

PSYCH *up2date*

1 · 2019

Neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen 5

Nicht ohne Dich! – Störung mit Trennungsangst

*Katharina Sommer
Michael W. Lippert
Kathrin Schuck
Silvia Schneider*

VNR: 2760512019156643213
DOI: 10.1055/s-0043-119478
PSYCH up2date 2019; 13 (1): 39–54
ISSN 2194-8895
© 2019 Georg Thieme Verlag KG

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Dissoziative Symptome und Störungen K. Priebe, C. Stiglmayr, C. Schmahl Heft 6/2018

Anpassungsstörungen: eine schwierige Diagnose S. Schroth, V. Köllner Heft 5/2018

Evidenzbasierte Therapie somatoformer Störungen M. Depping, B. Löwe Heft 2/2018

Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter S. Walitza, C. Rütter, V. Brezinka Heft 5/2017

Dermatillomanie (Skin-Picking-Störung): Diagnostik, Erklärung und Behandlung L. M. Mehrmann, A. L. Gerlach, A. Hunger Heft 4/2017

Spezifische Phobien A. Hamm Heft 3/2017

Diagnostik somatoformer Störungen C. Lahmann, C. Allwang, A. Dinkel Heft 5/2016

EMDR in der Psychotherapie: Einsatzmöglichkeiten, Wirksamkeit und Begrenzungen M. Stephan Heft 4/2016

Panikstörung und Agoraphobie P. Kindermann, M. Mühlberger, U. Voderholzer Heft 2/2016

Pharmakotherapie bei Angsterkrankungen P. Zwanzger Heft 2/2016

Die körperdysmorphe Störung: aktuelle Entwicklungen zu Diagnostik, Störungswissen und Therapie K. Schieber, A. Martin Heft 1/2016

Soziale Angststörung J. Lin, I. Struina, U. Stangier Heft 2/2014

Störungsspezifische Therapie der Zwangsstörungen U. Voderholzer, M. Müller, A. Külz Heft 1/2014

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter S. Schneider, S. Seehagen Heft 6/2013

Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung R. Rosner, A. Nocon, M. Olf Heft 5/2013

Generalisierte Angststörung J. Hoyer, J. Plag Heft 2/2013

Pathologisches Horten und Sammeln als Erkrankung des Zwangsspektrums D. Schön, A. Wahl-Kordon, B. Zurowski Heft 1/2013

Das Depersonalisations-Derealisationssyndrom M. Michal Heft 1/2013

Emotionsbezogene Techniken in der Psychotherapie G. Jacob, C.-H. Lammers Heft 5/2012

Zwangsspektrumerkrankungen M. Anlauf, A. Kordon Heft 3/2010

Anpassungsstörungen S. Elstner, A. Diefenbacher Heft 1/2009

Dissoziative Störungen K. Priebe, C. Schmahl Heft 4/2008

Somatoforme Störungen und Hypochondrie R. Mewes, W. Rief Heft 3/2008

Panikstörung und Agoraphobie N. Vriends, J. Margraf Heft 2/2008

Diagnostik der Generalisierten Angststörungen T. Bär, M. Linden Heft 1/2008

Soziale Phobien erkennen und behandeln K. Consbruch, U. Stangier Heft 4/2007

Zwangsstörungen U. Voderholzer, A. Külz Heft 3/2007

Posttraumatische Belastungsstörungen U. Schnyder Heft 1/2007

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift: online wie offline, am PC und mobil, alle bereits erschienenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos! <https://eref.thieme.de/psych-u2d>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht freigeschaltet? Ein Klick genügt: www.thieme.de/eref-registrierung

Nicht ohne Dich! – Störung mit Trennungsangst

Katharina Sommer, Michael W. Lippert, Kathrin Schuck, Silvia Schneider



Die Störung mit Trennungsangst gehört zu den frühesten psychischen Störungen des Kindesalters. Ihr Verlauf ist unter den Angststörungen des Kindes- und Jugendalters besonders ungünstig. Neben den Beeinträchtigungen durch die Störung selbst ist sie zudem ein Risikofaktor für die Entwicklung weiterer Angststörungen im Erwachsenenalter. Seit Erscheinen des DSM-5 kann die Störung mit Trennungsangst auch im Erwachsenenalter vergeben werden.

Darstellung der Störung

DEFINITION

Trennungsangst ist ein Phänomen, das sowohl als entwicklungsphasentypische Erscheinung in der „normalen“ Entwicklung als auch mit pathologischer Relevanz im Rahmen psychischer Störungen auftreten kann.

Unter der alterstypischen Trennungsangst wird die Protestreaktion eines Kindes bei der Trennung von der primären Bezugsperson verstanden. Diese beginnt typischerweise im Alter zwischen sieben und zwölf Monaten, erreicht ihren Höhepunkt im Alter zwischen 15 und 18 Monaten und nimmt daraufhin kontinuierlich wieder ab. Dieser Verlauf ist insofern als typisch zu bewerten, als dass er bei einem Großteil der Kinder in dieser Altersgruppe über verschiedene Kulturen hinweg beobachtet werden kann und die Reaktion der Kinder nicht von Dauer ist. Im Kontrast dazu steht die klinische Diagnose der Trennungsangst als kindliche Angststörung [1].

Merke

Die wichtigsten Faktoren zur Abgrenzung entwicklungsphasentypischer von pathologischen Reaktionen stellen das Alter sowie der Leidensdruck dar.

Klinisch relevante Trennungsangst wird ab dem Alter von etwa 3 oder 4 Jahren diagnostiziert, in dem für den Großteil der Kinder Trennungen von Bezugspersonen nur noch selten eine Belastung darstellen. Für eine klinische Diagnose ausschlaggebend ist auch, wie stark das Kind durch die Angst in seinem Alltag (bspw. Schul- oder Kindergartenbesuch) beeinträchtigt wird.

Klassifikation der Störung

Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 stellen inhaltlich äquivalente Kriterien zur Diagnose der Störung mit Trennungsangst auf. Unterschiede finden sich im Beginn der Störung: Während im DSM-5 die Störung auch

HINTERGRUNDWISSEN

Beschreibung der Störung mit Trennungsangst

Laut DSM-5 zeichnet sich die Störung mit Trennungsangst durch eine exzessive und unrealistische Angst in Erwartung oder unmittelbar bei einer Trennung von Eltern oder anderen engen Bezugspersonen aus. Im Rahmen dessen müssen mindestens 3 trennungsbezogene Auffälligkeiten hinsichtlich der kindlichen Kognitionen, des Verhaltens sowie somatischen Beschwerden beschrieben werden. Diese umfassen:

- wiederkehrendes, starkes Leid bei der Trennung oder bei Erwartung einer Trennung von einer Bezugsperson
- anhaltende Sorge vor dem Verlust einer Bezugsperson (z. B. durch Krankheit) oder vor einem Unglück, das eine Trennung von der Bezugsperson verursacht (z. B. Entführung, Unfall)
- beständige Angst, auszugehen (z. B. Kindergarten-, Schulbesuche oder Besuche bei Großeltern oder Freunden) oder alleine in bekannter oder in fremder Umgebung zu bleiben
- Alpträume von Trennungssituationen
- somatische Beschwerden wie Bauch- oder Kopfschmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen.

Diese Beschwerden müssen

1. zur Beeinträchtigung in schulischen, beruflichen, sozialen oder anderen wichtigen Lebensbereichen führen und
2. mindestens einen Monat lang präsent sein.

Nicht zuletzt muss für die Diagnose sichergestellt sein, dass die Symptome des Kindes nicht besser durch andere psychische Störungen erklärt werden können [3].

FALLBEISPIEL**Anamnese**

Simon ist 10 Jahre alt und hat große Schwierigkeiten, alleine zu bleiben. Am Tag hält sich Simon nie alleine im Zimmer auf und besucht Freunde nur in Begleitung der Mutter. Wenn er bei den Großeltern bleiben soll, kommt es bei der Verabschiedung zu Streit und Wutanfällen, bei denen er weinend um sich schlägt. Oft bleiben Simons Mutter oder sogar beide Eltern deswegen zu Hause. Simon erzählt, dass er sich große Sorgen um seine Mutter mache. Er habe Angst, dass seine Eltern einen Unfall haben oder mit dem Flugzeug abstürzen könnten. Er befürchte auch, dass Einbrecher kommen und ihn entführen könnten, wenn er nicht bei den Eltern sei. Auch der Schulbesuch ist für Simon schwierig. Vor allem montags beklagt er starke Bauchschmerzen und Übelkeit. An Tagen, an denen er die Schule besucht, lässt er sich nicht selten abholen. Simons Mutter ist sehr besorgt um ihren Sohn, sodass sie sich an diesen Tagen freinimmt und sich intensiv um ihn kümmert. Besuche bei Ärzten ergaben keinerlei somatische Erklärungen für Simons Beschwerden.

Nachts kommt Simon häufig ins Bett der Eltern wegen starker Alpträume. In letzter Zeit kam es zunehmend zu Streit zwischen den Eltern, da vor allem sein Vater das Eheleben immer mehr als gefährdet erlebt. Auch Simon ist unglücklich, da er in der Klasse den Anschluss an seine Freunde verliert, da er sich weder verabreden, noch an der Klassenfahrt teilnehmen kann.

im Erwachsenenalter vergeben werden kann, sieht das ICD-10 einen Beginn der Trennungsangst vor dem 6. Lebensjahr vor [2].

Gerade die körperlichen Beschwerden geben den Eltern häufig Anlass zur Sorge. Sie sollten medizinisch abgeklärt werden, sind jedoch meist im Rahmen der Trennungsangst zu erklären. So kann man häufig beobachten, dass die berichteten Beschwerden nachlassen oder gar nicht erst auftreten, wenn die Kinder die gefürchtete Situation vermeiden können.

Zum Schutz des Kindes vermeiden Eltern infolge dessen häufig selbst Trennungssituationen und schicken so bspw. das Kind nicht in die Schule oder den Kindergarten oder aber bleiben bei Treffen mit Freunden bei ihnen. Dies reduziert zwar kurzfristig die Angst des Kindes, ist jedoch langfristig ein aufrechterhaltender Faktor der Störung.

HINTERGRUNDWISSEN**Trennungsangst im Erwachsenenalter**

Seit Erscheinen des DSM-5 ist eine Diagnose der Störung mit Trennungsangst auch im Erwachsenenalter möglich. Bis auf die Dauer der Symptome gleichen die Kriterien hier denen des Kindesalters: Im Gegensatz zum Kindesalter muss die Furcht, Angst oder Vermeidung bei Erwachsenen mindestens 6 Monate lang anhalten. Während die kindliche Angst vor allem der Trennung von den Eltern gilt, bezieht sich die Angst im Erwachsenenalter vorwiegend auf die Trennung vom Partner, von Familienmitgliedern oder Freunden.

Laut Umfragen der WHO zeigen sich bei Einbezug der Patienten mit Trennungsangst mit Beginn im Erwachsenenalter Lebenszeitprävalenzen von 4,8%. Der Beginn der Erkrankung lag in 43,1% der Fälle nach dem 18. Lebensjahr. In etwa 75% der Fälle mit Beginn in der Kindheit lag das Erkrankungsalter noch vor dem 10. Lebensjahr [4].

Die 12-Monats-Prävalenz im Erwachsenenalter liegt in den USA bei 0,9–1,9%. Wie auch bei der Störung mit Trennungsangst im Kindesalter zeigen sich komorbid häufig andere Angststörungen sowie depressive Störungen. Bei Trennungsangst mit Beginn im Erwachsenenalter sind komorbid komplizierte Trauer und PTBS zu betrachten, da die späte Entwicklung der Störung nicht selten im Zusammenhang mit dem Verlust von nahen Angehörigen steht [5].

Epidemiologie und Verlauf

Mit einem Erstauftretungsgipfel von ca. 7 Jahren zeigt die Störung unter den Angststörungen im Kindes- und Jugendalter den frühesten Beginn, tritt vorwiegend vor der Pubertät auf und nimmt mit zunehmendem Altersverlauf wieder ab.

Merke

Etwa 3% der Kinder leiden an einer Störung mit Trennungsangst. Jungen und Mädchen sind gleich häufig betroffen.

Häufig bilden Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst darüber hinaus auch weitere Störungen aus; dabei zeigt sich vor allem eine hohe Komorbidität mit anderen Angststörungen. Etwa ein Drittel der Kinder mit Störung weist außerdem Depressionen und etwa ein Fünftel eine ADHS oder Störung mit oppositionellem Trotzverhalten auf [6]. Längsschnittlich haben Kinder mit Trennungsangst im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Panikstörung und/oder Agoraphobie [7].

Zudem findet sich in retrospektiven Studien mit erwachsenen Trennungsangst-Patienten eine höhere Wahrscheinlichkeit für Persönlichkeitsstörungen (Cluster C), sofern sie bereits in der Kindheit Trennungsangst aufwiesen [8].

Nicht zuletzt gibt es bei jungen Erwachsenen mit der Diagnose einer Trennungsangst in der Kindheit Hinweise auf schlechtere gesundheitliche Konditionen wie chronische Erkrankungen oder Übergewicht [9].

Modelle zur Ätiologie

In der Literatur werden die Angststörungen häufig als Gesamtheit betrachtet, sodass Angaben für spezifische Angststörungen nicht immer möglich sind. Erste explizite Modelle zur Trennungsangst:

- das „Modell zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Trennungsangst“ [1] sowie
- die „Suffocation False Alarm Hypothese“ [10]

Modell zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Trennungsangst

Das **ätiologische Modell** bietet einen umfassenden Ansatz zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung mit Trennungsangst. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung nur durch die Interaktion von Merkmalen der Eltern und des Kindes zu verstehen ist. Im Sinne eines Diathese-Stress-Modells unterscheidet das Modell zwischen stabilen und überdauernden Merkmalen aufseiten des Kindes und der Eltern, auslösenden Faktoren und aufrechterhaltenden Faktoren für die Störung mit Trennungsangst.

Bedingungsfaktoren

Ausgangspunkt dieses Modells ist die elterliche psychische Befindlichkeit, die neben genetischen Faktoren insbesondere die Ausprägung elterlicher psychopathologischer Symptome, allgemeiner Selbstwirksamkeitserwartung und psychischer Gesundheit umfasst.

Diese Variablen prägen die kindliche Vulnerabilität. Sowohl die elterliche Befindlichkeit als auch die Vulnerabilität des Kindes bestimmen die Qualität und Quantität der Kognitionen und Verhaltensweisen der Eltern gegenüber ihrem Kind. Diese bilden die frühesten impliziten und expliziten Lernerfahrungen des Kindes. So führt etwa eine überdauernde negative emotionale Befindlichkeit eines Elternteils (z. B. durch Angst- und depressive Symptome) und auch eine von den Eltern bereits früh wahrgenommene erhöhte Verletzlichkeit des Kindes zu dysfunktionalen Gedanken bezüglich des eigenen Kindes (z. B. „Mein Kind ist sehr sensibel und bedarf besonderen Schutzes.“). Dies prägt wiederum einen Erziehungsstil, der durch Überfürsorglichkeit und hohe Kontrolle charakterisiert ist. Das Kind übernimmt durch ängstliche Instruktionen

und Verhaltensweisen des Elternteils dysfunktionale Kognitionen (z. B. „Die Welt ist nicht sicher.“) und kognitive Verzerrungen (z. B. „Es droht Gefahr.“) sowie vermeidende Problemlösestrategien des Elternteils („Es ist besser, als Kind nicht allein zu sein.“).

Merke

Das Kind erwirbt über unterschiedliche Lernprozesse überdauernde psychologische Merkmale, die sein Risiko für die Entwicklung der Trennungsangst erhöhen.

Aufrechterhaltende Faktoren

Kommen nun kritische normative und/oder individuelle Entwicklungs-/Lebensereignisse (z. B. Fremdeln, Kindergartenentritt, Verlust eines Elternteils) als auslösende Faktoren hinzu, kann es bei anstehenden Trennungssituationen zu einem Aufschaukelungsprozess kommen, der zu einer massiven Erregung und Angst führt, die nur durch das Vermeiden oder Verlassen der Trennungssituation aufgelöst werden kann. Dabei nehmen verschiedene Faktoren wie die Art der Situation, die aktuelle Befindlichkeit des Kindes oder des Elternteils Einfluss auf den Aufschaukelungsprozess.

Merke

Das Modell betont, dass der Aufschaukelungsprozess nicht nur beim Kind, sondern auch bei dem anwesenden Elternteil stattfindet.

Typischerweise beginnt der Prozess mit dysfunktionalen Gedanken des Elternteils (z. B. „Mein Kind ist noch zu jung, um diesen Schritt zu tun.“) oder des Kindes (z. B. „Ich kann das nicht.“), denen körperliche Symptome folgen (Elternteil: Herzklopfen, Schwitzen, Kind: Bauchschmerzen, schnelles Atmen). Sowohl das Elternteil als auch das Kind erleben emotionalen Stress, entwickeln Angst und versuchen, mit dysfunktionalen Copingstrategien auf die Angst zu reagieren. So versuchen die Eltern mit viel Zureden und durch wiederholtes Fragen wie z. B. „Meinst Du, Du schaffst das?“ oder „Es wird bestimmt nichts passieren.“, das Kind zu beruhigen. Das Kind versucht, durch Anklammern an das Elternteil die anstehende Trennung zu verhindern. Die dysfunktionalen Gedanken von Eltern und Kind nehmen zu und werden qualitativ immer bedrohlicher. Körpersymptome und Angst verstärken sich und auch das dysfunktionale Coping nimmt zu. Die Angst bei Eltern und Kind wird so massiv, dass Vermeidung oder Verlassen der Trennungssituation die einzige Lösung scheint.

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Durch die Vermeidung oder das Verlassen der Situation kommt es kurzfristig zu einer emotionalen Entlastung bei Eltern und Kind, mittel- und langfristig führt dieses Verhalten jedoch dazu, dass die Risikomerkmale von Kind und Eltern weiter gefestigt werden und die Trennungsangst des Kindes sich immer weiter manifestiert.

Empirische Belege – bedingende Faktoren

Erste empirische Unterstützung erfährt das Modell durch verschiedene Studien aus dem Bereich der Entwicklungspsychologie, Entwicklungspsychopathologie und Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie. Eine detaillierte Zusammenschau inklusive der Originalquellen ist im aktuellen Kapitel von Lavalée und Schneider zu finden [6].

Elterliche Psychopathologie

Gut untersucht ist die familiäre Transmission der Störung mit Trennungsangst. Bereits eine Reihe von Studien unterstützt die Annahme des Zusammenhangs elterlicher Psychopathologie mit der Störung mit Trennungsangst im Kindesalter. So zeigten bisherige Untersuchungen eine erhöhte Prävalenz von Trennungsangst bei Kindern, deren Eltern an einer Panikstörung, einer Major Depression, einer Agoraphobie oder einer sozialen oder spezifischen Phobie erkrankt waren. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass mütterliche Angst im 9. Lebensjahr des Kindes die Entwicklung einer Trennungsangst im 11. Lebensjahr vorhersagte.

Vulnerabilität

In der Vermittlung zwischen der elterlichen Psychopathologie und einer möglichen Pathologie des Kindes werden verschiedene Mechanismen vermutet, welche die Vulnerabilität des Kindes bedingen. Im Fokus stehen hier die Eltern-Kind-Bindung und das Temperament des Kindes. In mehreren Querschnittsuntersuchungen konnten bereits Assoziationen zwischen behavioraler Inhibition als Temperamentsmerkmal und verschiedenen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter aufgezeigt werden.

DEFINITION**Behaviorale Inhibition**

Unter behavioraler Inhibition versteht man ein zurückgezogenes und scheues Verhalten in neuen, unvertrauten Situationen, das mit hoher sympathischer Erregung einhergeht.

Studien zeigten, dass Kinder, die eine stabile behaviorale Inhibition aufwiesen, häufiger an einer Angststörung erkrankten. In Bezug zur elterlichen Psychopathologie zeigten verschiedene Studien, dass Kinder von Eltern mit einer Angststörung häufiger eine hohe Ausprägung von behavioraler Inhibition zeigten [11].

Merke

Auch die Art der Bindung beeinflusst eine vorhandene Prädisposition für eine Angstkrankung.

In einer prospektiven Längsschnittstudie zeigte sich, dass ein unsicher/widersetzender Bindungsstil in der Kindheit das Risiko für eine Angststörung im Alter von 18 Jahren verdoppelte. Diverse Studien im Kontext kindlicher Psychopathologie schlagen hier eine Brücke zwischen elterlicher Psychopathologie und dem Bindungsverhalten. So wiesen bspw. Studien auf mangelnde Responsivität und weniger Feinfühligkeit bei depressiven Müttern gegenüber ihren Kindern hin [12]. Für Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ergaben sich Hinweise auf weniger feinfühliges und hoch kontrollierendes Interaktionsverhalten, was wiederum mit unsicherer Bindung und dysfunktionaler Emotionsregulation des Kindes assoziiert ist [13].

Erziehungsstil und elterliche Kognitionen

Die Rolle der Eltern-Kind-Interaktion und des Erziehungsstils in Familien mit einem ängstlichen Kind oder einem ängstlichen Elternteil ist ebenfalls in Form von Fragebogenerhebungen und auch von Verhaltensbeobachtungen vielfach untersucht worden. Hinsichtlich des Zusammenhangs elterlichen Erziehungsverhaltens und der Genese von Ängsten zeigt die aktuelle Studienlage, dass Kinder mit Angststörungen ihre Familien als weniger akzeptierend und Autonomie gewährend, weniger kontaktfreudig und unterstützend sowie konfliktreicher erlebten als Kinder ohne Angststörungen. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass Eltern von Kindern mit Angststörungen sowie Eltern mit einer Angststörung mehr Ablehnung und Kontrolle in der Interaktion mit ihren Kindern aufwiesen im Vergleich zu Müttern in der Kontrollgruppe. Neben der elterlichen Kontrolle und dem geringen Ausmaß an „Autonomiegewährung“ zeigte zudem exzessives „Überengagement“ einen signifikanten Zusammenhang mit kindlicher Angst.

Hinsichtlich der Untersuchung der Richtung dieser korrelativen Zusammenhänge geben neuere Längsschnitt- und experimentelle Studien erste Hinweise, dass ein Erziehungsstil, der durch hohe Überfürsorglichkeit und Kontrolle gekennzeichnet ist, das Ausmaß der Angst des Kindes vorhersagt. Basierend auf diesen Befunden vermuten verschiedene Autoren, dass frühe Erfahrungen von Überfürsorge und hoher elterlicher Kontrolle bei Kindern die Sichtweise prägen, die Welt als bedrohlich wahrzunehmen. Der Aufbau von Selbstwirksamkeit sowie die

Entwicklung des Gefühls von Kontrolle werden hierdurch behindert, was wiederum das Risiko erhöht, eine Angststörung zu entwickeln.

Mit Blick auf die elterlichen Kognitionen konnte bereits gezeigt werden, dass Eltern von Kindern mit Trennungsangst eine geringere Selbstwirksamkeit hinsichtlich der eigenen Erziehungskompetenzen aufweisen als Eltern von Kindern mit sozialer Phobie oder ohne psychische Störung (z. B. „Mutter bzw. Vater zu sein, macht mich ängstlich und angespannt.“). Dieselbe Studie zeigte auch, dass Eltern von Kindern mit einer Angststörung mehr dysfunktionale Gedanken bezüglich ihres Kindes aufweisen als Eltern von Kindern ohne psychische Störungen (z. B. „Wenn mein Kind unglücklich ist, habe ich versagt.“).

Modelllernen/Instruktionslernen

Andy Field konnte in einer Reihe von kreativen Studien zeigen, dass Ängste bei Kindern durch Instruktionslernen vermittelt werden können. Die Arbeitsgruppe zeigte Kindern im Alter von 7–9 Jahren 2 Puppen, die sie vorher noch nie gesehen hatten. Die Kinder bekamen dann entweder in Form eines Videos oder einer erzählten Geschichte positive oder negative Informationen über die Puppen. Die positiven Informationen veränderten die Bewertungen der Puppen nicht. Die negativen Informationen sorgten für eine bedrohlichere Wahrnehmung der Puppen ausschließlich dann, wenn sie in der erzählten Geschichte vermittelt wurden, vor allem dann, wenn die Geschichten von Erwachsenen erzählt wurden.

Merke

Die Eltern vermitteln ein wichtiges Bild für die Kinder im Umgang mit bedrohlichen Situationen und nehmen Einfluss auf die kindlichen Verhaltensweisen und Kognitionen [14].

Eine Studie zur Untersuchung der kindlichen Kognitionen zeigte so eindrücklich kognitive Verzerrungen hinsichtlich der Bewertung der Bedrohlichkeit von Situationen bei Kindern, deren Eltern an einer Panikstörung erkrankt waren, im Vergleich zu Kindern gesunder Eltern [15].

Auslöser

Die dargestellten Faktoren stellen erste Bedingungen für die Entwicklung einer Störung mit Trennungsangst dar, deren Ausmaß und Interaktion es zu betrachten gilt. Nichtsdestotrotz bedarf das Wissen um konkrete Auslöser der Störung mit Trennungsangst weiterer Forschung, z. B. mit Blick auf Resilienzfaktoren.

Empirische Belege für Aufrechterhaltung

Bezüglich der Aufrechterhaltung von Trennungsangst gibt es erstaunlich wenig Forschung. Allgemeine Modelle zur Aufrechterhaltung von Angststörungen können allerdings auch auf die Störung mit Trennungsangst angewendet werden. Im Vordergrund steht hier die Beschrei-

bung von klassischen und operanten Konditionierungsprozessen. So beschreibt die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer im ersten Schritt einen Erwerb der Angst durch klassische Konditionierung: Eine zunächst neutrale Situation, wie z. B. das Alleine-zu-Hause-Bleiben wird durch die Paarung mit aversivem Erleben, wie z. B. große Angst und Sorge aufgrund von Verspätung der Eltern, negativ besetzt. Im zweiten Schritt greifen operante Lernmechanismen: Die Situation wird zukünftig vermieden. Somit entfällt das negative Erleben (negative Verstärkung). Gleichzeitig kann es auch dazu kommen, dass die Eltern sich aufgrund der Angst mehr oder intensiver mit dem Kind beschäftigen (positive Verstärkung durch Aufmerksamkeit) [16].

Erste Hinweise auf störungsspezifische Aufschaukelungsprozesse, die aus der Interaktion von elterlichen und kindlichen Kognitionen resultieren, finden sich in einer Studie von Kossowsky und Kollegen. Hier konnte gezeigt werden, dass – im Vergleich zu einer klinischen Kontrollgruppe anderer Angststörungen – nur Trennungsangst-Patienten auf eine Trennungssituation mit einer erhöhten autonomen Aktivität reagieren und dass die Trennungsangst-Kinder signifikant häufiger die Situation abbrechen wollen.

Es bleibt jedoch ersichtlich, dass Bedingungsfaktoren bisher deutlich stärker im Fokus der Forschung lagen als aufrechterhaltende Faktoren, sodass weitere Forschung notwendig ist, um diese Lücke zu schließen.

Suffocation-False-Alarm-Hypothese

Die „Trennungsangst-Hypothese der Panikstörung“ bezieht sich auf die Ähnlichkeiten zwischen Kindern mit Trennungsangst und Erwachsenen mit Panikstörung. Als biologischer Mechanismus hinter beiden Störungen wird angenommen, dass die bei Panikpatienten beobachteten Atemunregelmäßigkeiten auf überempfindliche CO₂-Sensoren zurückzuführen sind [10]. Der Wert des arteriellen CO₂-Drucks (pCO₂) beeinflusst die Atemsteuerung: Eine Zunahme des pCO₂ führt zu einer Steigerung der Atemtätigkeit. Die erhöhte CO₂-Empfindlichkeit wurde zunächst als Risikofaktor für die Panikstörung angenommen und wurde dann auch mit der Störung mit Trennungsangst in der Kindheit in Verbindung gebracht.

Einige Studien zur Untersuchung von Atemanomalien haben Unterschiede zwischen Kindern mit gemischten Angstgruppen, einschließlich Trennungsangst, und nicht ängstlichen Kindern gefunden. Störungsspezifische Unterschiede in der Atmung konnten jedoch in einer Studie, in der speziell Kinder mit Trennungsangst mit Kindern mit anderen Angststörungen und Kindern ohne psychische Störungen verglichen wurden, nicht reproduziert werden. Somit können die vorliegenden Befunde bei Kindern mit Trennungsangst die von Klein aufgestellte „Suffocation-False-Alarm-Hypothese“ nicht bestätigen. Inse-

samt scheinen die Reaktionen auf Veränderungen des pCO₂-Wertes bei Kindern mit Trennungsangst viel weniger ausgeprägt als bei Patienten mit Panikstörung.

Diagnostik

Für eine sichere Diagnostik der Störung mit Trennungsangst ist es wichtig, verschiedene Methoden und Auskunftsquellen zu kombinieren. Hierfür sollten diagnostische Interviews, Fragebögen sowie Verhaltensbeobachtungen parallel eingesetzt werden. Neben der Exploration der aktuellen Symptomatik sollten dabei auch ihre aufrechterhaltenden und auslösenden Bedingungen sowie ggf. komorbide psychische Störungen erfragt werden.

Cave

Aufgrund der starken körperlichen Beschwerden des Kindes darf eine gründliche organische Differenzialdiagnostik nicht vergessen werden.

Erfahrungsgemäß zeigt sich, dass der Bericht der Eltern und der des behandelnden Arztes zur Ursache der somatischen Beschwerden nicht übereinstimmen muss. Diese Diskrepanz ist von großer Bedeutung für die weitere Therapie und sollte daher immer geprüft und thematisiert werden.

Idealerweise durchlaufen Familien mit betroffenen Kindern folgende Schritte:

- gemeinsames Erstgespräch mit Eltern und Kind, für einen Überblick über die Problematik sowie Aufklärung über den Verlauf der Therapie
- Differenzialdiagnostik mithilfe eines strukturierten Interviews, jeweils separat mit Eltern bzw. Kind (z. B. Kinder-DIPS-OA, [17])
- medizinische Differenzialdiagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen
- Einsatz von Fragebögen und evtl. Tagebüchern, in denen schwierige Situationen und Symptome sowie mögliche Bewältigungsversuche protokolliert werden
- Problemanalyse zur Erfassung der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen

Insbesondere bei jüngeren Kindern mit Trennungsangst kann es zunächst schwierig sein, mit dem Kind alleine das diagnostische Gespräch zu führen. Manche Kinder weigern sich oder weinen, wenn sie mit dem Therapeuten alleine im Therapieraum verbleiben sollen. In solchen Fällen werden die ersten Sitzungen nur dazu genutzt, das Kind an die neue Situation und den Therapeuten zu gewöhnen.

Merke

Zu Beginn kann es notwendig sein, die Eltern im Gespräch dabeizuhaben, wobei die Anwesenheit der Eltern Schritt für Schritt abgebaut wird.

So hat bspw. bei dem ersten Kontakt das Kind noch Körperkontakt zur Bezugsperson im Gespräch mit dem Therapeuten. Im nächsten Schritt führt das Kind das Gespräch mit dem Therapeuten, ohne dabei Körperkontakt zur Bezugsperson zu haben. Danach bleibt die Bezugsperson mit im Raum, sitzt aber nicht unmittelbar neben dem Kind. Im letzten Schritt sitzt dann die Bezugsperson während des Gesprächs vor der Tür und wartet.

Fragebögen

Eine gute Möglichkeit zur Ergänzung der Diagnostik mithilfe von Interviews bieten Fragebögen. Hier sind vor allem das Trennungsangst-Vermeidungsinventar (TAVI, [18]), der „Childhood Anxiety Sensitivity Index“ (CASI, [19]) sowie der „Basler Bilder-Angst-Test“ [20]) bereits gut etabliert (► Tab. 1).

Familiendiagnostik

Aufgrund der besonderen Bedeutung familiärer Merkmale empfiehlt sich der Einbezug der Eltern in Diagnostik und Therapie. Dabei sollten diese nicht nur zur Exploration der Symptome der Kinder mit einbezogen werden.

TIPP FÜR DIE PRAXIS

In der diagnostischen Phase sollte auch das Vorliegen elterlicher Angst und der Umgang der Eltern mit den gegebenenfalls vorliegenden eigenen Angstsymptomen exploriert werden. Leiden die Eltern ebenfalls an einer Angsterkrankung, sollte diesen eine eigene Behandlung zur Unterstützung der Therapie des Kindes nahegelegt werden.

Darüber hinaus empfiehlt sich auch die Erfassung weiterer familiärer Merkmale, wie z. B. der Identifikation von Dynamiken innerhalb der Familienmitglieder. Eine gute diagnostische Ergänzung bietet hier der „Familienidentifikationstest“ zur Erfassung des Ausmaßes der Identifikation der Familienmitglieder miteinander sowie der Selbstkongruenz des Kindes (FIT, [21]).

Das „subjektive Familienbild“ gibt zudem einen Eindruck der emotionalen Valenz innerhalb der Familie (wie wohl fühlt sich das Kind gegenüber dem Vater/der Mutter) und der Autonomie (wie autonom fühlt sich das Kind gegenüber dem Vater/der Mutter, den einzelnen Familienmitgliedern) (SFB, [22]).

In der Regel reicht eines dieser Verfahren aus, um notwendige Informationen zur familiären Struktur zu erhalten.

► **Tab. 1** Überblick über diagnostische Fragebögen.

Test	Inhalt	Alter	Skala	Beispiel-Items
TAVI	Schweregrad Vermeidungsverhalten des Kindes in Trennungssituationen Selbst- und Fremdbeurteilung	5–16	0 = nie 1 = selten 2 = die Hälfte der Zeit 3 = meistens 4 = immer	Ich vermeide ... <ul style="list-style-type: none"> alleine zu Hause zu sein. allein in den Kindergarten/die Schule zu gehen. alleine zu Freunden/Freundinnen zu gehen.
CASI	Erfassung der Angstsensitivität (syn. Angst vor der Angst)	8–17	1 = nie 2 = manchmal 3 = häufig	<ul style="list-style-type: none"> Ich möchte nicht, dass andere Menschen es merken, wenn ich mich ängstlich fühle. Wenn ich mich nicht auf meine Schulaufgaben konzentrieren kann, befürchte ich, verrückt zu werden. Es macht mir Angst, wenn ich mich zittrig fühle.
B-BAT	Dimensionale Erfassung von Ängstlichkeit und Vermeidung	4–8	4 Punkte Skala: 0 = keine Angst/Vermeidung 3 = starke Angst/Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> Präsentation von Bildern, auf denen das Modellkind Angstsymptome zeigt oder nicht Auswahl eines Bildes durch das Kind nach Ähnlichkeit des Modells zum Kind selbst

Verhaltensbeobachtung

Hilfreich ist zudem, dass der Therapeut die Möglichkeit bekommt, das beschriebene Problemverhalten selbst zu beobachten. Das gibt die Möglichkeit, berichtete Auffälligkeiten zu validieren und darüber hinaus aufrechterhaltende Faktoren zu identifizieren.

Merke

Neben einer direkten Beobachtung von Trennungssituationen sind auch Video- oder Audioaufzeichnungen hilfreich.

So werden etwa die Eltern von einem Kind mit der Angst, alleine einzuschlafen, in Abhängigkeit von der Wohnungssituation gebeten, eine Videokamera, einen Audiorekorder oder das Smartphone z. B. im Schlafzimmer des Kindes zu Beginn der Zubettgeh-Situation einzuschalten und die Aufnahme erst zu beenden, wenn das Kind eingeschlafen ist. Die Video- bzw. Audioaufzeichnung wird in der nächsten Sitzung gemeinsam mit den Eltern analysiert. Hier reicht es meist aus, wenn mehrere Ausschnitte von wenigen Minuten (z. B. erste Aufforderung an das Kind, ins Bett zu gehen, erster und zweiter Versuch des Elternteils, das Kinderschlafzimmer zu verlassen etc.) gemeinsam diskutiert werden.

Differenzialdiagnose

Neben der ausführlichen Exploration der Symptome ist für die Abgrenzung von anderen Störungen wichtig, die zentralen Befürchtungen des Kindes oder Jugendlichen während einer Trennungssituation zu erfassen. Diese bieten Hilfestellung, die Trennungsangst von anderen möglichen Ängsten des Kindes- und Jugendalters abzugrenzen.

Soziale Phobie/soziale Angststörung

Auch Kinder und Jugendliche mit sozialer Phobie verweigern teilweise den Schulbesuch. Der Grund hierfür ist jedoch ein anderer: Kinder mit einer sozialen Phobie fürchten die Bewertung durch andere. Sie haben Angst, sich zu blamieren oder etwas Peinliches zu sagen. Typische gefürchtete Situationen von sozialphobischen Kindern sind vor anderen sprechen, sich in der Schule melden, der Besuch eines Kindergeburtstages, u. v. a. m. Anders als für Kinder mit Trennungsangst verschwindet für sozialphobische Kinder die Angst vor Bewertung nicht durch das Beisein der Bezugsperson.

Generalisierte Angststörung

Die Ängste und Sorgen von Kindern mit Trennungsangst beziehen sich überwiegend auf die Trennung von zu Hause oder von den Hauptbezugspersonen. In Abgrenzung hierzu berichten Kinder mit generalisierter Angststörung über eine Vielzahl von Sorgen und Ängsten, die sich auf Situationen und Lebensbereiche beziehen wie Unpünktlichkeit, sich richtig verhalten zu haben, gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben.

Störung des Sozialverhaltens

Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens verweigern, ähnlich wie Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst, den Schulbesuch. Im Unterschied zu trennungsängstlichen Kindern, die zu Hause in der Nähe der Bezugsperson bleiben möchten, wollen Jugendliche jedoch die Zeit mit Freunden verbringen oder durch die Gegend ziehen. Des Weiteren gehören eindeutige Verstöße gegen gesellschaftliche Regeln und Normen, wie etwa Ladendiebstahl, Gewalt gegen andere oder Ähnliches, zum Erscheinungsbild der Störung des Sozialverhaltens.

die Kinder mit Störung mit Trennungsangst nicht aufweisen.

Agoraphobie/Panikstörung

Bei Kindern und Jugendlichen mit Trennungsangst können anstehende Trennungen zu starker Angst und Panikanfällen führen. Im Unterschied zur Panikstörung und Agoraphobie bezieht sich die Angst des trennungsängstlichen Kindes auf die Trennung von der Bezugsperson oder von zu Hause. Die Befürchtung im Rahmen einer Panikstörung bezieht sich hingegen auf das Auftreten eines Panikanfalls und seiner Folgen („Ich könnte sterben/umfallen/erbrechen.“). Ein weiterer Unterschied zur Panikstörung besteht darin, dass die Panikanfälle immer im Kontext von drohenden Trennungssituationen entstehen und nicht aus heiterem Himmel.

FALLBEISPIEL

Diagnostik

Nachdem Simon vermehrt in der Schule gefehlt hat und die Eltern sich auch durch die Lehrerin zunehmend unter Druck gesetzt fühlen, suchen sie zum wiederholten Male den Kinderarzt auf, um Simons Beschwerden abzuklären. Dieser legt ihnen eine Behandlung bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nahe. Das Erstgespräch findet mit allen dreien gemeinsam statt. In der zweiten Sitzung schafft es Simon, mit der Therapeutin alleine in den Therapieraum zu gehen. Seine Mutter muss ihm aber mehrfach zusichern, im Wartezimmer auf ihn zu warten. Im Rahmen der Diagnostik wird mit der Mutter sowie mit Simon das Kinder-DIPS durchgeführt. Bei Simon wird dies aufgrund der Dauer in 2 Sitzungen aufgeteilt. In beiden strukturierten Interviews zeigt sich, dass die Diagnose der Trennungsangst sowohl nach Elternurteil als auch Bericht des Kindes erfüllt ist. Auch die zusätzliche Diagnostik mit störungsübergreifenden (CASI) sowie störungsspezifischen Fragebögen (TAVI) zeigt deutliche Auffälligkeiten im Bereich der Angstsymptomatik.

Therapie

In den letzten Jahren hat die Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter eine enorme Entwicklung durchlaufen. Während die ersten Behandlungsbeschreibungen in enger Anlehnung an lerntheoretische Überlegungen den Fokus auf die „Umkonditionierung“ angstauslösender Reize und Löschung der Angstreaktion richteten, thematisieren neuere Programme bspw. auch kognitive Aspekte der Angst, wie die Befürchtungen und Bewertungen des Kindes bezüglich der angstauslösenden Situation oder seine Einschätzung der

eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Neben dem Abbau von Angst im engeren Sinne steht im Fokus, die Autonomie und Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Kindes zu stärken. Die Kinder werden „stark gemacht“, um schwierige Situationen und Probleme anzugehen und zu lösen.

Eine Reihe neuer verhaltenstherapeutischer Programme betont vor allem die Bedeutung familiärer Aspekte und bezieht die Eltern deutlich in die Behandlung des Kindes mit ein. Im Fokus stehen hier Veränderungen des Erziehungsstils sowie Coaching in der Modellrolle bei angstauslösenden Situationen. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen jedoch keine Vorteile, aber auch keine Nachteile des Elterneinbezuges im Vergleich zur reinen Psychotherapie von Angststörungen bei Kindern [23, 24].

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Speziell für die Behandlung der Störung mit Trennungsangst liegt erst ein empirisch überprüftes verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm vor: Das „Trennungsangstprogramm für Familien“ [25]. Das TAFF ist ein Programm für Kinder im Alter von 4–13 Jahren und ihre Eltern.

Trennungsangstprogramm für Familien

Das „TAFF“ ist auf insgesamt 16 Sitzungen ausgelegt. Davon werden 4 Sitzungen mit dem Kind alleine, 4 Sitzungen mit den Eltern alleine und 8 Sitzungen gemeinsam mit Kind und Eltern gestaltet. In den ersten 4 Sitzungen steht die Psychoedukation sowie die Vorbereitung auf die Umsetzung neuer Strategien im Alltag im Vordergrund.

Inhaltlich sind die ersten 4 Kind- bzw. Elternsitzungen sehr ähnlich. Um jedoch eine kindgerechte und auf die kindlichen Bedürfnisse angepasste Psychoedukation und Vorbereitung auf die Exposition gewährleisten zu können, wurden die ersten 4 Sitzungen des Programms für Eltern und Kind separat konzipiert. Großer Wert wurde dabei auf kindgerechte Therapiematerialien gelegt, die ohne Lesefertigkeiten vom Kind genutzt werden können.

Kind-Sitzungen

Psychoedukation

Das Kind wird über normale und pathologische Angst aufgeklärt. Anhand von anschaulichen Bildmaterialien werden ihm die 3 Komponenten der Angst (Körpersymptome, Gedanken, Verhalten), Ätiologie und Aufrechterhaltung der Trennungsangst erklärt. Entscheidend ist hier das Prinzip des „geleiteten Entdeckens“. Die Inhalte werden in kindgerechter Weise und Dosierung gemeinsam mit dem Kind erarbeitet und dem Kind wird die Möglichkeit gegeben, eigene Symptome der Angst, Befürch-

tungen und Bewältigungsstrategien in der Theorie wiederzufinden.

TAFF-Gedanken

Im nächsten Schritt lernt das Kind seine „Panikgedanken“, welche die Angst in Trennungssituationen verstärken, zu identifizieren und zu korrigieren. Dem Kind wird erläutert, wie Gedanken, Gefühle und Verhalten miteinander zusammenhängen. Nach der Identifizierung, Überprüfung und Modifikation der angstauslösenden Gedanken werden mit dem Kind TAFF-Gedanken und Selbstinstruktionen erarbeitet, die helfen sollen, die angstauslösenden Situationen 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. Pippi Langstrumpf) oder Objekte (z.B. „Mutstein“) eingesetzt werden.

Ziel aller Strategien ist es, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Kindes zu fördern.

Vorbereitung auf die Konfrontation

Zum Abbau der Vermeidung von Trennungssituationen werden mit dem Kind Konfrontationsübungen in vivo geplant.

Cave

Bedingung für die Durchführung der Konfrontation ist eine sorgfältige Vorbereitung des Kindes.

Die Konfrontation in vivo sollte nur durchgeführt werden, wenn Eltern und möglichst auch das Kind explizit zustimmen. Anhand von Angstverlaufskurven wird das Rational der Konfrontationsbehandlung vorgestellt.

Dabei ist es sinnvoll, auf individuelle Habituationserfahrungen des Kindes zurückzugreifen. Jedes Kind hat die Erfahrung gemacht, dass neue Fertigkeiten erworben werden können bzw. Aufregung und Angst verschwinden, wenn man die Gelegenheit nutzt zu üben. Sei es das Schwimmen, Fahrradfahren oder Schreiben lernen oder auch sich in einer neuen Gruppe von Kindern mit der Zeit wohler zu fühlen; das Gemeinsame dieser Situationen war das regelmäßige Üben. Mithilfe des geleiteten Entdeckens wird das Kind systematisch nach solchen Erfahrungen befragt und es wird herausgearbeitet, dass „Übung den Meister macht“. Es ist für Therapeuten oft erstaunlich zu sehen, wie bereits 5 Jahre alte Kinder über solche Übungserfahrungen detailliert berichten und von sich aus formulieren, dass das Üben zum Erfolg geführt hat.

Im Folgenden sollen diese Übungserfahrungen auf die Trennungsangst des Kindes übertragen werden und das Vermeidungsverhalten als Angstverstärker identifiziert werden. Der Therapeut sollte sorgfältig nachfragen, ob das Kind schon ansatzweise Habituationserfahrungen in Trennungsangst-Situationen sammeln konnte. Mit dem Kind erarbeitet er zudem, dass die Angst immer schlimmer wird, wenn man sie vermeidet und sich ihr nicht stellt.

Merke

Ziel ist es, dem Kind zu vermitteln, dass man auch die Angstbewältigung üben kann.

Die kognitive Vorbereitung schließt mit dem Resümee ab, dass man die Angst nur bewältigen kann, wenn man regelmäßig übt, der Angst zu begegnen („Wie sonst kann ich merken, dass nichts Schlimmes passiert?“).

Eltern-Sitzungen

Trennung als Entwicklungsaufgabe

Die Eltern werden über das Störungsbild der Trennungsangst informiert und mit dem Konzept der Entwicklungsaufgaben vertraut gemacht. Es wird erläutert, dass die Ausbildung von Angststörungen als Folge einer nicht bewältigten Entwicklungsaufgabe verstanden werden kann. So ist etwa denkbar, dass die nicht bewältigte Entwicklungsaufgabe „Aufbau von Autonomie“ (ab dem Alter von etwa 3 Jahren), die Entwicklung einer Störung mit Trennungsangst begünstigt. Es wird verdeutlicht, dass die erfolgreiche Bewältigung von Trennungen von Bezugspersonen als wichtiger Meilenstein in der Entwicklung eines Kindes zu betrachten ist.

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Viele Eltern sind erleichtert, wenn der Therapeut herausstellt, dass Trennungen schmerzvoll und schwierig sein können, das Kind aber gleichzeitig an der erfolgreichen Bewältigung solcher Aufgaben wächst und an Selbstbewusstsein gewinnt.

Dysfunktionale Gedanken der Eltern

Die Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken der Eltern in Bezug auf das Kind nimmt im TAFF-Programm eine zentrale Rolle ein. Unter dysfunktionalen Gedanken der Eltern werden alle die Annahmen und Befürchtungen der Eltern verstanden, die die Eltern daran hindern, das Kind in der Auseinandersetzung mit seiner unangemessenen Angst zu unterstützen und es in seiner Autonomieentwicklung behindern. Beispiele für solche Gedanken sind: „Ich bin eine schlechte Mutter/ein schlechter Vater, wenn ich mein Kind in dieser Situation allein lasse“, „Ich bin schuld, dass mein Kind ängstlich ist“ oder „Ich darf mein Kind nicht so leiden lassen“; „Mein Kind wird durch zu starke Angst traumatisiert und für immer Schaden nehmen“.

Im Gespräch mit den Eltern werden die dysfunktionalen Gedanken systematisch auf ihren Realitätsgehalt überprüft und korrigiert. Es werden alternative Gedanken erarbeitet (z. B. „Das Bewältigen der Angst wird mein Kind stärken und selbstbewusster machen“), die den Eltern helfen sollen, im späteren Teil der Therapie das Kind bei der Durchführung der Konfrontationsübungen adäquat zu unterstützen.

Vorbereitung auf die Konfrontation

Anhand von Angstverlaufskurven und aufbauend auf lerntheoretischen Ansätzen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten wird auch in den Elternsitzungen das Rational für die Konfrontation eingeführt. Die grafische Darstellung des Angstverlaufs hat sich dabei als sehr hilfreich erwiesen. Anhand der Angstverlaufskurven kann gezeigt werden, dass die Angst kontinuierlich abnimmt, je häufiger die angstauslösende Situation geübt wird. Des Weiteren kann herausgearbeitet werden, dass Vermeidungsverhalten die Angst nur kurzfristig reduziert, jedoch mittel- und langfristig diese aufrechterhält und verstärkt. So wird ein Kind, das es vermeidet, zur Geburtstagsfeier eines Freundes zu gehen, bei der nächsten Einladung wieder Angst verspüren, da die Erfahrung ausbleibt, dass der Geburtstagsbesuch keine Bedrohung darstellt.

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Den Eltern sollte vor der Konfrontation mitgeteilt werden, dass Flucht und Vermeidungsverhalten verhindert werden, weil man dem Kind helfen möchte, die Angst auszuhalten und letztendlich zu bewältigen.

Der Therapeut erarbeitet gemeinsam mit den Eltern Möglichkeiten für einen hilfreichen Umgang mit der Trennungsangst des Kindes. Ziel ist es, der Angstsymptomatik des Kindes verständnisvoll und sensibel zu begegnen. Konkret werden hilfreiche Strategien zur Unterstützung des Kindes diskutiert und im Rollenspiel umgesetzt. Den Eltern wird vermittelt, mutiges, angstbewältigendes Verhalten zu verstärken, ängstliches Verhalten jedoch nicht weiter zu beachten.

Eltern-Kind-Sitzungen

Angsthierarchie

In der ersten gemeinsamen Sitzung mit Kind und Eltern sammeln sie mit Unterstützung des Therapeuten Angstsituationen für die Expositionsübungen und bringen diese bezüglich der Angstintensität in eine hierarchische Abfolge. Ziel ist es, für jede Hierarchiestufe eine konkrete Übung zu finden und einen verbindlichen Verstärkerplan aufzustellen. Dies ist für jedes Kind mit Trennungsangst individuell zu beurteilen. Als schwierigste Situation könnte bspw. festgehalten werden, alleine zu bleiben, wäh-

FALLBEISPIEL

Therapie

Zu Beginn der Therapie ist die Familie erleichtert zu hören, dass 3% der Kinder unter einer Trennungsangst leiden. Gemeinsam erarbeiten Simon und sein Therapeut, warum Menschen Angst haben und wann Angst vielleicht zu viel ist. Mithilfe des 3-Komponenten-Modells von Angst finden sie heraus, dass Simon in Erwartung einer Trennungssituation vor allem körperliche Symptome belasten. Außerdem habe er Gedanken wie „Meine Eltern könnten bei einem Unfall sterben“. Auf der Verhaltensebene beobachten sie, dass sich seine Angst typischerweise in Weinen und Betteln, dass die Eltern doch zu Hause bleiben sollen, zeigt. Mithilfe einer Lernerfahrung, in der Simon seine Angst und Nervosität überwinden konnte (Schwimmen Lernen) und dem Vergleich mit einer Trennungssituation, wird mit Simon das Konfrontationsrational erarbeitet. Dysfunktionale Angstgedanken werden hilfreichen, Mut fördernden Gedanken gegenübergestellt, wie z. B. „Meine Eltern sind immer wieder gekommen, sie werden auch dieses Mal wiederkommen“.

Mit den Eltern werden ihre eigenen Gedanken in einer Trennungssituation exploriert. Vor allem Simons Mutter äußert Sorgen, ihren Sohn mit seiner Angst zu konfrontieren. Sie beschreibt Schuldgefühle bei dem Gedanken, ihren Sohn mit seiner Angst alleine zu lassen. Daher wird das Konfrontationsrational im Detail diskutiert und besprochen, dass die Unterstützung des Vermeidungsverhaltens zur Aufrechterhaltung von Simons Ängsten beiträgt. Außerdem wird erklärt, dass die Konfrontationsübungen Simon die Möglichkeit geben können, sich in einer Angstsituation kompetent zu erleben.

rend die Eltern einkaufen, oder das Übernachten bei einem Freund. Ein Beispiel für eine mittelschwere Übung ist die Verabschiedung der Mutter aus der Praxis für einen klar definierten Zeitraum.

Merke

Wichtig ist, das Aufsuchen der Angstsituation sowie das Ertragen der Angst zu honorieren.

Vorgehen bei der Konfrontation

ZIEL DER KONFRONTATION

Das Ziel der Konfrontation ist, dass Kind und Eltern die Erfahrungen machen können, dass angstauslösende Situationen ausgehalten werden können, ohne dass die befürchteten unangenehmen Folgen eintreten.

Besonders die ersten Übungen müssen sorgfältig geplant und durchgeführt werden, da sie entscheidend für den weiteren Therapieverlauf sind. Eine schlecht geplante bzw. durchgeführte Konfrontationsübung kann unter Umständen ein motiviertes Kind und motivierte Eltern zu einem Abbruch der Konfrontation 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, so dass die Erfahrung gemacht werden kann, dass die Angst abnimmt.

Ganz entscheidend ist, dass die Übungen systematisch und dicht genug aufeinander erfolgen – auch außerhalb der Therapie. Eine überdauernde Reduktion der Angst ist nur dann gewährleistet, wenn Habituationserfahrungen häufig und in kurzen Abständen zueinander erfolgen. Hierfür ist eine enge Unterstützung durch die Eltern notwendig. Vor Beginn der Expositionsübungen stimmen das Kind und die Eltern durch den Abschluss eines „Therapievertrags“ daher explizit zu, die Konfrontation zu unterstützen und mit den vereinbarten Übungen einverstanden zu sein.

Die Übungen beginnen mit leicht bis mittel stark angstauslösenden Situationen. Ziel der Konfrontationsübungen ist ein deutlicher Angstanstieg und das Verbleiben in der Situation, bis die Habituation eintritt.

Operante Techniken zur Motivationsförderung

Entscheidend für die Therapie ist zudem die Motivation des Kindes. Um diese zu halten und zu fördern, sollten Therapiefortschritte unbedingt positiv verstärkt werden. Die Auswahl und Dosierung der Belohnung muss dabei gut überlegt sein und vor allem durch verbales Lob begleitet werden. Der Verstärker sollte individuell für jedes Kind passend ausgewählt werden, zeitlich sofort und konsequent nach dem erwünschten Verhalten (z. B. Verbleiben in der Situation trotz Angst) erfolgen. Für unterschiedlich große Fortschritte sollten dementsprechend verschieden große Belohnungen erfolgen.

Coaching der Eltern

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Während der Therapie sollte mit den Eltern kontinuierlich daran gearbeitet werden, die Kinder im Umgang mit ihrer Angst funktional zu unterstützen und die Selbstständigkeit des Kindes zu fördern.

Beim Coaching sollen auch durch Eltern vermittelte Metabotschaften thematisiert werden (z. B. fehlendes Zutrauen in das Kind durch Überbehütung) sowie eigene dysfunktionale Gedanken der Eltern bezüglich einer Trennung. Besonders hilfreich zeigen sich hier Rollenspiele, in denen die Eltern den Umgang mit ihrem Kind in Angstsituationen konkret einüben können. Hinsichtlich der Erziehungskompetenzen sollte der Therapeut das Konzept des autoritativen Erziehungsstils vorstellen. Dieses bezeichnet einen Erziehungsstil, der durch hohe Wertschätzung des Kindes und klare Regeln und Grenzen geprägt ist. Die Eltern begegnen dem Kind mit emotionaler Wärme und Akzeptanz bei gleichzeitig eigener Autorität. Anhand von konkreten Beispielen wird dieser Stil in den Sitzungen und im Alltag eingeübt.

FALLBEISPIEL

Konfrontation

Zu Beginn der Übung wird mit Simon und seiner Mutter noch einmal genau der Ablauf besprochen. Simon und sein Therapeut haben sich eine Situation mit mittlerer Schwierigkeit aus der Angsthierarchie ausgesucht. Simons Mutter wird die Praxis für 10 Minuten verlassen, die Zeit wird mit einer Stoppuhr gestoppt. Während der Übung beobachten Simon und sein Therapeut genau die Stärke seiner Angstsymptome auf einer Skala von 0–100. Vor der Übung formuliert Simon seine Befürchtung („Meine Mama wird nicht wiederkommen.“). Während der Übung fragt der Therapeut immer wieder nach der Höhe der Angstsymptomatik und wie sich diese in Gedanken und Körperempfindungen äußert. Er erinnert Simon auch an die hilfreichen Gedanken („Ich schaff das.“). Die Angst steigt zunächst stark an (Angst = 100%). Simon gibt an, starkes Herzklopfen zu haben und Angstgedanken, dass der Mutter etwas passieren können. Mit Unterstützung seines Therapeuten schafft er es aber, in der Situation zu bleiben und bemerkt zunehmend einen Abfall seiner Angst. Kurz vor Ende der Übung liegt seine Angst bei 40. Bei der Nachbesprechung überprüft Simon seine vorher geäußerte Befürchtung und stellt fest, dass diese nicht eingetreten ist. Das Aushalten der Situation wird im Anschluss neben ausgiebigem Lob durch die vorher besprochene Belohnung (gemeinsames Spiel mit Mutter und Therapeut) belohnt. Simon ist sichtlich stolz, die Situation bewältigt zu haben.

Einbezug des Kindergartens/der Schule

Oft ist es auch sinnvoll, die Schule oder den Kindergarten des Kindes in die Angstbehandlung des Kindes einzubeziehen. Dies ist insbesondere indiziert, wenn der Kindergarten- oder Schulbesuch vermieden wird. Auf der einen Seite geht es hierbei um Aufklärung der Lehrer/Erziehungsperson und ggf. Mitschüler über Angstsymptomatik des Kindes. Lehrer sollten darüber informiert werden, ab wann ein regelmäßiger Schulbesuch wieder realistisch möglich ist. Für die gesamte Klasse haben sich Unterrichtseinheiten zum Thema Angst bewährt. Hier können dem Lehrer bspw. Broschüren zur Verfügung gestellt werden, mithilfe derer er den Unterricht gestalten kann.

Auch die Konfrontationstherapie kann durch Lehrer/Erziehungsperson und ggf. Mitschüler unterstützt werden. Gemeinsam sollte man das Zielverhalten besprechen (z. B. mindestens 2 Schulstunden pro Tag anwesend zu sein) und dies vom Lehrer dokumentiert und belohnt werden.

Rückfallprophylaxe

Zum Abschluss der Therapie sollten sowohl Eltern als auch Kinder schriftlich, per Video o. ä. festhalten, was ihnen in der Therapie geholfen hat, bzw. was sie gelernt haben. So kann der Therapeut noch einmal prüfen, ob alle wichtigen Inhalte bei der Familie verfestigt sind. Das Kind erhält so eine Erinnerung an die Therapieinhalte und eine Gedächtnisstütze für günstiges Verhalten in zukünftig schwierigen Situationen.

Als Vorbereitung auf mögliche Rückschläge geht der Therapeut mit der Familie ein „Worst-Case-Szenario“ durch und prüft den Transfer der gelernten Fertigkeiten auf eine solche Situation. Es 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 sollten diese als Test gesehen werden, um alle in der Therapie gelernten Fertigkeiten erneut einzusetzen.

Merke

Zum Abschluss der Therapie erhält das Kind eine TAFF-Urkunde.

Empirische Belege

Verschiedene Überblicksarbeiten zeigen bisher, dass verhaltenstherapeutische Interventionen bei Angststörungen im Kindesalter mit mittleren bis großen Effektstärken wirksam sind [26].

Das TAFF-Programm im Speziellen hat sich bereits in der Behandlung von 5- bis 7-jährigen Kindern mit Störung mit Trennungsangst im Vergleich zu unbehandelten Kindern in einer Wartelisten-Bedingung als effektiv bewiesen. Intention-to-treat-Analysen zeigten, dass 76,19% der behandelten Kinder zum Follow-up nicht mehr die Kriterien der Störung mit Trennungsangst aufwiesen. Im Vergleich dazu waren nur 13,64% der Kinder in der Wartelisten-Bedingung symptomfrei.

Auch in der Behandlung 8- bis 13-jähriger älterer Kinder zeigte sich das TAFF mit großen Effektstärken bedeutungsvoll beim Vergleich der Symptomatik vor und nach der Therapie. Allerdings zeigte diese Studie auch, dass der familienorientierte Ansatz des TAFF-Programms nicht einem klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angstbehandlungsprogramm überlegen war, das ausschließlich mit dem Kind arbeitete.

Merke

Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst können von KVT-Programmen profitieren, die mit und ohne Einbezug der Eltern arbeiten.

Weitere Forschung sollte prüfen, inwiefern altersabhängig der Einbezug der Familie in die Therapie Einfluss auf den Behandlungserfolg der Kinder nimmt.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Insgesamt zeigt die Studienlage somit eine sehr gute Wirksamkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden für die Behandlung der Trennungsangst.

Behandlung von Trennungsangst im Erwachsenenalter

Aufgrund der Neuheit der Diagnose im Erwachsenenalter ist der Forschungsstand bezüglich evidenzbasierter Therapien bislang rar. Es zeigt sich jedoch, dass erwachsene Patienten mit Trennungsangst tendenziell häufiger in Behandlung sind als Kinder. Grund für die Behandlung sind hier häufig andere emotionale Probleme. In Umfragen gibt weniger als ein Drittel der Befragten an, dass die Trennungsangst im Fokus der Therapie steht [27].

Bislang gibt es kein spezifisches Programm zur Behandlung der Trennungsangst im Erwachsenenalter. Befunde zur Evidenz der kognitiven Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Erwachsenenalter legen jedoch die Nützlichkeit auch für die Trennungsangst nahe.

KERNAUSSAGEN

- Die Störung mit Trennungsangst gehört zu den frühesten und häufigsten Angststörungen des Kindesalters.
- Neu kann die Störung mit Trennungsangst auch im Erwachsenenalter diagnostiziert werden.
- Ihr Verlauf ist unter den Angststörungen des Kindes- und Jugendalters besonders ungünstig. Viele der Kinder weisen psychische Komorbiditäten auf und haben außerdem ein erhöhtes Risiko für andere psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter, und hier insbesondere für die Panikstörung.
- Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung stellen frühe Risikofaktoren wie behaviorale Inhibition, Bindung und dysfunktionale familiäre Kognitionen in den Fokus.
- Zur Diagnostik eignen sich v. a. strukturierte Interviews, die durch weitere Fragebögen ergänzt werden können.
- Eine sehr gute Wirksamkeit in der Behandlung der Störung weisen kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden auf.
- Neuere Programme wie das TAFF beziehen aufgrund der starken Einflüsse von familiären Merkmalen wie bspw. Erziehungsstil und elterlicher Angst die Eltern in der Therapie und Diagnostik eng mit ein. Bislang gibt es jedoch keine Hinweise darauf, dass der Elterneinbezug einen zusätzlichen positiven Effekt hat. Weitere Forschung ist hier notwendig.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Autorinnen/Autoren



Katharina Sommer

M. Sc. Jahrgang 1992. 2011–2016 Studium der Klinischen Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2017 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Klinische Kinder- und Jugendpsychologie (Prof. Dr. Silvia Schneider) im Forschungsbereich Angststörungen und Selbstwirksamkeit. Seit 2017 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (kognitive Verhaltenstherapie).



Michael Wilhelm Lippert

M. Sc. Jahrgang 1988. 2009–2014 Studium der Klinischen Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2015 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und klinischer Projektmanager am Lehrstuhl Klinische Kinder- und Jugendpsychologie (Prof. Dr. Silvia Schneider) im Forschungsbereich Psychotherapieforschung und Emotionsregulation bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Seit 2014 Weiterbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (kognitive Verhaltenstherapie).



Kathrin Schuck

Dr. Jahrgang 1983. Studium der klinischen Psychologie an der Radboud Universität Nijmegen (Niederlande). Promotion zur Entwicklung von Nikotinabhängigkeit bei Heranwachsenden und zur Raucherentwöhnung bei Eltern an der Radboud Universität Nijmegen (Niederlande). Seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl Klinische Kinder- und Jugendpsychologie (Prof. Dr. Silvia Schneider) im Forschungsbereich Essverhalten, Körperbildstörungen und Essstörungen. Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (kognitive Verhaltenstherapie).



Silvia Schneider

Prof. Dr. rer. nat. Jahrgang 1962. Seit 2010 Lehrstuhlinhaberin des Lehrstuhls für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Leiterin des Forschungs- und Behandlungszentrums für psychische Gesundheit an der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsschwerpunkte sind Angststörungen, Regulationsstörungen im Kleinkindalter, Familiäre Transmission emotionaler Störungen, klinisch-psychologische Diagnostik. 1989 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin; außerdem Ausbilderin und Supervisorin in kognitiver Verhaltenstherapie bei Fort- und Weiterbildungen für Psychologen mit Master-/Diplomabschluss und Ärzte.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. nat. Silvia Schneider

Forschungs- und Behandlungszentrum
für psychische Gesundheit
Massenbergstraße 9–13
44787 Bochum
silvia.schneider@rub.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Ulrich Voderholzer, Prien am Chiemsee.

Literatur

- [1] Schneider S, Blatter J. Trennungsangst. Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3, 2. Aufl. Störungen im Kindesalter. Berlin: Springer; 2019: 499–522
- [2] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. *Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire* 1992; 67: 227
- [3] Falkai P. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5. Göttingen: Hogrefe; 2015
- [4] Silove D, Alonso J, Bromet E et al. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 647–656
- [5] Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 663–674
- [6] Lavallee K, Schneider S. Separation Anxiety Disorder. In: Compton SN, Villabo M, Kristensen H, eds. *Pediatric Anxiety Disorders*; in Druck
- [7] Kossowsky J, Wilhelm FH, Schneider S. Responses to voluntary hyperventilation in children with separation anxiety disorder: Implications for the link to panic disorder. *J Anxiety Disord* 2013; 27: 627–634
- [8] Silove D, Marnane C, Wagner R et al. Brief report—associations of personality disorder with early separation anxiety in patients with adult separation anxiety disorder. *J Pers Disord* 2011; 25: 128–133
- [9] Copeland WE, Angold A, Shanahan L et al. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 21–33
- [10] Klein DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 306–317
- [11] Schneider S. Trennungsangst. In: Schneider S, Hrsg. *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer; 2004: 105–131
- [12] Stein A, Pearson RM, Goodman SH et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014; 384: 1800–1819
- [13] Eyden J, Winsper C, Wolke D et al. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2016; 47: 85–105
- [14] Barrett PM, Rapee RM, Dadds MM et al. Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *J Abnorm Child Psychol* 1996; 24: 187–203
- [15] Schneider S, Unnewehr S, Florin I et al. Priming panic interpretations in children of patients with panic disorder. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 605–624
- [16] Mowrer OH. Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychol Rev* 1951; 58: 350
- [17] Schneider S, Pflug V, In-Albon T et al. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS Open Access). Bochum: Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum; 2017. Im Internet: <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/100>; Stand: 31.10.2018
- [18] In-Albon T, Meyer AH, Schneider S. Separation anxiety avoidance inventory-child and parent version: psychometric properties and clinical utility in a clinical and school sample. *Child Psychiatry Hum Dev* 2013; 44: 689–697
- [19] Silverman WK, Fleisig W, Rabian B et al. Childhood anxiety sensitivity index. *J Clin Child Adolesc Psychol* 1991; 20: 162–168
- [20] Dubi K, Schneider S. The Picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 1148–1157
- [21] Remschmidt H, Mattejat F. *Familien-Identifikations-Test:(FIT)*. Göttingen: Hogrefe; 1999
- [22] Mattejat F, Scholz M. *Das subjektive Familienbild:(SFB)*; Leipzig-Marburger Familientest. Göttingen: Hogrefe; 1994
- [23] James AC, James G, Cowdrey FA et al. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (6): CD004690. doi:10.1002/14651858.CD004690.pub3
- [24] Reynolds S, Wilson C, Austin J et al. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 251–262
- [25] Schneider S. *Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF)*. Unpubliziertes Manual an der Universität Basel 2004
- [26] In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 15–24
- [27] Shear K, Jin R, Ruscio AM et al. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1074–1083

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-119478>
 PSYCH up2date 2019; 13: 39–54
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 2194-8895

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://eref.thieme.de/ZZX92JX>. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/ZZX92JX> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512019156643213



Frage 1

Welches ist *kein* typisches Symptom der Störung mit Trennungsangst im Kindesalter?

- A Alpträume
- B Weigerung, alleine einzuschlafen oder auswärts zu übernachten
- C somatische Beschwerden wie Bauch-, Kopfschmerzen oder Übelkeit
- D Verweigerung von Kindergarten- oder Schulbesuch
- E eingeschränkter positiver Affekt

Frage 2

Welche Aussage hinsichtlich der Kognitionen von Kindern mit Trennungsangst trifft am ehesten zu?

- A Sie beschreiben ihre angstbesetzten Gedanken als aufdringlich.
- B Sie beschreiben, dass sie die angstbesetzte Situation in Gedanken immer wieder erleben.
- C Sie befürchten, dass ihnen selbst oder den Eltern Unfälle oder Entführungen zustoßen könnten.
- D Sie vermeiden die Schule aus Angst, von ihren Mitschülern bewertet zu werden.
- E Sie haben eine negative Sicht auf sich, die Welt und ihre Bezugspersonen.

Frage 3

Welche Aussage zur Störung mit Trennungsangst im Erwachsenenalter ist richtig?

- A Die Störung mit Trennungsangst im Erwachsenenalter ist häufiger als im Kindesalter.
- B Diagnostisches Kriterium ist die Dauer der Symptome von mindestens 4 Wochen.
- C Der Erkrankungsbeginn liegt bei Betrachtung der Lebenszeitprävalenz in 43,1% der Fälle im Erwachsenenalter.
- D Die 12-Monats-Prävalenz liegt in etwa zwischen 1 und 2%.
- E Im Unterschied zur Störung im Kindesalter sind Alpträume nicht als Symptom in der Klassifikation mit aufgeführt.

Frage 4

Welche Aussage ist richtig? Hinsichtlich des Verlaufs der Störung mit Trennungsangst zeigt sich, dass ...

- A die Störung mit Trennungsangst ein Schrittmacher für die Entwicklung weiterer psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter ist.
- B die Störung mit Trennungsangst zyklisch verläuft.
- C Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter bei Trennungsangst mit Beginn in der Kindheit seltener sind.
- D Kinder mit Störung mit Trennungsangst im Erwachsenenalter häufig somatische, nicht aber psychische Auffälligkeiten aufweisen.
- E der Trennungsangst häufig noch eine andere Angststörung vorausgeht.

Frage 5

Welche Aussage hinsichtlich der familiären Merkmale von Kindern mit Störung mit Trennungsangst ist *nicht* richtig?

- A Eltern zeigen eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich ihrer Erziehungskompetenzen.
- B Eltern weisen mehr dysfunktionale Kognitionen bezüglich ihres Kindes auf.
- C Eltern sind ihren Kindern gegenüber vergleichsweise Autonomie gewährender.
- D Der elterliche Erziehungsstil ist von einem hohen Maß an Kontrolle geprägt.
- E Exzessives Überengagement der Eltern steht in starkem Zusammenhang mit kindlicher Angst.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

Frage 6

Welche Aussage stimmt *nicht*? Modelle zur Ätiologie der Störung mit Trennungsangst ...

- A betonen kognitive Verzerrungen bei Kindern mit Störung mit Trennungsangst und deren Eltern.
- B weisen auf eine exzessive Ausprägung gehemmten Temperaments als Risikofaktor hin.
- C benennen eine unsichere Eltern-Kind-Bindung als Risikofaktor.
- D führen den Großteil der Genese auf genetische Faktoren zurück.
- E beinhalten vermeidende Problemlösestrategien der Eltern.

Frage 7

Welche Aussage zum Einbezug von Eltern in die Therapie von Angststörungen bei Kindern ist laut aktueller Studienlage richtig?

- A Die Therapie ist effektiver, wenn die Eltern mit in die Therapie einbezogen werden.
- B Der Einbezug von Müttern in die Therapie verbessert das Therapie-Outcome, nicht aber der Einbezug von Vätern.
- C Bislang zeigen sich keine positiven zusätzlichen Effekte des Einbezugs von Eltern in die Therapie.
- D Vorteile des Elterneinbezugs zeigen sich nur für das störungsspezifische Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF).
- E Es gibt bislang keine Studien, die diese Fragestellung untersuchen.

Frage 8

Welche Aussage hinsichtlich der Suffocation-False-Alarm-Hypothese trifft zu?

- A Atemunregelmäßigkeiten werden auf überempfindliche CO₂-Sensoren zurückgeführt.
- B Die Empfindsamkeit der CO₂-Sensoren ist in Zusammenhang mit ihrer Dichte entscheidend für Störungen der Atmung.
- C Idee der Hypothese ist ein Modell zur Erklärung der Entstehung der Störung mit Trennungsangst.
- D Sie bezieht sich auf die Ähnlichkeit von Patienten mit Trennungsangst und Patienten mit einer Generalisierten Angststörung hinsichtlich ihrer Atemunregelmäßigkeiten.
- E Sie konnte in Untersuchungen mit Kindern mit Trennungsangst bestätigt werden.

Frage 9

Welche der folgenden Aussagen zur Expositionstherapie bei Trennungsangst stimmt *nicht*?

- A Die erste Expositionsübung sollte von der Therapeutin durchgeführt werden.
- B Übungen müssen auch außerhalb der Therapie systematisch und zeitlich dicht beieinander durchgeführt werden.
- C Ziel der Exposition ist es, völlige Angstfreiheit herzustellen.
- D In den Übungen sollte eine Verletzung der Furchterwartung (z.B. „Meine Mutter kommt nicht mehr wieder.“) herbeigeführt werden.
- E Der Erfolg der Exposition kann mithilfe operanter Techniken gesteigert werden.

Frage 10

Welche Aussage zur Wirksamkeit von Angsttherapien im Kindes- und Jugendalter trifft zu?

- A Kognitive Verhaltenstherapie ist nur in Verbindung mit Medikation in der Angstbehandlung wirksam.
- B Im Prä-post-Vergleich zeigen sich mittlere bis große Effekte der Behandlung.
- C Behandlungseffekte zum Post-Zeitpunkt persistieren nicht bis zum Follow-up.
- D In Intention-to-treat-Analysen zeigen 13,64% der mit KVT behandelten Patienten eine Remission zum Follow-up-Zeitpunkt.
- E Das TAFF-Programm ist ein wirksames Therapieprogramm zur generellen Behandlung von Ängsten im Kindes- und Jugendalter.