kurzfristig reduziert, diese jedoch mittel- und langfristig aufrechterhält und verstärkt. Des Weiteren sollte dem Kind vor der Konfrontation mitgeteilt werden, dass Flucht und Vermeidungsverhalten verhindert werden, weil man dem Kind helfen möchte, die Angst „zu besiegen“. Neben einer sorgfältigen Vorbereitung der Konfrontation bedarf die Durchführung einer hohen Kompetenz der Therapeuten. Die ersten Übungen müssen gut geplant und durchgeführt werden, da sie für den weiteren Therapieverlauf entscheidend sind. Eine schlecht geplante bzw. durchgeführte Konfrontationsübung kann u. U. ein motiviertes Kind und motivierte Eltern zum Abbruch der Konfrontationsbehandlung bewegen. Die Begleitung der ersten Übungen durch den Therapeuten stellt daher sicher, dass das Kind schnell die zu übende Situation aufsucht (ohne lange Diskussionen mit dem Kind vorab) und lange genug in der Situation verweilt, d. h. es sollten sowohl Konfrontationsübungen während der Therapiestunde als erster Schritt als auch weiterführende Übungen zwischen den Therapiestunden durchgeführt werden.

Der häufigste Fehler in der Durchführung von Konfrontationsübungen ist, dass die Übungen nicht systematisch und nicht in enger zeitlicher Abfolge erfolgen. Oft wird eine einzelne Übung durchgeführt und nach ein paar Tagen oder sogar erst nach einer Woche die nächste Übung. Die Grundlagenforschung zu Angstkonditionierung und -löschung zeigt jedoch eindeutig, dass eine überdauernde Reduktion der Angst nur dann gewährleistet ist, wenn Habituationserfahrungen häufig und in kurzen Abständen zueinander erfolgen. Des Weiteren scheint es entscheidend zu sein, die Übungen in verschiedenen Kontexten und unter Einbezug verschiedener Modalitäten durchzuführen.

Operante Techniken

Um die Motivation des Kindes zur Angstbehandlung zu stärken, ist oft der Einsatz von ► **Verstärker** notwendig. Auswahl und Dosierung der Verstärker müssen dabei aber wohlüberlegt geschehen. So muss der Verstärker individuell für jedes Kind passend ausgewählt werden. Er muss zeitlich sofort und konsequent nach dem erwünschten Verhalten (z. B. angstfreiem Verhalten) erfolgen, und einem großen Fortschritt muss ein entsprechend großer Verstärker folgen, während für kleine Fortschritte nur kleine Anreize gesetzt werden sollten. Ein sozialer Verstärker wie z. B. zusätzliche Spielzeit mit den Eltern oder ein Familienausflug wird meist mehr geschätzt als ein materieller Verstärker. Bei Kindern, die während der Angstreaktion ausgeprägtes aggressives Verhalten in Form von Wutanfällen aufweisen, kann es sinnvoll sein, ► **„Response-cost“-Pläne** einzusetzen. Hierbei wird mit dem Kind vorab vereinbart, dass einem bestimmten aggressiven Verhalten (wie etwa Zerreißen von Kleidungsstücken während der Angst) ein Entzug von Privilegien folgt (z. B. wird die tägliche Fernsehzeit um 10 Minuten verkürzt). Wichtig ist hierbei, den Eltern zu vermitteln, dass der Entzug von Privilegien ohne weiteren Kommentar erfolgen soll und umgekehrt das Kind beim Ausbleiben des aggressiven Verhaltens unbedingt gelobt werden muss.

Soziales Kompetenztraining

Ein Mangel an sozialen Fertigkeiten kann den Erfolg von Konfrontationsübungen, insbesondere bei Kindern mit sozialer Phobie, untergraben. Positive soziale Fertigkeiten werden daher anhand hypothetischer Situationen im ► **Rollenspiel** eingeübt. Aber auch wenn die sozialen Fertigkeiten angemessen sind, verhalten sich ängstliche Kinder und Jugendliche oft passiv oder aggressiv, wenn sie unter Stress stehen. Die Unterschiede zwischen diesen Interaktionstypen werden mit dem Kind besprochen, und adäquate Verhaltensweisen werden mit ihm im Rollenspiel eingeübt. Selbstsicherheitsübungen werden in Angsthierarchien mit aufgenommen und in einer Vielzahl von Situationen geübt.

Neben einer sorgfältigen Vorbereitung der Konfrontation bedarf die Durchführung einer hohen Kompetenz der Therapeuten

Habituationserfahrungen müssen häufig und in kurzen Abständen zueinander erfolgen

► **Verstärker**

► **„Response-cost“-Pläne**

Ein Mangel an sozialen Fertigkeiten kann den Erfolg von Konfrontationsübungen, insbesondere bei Kindern mit sozialer Phobie, untergraben

► **Rollenspiel**

► Progressive Muskelentspannung

Entspannungsverfahren können als Ersatz von kognitiver Restrukturierung durchgeführt werden

Hausaufgaben müssen zu Beginn jeder Sitzung mit dem Kind besprochen und das Kind für deren Erledigung gelobt werden

► Hauptbotschaft der Therapie

Ein „Worst-case-Szenario“ wird mit dem Kind besprochen

► Kindzentrierter Behandlungsansatz

Trägt das Elternverhalten zur Aufrechterhaltung der Angst entscheidend bei, werden diese in die Behandlung einbezogen

Entspannungstraining

Ein weiterer Baustein der Behandlung von Angststörungen und Phobien bei Kindern und Jugendlichen sind Entspannungstrainings, wie z. B. die ► **progressive Muskelentspannung**, autogenes Training oder Atemtraining. Die progressive Muskelentspannung in einer leicht modifizierten, spielerischeren Version wird bei Kindern am häufigsten eingesetzt (Petermann 1996). Ungeklärt ist jedoch, welchen Stellenwert Entspannungsverfahren als Wirkfaktor in der Behandlung von Angststörungen und Phobien bei Kindern und Jugendlichen wirklich zukommt. Es sollte darauf geachtet werden, dass diese Verfahren nicht als Vermeidungs- oder Sicherheitsstrategien eingesetzt werden. Ihr Einsatz scheint v. a. dann indiziert, wenn körperliche Symptome im Vordergrund stehen. Im Weiteren finden sie Verwendung in der Behandlung von generalisierter Angststörung, Prüfungsangst und wenn die Eltern Reizkonfrontationsverfahren ablehnen. Entspannungsverfahren können auch als Ersatz von kognitiver Restrukturierung durchgeführt werden, wenn diese, aufgrund mangelnder Konzentrationsfähigkeit und der Unfähigkeit still zu sitzen, nicht möglich ist.

Hausaufgaben

Hausaufgaben sind zentraler Bestandteil empirisch validierter psychotherapeutischer Behandlungen und werden regelmäßig am Ende einer Sitzung dem Kind mit nach Hause gegeben. Hausaufgaben umfassen in Abhängigkeit von dem aktuellen Behandlungsabschnitt verschiedene Themen: Zu Beginn werden meist solche Hausaufgaben vergeben, bei denen es darum geht, die Ängste bezüglich verschiedener Aspekte genauer zu beobachten. Im weiteren Verlauf beziehen sie sich immer mehr auf Konfrontationsübungen, die das Kind allein oder gemeinsam mit den Eltern durchführen soll. Für den erfolgreichen Einsatz von Hausaufgaben ist jedoch bedeutsam, dass diese von dem Therapeuten zu Beginn jeder Sitzung mit dem Kind besprochen werden und das Kind für die Erledigung der Hausaufgabe gelobt wird.

Rückfallprophylaxe

Die Therapie sollte damit enden, dass das Kind gebeten wird, aufzuschreiben oder auf Band/Video aufzunehmen, was für es die ► **Hauptbotschaft der Therapie** war und was es in der Therapie gelernt hat. Diese Intervention hilft dem Therapeuten noch einmal zu prüfen, ob die wichtigsten Botschaften der Therapie beim Kind verankert werden konnten. Des Weiteren sollte mit dem Kind ein „Worst-case-Szenario“ besprochen werden, bei dem überlegt wird, was getan wird, wenn das Kind, etwa nach den Schulferien, die Schule nicht mehr aufsuchen möchte. Auch hier kann geprüft werden, inwieweit das Kind in der Lage ist, die neu gelernten Fertigkeiten allein umzusetzen. Schließlich sollte darauf vorbereitet werden, dass insbesondere nach Krankheiten, Schulferien oder belastenden Lebensereignissen Rückschläge auftreten können, die aber nicht bedeuten müssen, dass alles umsonst war. Vielmehr sei dies der große Test, um alle in der Therapie gelernten Fertigkeiten erneut einzusetzen.

Eltern- und familienbezogene Maßnahmen

Wie bereits ausgeführt, zeigt die bisherige Therapieforschung, dass zumindest bei Kindern ab dem Alter von 8 Jahren der Einbezug der Eltern oder der Familie für die erfolgreiche Behandlung nicht zwingend notwendig und einem ► **kindzentrierten Behandlungsansatz** auch nicht überlegen ist (In-Albon u. Schneider 2007). Jedoch ergeben sich im klinischen Alltag immer wieder Situationen, in denen der Einsatz von eltern- und familienbezogenen Maßnahmen indiziert erscheint, und zwar bei:

- Kindern mit Angststörungen im Vor- und Grundschulalter,
- Trennungsängsten und
- Elternverhalten, das zur Aufrechterhaltung der Angst entscheidend beiträgt (z. B. stark überbehütender Erziehungsstil, Unterstützung des Vermeidungsverhaltens).

In solchen Fällen sollten die Eltern in die psychotherapeutische Behandlung einbezogen und die folgenden Themen behandelt werden:

- a) Bearbeiten dysfunktionaler Gedanken der Eltern in Bezug auf das Kind und die vom Kind gefürchteten Situationen,
- b) Abbau inadäquaten Elternverhaltens in den vom Kind gefürchteten Situationen,
- c) Abbau von überbehütendem Verhalten der Eltern/Förderung der Autonomie des Kindes,
- d) ggf. Behandlung der Ängstlichkeit der Eltern,
- e) Bearbeiten dysfunktionaler Gedanken der Eltern: Hier werden die dysfunktionalen Gedanken der Eltern in Bezug auf das Kind (z. B. „Ich bin eine schlechte Mutter/schlechter Vater, wenn ich mein Kind in dieser Situation allein lasse.“) bzw. die vom Kind gefürchteten Situationen (z. B. „Fahrstuhl fahren ist wirklich gefährlich.“) exploriert und ggf. bearbeitet. Die explorierten dysfunktionalen Gedanken werden im Gespräch mit den Eltern systematisch auf ihren Realitätsgehalt hin überprüft und korrigiert.
- f) Abbau inadäquaten Elternverhaltens in den vom Kind gefürchteten Situationen: Das Verhalten der Eltern in den für das Kind angstausslösenden Situationen muss besprochen werden. So reagieren beispielsweise die Eltern mit eigenen Angststörungen häufig panisch statt beruhigend, wenn das Kind starke Angstreaktionen in Form von Weinen, Klammern, Schreien oder Wutanfällen zeigt. Andere Eltern reagieren impulsiv und aggressiv auf die Angst des Kindes, statt Bewältigungsstrategien zu fördern und ängstliches Verhalten zu löschen. Hier ist es notwendig, den Eltern genaue Verhaltensregeln vorzugeben und diese mit ihnen konkret einzuüben. Durch Informationsvermittlung und Rollenspiele werden operante Techniken eingeführt und eingeübt. Auch werden mit den Eltern Hinweise und ggf. Übungen besprochen, durch die sie ihre eigenen Ängste bewältigen lernen.
- g) Abbau von überbehütendem Verhalten der Eltern/Förderung der Autonomie des Kindes: Ein weiterer Schritt in der Elternarbeit ist es zu analysieren, inwieweit die Eltern einen überbehütenden Erziehungsstil zeigen. Hier werden die Eltern in Abhängigkeit vom Alter des Kindes dazu ermuntert, dem Kind mehr Eigenverantwortung zu übergeben und so seine Selbstständigkeit zu fördern.

Umfeldbezogene Maßnahmen

Oft ist es sinnvoll, die Schule oder den Kindergarten des Kindes frühzeitig in die Angstbehandlung des Kindes einzubeziehen. Dies ist insbesondere bei den Angststörungen indiziert, bei welchen die Schule oder der Kindergarten Bestandteil der Angstsymptomatik ist. Dies ist meist bei der Trennungsangst, sozialen Ängstlichkeit oder generalisierten Angststörung der Fall. Der Einbezug von Schule und Kindergarten erfolgt in den verschiedenen Phasen der Therapie mit den im Folgenden beschriebenen Zielsetzungen.

Diagnostische Phase

- Abklärung der Schwere der Angstsymptomatik in Schule/Kindergarten,
- Exploration des Verhaltens der Lehrer/Erziehungspersonen und ggf. der Mitschüler: Welche Verhaltensweisen der Erziehungspersonen oder Mitschüler tragen zur Aufrechterhaltung der Angst bei?

Therapeutische Phase

Wenn das Kind aufgrund der Angstsymptomatik die Schule nicht mehr aufsucht, muss den Lehrern eine realistische Einschätzung darüber gegeben werden, ab wann das Kind wieder regelmäßig am Unterricht teilnehmen kann. Für die ► **Aufklärung** der Mitschüler hat es sich bewährt, dass z. B. eine oder auch mehrere Schulstunden dem Thema Angst gewidmet werden. Hier können dem Lehrer Materialien wie etwa die Broschüre *Nur keine Panik: Was Kids über Angst wissen sollten* (Schneider u. Borer 2007) zur Verfügung gestellt werden, mithilfe derer der Unterricht gestaltet werden kann.

Des Weiteren geht es darum, darüber zu informieren, wie die Konfrontationstherapie durch den Lehrer unterstützt werden kann. Bei Kindern mit sozialer Ängstlichkeit oder generalisierter Angststörung ist es oft sinnvoll, mit dem Lehrer und dem Kind regelmäßig Zielvereinbarungen über das vom Kind erwünschte Verhalten im Unterricht zu definieren (z. B. mindestens einmal pro Schul-

Wenn die Schule oder der Kindergarten Bestandteil der Angstsymptomatik ist, sind umfeldbezogene Maßnahmen indiziert

► Aufklärung

Zielvereinbarungen über das vom Kind erwünschte Verhalten im Unterricht werden regelmäßig definiert

stunde die Hand aufzustrecken und etwas zu sagen), dies zu dokumentieren und mit einem Verstärkerprogramm zu kombinieren.

Ergänzende Maßnahmen

Generell sind für den Erfolg der Angstbehandlung ergänzende Maßnahmen sinnvoll, die die **Selbstwirksamkeitsüberzeugung** des Kindes fördern. Die Maßnahmen sollten immer individuell an die jeweilige Angstsymptomatik angepasst werden und Vorlieben des Kindes berücksichtigen. Für Kinder mit sozialer Ängstlichkeit sind insbesondere Maßnahmen zu wählen, die den Kontakt mit anderen Kindern fördern, wie z. B. Gruppensport, Kinder- bzw. Jugendgruppen. Bei Kindern mit generalisierter Angststörung sollten Maßnahmen gesucht werden, die dem Kind helfen, das allgemeine Erregungsniveau und Grübeln zu reduzieren (z. B. Musik- und Gesangsunterricht, Sport, Reiten). Kurse zur Selbstverteidigung oder bestimmte Kampfkunstsportarten können für Kinder mit Angststörungen sinnvoll sein, da sie die Selbstsicherheit des Kindes fördern.

Fazit für die Praxis

Angststörungen des Kindes- und Jugendalters sind bedeutsame Risikofaktoren für psychische Störungen des Erwachsenenalters und bedürfen einer Behandlung. Die Methode der ersten Wahl in der Behandlung ist die kognitive Verhaltenstherapie mit dem Kind, die je nach Alter und Störungsbild durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen mit den Eltern ergänzt wird. Eine valide Diagnose der Angststörung und die Evaluation des Therapieerfolgs erfordern den Einbezug von Informationen des Kindes und der Eltern oder auch anderer Bezugspersonen zur Angstsymptomatik des Kindes. Für die Zukunft bleibt zu klären, ob die Behandlung von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters nicht nur unmittelbares Leid des Kindes und Familie lindert, sondern auch eine Präventionsmaßnahme zur Vorbeugung von psychischen Störungen des Erwachsenenalters darstellt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Silvia Schneider

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstr. 150, 44789 Bochum
Deutschland
silvia.schneider@rub.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

► Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Kurse zur Selbstverteidigung oder bestimmte Kampfkunstsportarten fördern die Selbstsicherheit des Kindes

Literatur

- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996) Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 64(2):333–342
- Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM (2001) Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *J Consult Clin Psychol* 69(1):135–141
- Barrett P, Webster H, Turner C (2000) *Friends for children*. Australian Academic Press, Bowen Hills
- Barrett P, Webster H, Turner C et al (2003) *Freunde für Kinder*. Reinhardt, München
- Beck N, Cäsar S, Leonhardt B (2006) *Training sozialer Fähigkeiten*. dgvt, Tübingen
- Beelmann A, Schneider N (2003) Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Z Klin Psychol Psychother* 32:129–143
- Birmaher B, Axelson DA, Monk K et al (2003) Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(4):415–424
- Bittner A, Egger HL, Erkanli A et al (2007) What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry* 48(12):1174–1183
- Boehne K, Silbereisen RK, Reynolds CR, Richmond BO (1986) What I think and feel: German experience with the revised form of the Children's Manifest Anxiety Scale. *Pers Individ Dif* 7(4):553–560
- Boie K (2001) Kirsten Boie erzählt vom Angst haben. Oetinger, Hamburg
- Brezinka V (2009) Computerspiele in der Verhaltenstherapie mit Kindern. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd 3. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 233–241
- Brückl TM, Wittchen H-U, Höfler M et al (2007) Childhood separation anxiety and the risk for subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom* 7:47–56
- Cobham VE, Dadds MR, Spence SH (1998) The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol* 66:893–905
- Connolly SD, Bernstein GA (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(2):267–283
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg) (2003) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*, 2. überarb. Aufl. Deutscher Ärzte Verlag, Köln

- Döpfner M, Schnabel M, Goletz H, Ollendick TH (2006) PHOKI – Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche. Hogrefe, Göttingen
- Döpfner M, Berner W, Flechtner H et al (1999) Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D). Hogrefe, Göttingen
- Döpfner M, Berner W, Fleischmann T, Schmidt M (1993) Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder VBV 3–6. Beltz, Weinheim
- Döpfner M, Lehmkuhl G (2000) DISYPS-KJ. Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, 2. überarb. Aufl. Huber, Göttingen
- Essau CA, Karpinski NA, Petermann F, Conradt J (1998) Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie* 8(3):180–187
- Essau CA, Muris P, Ederer EM (2002) Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 33(1):1–18
- Federer M, Schneider S, Margraf J, Herrle J (2000) Wie erleben Achtjährige Panikanfälle? *Z Klin Psychol Psychother Forsch Prax* 29:195–203
- Franke GH (2002) Die Symptom-Checkliste-Revised (SCL-90-R). Hogrefe, Göttingen
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994) Beck-Depressions-Inventar (BDI). Huber, Bern
- Herpertz-Dahlmann B (2004) Psychopharmakologische Behandlung. In: Schneider S (Hrsg) *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 374–385
- Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch* 53:159–169
- In-Albon T (2009) Generalisierte Angststörung im Kindes- und Jugendalter. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd 3. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 593–608
- In-Albon T, Schneider S (2007) Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom* 76:15–24
- In-Albon T, Zumsteg U, Müller D, Schneider S (2011) Psychological problems in the pediatric setting - results of a Swiss survey. *Swiss Med Wkly* (in press)
- James A, Soler A, Weatherall R (2005) Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD004690
- Jerusalem M, Schwarzer R (1981) Fragebogen zur Erfassung von „Selbstwirksamkeit“. In: Schwarzer R (Hrsg) (1986) *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (Forschungsbericht 5). Institut für Psychologie, Freie Universität, Berlin
- Joormann J, Unnewehr S (2002) Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen
- Kendall PC (2000a) *The coping cat workbook*. Workbook, Ardmore, PA
- Kendall PC (2000b) *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual*. Workbook, Ardmore
- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schröder E, Webb A (2004) Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 72(2):276–287
- Kendall PC, Treadwell KRH (Hrsg) (1996) *Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders*. American Psychological Association, Washington, DC
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593–602
- Lovibond PF, Lovibond SH (1995) The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 33(3):335–343
- Lynham HJ, Abbott MJ, Wignall A, Rapee RM (2003) *The cool kids family program – therapist manual*. Macquarie University, Sydney
- Mattejat F, Jungmann J, Meusers M et al (1998) Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Eine Pilotstudie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 26(3):174–182
- Melfsen S, Florin I (1997) Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern (SASC-R-D). *Kindheit und Entwicklung* 6:224–229
- Melfsen S, Florin I, Warnke A (2001) *Das Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK)*. Hogrefe, Göttingen
- Melfsen S, Warnke A (2009) *Soziale Phobie*. In: Schneider S, Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd 3. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 531–553
- Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, Minderaa RB (2003) Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(11):1270–1278
- Petermann U (Hrsg) (1996) *Ruherituaile und Entspannung mit Kindern und Jugendlichen*. Schneider Hohengehren, Baltmannsweiler
- Petermann F, Petermann U (2003) *Training mit sozial unsicheren Kindern*, 8. korr. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Reitzle M, Winkler Metzke C, Steinhausen H-C (2001) Eltern und Kinder: Der Zürcher Kurzfragebogen zum Erziehungsverhalten. *Diagnostica* 47:196–207
- Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (2001) Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med* 344:1278–1285
- Rynn MA, Siqueland L, Rickels K (2001) Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 158(12):2008–2014
- Schneider S (2004) *Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF)*. Unpubliziertes Therapiemanual. Institut für Psychologie, Universität Basel
- Schneider S (2008) *Angststörungen und Phobien*. In: Remschmidt H, Mattejat F, Warnke A (Hrsg) *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart, S 251–263
- Schneider S, Borer S (2007) *Nur keine Panik. Was Kids über Angst wissen sollten*, 2. Aufl. Karger, Basel
- Schneider S, Silverman WK (2011) *Kinderrangstsensitivitätsindex (KASI)*. Hogrefe, Göttingen (in Vorbereitung)
- Schneider S, Unnewehr S, Margraf J (Hrsg) (2009) *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Silverman WK, Ollendick TH (2005) Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 34(3):380–411
- Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C (2008) Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37(1):105–130
- Siqueland L, Rynn M, Diamond GS (2005) Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: phase 1 and phase II studies. *J Anxiety Disord* 19(4):361–381
- Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M (2000) The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *J Child Psychol Psychiatry* 41:713–726
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety-Inventory*. Consulting Psychologists, Palo Alto, CA
- Steinhausen H-C, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R (1998) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 98:261–271
- Suhr L, Döpfner M (2005) *Diagnostik und Therapie von Leistungsängsten. Therapiemanual für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)*, Bd 1. Hogrefe, Göttingen
- Target M, Fonagy P (1994) The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(3):361–371
- Turner F, Tewes U (2000) *Kinder-Angst-Test-II (KAT-II)*. Hogrefe, Göttingen
- Tuschen-Caffier B, Kühl S, Bender C (2009) *Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter*. Ein Therapiemanual. Hogrefe, Göttingen
- Walkup JT, Albano AM, Piacentini J et al (2008) Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med* 359(26):2753–2766
- Wieczerkowski W, Nickel H, Janowski A et al (2000) *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Hogrefe, Göttingen
- Wittchen H-U, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 28:109–126
- Woodward LJ, Fergusson DM (2001) Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1086–1093
- World Health Organization (2004) *International classification of disease*, 10. Aufl. World Health Organization, Geneva

Weiterführende Links und Literatur

- <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004690.html>
- <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-022.htm>
- <http://www.aacap.org/clinical/Anxtysum.htm>
- Schneider S (Hrsg) (2004) *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: CME.springer.de
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Was unterscheidet Angststörungen von nichtklinischen Ängsten im Kindes- und Jugendalter?

- Starke Beeinträchtigung und Leidensdruck.
- Häufigkeit.
- Kulturelle Aspekte.
- Alter der Kinder.
- Angstinhalte.

Was ist die Hauptrisikoperiode für den Beginn von Angststörungen?

- Säuglingsalter.
- Jugendalter.
- Kindesalter.
- Hohes Erwachsenenalter.
- Frühes Erwachsenenalter.

Für welche der folgenden Psychotherapieverfahren gibt es die meisten Wirksamkeitsstudien aus der Psychotherapieforschung?

- Systemische Psychotherapie.
- Klientenzentrierte Psychotherapie.
- Kognitive Verhaltenstherapie.
- Psychodynamische Psychotherapie.
- Hypnotherapie.

Wann sollten die Eltern in die Therapie von Kindern mit Angststörungen miteinbezogen werden?

- Bei Jugendlichen.
- Bei sehr selbstständigen Kindern.
- Bei Eltern mit sehr hohem Leistungsdruck an ihre Kinder.
- Bei Eltern mit guter psychischer Gesundheit.
- Bei Vorschulkindern.

Wie hoch liegt die Prävalenzrate von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter?

- Ca. 2%
- Ca. 20%
- Ca. 50%
- Ca. 5%
- Ca. 10%

Wer sollte in den diagnostischen Prozess einbezogen werden?

- Nur die Kinder.
- Verschiedene Informanten, d. h. Kind, Eltern, ggf. Lehrpersonen.
- Nur die Eltern.
- Nur die Lehrperson.
- Nur die Mutter.

Was ist mit der Aussage: „Angststörungen im Kindes- und Jugendalter wachsen sich nicht aus“ gemeint?

- Psychische Störungen im Kindesalter kommen nicht vor.
- Angststörungen haben ihr Erstauftrittsalter erst im frühen Erwachsenenalter.
- Im Kindesalter kommen nur entwicklungsangemessene Ängste vor.
- Angststörungen im Kindes- und Jugendalter stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen dar.
- Angststörungen gefährden nicht die gesunde Entwicklung des Kindes.

Welches Modul kann als Basismodul in der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen betrachtet werden?

- Konfrontation in sensu.
- Hausaufgaben.
- Rückfallprophylaxe.
- Konfrontation in vivo.
- Entspannungsverfahren.

Was ist das zentrale Ziel der Angstbehandlung der kognitiven Verhaltenstherapie?

- Reduktion der Angstsymptomatik.
- Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung.
- Reduktion der Geschwister-rivalität.
- Verbesserung der „Peer“-Beziehungen.
- Steigerung kognitiver Leistungen.

Welche Aussage zur Komorbidität von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter trifft zu?

- Komorbidität tritt nur innerhalb der Angststörungen auf.
- Komorbidität tritt nur mit anderen psychischen Störungen auf.
- Komorbidität tritt im Kindesalter nicht auf.
- Komorbide Störungen entwickeln sich erst im Jugendalter.
- Komorbidität mit anderen psychischen Störungen und innerhalb der Angststörungen ist häufig.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar.

Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de

