

Angststörungen

Cecilia Ahmoi Essau und Ulrike Petermann

1. Beschreibung und Klassifikation der Störungen

Angst bei Kindern und Jugendlichen wurde in ihrer Entwicklung als normal angesehen (Graziano, DeGiovanni & Garcia, 1979). Dennoch gibt es unter Kindern und Jugendlichen mit Ängsten einen hohen Anteil, der behandlungsbedürftig ist (Cytryn et al., 1984). Weitere Hinweise für die hohe Prävalenz von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ergeben sich aus neueren epidemiologischen Studien, die Ängste als eine der häufigsten psychopathologischen Störungen in dieser Altersgruppe darstellen (Bird et al., 1988; Costello, 1989; Kashani & Orvaschel, 1990; McGee, Feehan, Williams, Partridge, Silva & Kelly, 1990).

Das DSM-III-R (1989) führt drei Arten von Ängsten auf, die für Kinder und Jugendliche typisch sind. Diese umfassen die Störung mit Trennungsangst, mit Kontaktvermeidung und mit Überängstlichkeit. Zusätzlich umfaßt das DSM-III-R (1989) fünf Angststörungen, die auf Kinder und Jugendliche ebenso wie auf Erwachsene zutreffen können: Panikstörung, Phobische Störungen, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung und Generalisierte Angststörung.

Zunächst wird auf die für Kinder typischen Angststörungen eingegangen, und die diagnostischen Kriterien werden ausgeführt. Anschließend wird kurz über die anderen Angststörungen berichtet, die für Kinder wie Erwachsene gelten.

Störung mit Trennungsangst. Das zentrale Merkmal dieser Angststörung besteht in einer exzessiven Angst vor der Trennung von Bezugspersonen; in der Regel sind es die Eltern. Im einzelnen zeigt sich die Angst in:

- unrealistischer und anhaltender Besorgnis darüber, daß engen Bezugspersonen etwas zustoßen oder ein Unglück das Kind von einer Bezugsperson trennen könnte;
- anhaltender Abneigung oder Weigerung, zur Schule zu gehen, ohne Anwesenheit einer vertrauten Person zu schlafen, weg von zu Hause zu schlafen oder einmal allein zu sein;
- wiederholten Alpträumen mit Trennungsthemen;
- Klagen über körperliche Symptome oder Wutanfälle, Schreien und Jammern, wenn eine Trennung von engen Bezugspersonen bevorsteht oder erfolgt, beispielsweise an Schultagen, bei Besuchen.

Die Störung mit Trennungsangst wird diagnostiziert, wenn von neun aufgelisteten Symptomen mindestens drei für vier Wochen auftreten, das Kind unter 18 Jahren alt ist und die Symptome sich nicht ausschließlich zeitgleich mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung zeigten.

Bei der Differentialdiagnose muß berücksichtigt werden, daß Trennungsangst in der Entwicklung von Kindern in einem gewissen Umfang eine normale Erscheinung darstellt. Es gilt also, eine normale Entwicklungsphase von einer exzessiven Reaktion auf Trennung zu unterscheiden.

Bei tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder Schizophrenie muß Trennungsangst als Bestandteil dieser Erkrankungen und nicht als getrennte Störung angesehen werden. Die Störung mit Trennungsangst muß von Schuleschwänzen unterschieden werden. Beim Schuleschwänzen lehnt das Kind die Schule ab und kann sich auch von Zuhause entfernen; bei der Trennungsangst hingegen ist das Ziel der Schulverweigerung, die Trennung von den Eltern zu vermeiden. Trennungsangst sollte auch von einer Panikstörung mit Agoraphobie unterschieden werden; nicht die exzessive Angst vor Trennung von einer engen Bezugsperson, sondern die Furcht vor Panikattacken führt zur Unfähigkeit eines Kindes, sein zu Hause zu verlassen. Zudem ist die Panikstörung mit Agoraphobie unter 18 Jahren eher ungewöhnlich. Kinder, die die Kriterien einer Trennungsangst und einer Major Depression erfüllen, sollten mit beiden Störungen diagnostiziert werden.

Störung mit Kontaktvermeidung. Hierbei bezieht sich die Angst auf den Kontakt mit unbekanntem Personen. Die übermäßige Scheu führt zur Vermeidung von Kontakten sowohl zu Gleichaltrigen als auch Erwachsenen, die unbekannt sind. Die Störung mit Kontaktvermeidung muß mindestens sechs Monate oder länger auftreten und so stark ausgeprägt sein, daß die Sozialentwicklung und Fähigkeit im Umgang mit Gleichaltrigen beeinträchtigt ist (vgl. DSM-III-R, 1989). Zu vertrauten Personen, Erwachsenen wie Kindern, besteht Kontaktwunsch und Kontaktfähigkeit. Das heißt, daß sich die Beziehung zu Familienmitgliedern und anderen vertrauten Personen herzlich und befriedigend gestaltet.

Ein Kind, bei dem diese Störung diagnostiziert wird, muß mindestens zweieinhalb Jahre alt sein. Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn die Störung so massiv und anhaltend ist, daß eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung die Diagnose der Wahl ist.

Sozial zurückhaltende Kinder sind von denen mit einer Kontaktvermeidungsstörung zu trennen. Sie werden zwar mit ihnen unbekanntem Personen nur langsam vertraut, verweigern aber nicht den Kontakt. Nach einiger Zeit können sie reagieren und erleiden daher keine Einschränkungen in ihrer Sozialentwicklung. Eine Differentialdiagnose muß auch abklären, ob eine Störung mit Kontaktvermeidung, mit Trennungsangst oder ob beide vorliegen. Bei einer Trennungsangst beruht der Hauptgrund für die Angst auf der Trennung von engen Bezugspersonen und nicht auf dem Kontakt mit unvertrauten Menschen. Bei einer Störung mit Überängstlichkeit konzentriert sich die Angst nicht auf den Kontakt mit un-

vertrauten Menschen; es können aber beide Störungen vorhanden sein. Sozialer Rückzug tritt häufig bei der Major Depression und der Dysthymen Störung auf, stellt jedoch ein generalisiertes Phänomen im Rahmen dieser Erkrankungen dar. Abzugrenzen ist schließlich die Störung mit Kontaktvermeidung von der Anpassungsstörung mit Rückzug, bei der keine ängstliche Stimmung feststellbar ist, die auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückführbar ist und weniger als sechs Monate andauert.

Störung mit Überängstlichkeit. Charakteristisch für diese Angststörung ist eine übermäßige, unrealistische Angst oder Sorge, die sich mindestens über eine Zeit von sechs Monaten erstrecken muß. Laut DSM-III-R (1989) müssen von sieben wenigstens vier Kriterien erfüllt sein, die in den folgenden Punkten zusammengefaßt dargestellt werden:

- Übermäßige oder unrealistische Besorgnis zum einen um die Zukunft, zum anderen über die Angemessenheit früheren Verhaltens und zum weiteren über die eigene Kompetenz (beispielsweise Sport, Schule, Freizeit, Freunde).
- Somatische Beschwerden, wie Kopf- und Bauchschmerzen, für die kein körperlicher Befund festgestellt werden kann.
- Ausgeprägte Befangenheit und/oder exzessives Bedürfnis nach Bestätigung in verschiedensten Situationen.
- Massive Angespanntheit oder die Unfähigkeit, sich zu entspannen.

Die aufgeführten Symptome erfüllen die Kriterien für eine Störung mit Überängstlichkeit nicht, wenn das Kind 18 Jahre oder älter ist. Weiter wird die Diagnose nicht gestellt, wenn die Angst ein Symptom einer Psychotischen oder Affektiven Störung ist. Trennungsangst und Überängstlichkeit sind voneinander abzugrenzen; bei einer Trennungsangst alleine beziehen sich die Symptome ausschließlich auf Trennungssituationen; treten beide Störungen gemeinsam auf, dürfen sich die Symptome der Überängstlichkeit nicht nur auf Trennungssituationen beziehen. Differentialdiagnostisch ist weiterhin von Bedeutung, daß sich hinsichtlich Angespanntheit, Unruhe und Zappeligkeit überängstliche sowie aufmerksamkeits- und hyperaktivitätsgestörte Kinder gleichen; die wesentliche Unterscheidung liegt jedoch darin, daß sich hyperaktive Kinder nicht um die Zukunft sorgen. Allerdings.. können beide Störungen komorbid sein. Der Unterschied zwischen einer Überängstlichkeits- und einer Anpassungsstörung mit Ängstlicher Gestimmtheit besteht dahingehend, daß die Anpassungsstörung eine Reaktion auf eine oder mehrere feststellbare psychosoziale Belastungen darstellt und weniger als sechs Monate andauert.

Andere Angststörungen

Panikstörung. Zentral bei dieser Störung sind Panikattacken, die einmal oder wiederholt auftreten können; sie sind spontan, das heißt, sie werden nicht von einer phobischen oder lebensbedrohenden Situation oder durch körperliche Anstrengung ausgelöst. Panikattacken wurden als intensive Angst oder massives Unbehagen definiert und durch beispielsweise folgenden Symptome charakterisiert:

- Atemnot oder Erstickungsgefühle
- Benommenheit oder Ohnmachtsgefühl
- Herzklopfen oder erhöhte Herzschlagrate
- Beben und Zittern
- Schwitzen, Übelkeit, Fieberanfälle, Schüttelfrost
- Brust- oder Bauchschmerzen
- Angst vor Kontrollverlust
- Furcht, verrückt zu werden oder zu sterben

Bei Panikattacken kann ein organischer Faktor mit auslösender oder aufrechterhaltender Wirkung nicht nachgewiesen werden. Die Attacken haben in der Regel eine Länge von zehn Minuten. Berücksichtigt werden muß besonders die Angst vor Panikattacken.

Phobische Störungen. Sie werden als anhaltende und irrationale Furcht vor bestimmten Objekten, Handlungen oder Situationen definiert; die Angst führt zu dem starken Wunsch, den gefürchteten Auslöser zu vermeiden. Ist dies nicht möglich, steht die Person die Situation nur mit intensiver Angst durch. Das Vermeidungsverhalten schränkt die Person je nach Art der Phobie in unterschiedlichen Lebensbereichen erheblich ein; bei Kindern ist deren Entwicklung stark gefährdet, sei es in sozialer, sei es in schulischer, sei es in emotionaler Hinsicht.

Das DSM-III-R (1989) unterscheidet drei Typen der Phobischen Störungen: Soziale Phobie, Einfache Phobie und Agoraphobie ohne Panikstörung. Die Soziale Phobie wird durch anhaltende Furcht vor Situationen charakterisiert, in denen die Person der Aufmerksamkeit anderer ausgesetzt ist. Das Kind hat Angst davor, sich in einer Weise zu verhalten, die demütigend oder peinlich sein könnte, beispielsweise nicht antworten zu können, sich beim Essen zu verschlucken. Die Einfache Phobie wird durch anhaltende Furcht vor einem begrenzten Auslöser definiert. Davon ausgenommen ist die Angst vor Panikattacken (wie bei der Panikstörung) sowie vor Peinlichkeiten oder Demütigungen in sozialen Situationen (wie bei der Sozialen Phobie). Die Agoraphobie ist die Furcht davor, sich an Orten oder in Situationen zu befinden, denen schwer zu entkommen oder in denen keine Hilfe verfügbar wäre, falls plötzlich Symptome erlebt werden, die nicht bewältigbar oder extrem peinlich erscheinen (beispielsweise Schwindelgefühl, Herzbeschwerden, Verlust der Blasenkontrolle beim Aufenthalt in einem Zug, einer Menschenmenge und ähnliches).

Zwangsstörung. Sie besteht aus Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, die erhebliches Leid verursachen und eine Person stark in ihrer Lebensführung hindern, da sie zeitraubend und/oder schädigend sind. Der Tagesablauf ist eingeschränkt, schulische, berufliche Leistungen und soziale Aktivitäten sowie Beziehungen sind beeinträchtigt. Zwangsgedanken bestehen aus wiederholten und andauernden Ideen oder Impulsen, die als lästig bis sinnlos erlebt werden und die eine Person zu ignorieren oder auszuschalten versucht. Zwangshandlungen treten wiederholt auf und sind zielgerichtet sowie absichtlich. Die Ausführung erfolgt, auf einem Zwangsgedanken basierend, stereotyp oder regelgeleitet, um starkes Unbehagen oder vermeintlich schreckliche Situationen zu verhindern bzw. un-

wirksam zu machen. Die Handlungen stehen in keinem angemessenen Verhältnis zu deren Ziel und Ergebnis, und die Person weiß in der Regel, daß sie übertrieben und unsinnig sind; letzteres mag für Kinder nicht zutreffen (vgl. DSM-III-R, 1989).

Posttraumatische Belastungsstörung. Es handelt sich um eine Angstreaktion aufgrund eines belastenden Ereignisses, das sich außerhalb des Bereiches der gewöhnlichen menschlichen Erfahrung befindet und für fast jeden eine starke Belastung darstellen würde; beispielsweise handelt es sich um die Erfahrung körperlicher oder sexueller Gewalt oder um die Bedrohung der eigenen Person oder nahestehender Personen. Die Posttraumatische Belastungsstörung wird durch verschiedene Arten quälenden Wiedererlebens charakterisiert: wiederholte, sich aufdrängende, quälende Erinnerung an das Ereignis; wiederkehrende, belastende Träume; plötzliches Handeln oder Empfinden, als ob das Ereignis wiederholt aufträte; intensives psychisches Leid, wenn Ereignisse auftreten, wie Jahrestage des traumatischen Ereignisses, die mit ihm in irgendeiner Weise in Verbindung stehen oder ihm ähneln. Um quälendes Wiedererleben zu verhindern, werden verschiedenste Situationen und Auslöser gemieden. Bei kleinen Kindern allerdings können wiederholte Spiele, die das belastende Ereignis zum Inhalt haben oder es ausdrücken, beobachtet werden.

Neben Vermeidungsverhalten kann die allgemeine Reaktionsbereitschaft, Empfindung positiver Gefühle oder das Interesse für Aktivitäten eingeschränkt sein; beispielsweise können Kinder neu in ihrer Entwicklung angeeignete Fähigkeiten wie Sprache oder Saubersein wieder verlieren. Schließlich kann als weitere Folge einer traumatischen Belastung ein erhöhtes Erregungsniveau auftreten, wie z. B. Schlafstörungen, Wutausbrüche oder Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. DSM-III-R, 1989).

Generalisierte Angststörung. Das grundlegende Merkmal ist unrealistische oder exzessive Angst und Besorgnis hinsichtlich zweier oder mehrerer Lebensumstände. Bei Kindern bezieht sich die Angst auf schulische, sportliche und soziale Kompetenz und Leistungsfähigkeit. Angst und Sorge bestehen über sechs Monate oder länger; und die überwiegende Zahl der Tage wird eine Person von diesen Sorgen geplagt. Eine Reihe von Symptomen treten im Zustand dieser Angst auf; von insgesamt 18 müssen mindestens sechs gegeben sein. Die 18 Symptome sind drei Bereichen zugeordnet, nämlich: motorische Spannung wie Zittern, Muskelspannung, Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit; vegetative Übererregbarkeit wie Durchfall, häufiges Harnlassen, Kloßgefühl im Hals; sowie Hypervigilanz und erhöhte Aufmerksamkeit wie übermäßige Schreckhaftigkeit, sich angespannt fühlen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Reizbarkeit (vgl. DSM-III-R, 1989).

2. Epidemiologie, Risikofaktoren und Verlauf

2.1 Epidemiologie

Nach neueren epidemiologischen Studien weisen 10 % der Kinder und Jugendlichen Angststörungen auf. So zeigten in einer Studie von Kashani und Orvaschel (1988) 8,7 % der Jugendlichen mindestens eine Angststörung, die einer Intervention bedurfte. Ebenso fand Costello (1989) bei Kindern in 8,9 % der Fälle mindestens eine Angststörung. Auch in der Studie von McGee et al. (1990) hatten 10,7 % der Jugendlichen Angststörungen; und in einer neueren Studie von Fergusson, Horwood und Lynskeyl (1993) wiesen zwischen 10,7 und 12,8 % der Kinder Angststörungen auf.

Am häufigsten ist die Störung mit Überängstlichkeit im Kindes- und Jugendalter verbreitet; die Prävalenz schwankt zwischen 2,9 und 4,6 % (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; Costello, 1989). Die Störung mit Trennungsangst bewegt sich zwischen 2,4 und 4,7 % (Bird et al., 1988; Bowen, Offord & Boyle, 1990); Costello (1989) gibt bei der Störung mit Kontaktvermeidungsverhalten eine Rate von 1,6 % an.

Die Prävalenzangaben für Phobische Störungen sind wenig konsistent und schwer interpretierbar; sie variieren für die Einfache Phobie von 2,4 bis 36 % und für Soziale Phobie von ein bis 51 % (Anderson et al., 1987; Reinherz, Giaconia, Lefkowitz, Pakiz & Frost, 1993). Die Zwangsstörung tritt weniger häufig auf (von 0,4 bis 2,1 %; Flament et al., 1988; Reinherz et al., 1993; Whitaker et al., 1990). Die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung beträgt nach Reinherz et al. (1993) 6 %.

Auch bei der Panikstörung variieren die Prävalenzraten erheblich. Whitaker et al. (1990) berichteten von 0,6 % Panikstörungen und Warren und Zgourides (1988) von 4,7 %. In einer Studie von Macaulay und Kleinknecht (1989) wiesen 10,4 % der Jugendlichen eine mittlere und 5,4 % eine schwere Panikstörung auf. Panikattacken sind sogar mit Raten von 5,3 bis zu 63 % noch häufiger (Hayward, Killen & Taylor, 1989; Hayward et al., 1992; King, Gullone, Tonge & Ollendick, 1993; Macaulay & Kleinknecht, 1989; Warren & Zgourides, 1988). Diese Angaben sind jedoch kritisch zu beurteilen, wenn sich die Behauptung von Nelles und Barlow (1988) als richtig erweisen würde, daß kleinere Kinder nicht die Arten der Kognition erzeugen können, die nötig sind, um spontan Panik zu erfahren. Eine Person muß nämlich psychophysiologische Symptome als selbstverursacht erkennen können, um Panik spontan zu erleben.

Betrachtet man Kinder, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, dann erfüllen 47 % die Kriterien für die Störung mit Trennungsangst, 52 % für die Störung mit Überängstlichkeit (Last, 1988) und 1,3 % für die Zwangsstörung (Thomsen & Mikkelsen, 1991). Zwischen 9,6 und 16 % der Kinder und Jugendlichen hatten eine Panikstörung (Alessi, Robbins & Dilsaver, 1987; Last & Strauss, 1989) und zwischen drei und 41 % hatten Panikattacken (Bradley & Hood, 1993; Moreau, Weissman & Warner, 1989). Bei der Panikstörung treten

Schulverweigerung und Aggression als Leitsymptome am häufigsten auf; zusätzlich beobachtet man Depression und somatische Beschwerden (Alessi & Magen, 1988).

Komorbidität zwischen Angststörungen. Verschiedene Studien haben gezeigt, daß ein hoher Prozentsatz der Kinder nicht nur eine Angststörung, sondern mindestens eine weitere besaßen. So erfüllten in der Studie von Kashani und Orvaschel (1990) 36,4 % der ängstlichen Kinder die Kriterien für zwei oder mehr Angststörungen. Nach diesen Autoren kann die Komorbidität zwischen Angststörungen durch verschiedene Faktoren erklärt werden:

- Ängstliche Verhaltensweisen einer Angststörung können einen Risikofaktor für eine andere darstellen.
- Unterschiedliche Ängste weisen dieselbe Ätiologie auf.
- Die Symptome verschiedener Ängste überlappen sich und führen zu Störungen, die die Kriterien für mehr als eine Diagnose erfüllen.

Die meisten Jugendlichen mit einer Panikstörung litten vorher unter einer Störung mit Trennungsangst (Alessi et al., 1987; Alessi & Magen, 1988). Diese Befunde bestätigen die Annahme, daß die Störung mit Trennungsangst bei einigen Kindern einen Hinweis auf oder sogar eine Vorform der Panikstörung bildet.

Komorbidität mit Depression. Die Major Depression tritt am häufigsten mit Angststörungen auf. Die Prävalenz bewegt sich zwischen 0,8 und 15,9 % (Anderson et al., 1987; Bird et al., 1993; Costello et al., 1988; Fergusson et al., 1993). Unter den verschiedenen Angstformen ist die Störung mit Überängstlichkeit am häufigsten mit Depression verknüpft (21 %; Bowen et al., 1990).

Noch häufiger sind Angst und Depression bei Kindern gekoppelt, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden; hier schwanken die Raten zwischen 28 und 55 % (Kovacs et al., 1989; Moreau et al., 1989; Strauss et al., 1988). Kinder, die sowohl Angst als auch Depression aufwiesen, waren in der Regel älter und hatten mehrere schwere Angstsymptome (Bernstein, 1991; Strauss et al., 1988). Bei Kindern mit Panikstörung und Depression traten eine depressive Episode und eine Panikattacke zeitgleich auf (Alessi & Magen, 1987). Auch eine Zwangsstörung kann bei Jugendlichen gemeinsam mit einer Depression vorkommen (Toro, Cervera, Oseja & Salamero, 1993). Auch wenn die Zwangssymptome zunehmen, bleiben Angst und Depression untereinander verknüpft (Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane & Cheslow, 1989).

Komorbidität mit anderen Störungen. Angststörungen und Hyperaktivität treten miteinander auf (Biederman, Faraone, Keenan, Steingard & Tsuang, 1991; Bird, Gould & Staghezza, 1993; Keller, Lavori, Wunder, Beardslee, Schwartz & Roth, 1992; vgl. Döpfner in diesem Buch). Insbesondere Kinder mit Trennungsangst und/oder mit Überängstlichkeit zeigten zwischen 15 und 24 % hyperaktives Verhalten (Bowen et al., 1990; Keller et al., 1992). In 36 bis 62,4 % überlappen sich Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens (Trotzverhalten; Bird et al., 1993; Cohen et al., 1993).

2.2 Risikofaktoren

Geschlecht. Geschlecht und Ängste stehen hinsichtlich einiger, jedoch nicht aller Angststörungen in einem deutlichen Zusammenhang. In den meisten Studien wiesen Mädchen zwei- bis viermal höhere Raten von Angststörungen auf als Jungen (Fergusson et al., 1993; Kashani & Orvaschel, 1990). Die höheren Angstraten der Mädchen waren etwa ab dem zwölften Lebensjahr augenscheinlich (Cohen et al., 1993). Es wurde angenommen, daß die Ängste teilweise mit der weiter vorgeschrittenen biologischen Reife der Mädchen im Zusammenhang stehen (Fergusson et al., 1993).

Bei der Trennungsangst waren Mädchen überrepräsentiert (Bowen et al., 1990); die Verteilung von Mädchen zu Jungen betrug sechs zu eins (Bowen et al., 1990). Neuere Studien von Cohen et al. (1993) zeigten jedoch vergleichbare Raten der Störung mit Trennungsangst für Jungen und Mädchen. Bei der Störung mit Überängstlichkeit ist das Geschlechterverhältnis bis zur Adoleszenz in etwa gleich; danach tritt die Störung bei Mädchen häufiger auf (Werry, 1991). In der Studie von Bowen et al. (1990) liegt die Verteilung von weiblich zu männlich für die Störung mit Überängstlichkeit bei vier zu eins. Im Gegensatz zu diesen beiden Studien fanden Anderson et al. (1987) höhere Raten der Störung mit Überängstlichkeit bei Jungen als bei Mädchen. Bei der Generalisierten Angststörung hingegen zeigten Mädchen signifikant höhere Raten als Jungen (Whitaker et al., 1990).

Einige Studien berichteten eine höhere Rate für die Zwangsstörung bei Jungen als bei Mädchen (Swedo et al., 1989; Toro et al., 1992); in anderen Studien konnte dies jedoch nicht bestätigt werden (Allsopp & Verduyn, 1990; Thomsen, 1993; Thomson & Mikkelsen, 1991; Whitaker et al., 1990). Die Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung war für Mädchen etwa fünfmal höher als für Jungen (Reinherz et al., 1993), obwohl es für beide Geschlechter gleichermaßen wahrscheinlich war, ein traumatisches Ereignis zu erleben, welches die Störung auslösen könnte. Auch die Panikstörung tritt bei Mädchen doppelt so häufig wie bei Jungen auf (Last & Strauss, 1989), obwohl Jungen ebenso schwere Panikattacken erlebten wie Mädchen (Macaulay & Kleinknecht, 1989).

Das Risikoalter und Erstmanifestation. Die Prävalenz der unterschiedlichen Angststörungen ändert sich mit dem Alter. Kashani und Orvaschel (1990) berichteten beispielsweise höhere Raten der Störung mit Trennungsangst einmal für Achtjährige und einmal für Siebzehnjährige. In der Studie von Cohen et al. (1993) gab es einen 23prozentigen Rückgang der Störung mit Trennungsangst mit jedem Jahr ab dem zehnten Lebensjahr (Cohen et al., 1993); dieser Rückgang ist vermutlich eine Folge der wachsenden Bestrebungen zur Unabhängigkeit während der späten Kindheit.

Cohen et al. (1993) berichteten für Jungen vom zehnten bis zum 20. Lebensjahr einen kontinuierlichen Rückgang bei der Störung mit Überängstlichkeit; ein geringerer Rückgang wurde bei Mädchen beobachtet. Die Tatsache, daß bei Mädchen mit steigendem Alter die Störung mit Überängstlichkeit weniger ausgeprägt zurückgeht als bei Jungen, weist daraufhin, daß die biologischen und sozialen Veränderungen bei Mädchen in der Pubertät die Störung nicht grundlegendbeein-

flussen. Der deutliche Rückgang bei Jungen mit zunehmendem Alter kann damit im Zusammenhang stehen, daß diese Fertigkeiten und Selbstkontrolle entwickeln und soziale Anerkennung erfahren. Weiter wird vermutet, daß Jungen durch die zunehmende Anpassung an ihre Geschlechtsrolle eine rückläufige Überängstlichkeit zeigen (Cohen et al., 1993).

Panikattacken scheinen nicht unmittelbar mit dem Alter zusammenzuhängen, sondern eher mit der Pubertät (Hayward et al., 1992). Die Autoren interpretieren die höheren Raten von Panikattacken mit zunehmender sexueller Reife. Die verstärkt produzierten Geschlechtshormone in der Pubertät könnten dazu beitragen, daß Panikattacken vermehrt auftreten, auch in späteren Pubertätsphasen. Panikattacken traten ab dem 13. Lebensjahr auf (Macaulay & Kleinknecht, 1989; Warren & Zgourides, 1988). Im psychiatrischen Bereich liegen nicht nur schwerere Formen von Panikstörungen vor, sondern diese manifestieren sich schon zwischen dem fünften und elften Lebensjahr (Bradley & Hood, 1993; Vitiello, Behar, Wolfson & McLeer, 1990).

Eine Zwangsstörung manifestiert sich etwa mit elf Jahren (Toro et al., 1992). Es ist unklar, ob die Störung bei Jungen oder bei Mädchen früher auftritt (Swedo et al., 1989; Toro et al., 1992).

Kritische Lebensereignisse. Bernstein, Garfinkel und Hoberman (1989) stellten fest, daß Jugendliche mit hoher Angst im Vergleich zu solchen mit niedriger Angst wesentlich mehr kritische Lebensereignisse in den vorausgegangenen Monaten erfuhren. Die häufigsten kritischen Lebensereignisse, die in einem erhöhten Ausmaß vorkommen, bestanden in :

- Auseinandersetzungen mit den Eltern
- Schwierigkeiten mit einem Geschwister
- Probleme im Umgang mit Klassenkameraden
- schlechte Schulnoten
- Verlust eines Freundes bzw.
- Beenden einer (gegengeschlechtlichen) Freundschaft
- körperliche und/oder sexuelle Mißhandlungen
- chronische körperliche Erkrankungen

Zwischenmenschliche Konflikte, Verluste wie Trennung oder Scheidung der Eltern, Schulleistungsprobleme und Schulstreß, Konflikte mit der Familie oder den Gleichaltrigen sowie Tod eines Verwandten wurden häufig als kritische Lebensereignisse gefunden, die den ersten Panikattacken bei Kindern mit einer Panikstörung vorausgingen (vgl. Macaulay & Kleinknecht, 1989; Warren & Zgourides, 1988; Bradley & Hood, 1993).

Soziale Herkunft. Je nach Angstart werden unterschiedliche Ergebnisse berichtet. Für die Störung mit Trennungsangst sowie Phobien stellte ein niedriger sozioökonomischer Status einen bedeutenden Risikofaktor dar (vgl. Reinherz et al., 1993; Velez, Johnson & Cohen, 1989). Hingegen konnte von Whitaker et al. (1990) kein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und den folgenden Störungen gefunden werden: Panikstörung, Generalisierte Angststörung und Zwangsstörung.

Familiäre Faktoren. Weisen Eltern Angststörungen auf, dann besitzen auch Kinder ein erhöhtes Risiko, solche Störungen zu entwickeln. So ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder um siebenmal höher, deren Eltern eine Agoraphobie ohne Panikstörung oder Zwangsstörung besitzen (Turner, Beidel & Costello, 1987). Entsprechend weisen Mütter ängstlicher Kinder mehr Angststörungen auf als Mütter, deren Kinder an anderen psychiatrischen Störungen erkrankt sind (Last & Strauss, 1989; Toro et al., 1989). In einer Studie von Last, Hersen, Kazdin, Francis und Grubb (1987) hatten 83 % der Mütter von Kindern mit Trennungsangst und/oder mit Überängstlichkeit chronische Angststörungen. Die Hälfte dieser Mütter zeigte in dem Zeitraum Angststörungen, in dem ihre Kinder eine stationäre Angstbehandlung erhielten.

Neuere Studien von Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel und Perrin (1991) und Vi tiello et al. (1990) belegen, daß Angststörungen stabil über Generationen auftreten. Diese Stabilität wird in der Regel durch genetische Befunde erklärt, obwohl ein spezifisches, mit dem Risiko für eine Angststörung verbundenes Gen noch nicht identifiziert ist. Carey und Gottesman (1981) berichten eine Konkordanz von 88 % für Phobien bei eineiigen und von 38 % bei zweieiigen Zwillingen. Die Konkordanzrate für eine Zwangsstörung lag für eineiige Zwillinge bei 87 % und für zweieiige bei 47 %.

In einer Studie von Torgersen (1983) besaßen eineiige Zwillinge deutlich höhere Konkordanzraten für Panikstörungen oder Agoraphobie ohne Panikstörung als zweieiige. Torgersen (1988) kommt in einer Übersicht zu dem Schluß, daß phobische, Panik- und Zwangsstörungen offensichtlich durch genetische Faktoren beeinflusst werden. Im Gegensatz dazu besitzen die Generalisierte Angst- und Posttraumatische Belastungsstörung keine genetischen Komponenten.

Soziale Unsicherheit. Sozial unsicheres Verhalten bezieht sich auf die Tendenz, in neuen Situationen, scheu, ängstlich und gehemmt zu reagieren (Kagan, 1989; Petermann & Petermann, 1994). Soziale Unsicherheit erhöht nach Rosenbaum et al. (1988) das Risiko, Angststörungen zu entwickeln. Drei Aspekte sind dabei zu beachten:

- Sozial unsichere Kinder weisen gehäuft Eltern mit Panikstörungen und Agoraphobie ohne Panikstörung auf; diese Eltern haben noch ein erhöhtes Risiko für eine soziale Phobie und chronische Angststörungen (vgl. Rosenbaum, Biederman, Hirshfeld, Bolduc & Chaloff, 1991).
- Sozial unsichere Kinder besitzen nach Biederman et al. (1990) eine erhöhte Rate für phobische Störungen.
- Bleibt die soziale Unsicherheit bei den Kindern langfristig bestehen, dann erhöht sich nach Hirshfeld et al. (1992) das Risiko für Angststörungen.

2.3 Verlauf

Angststörungen weisen einen stabilen Verlauf und eine geringe Remissionsrate auf. Nach Keller et al. (1992) zeigen 46 % der Kinder mit Angststörungen auch nach acht Jahren das Symptombild; dies trifft auch für die Zwangsstörung zu (Zeitlin, 1986). Flament et al. (1990) belegten, daß auch noch nach zwei bis fünf Jahren die Kriterien für eine Zwangsstörung nach der ersten Manifestation erfüllt sind. Selbst wenn es Kindern mit Trennungsangst gelang, nach einer Behandlung die Schule regelmäßig wieder aufzusuchen, so waren sie doch sozial und affektiv in wichtigen Lebensbereichen eingeschränkt (vgl. Berg & Jackson, 1985). Cohen et al. (1993) berichten ähnliches für eine Störung mit Überängstlichkeit; 47 % der Jugendlichen wiesen diese Störung auch noch nach zweieinhalb Jahren auf.

Psychosoziale Beeinträchtigung. Jugendliche mit Angststörungen besaßen kaum ausgeprägte Kontakte zu Gleichaltrigen und hatten vermehrt Schul- und familiäre Schwierigkeiten (Kashani & Orvaschel, 1990). Bowen et al. (1990) berichteten, daß

- 20,5 % der Kinder mit Angststörungen Probleme mit ihren Bezugspersonen hatten,
- 10,3 % eine geringe Kompetenz im Sport- und Freizeitbereich besaßen,
- nur 10,8 % Sport betrieben und
- nur 2,5 % schlechte Schulleistungen aufwiesen.

Nach Whitaker et al. (1990) sind Kinder mit Generalisierter Angststörung am meisten beeinträchtigt (84,2 %); dann folgen Panik- und Zwangsstörung (71 bzw. 60 %). Toro et al. (1993) belegen, daß viele Jugendliche mit einer Zwangsstörung sich sozial isolieren und keine engen Freundschaften besitzen (Allsopp & Verduyn, 1990). Während einer Zwangsepisode verringern sich in 60 % der Fälle, besonders bei Jungen, die Schulleistungen (vgl. Toro et al., 1993). Nach Reinherz et al. (1993) lassen sich Jugendliche mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch eine deutlich geringere Selbstachtung, vermehrte Beziehungsprobleme und schlechtere Schulleistungen beschreiben.

3. Erklärungsansätze von Angststörungen

Es existieren im Rahmen des Neurotransmitter-Modells der Angst eine Reihe von Erklärungsansätzen, die sich auf das Noradrenerge-, das Serotonerge- und das Benzodiazepin-System beziehen. Informationen darüber können in einschlägigen Veröffentlichungen nachgelesen werden (Birbaumer & Schmidt, 1990).

3.1 Konditionierungsansätze

Nach der klassischen Konditionierungstheorie von Angst erlangen neutrale Stimuli, die zeitgleich mit furchterregenden Reizen auftreten, die Qualität, selbst Angst auszulösen. Die Stärke der Angstreaktion hängt von drei Faktoren ab:

- die Anzahl der neutralen Stimuli, die mit dem furchterregenden, unkonditionierten Reiz verknüpft sind;
- die Häufigkeit, mit der eine Assoziation von konditioniertem mit unkonditioniertem Reiz auftritt;
- die Intensität der Emotion „Angst“, die durch den unkonditionierten Stimulus hervorgerufen wird.

Reize, die den konditionierten Stimuli ähneln, können ebenfalls Angst hervorrufen. Die Theorie des klassischen Konditionierens wurde kritisiert, weil sich Phobien trotz der wiederholten Erfahrung mit konditionierten Stimuli, die ja für sich genommen ohne Folgen sind, nicht löschen ließen; eine weitere Kritik beruhte auf der Tatsache, daß Ängste und Phobien stellvertretend erworben werden können (Rachman, 1978).

Eine Modifikation der klassischen Konditionierungstheorie stellte das Modell des Vermeidungslernens dar (Mowrer, 1947). Das Modell besagt, daß Ängste und Phobien sich dann nicht löschen lassen, wenn man erfolgreich lernt, den gefürchteten Stimulus zu vermeiden. Das Vermeidungsverhalten verhindert nämlich ein Umlernen, daß der konditionierte Reiz objektiv keinen Anlaß zu Angst gibt.

3.2 Kognitive Theorien

Nach Becks kognitivem Ansatz (1988) besteht das Problem bei einer Angststörung in kognitiven Schemata, nach denen die Realität als gefährlich interpretiert wird. Die Information über sich selbst, die Welt und die Zukunft wird auf verzerrte Art als bedrohlich bewertet und verarbeitet. Als Ergebnis dieser Informationsverarbeitung resultieren Angstzustände, die eng mit irrationalen Gedanken und Vorstellungen verknüpft sind; dadurch wird ein neutrales Ereignis negativ und gefährlich eingeschätzt. Die Auswirkungen zeigen sich in unangemessenen motorischen, physiologischen und affektiven Komponenten der Angstreaktion.

3.3 „Angstspezifische“ Modelle

Verschiedene ätiologische Modelle wurden für die spezifischen Angststörungen entwickelt, besonders für die Panikstörung und Agoraphobie ohne Panikstörung. Einige Beispiele umfassen Clarks kognitives Modell (1986), Stammers integriertes konzeptuelles Modell (1982), das Modell von Brehony und Geller (1981), das Modell von Mathews, Gelder und Johnston (1981) und das psychophysiologische Modell der Panikattacken von Margraf, Ehlers und Roth (1986). Eine aktuelle Übersicht zur Erklärung von Ängsten findet sich in Deuchert und Petermann (1994).

4. Interventionsverfahren

4.1 Pharmakotherapie

Antidepressiva. Zur Gruppe der trizyklischen Antidepressiva gehören Imipramin (vgl. auch den Beitrag von Petermann & Essau in diesem Buch) und Clomipramin. Verschiedene plazebo-kontrollierte Studien wurden zur Behandlung von Trennungsangst durchgeführt, wobei keine eindeutigen Ergebnisse erzielt wurden (vgl. Bernstein, Garfinkel & Borchardt, 1990; Klein, Mannuzza, Chapman & Fyer, 1992). Obwohl die erste Studie von Gittelman-Klein und Klein (1971) mit Imipramin die Symptome von Kindern reduzierte, konnte eine neuere Studie nicht belegen, daß Imipramin einer Plazebo-Behandlung überlegen war (vgl. Klein et al., 1992). Berney et al. (1981) konnten ebenfalls keinen eindeutigen Effekt für Clomipramin gegenüber der Plazebo-Behandlung nachweisen. Nach Bernstein et al. (1990) besteht kein Unterschied hinsichtlich der Symptome bei Kindern und Jugendlichen mit Schulverweigerung, die Imipramin, Alprazolam und Plazebo erhielten. Obwohl diese plazebo-kontrollierten Studien den Gebrauch von trizyklischen Antidepressiva zur Behandlung von Angststörungen im Zusammenhang mit Schulverweigerung nicht rechtfertigen konnten, haben eine Anzahl von Fallberichten die Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva zur Behandlung einer Panikstörung bei Kindern und Jugendlichen dargestellt (Black & Robbins, 1990; Garland & Smith, 1991).

Benzodiazepin. Zur Gruppe der Benzodiazepine gehören Alprazolam und Clonazepam. Mit Alprazolam konnte bei der Störung mit Kontaktvermeidung und der mit Überängstlichkeit nur etwa die Hälfte der Kinder ihre Symptome verbessern (Simeon & Ferguson, 1987). Allerdings konnten in einer Doppel-Blind-Studie von Simeon et al. (1992) keine Unterschiede zwischen Alprazolam und der Plazebo-Behandlung entdeckt werden.

Fallberichte haben gezeigt, daß Clonazepam für die Behandlung von Kindern mit Trennungsangst und Überängstlichkeit (Biederman, 1987) und von Jugendlichen mit einer Panikstörung (Kutcher & Mackenzie, 1988) geeignet ist. Häufige Nebenwirkungen von Benzodiazepinen umfassen Sedierung und Schläfrigkeit (Bernstein et al., 1990; Biederman, 1990; Simeon et al., 1992); Benzodiazepine sollten aus diesen Gründen und der Gefahr, von ihnen abhängig zu werden, nur kurzfristig eingesetzt werden.

4.2 Psychologische Interventionen

Systematische Desensibilisierung. Dieses Vorgehen beruht darauf, die Kinder allmählich der furchterregenden Situation auszusetzen, während sie zeitgleich mit einer Handlung beschäftigt sind, die mit Angst unvereinbar ist. Dadurch wird die Angst von einer positiven Reaktion und Emotion überlagert und in der Folge davon gehemmt; dies nennt man das Prinzip der reaktiven Hemmung. Die Methode beinhaltet drei Schritte: Entspannungstraining, Entwicklung einer Angsthier-

archie und die eigentliche Systematische Desensibilisierung (vgl. Deuchert & Petermann, 1994).

Das Kind wird beispielsweise in der Progressiven Muskelentspannung geschult, da Entspannungsreaktionen Angst hemmen. Für Kinder wurden weitere Formen von Entspannungstrainings entwickelt, die die Phantasie, eine einfache Sprache und symbolhafte Begriffe nutzen, um das Verständnis für und das Interesse an Entspannungsvorgängen bei Kindern zu fördern (Ollendick & Cerny, 1981; Petermann & Petermann, 1993). Kind und Eltern entwickeln mit Hilfe eines Therapeuten eine Angsthierarchie, in der angsterregende Ereignisse geordnet sind. In der Behandlung beginnt man mit dem am wenigsten angstausslösenden Reiz und arbeitet schrittweise die Hierarchie ab. Werden die angsterregenden Situationen dem Kind präsentiert, wird das Kind zuvor aufgefordert, sich zu entspannen.

Die Systematische Desensibilisierung kann in vivo oder in der Vorstellung durchgeführt werden. Einige Autoren berichten, daß Erfahrungen in vivo wirksamer seien als eine Bewältigung von angstausslösenden Situationen in der Vorstellung (Ultee, Griffioen & Schellekens, 1982); wahrscheinlich sind Kinder, vor allem je jünger sie sind, aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung mit dem letztendlich insgesamt kognitiven Verfahren überfordert. Sind jedoch Kinder zur Vorstellung angsterregender Reize während der Desensibilisierung in der Lage, so kann mangelndes Vertrauen in die eigenen Fertigkeiten die Kinder daran hindern, die Konfrontation mit einer angstausslösenden Situation im Alltag zu bewältigen.

Überflutung und Implosion. Sowohl bei der Überflutung (flooding) als auch bei der Implosion werden die gefürchteten Reize auf einem intensiven Niveau für eine bestimmte Zeit präsentiert. Während der Überflutung wird ein Kind tatsächlich dem angsterregenden Reiz ausgesetzt. Als Wirkungsprinzip wird eine Löschung der konditionierten Angstreaktion angenommen; die Löschung soll dadurch möglich sein, daß trotz wiederholter Konfrontation mit einem angstausslösenden Reiz aversive Ereignisse nicht eintreten. Eine andere Erklärung geht von der physiologischen Gewöhnung aus; danach soll die Überflutung die Erregungskapazität erschöpfen, so daß nur noch ein minimales bis kein Angstempfinden möglich ist.

Die Implosionstechnik unterscheidet sich von der Überflutung dahingehend, daß ein Kind aufgefordert wird, sich vorzustellen, es befände sich in der angst-erregenden Situation. Es darf in seiner Vorstellung die Situation nicht verlassen und muß in der Vorstellung größtmögliche Ängste aushalten (Stampfl & Levis, 1967). Damit wird beabsichtigt, das Vermeidungsverhalten zu löschen.

Nur wenige Studien haben diese Ansätze in der klinischen Praxis verwandt. Dies hat damit zu tun, daß es kontroverse Ansichten darüber gibt, ob man Kinder in höchstem Maße angstausslösenden Situationen aussetzen darf. Was die Implosion angeht, muß zusätzlich die kognitive Entwicklung eines Kindes berücksichtigt werden, um erfolgreich Vorstellungsübungen realisieren zu können. Die Empfehlung lautet deshalb, Überflutung oder Implosion dann anzuwenden, wenn andere Methoden versagt haben (Carlson, Figueroa & Lahey, 1985).

Operante Ansätze. Die operanten Ansätze, wie beispielsweise positive Verstärkung, Shaping oder Löschung, werden benutzt, um angemesseneres Verhalten zur Angstbewältigung zu stärken und gleichzeitig Ängste sowie Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Mit positiver Verstärkung wird angemessenes Verhalten gelobt und belohnt. Beim Shaping erfolgt Lob und Belohnung nach schrittweiser erfolgreicher Annäherung an das gewünschte Verhalten. Durch das Entfernen verstärkender Konsequenzen für Vermeidungsverhalten wird dieses gelöscht.

Modellernen. Mit Hilfe des Modellernens werden einem Kind neue, angemessene Verhaltensweisen vermittelt und Angstreaktionen gelöscht; ein Kind beobachtet ein Verhalten eines anderen, dessen affektive Reaktionen sowie die Konsequenzen für das angemessene Bewältigungsverhalten (Bandura, 1979). Modellernen ist auf drei Wegen möglich, nämlich symbolisch, stellvertretend und teilnehmend. Beim symbolischen Modellernen beobachtet ein Kind ein anderes oder ein erwachsenes Modell in einem Film; das Filmmodell nähert sich erfolgreich an die gefürchtete Situation oder das gefürchtete Objekt an. Stellvertretendes Modellernen bezieht sich darauf, daß ein Kind einem Modell in vivo zuschaut, wie dieses mit dem angstausslösenden Objekt und Vermeidungsverhalten umgeht. Beim teilnehmenden Modellernen imitiert ein Kind ein Verhalten, das eine schrittweise Annäherung an den angstausslösenden Reiz ermöglicht und zuvor von einem Modell gezeigt wurde.

Kognitive Prozeduren. Sie beziehen sich einmal auf das Erlernen positiver Selbstinstruktionen, und einmal wird auf ein Streß-Immunsierungs-Training hingewiesen. Solche kognitiven Methoden werden zur Behandlung von Angst im Kindesalter häufig angewandt.

- Um positive Selbstinstruktionen aufzubauen, wird ein Kind trainiert, Selbstgespräche zu führen, die seine Kompetenz betreffen (Kanfer, Karoly & Newman, 1975). Dazu werden die Kinder angeleitet, Verhaltensweisen zu beschreiben, die zur Bewältigung angstausslösender Situationen führen.
- Ein Streß-Immunsierungs-Training wurde beispielsweise von Meichenbaum (1975) gegen Ängste vor einer Zahnarztbehandlung entwickelt. In diesem Training lernt ein Kind sich selbst so zu instruieren, daß die Angst vor Zahnarztbesuchen verringert wird. So konfrontiert sich zur Vorbereitung eines Zahnarztbesuches ein Kind in Selbstgesprächen mit möglichen Schmerzempfindungen und mit dadurch bedingten Streßsituationen (vgl. Breuker & Petermann, 1994). Positive Instruktionen zum Umgang mit Schmerz und zur Bewältigung der damit verbundenen Gefühle lernt ein Kind zu äußern. Instruktionen und Übungen zur Ruhe und Entspannung sind zusätzlich unterstützend.

Kompakte Trainings. In ihnen werden verschiedene psychologische Behandlungsmethoden kombiniert, häufig kognitive Ansätze mit Modellernen und Verhaltensübung; selbstverständlich integriert sind verstärkende Bedingungen. Kompakte Trainings setzen in der Regel daran an, unterschiedliche soziale Fertigkeiten aufzubauen. Sie zielen bei Kindern auf die Störung mit Trennungsangst und auf die mit Kontaktvermeidung ab. Vergleichende und Einzelfallstudien er-

brachten meistens sehr günstige Ergebnisse (Blagg & Yule, 1984; Garziano & Mooney, 1982; Mansdorf & Lukens, 1987; Petermann, 1997; Phillips & Wolpe, 1981; Ross & Petermann, 1987; Ultee et al., 1982).

Beispielhaft wird auf das Training mit sozial unsicheren Kindern eingegangen, das aus einem Einzel- und Gruppentraining besteht und neben der Behandlung eines Kindes die Eltern einbezieht (vgl. Petermann & Petermann, 1994). In diesem Training kommen folgende Methoden zum Einsatz:

- Modellernen mit Hilfe von Videosituationen.
- Diskriminationslernen mit Hilfe verschiedener Arbeitsblätter, die Comics, Fotogesichten u. ä. enthalten; es soll die Wahrnehmung für gerechtfertigt und ungerechtfertigt bedrohlich erlebte Situationen sensibilisiert sowie Verhaltensmöglichkeiten für eine Situation unterschieden werden.
- Differentielle Verstärkung für angemessene Verhaltensschritte zur Bewältigung einer angstauslösenden Situation; neben sozialen kommen Handlungsverstärker zum Einsatz, also Lob und Anerkennung sowie gemeinsame Spielaktivitäten.
- Selbstbeobachtung und Selbstinstruktion mit Hilfe von sogenannten Detektivbögen und Instruktionkärtchen; ein Kind soll dadurch lernen, sich selbst einzuschätzen und zu steuern, um Bewältigungsverhalten auszuführen.
- Verhaltensübungen mit Hilfe von Rollenspielen und in-vivo-Aufgaben; am Anfang stehen Teilfertigkeiten, die zu immer komplexeren Handlungen ausgebaut werden.

Wovor hat
Superman Angst?
Schreibe oder male es hinein,
dann weißt und siehst Du es!



Abbildung 1:

Das Superman-Spiel (vgl. Petermann & Petermann, 1994, S. 108).

Abschließend wird ein Beispiel für ein Material aus dem Training mit sozial unsicheren Kindern gegeben (Petermann & Petermann, 1994, S. 108), und zwar das Arbeitsblatt „Wovor hat Superman Angst?“, das diese eigentlich stark erscheinende Figur ängstlich und fluchtergreifend zeigt. Es soll damit eine Reaktionen erleichterung beim Kind bewirkt werden, eigene Ängste einzugestehen und darüber zu sprechen. Bedeutend ist in einer kindangemessenen Behandlung, materialgeleitet vorzugehen, was Abbildung 1 zu illustrieren versucht.

5. Abschließende Bemerkungen

Angststörungen sind bei Kindern und Jugendlichen häufig, mit einer Prävalenz von etwa 10 %. Verschiedene Angsttypen treten häufig sowohl kombiniert als auch zusammen mit anderen psychiatrischen Störungen auf, wie etwa mit Depression oder Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. Der Verlauf der Angststörungen ist chronisch und mit psychosozialen Beeinträchtigungen sowie einem hohen Behandlungsaufwand verbunden. Obwohl neuere Studien unsere Kenntnis über Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen erhöht haben, werden weitere Studien benötigt, um die Ätiologie zu erkunden sowie die Behandlung von Angststörungen und Prävention in dieser Altersgruppe zu optimieren.

Weiterführende Literatur

- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K. & Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders. A practitioner's guide*. Chicester: Wiley.
- Leitenberg, H. (Ed.) (1990). *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York: Plenum.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 6. veränd. Auflage.

Literatur

- Alessi, N.E. & Magen, J. (1988). Panic disorders in psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1450-1452.
- Alessi, N.E., Robbins, D.R. & Dilsaver, S.C. (1987). Panic and depressive disorders among psychiatrically hospitalized adolescents. *Psychiatric Research*, 20, 275-283.
- Allsopp, M. & Verduyn, C. (1990). Adolescents with obsessive compulsive disorders: A case note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit. *Journal of Adolescence*, 13, 157-169.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspective*. Hillsdale: Erlbaum.
- Berg, I. & Jackson, A. (1985). Teenage school refusers grow up: A follow-up study of 168 subjects, ten years on average after inpatient treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 366-370.
- Berney, T., Kolvin, I., Bhate, S.R. et al. (1981). School phobia: A therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *British Journal of Psychiatry*, 138, 110-118.
- Bernstein, G.A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 43-50.
- Bernstein, G.A., Garfinkel, B.D. & Hoberman, H.M. (1989). Self-reported anxiety in adolescents. *Journal of Psychiatry*, 146, 384-386.
- Bernstein, G.A., Garfinkel, B.D. & Borchardt, C.M. (1990). Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 773-781.
- Biederman, J. (1987). Clonazepam in the treatment of prepubertal children with panic-like symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 38-41.
- Biederman, J. (1990). The diagnosis and treatment of adolescent anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 20-26.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Hirschfeld, D.F. et al. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21-26.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Steingard, R. & Tsuang, M.T. (1991). Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 251-256.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1990). *Biologische Psychologie*. Berlin: Springer.
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M. et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Bird, H.R., Gould, M.S. & Staghezza, B.M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361-368.
- Black, B. & Robbins, D.R. (1990). Panic disorder in childhood and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 36-44.
- Blagg, N.R. & Yule, W. (1984). The behavioral treatment of school refusal. A comparative study. *Behavioral Research and Therapy*, 22, 119-127.
- Bowen, R., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1990). The prevalence of overanxious disorder and Separation anxiety disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 753-758.
- Bradley, S. & Hood, J. (1993). Psychiatrically referred adolescents with panic attacks: Presenting symptoms, stressors and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 826-829.
- Brehony, K.A. & Geller, E.S. (1981). Agoraphobia: Appraisal of research and a proposal for an integrative model. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Vol. 12. New York: Academic Press.

- Breuker, D. & Petermann, F. (1994). Angst und Schmerz in der pädiatrischen Zahnheilkunde: Verhaltensmedizinische Behandlungsansätze. In F. Petermann, S. Wiedebusch & T. Kroll (Hrsg.), *Schmerz im Kindesalter* (345-367). Göttingen: Hogrefe.
- Carey, G. & Gottesman, I.I. (1981). Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive disorder. In D.F. Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press.
- Carlson, C.L., Figueroa, R.G., & Lahey, B.B. (1985). Behavior therapy for childhood anxiety disorders. In R. Gittelman (Ed.), *Anxiety disorders of childhood*. New York: Plenum.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S. et al. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence - I: Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Costello, E.J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851-855.
- Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C. et al. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1107-1116.
- Cytryn, L., McKnew, D.H., Zahn-Waxler, C. et al. (1984). A developmental view of affective disturbances in the children of affectively ill parents. *American Journal of Psychiatry*, 141, 219-222.
- Deuchert, M. & Petermann, U. (1994). Angststörungen. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 2* (19-56). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- DSM-III-R (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Revision der dritten Auflage. Weinheim: Beltz.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Lynskey, M.T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.
- Flament, M.F., Withaker, A., Rapoport, J.L. et al. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence. An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
- Flament, M.F., Koby, E., Rapoport, J.L. et al. (1990). Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 363-380.
- Garland, E.J. & Smith, D.H. (1991). Simultaneous prepubertal onset of panic disorder, night terrors, and somnambulism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 553-555.
- Gittelman-Klein, R. & Klein, D. (1971). Controlled imipramine treatment of school phobia. *Archives of General Psychiatry*, 25, 204-214.
- Graziano, A., DeGiovanni, I.S. & Garcia, K. (1979). Behavioral treatment of children's fears: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 804-830.
- Hayward, C., Killen, J.D., & Taylor, C.B. (1989). Panic attacks in young adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1061-1062.
- Hayward, C., Killen, J.D., Hammer, L.D. et al. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth- and seventh-grade girls. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1239-1243.

- Hirshfeld, D.R., Rosenbaum, J.F., Biederman, J. et al. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103-111.
- Last, C.G. (1988). Anxiety disorders of childhood or adolescence. In C.G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (156-169). New York: Wiley.
- Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A.E., Francis, G. & Grubb, H.J. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1580-1583.
- Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A.E., Orvaschel, H. & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
- Last, C.G. & Strauss, C.C. (1989). Panic disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 87-95.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kanfer, F., Karoly, P. & Newman, A. (1975). Reduction of children's fears of the dark by competence-related and situational treat-related verbal cues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 251-258.
- Kashani, J.H. & Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145, 960-964.
- Kashani, J.H. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beardslee, W.R., Schwartz, C.E. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 596-599.
- Klein, D.F., Mannuzza, S., Chapman, T. & Fyer, A. (1992). Child panic revisited. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 112-113.
- King, N.J., Gullone, E., Tonge, B.J. & Ollendick, T.H. (1993). Self-reports of panic attacks and manifest anxiety in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 31, 111-116.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S.L. et al. (1989). Depressive disorders in childhood. IV: A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- Kutcher, S.P. & MacKenzie, S. (1988). Successful clonazepam treatment of adolescents with panic disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8, 922-300.
- Macaulay, J.L. & Kleinknecht, R.A. (1989). Panic and panic attacks in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 221-241.
- Mansdorf, I.J. & Lukens, E. (1987). Cognitive-behavioral psychotherapy for Separation anxious children exhibiting school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 222-225.
- Margraf, J., Ehlers, A. & Roth, W.T. (1986). Biological models of panic disorder and agoraphobia: A review. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 553-567.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. & Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: Guilford.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.

- Meichenbaum, D. (1975). A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In C.D. Spielberger & I. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety*, Vol. 2. New York: Wiley.
- Moreau, D.L., Weissman, M. & Warner, V. (1989). Panic disorder in children at high risk for depression. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1059-1060.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem solving". *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Nelles, W.B. & Barlow, D.H. (1988). Do children panic? *Clinical Psychology Review*, 8, 359-372.
- Ollendick, T.H. & Cerny, J.A. (1981). *Clinical behavior therapy with children*. New York: Plenum.
- Petermann, U. (1997). Training mit sozial unsicheren Vor- und Grundschulkindern. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie* (244-269). Baltmannsweiler: Schneider.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1993). Entspannungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 1* (316-334). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1994). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 5. veränd. Auflage.
- Phillips, D. & Wolpe, S. (1981). Multiple behavioral techniques in severe Separation anxiety of a twelve-year-old. *Journal of Experimental and Behavioral Psychiatry*, 12, 329-332.
- Rachman, S. (1978). *Fear and Courage*. San Francisco: Freeman.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Letkowitz, E.S., Pakiz, B. & Frost, A.K. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 369-377.
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Gersten, M. et al. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 45, 463-470.
- Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Hirshfeld, D.R., Bolduc, E.A. & Chaloff, J. (1991). Behavioral inhibition in children: A possible precursor to panic disorder or social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 5-9.
- Ross, A.O. & Petermann, F. (1987). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Simeon, J.G. & Ferguson, H.B. (1987). Alprazolam effects in children with anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 570-574.
- Simeon, J.G., Ferguson, H.B., Knott, V. et al. (1992). Clinical, cognitive, and neurophysiological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious and avoidant disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 29-33.
- Stampfl, T. & Levis, D. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Stamper, F.M. (1982). Panic disorder: Description, conceptualization, and implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 2, 469-486.
- Strauss, C.C., Lahey, B.B., Frick, P. et al. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 137-141.

- Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Leonard, H., Lenane, M. & Cheslow, D. (1989). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 335-341.
- Thomsen, P.H. (1993). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *88*, 212-217.
- Thomsen, P.H. & Mikkelsen, H.U. (1991). Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The demographic and diagnostic characteristics of 61 Danish patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *83*, 262-266.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, *40*, 1085-1089.
- Torgersen, S. (1988). Genetics. In C.G. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (159-170). New York: Pergamon.
- Toro, J., Cervera, M., Oseja, E. & Salamero, M. (1993). Obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence: A clinical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *33*, 1025-1037.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 229-235.
- Ultee, C.A., Griffioen, D. & Schellekens, J. (1982). The reduction of anxiety in children: A comparison of the effects of "systematic desensitization in vivo" and "systematic desensitization in vivo". *Behavior Research and Therapy*, *20*, 61-67.
- Warren, R. & Zgourides, G. (1988). Panic attacks in high school students: Implications for prevention and intervention. *Phobia Practice and Research Journal*, *1*, 97-113.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D. et al. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 487-496.
- Velez, C.N., Johnson, J. & Cohen, P. (1989). Longitudinal analyses of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*, 861-864.
- Vitiello, B., Behar, D., Wolfson, S. & McLeer, S.V. (1990). Diagnosis of panic disorder in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*, 782-784.
- Zeitlin, H. (1986). *The natural history of psychiatric disorder in children*. Oxford: Oxford University Press.