

8

Angststörungen

von Ulrike Petermann, Cecilia Ahmoi Essau und
Franz Petermann

Inhaltsübersicht	
1 Beschreibung und Klassifikation	228
1.1 Kind- und jugendspezifische Ängste	229
1.2 Andere Angststörungen	234
2 Epidemiologie, Verlauf und Nosologie	240
2.1 Epidemiologie	240
2.2 Verlauf	241
2.3 Nosologie	243
3 Erfassung von Angststörungen	246
4 Erklärungsansätze	249
4.1 Biologische Faktoren	249
4.2 Psychische Faktoren	251
4.3 Soziale Faktoren	253
4.4 Multikausales Entwicklungsmodell	255
5 Interventionsverfahren	256
5.1 Pharmakotherapie	256
5.2 Psychologische Interventionen: Eine Übersicht	257
5.3 Komplexe psychologische Interventionsprogramme	261
Zusammenfassung	265
Verständnisfragen	265
Weiterführende Literatur	265
Literatur	265

1 Beschreibung und Klassifikation

Betrachtet man Ängste bei Kindern bis in die 70er Jahre, so wurden solche für diese Altersgruppe als normal angesehen und ihnen keine klinische Bedeutung beigemessen. Weder im DSM-II von 1968 noch in der ICD-9 von 1978 existierten spezifische Kriterien für Kinderängste. Mit dem DSM-III (DSM-III-R, 1989) konnten ab den 80er Jahren drei Arten von Ängsten klassifiziert werden, die als kind- und jugendtypisch definiert waren, nämlich die Störung mit Trennungsangst, mit Kontaktvermeidung und mit Überängstlichkeit. Mit dem aktuellen DSM-IV (1996) wurden diese kind- und jugendspezifischen Ängste wieder reduziert, und es blieb nur noch die Störung mit Trennungsangst erhalten. Weitere Angststörungen werden im allgemeinen, also im Erwachsenenanteil des DSM-IV klassifiziert. Dort sind kind- und jugendspezifische Hinweise enthalten, sofern zu Erwachsenen Abweichungen existieren. In der ICD-10 (WHO, 1993; 1994) sind kind- und jugendspezifische Ängste differenziert wie ehemals im DSM-III-R aufgeführt, und zwar unter der Bezeichnung „emotionale Störungen“. Darüber hinaus gilt es jedoch, auch die Klassifikation der phobischen und anderen Angststörungen im Erwachsenenanteil der ICD-10 zu berücksichtigen (Petermann, Lehmkuhl, Petermann & Döpfner, 1995).

Nimmt man alle Angststörungen zusammen, machen diese einen hohen Anteil an den behandlungsbedürftigen psychopathologischen Störungen im Kindes- und Jugendalter aus; nach neueren epidemiologischen Stu-

dien sind es mindestens zwischen zehn und 15 Prozent (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996; McGee et al., 1990; Poulton et al., 1997).

Neben behandlungsbedürftigen Ängsten gibt es besonders im jungen Kindesalter solche, die normale, altersabhängige Durchgangsphänomene darstellen, wie beispielsweise Angst vor Dunkelheit, vor Gespenstern, vor großen Tieren, vor unvertrauten sowie fremden Personen und Angst vor der Trennung von den wichtigsten Bezugspersonen. Kinderängste sind dann behandlungsbedürftig, wenn sie ein Kind in seinem Alltag stark und anhaltend einschränken. Die Einschränkung resultiert aus einem Flucht- und Vermeidungsverhalten, das langfristig ein Kind in seiner motorischen, kognitiven sowie sozial-emotionalen Entwicklung beeinträchtigt; daraus entstehen Folgeprobleme in Familie, Kindergarten, Schule und Freizeitbereich.

Die Gruppe der Angststörungen ist *inhomogen*. Die unterschiedlichen Störungen zeigen sich in den verwendeten Begriffen, die von Angst über Phobie, Panik, Zwängen bis zur Belastungsstörung reichen. Da den Zwängen in diesem Lehrbuch ein eigenes Kapitel gewidmet wird (s. Kap. 9), soll an dieser Stelle nur darauf verwiesen werden.

Unterscheidungsmerkmale zwischen den verschiedenen Störungen beziehen sich darauf, wie *spezifisch* oder *generalisiert* eine Angststörung ist, durch was sie *situativ ausgelöst* wird und ob sie mit oder ohne *somatoforme* Symptome auftritt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über

Tabelle 1:

Klassifikation von Angststörungen nach DSM-IV und ICD-10.

DSM-IV		ICD-10	
Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden		F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz		F93	Emotionale Störungen des Kindesalters
309.21	Störung mit Trennungsangst	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
	Kein Äquivalent im DSM-IV; Überlappung zur spezifischen Phobie möglich (300.29 bzw. F40.2)	F93.1	Phobische Störung des Kindesalters
	Kein Äquivalent im DSM-IV; identisch zur Störung mit Kontaktvermeidung im DSM-III-R; Überlappungen zur sozialen Phobie nach DSM-IV	F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
	Kein Äquivalent im DSM-IV; jedoch identisch mit generalisierter Angststörung im Erwachsenenalter (300.02); schließt Teile der Störung mit Überängstlichkeit im Kindesalter aus dem DSM-III-R ein	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
		F93.80	Generalisierte Angststörung des Kindesalters (nur in den Forschungskriterien und nicht in den klinisch-diagnostischen Leitlinien enthalten)

Angststörungen (Erwachsenenteil)		F40 bis F49	Neurotische, Belastungs- und somato- forme Störungen (Erwachsenenteil)
		F40	Phobische Störungen
300.21	Panikstörung mit Agoraphobie	F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung
300.22	Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte	F40.00	Agoraphobie ohne Panikstörung
300.23	Soziale Phobie (Soziale Angststörung)	F40.1	Soziale Phobien
300.29	Spezifische Phobie	F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
		F41	Andere Angststörungen
300.01	Panikstörung ohne Agoraphobie	F41.0	Panikstörung
300.02	Generalisierte Angststörung (s.o.)	F41.1	Generalisierte Angststörung (unterschiedliche Symptome zu F93.80)
	Kein Äquivalent im DSM-IV	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
	Kein Äquivalent im DSM-IV	F41.3	Andere gemischte Angststörungen
308.3	Akute Belastungsstörung	F43.0	Akute Belastungsreaktion
309.81	Posttraumatische Belastungsstörung	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung

die Angststörungen im DSM-IV und in der ICD-10. Zuerst werden die kind- und jugendspezifischen Ängste aufgeführt, sodann die Ängste, die auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen zutreffen. Es werden in Tabelle 1 die Zwänge sowie die Ängste, die durch einen medizinischen Krankheitsfaktor bedingt oder die substanzinduziert sind, und die nicht näher bezeichneten Angststörungen außer Acht gelassen. Weiter wurde versucht, die Bezüge zwischen beiden Klassifikationssystemen aufzuzeigen. Das DSM-IV weist Lücken auf, die nicht durch kind- und jugendspezifische Kriterien im Erwachsenenanteil kompensiert werden können.

1.1 Kind- und jugendspezifische Ängste

Die für das Kindes- und Jugendalter typischen Ängste werden in den beiden Klassifikationssystemen offensichtlich für unterschiedlich bedeutsam gehalten, was einerseits an der kategorialen Bezeichnung und andererseits an der Differenziertheit der klassifizierbaren Kinderängste zu erkennen ist. Im DSM-IV ist die Störung mit Trennungsangst der Kategorie „andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz“ zugeordnet. In dieser Kategorie befinden sich noch vier weitere Störungen, nämlich der selektive Mutismus, die reaktive Bindungsstörung, die stereotype Bewegungsstörung sowie nicht näher bezeichnete Störungen im Kleinkind-, Kindes- und Jugendalter. Es entsteht der Eindruck, daß es sich bei diesen „anderen Störungen“ um eine Restkategorie handelt. Dies wird zum einen der Bedeutung aufgrund der hohen Prävalenz aller Ängste im Kindes- und Jugendalter und zum anderen den Unterschieden in der Symptomatik zwischen Kindern und Erwachsenen nicht gerecht.

Die ICD-10 unterscheidet vier kind- und jugendspezifische Angststörungen; sie werden der Kategorie „emotionale Störungen des Kindesalters“ zugeordnet. In dieser Kategorie befindet sich noch die emotionale Störung mit Geschwisterrivalität des Kindesalters (F93.3), welche sich mit Eifersucht und Konkurrieren unter Geschwistern, die über das übliche Maß hinausgehen, befaßt. Die kindspezifische generalisierte Angststörung (F93.80) wird nicht in den klinisch-diagnostischen Leitlinien (WHO, 1993), sondern ausschließlich in den Forschungskriterien (WHO, 1994) aufgeführt. Dies bleibt unverstänlich, zumal sich die Symptome der generalisierten Angststörung im Erwachsenenanteil (F41.1) von denen im Kinderteil unterscheiden, worauf in den Forschungskriterien der ICD-10 sogar explizit verwiesen wird (vgl. Tab. 1). Aus diesem Grund sollten beim Gebrauch der ICD-10-Klassifikation sowohl die klinisch-diagnostischen Leitlinien (WHO, 1993) als auch die Forschungskriterien (WHO, 1994) parallel verwendet werden.

Trennungsangst

Die Angst vor Trennung von den wichtigsten, vertrauten Bezugspersonen sowie von zu Hause ist im Säuglings- und Kleinkindalter in einem gewissen Ausmaß ein normales Phänomen. Weist die Trennungsangst einen *außergewöhnlichen Schweregrad* auf, reicht sie *über das übliche Alter* von circa zweieinhalb bis dreieinhalb Jahren hinaus, ist sie das *zentrale und gemeinsame Merkmal* unterschiedlicher angstausslösender Situationen, zum Beispiel bei der Schulverweigerung, bei der Weigerung, Freunde zu besuchen, und *schränkt* sie die *Sozialentwicklung* ein, so kann sie diagnostiziert werden. Tabelle 2 zeigt die notwendigen Kriterien für eine Trennungsangst nach DSM-IV und nach ICD-10 auf.

Tabelle 2:

Klassifikationskriterien für die Trennungsangst nach DSM-IV und ICD-10.

309.21: DSM-IV	F93.0: ICD-10
<p>Von den folgenden acht Kriterien müssen mindestens drei erfüllt sein:</p> <p>1. Übermäßiger Kummer stellt sich wiederholt ein, wenn eine Trennung von wichtigen Bezugspersonen oder von zu Hause auftreten könnte oder tatsächlich auftritt.</p>	<p>Von den folgenden acht Kriterien müssen mindestens drei erfüllt sein:</p> <p>1. Anhaltende, unrealistische Sorge, daß einer wichtigen Bezugsperson etwas zustoßen könnte, daß das Kind von einer solchen Person für immer getrennt würde, beispielsweise, weil diese weggeht, nicht zurückkommt oder stirbt.</p>
<p>2. Andauernde, übermäßige Sorge darüber, daß wichtigen Bezugspersonen etwas zustoßen könnte, wie Krankheit und Unfall, oder daß das Kind diese verlieren könnte.</p>	<p>2. Anhaltende, unrealistische Sorge darüber, daß ein Unglück das Kind von seinen Bezugspersonen trennen könnte, beziehungsweise daß es verloren gehen, gekidnappt, getötet oder ins Krankenhaus gebracht werden könnte.</p>
<p>3. Das Kind sorgt sich andauernd und übermäßig darüber, daß es durch ein Unglück, wie eine Entführung oder ein Verlorengehen, von wichtigen Bezugspersonen getrennt würde.</p>	<p>3. Das Kind hat einen andauernden Widerwillen oder weigert sich, die Schule zu besuchen, und zwar aus Angst vor der Trennung von zu Hause und von Bezugspersonen und nicht aus Schulangst, beispielsweise im Sinne von Prüfungsangst oder sozialer Angst.</p>
<p>4. Das Kind geht ungern alleine irgendwohin oder vermeidet es, vertraute Orte zu verlassen, und zwar aus Angst vor der Trennung und dem damit verbundenen Gefühl von Unwohlsein. So kann es zur Weigerung kommen, die Schule, eine Ferienfreizeit, Freunde zu besuchen oder Besorgungen zu machen.</p>	<p>4. Trennungsschwierigkeiten am Abend können auftreten, das heißt, das Kind geht ungern zu Bett oder weigert sich, ohne Bezugsperson ins Bett zu gehen; nächtliches Aufstehen und in das elterliche Bett wechseln sowie wiederkehrende Abneigung oder Weigerung, auswärts zu schlafen, sind möglich.</p>
<p>5. Das Kind bleibt aus Angst ohne Bezugspersonen nicht alleine zu Hause und nicht alleine in einem anderen Umfeld. Häufig bleibt es auch nicht alleine in einem Zimmer, sondern folgt den Eltern durch die Wohnung.</p>	<p>5. Das Kind hat eine andauernde, unangemessene Angst davor, ohne vertraute Bezugsperson allein zu Hause zu bleiben.</p>
<p>6. Das Kind hat eine Abneigung oder weigert sich, ohne eine wichtige Bezugsperson schlafen zu gehen. Es kommt nachts in das elterliche oder geschwisterliche Bett. Bei verschlossener Schlafzimmertür der Eltern schläft es manchmal vor der Zimmertür. Es weigert sich, auswärts zu übernachten.</p>	<p>6. Das Kind hat wiederholt Alpträume über Trennungssituationen.</p>
<p>7. Das Kind hat wiederholt Alpträume über Trennungen, die durch Katastrophen bedingt sind, wie beispielsweise die Vernichtung der Familie durch Feuer, Mord oder anderes.</p>	<p>7. Das Kind zeigt wiederholt somatische Symptome, wenn es sich von einer Bezugsperson trennen oder die elterliche Wohnung verlassen muß, etwa um in die Schule, in Urlaub, in eine Ferienfreizeit oder zu Freunden und Verwandten zu gehen. Die körperlichen Symptome sind Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen.</p>
<p>8. Das Kind klagt wiederholt über körperliche Beschwerden, wenn eine Trennung erwartet wird oder eintritt. Die Symptome bestehen in Kopf-, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen. Kardiovaskuläre Symptome, wie Herzklopfen, Schwindelgefühl oder Schwächeanfälle, sind bei kleinen Kindern selten, bei älteren aber möglich.</p>	<p>8. Das Kind leidet wiederholt extrem vor, unmittelbar nach oder während einer Trennungsphase von wichtigen Bezugspersonen. Dies äußert sich in Angst, Schreien, Wutverhalten; in der Weigerung, das Zuhause zu verlassen; in dem intensiven Bedürfnis, mit den Eltern zu sprechen; in dem Drang, nach Hause zurückzukehren; in Unglücklichsein, Apathie oder sozialem Rückzug.</p>

Fortsetzung Tabelle 2:

Minimale Dauer: vier Wochen.	Minimale Dauer: vier Wochen.
Störungsbeginn: vor dem 18. Lebensjahr. Früher Beginn: vor dem 6. Lebensjahr.	Störungsbeginn: vor dem 6. Lebensjahr.
Ausschlußkriterien: Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn die Trennungsangst ausschließlich im Verlauf einer der folgenden Störungen auftritt: 1. tiefgreifende Entwicklungsstörung, 2. Schizophrenie, 3. andere psychotische Störung, 4. Panikstörung mit Agoraphobie.	Ausschlußkriterien: Die Störung wird nicht diagnostiziert, wenn die Trennungsangst im Kontext folgender Störungen auftritt: 1. umfassende Störung der Emotionen, 2. des Sozialverhaltens oder 3. der Persönlichkeit; 4. tiefgreifende Entwicklungsstörung, 5. psychotische Störung, 6. substanzbedingte Störung.

Sowohl DSM-IV als auch ICD-10 weisen darauf hin, daß eine *generalisierte Angststörung* von der Trennungsangst abzugrenzen und auszuschließen ist. Der Unterschied besteht darin, daß die Trennungsangst hauptsächlich auf Trennungssituationen von den Bezugspersonen und von zu Hause fokussiert; die Angst und Sorge der generalisierten Angststörung hingegen betrifft eine Reihe verschiedener Ereignisse, Tätigkeiten und Situationen. Weitere *differentialdiagnostische* Hinweise im DSM-IV betreffen extremes Angsterleben bis hin zu Panikattacken. Der Unterschied zur *Panikstörung* besteht darin, daß sich die Angst auf Trennungssituationen bezieht, wohingegen die Angst bei der Panikstörung mit körperlichen Symptomen (Panikattacken) zusammenhängt sowie mit der Erwartung solcher Attacken. Schulverweigerung muß von *Schuleschwänzen* im Rahmen der Störung des Sozialverhaltens unterschieden werden. Die *Schulverweigerung* erfolgt aus der Angst vor der Trennung von zu Hause und den Bezugspersonen; das *Schuleschwänzen* hingegen kann damit einhergehen, daß ein Kind für sein Alter unangemessen lange, eventuell sogar über Nacht, auch von zu Hause wegbleibt.

Wiederholt auftretender sozialer Rückzug und in extremen Fällen manchmal wochenlange Verweigerung, den Schulunterricht zu besuchen, treten als *Folge* der Störung mit Trennungsangst auf. Daraus resultieren Schulprobleme und die sozial-emotionale Entwicklung wird beeinträchtigt. Verlassen die Kinder die elterliche Wohnung selten, um zum Beispiel draußen zu spielen, so kann es auch zu motorischen Entwicklungsrückständen kommen.

Phobische Störung des Kindesalters

Diese Störung ist als kindspezifische nur in der ICD-10 vorzufinden. Es handelt sich hierbei um eine begrenzte Angststörung, die sich auf *verschiedene Objekte* oder *Situationen* beziehen kann. In Abgrenzung zur spezifischen Phobie handelt es sich bei der phobischen Störung des Kindesalters um *entwicklungsphasenspezifische Ängste*, die bei sehr vielen Kindern auftreten können, wie beispielsweise die Angst vor Tieren. Das

bedeutet, daß phobische Ängste zu bestimmten Zeitpunkten im Kindesalter auftreten, die für diese Altersstufe entwicklungsangemessen sind. Ist jedoch die entwicklungsphasenspezifische Angst *übermäßig stark ausgeprägt*, hält sie *über die alterstypische Phase* hinaus an und ist sie mit einer *deutlichen sozialen Beeinträchtigung* verknüpft, dann liegt eine phobische Störung des Kindesalters vor. Eine generalisierte Angststörung des Kindesalters muß ausgeschlossen sein beziehungsweise die phobischen Ängste dürfen nicht Bestandteil einer generalisierten Angststörung sein. Als weiteres diagnostisches Kriterium muß die entwicklungsphasenspezifische Phobie *mindestens vier Wochen* andauern. *Ausschlußkriterien* besagen, daß diese phobische Störung des Kindesalters nicht im Kontext einer umfassenden Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit erscheinen darf, ebenso nicht bei Vorliegen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen oder substanzbedingten Störung.

Spezifische Phobie

Die spezifische Phobie entspricht im früheren DSM-Klassifikationssystem der einfachen Phobie. In der ICD-10 werden spezifische Phobien auch als isolierte Phobien bezeichnet. Zentrales Klassifikationsmerkmal ist eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor *klar erkennbaren spezifischen Situationen* oder *bestimmten Objekten*, auf die begrenzt sich die Angst bezieht. Hierin wie in den weiteren diagnostischen Kriterien unterscheiden sich ICD-10 und DSM-IV nur geringfügig. *Beispiele* für solche phobischen Objekte und Situationen, die häufig vorkommen, sind die Angst vor Tieren, Vögeln, Insekten, vor Höhen, dem Fliegen, vor Naturgewalten, wie Donner, Blitz, Sturm, vor geschlossenen Räumen oder großen Plätzen, vor dem Anblick von Blut oder Verletzungen, vor Injektionen, Zahnarztbesuch, Krankenhausbesuch, bestimmten Erkrankungen, vor dem Verzehr bestimmter Speisen, vor dem Urinieren oder Defäzieren auf öffentlichen Toiletten.

Diese Angst vor solchen Objekten und Situationen löst ein *Flucht- und Vermeidungsverhalten* aus. Kann eine

angstauslösende Situation oder das angstauslösende Objekt nicht vermieden werden, dann tritt bei der *Konfrontation* mit diesen phobischen Reizen *unmittelbar* Angst auf und die damit verbundene *Reaktion* kann einer *situationsgebundenen* oder *situationsbegünstigten Panikattacke* entsprechen. Das heißt, die entsprechenden vegetativen und psychischen Symptome sind beobachtbar. In den Forschungskriterien der ICD-10 wird sogar das einmalige Auftreten einer Panikattacke gefordert.

Weiter wird in den Klassifikationssystemen verlangt, daß durch die spezifische Phobie und durch das damit verbundene Vermeidungsverhalten die *Funktionsfähigkeit* im Alltag oder die *sozialen Kontakte* eingeschränkt sind sowie daß die Person unter der spezifischen Phobie *leidet* und sie als emotionale Belastung empfindet. Im DSM-IV muß dieses Kriterium zwingend vorliegen.

Personen mit einer spezifischen Phobie erkennen, daß die Ängste übertrieben, unbegründet und unreal sind. Im DSM-IV gibt es hierzu einen kinderspezifischen Hinweis, der besagt, daß diese *Einsicht* bei *Kindern nicht zwingend* vorliegen muß. Weiter wird im DSM-IV darauf verwiesen, daß bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren die Angstsymptome und das daraus folgende Vermeidungsverhalten mindestens für *sechs Monate* auftreten muß. Schließlich ist der Hinweis zu finden, daß bei Kindern Angst vor spezifischen Objekten und eingegrenzten Situationen ein weitverbreitetes Phänomen darstellt und oftmals der Grad der Beeinträchtigung durch die Phobie nicht so deutlich gegeben ist, daß eine entsprechende Diagnose gerechtfertigt wäre. Dieser Hinweis läßt die *Nähe zur phobischen Störung des Kindesalters* in der ICD-10 erkennen. Die Überlappung besteht darin, daß die spezifische Phobie nach DSM-IV einen Bezug zu einzelnen Entwicklungsabschnitten im Kindesalter haben kann, und deshalb nur bei entsprechender Entwicklungsbeeinträchtigung, zum Beispiel in schulischer und sozial-emotionaler Hinsicht, eine Diagnose für eine spezifische Phobie gerechtfertigt ist. Da es sich bei der spezifischen Phobie im DSM-IV vor allem um eine Störung im Erwachsenenalter handelt, ist beim Verdacht einer spezifischen Phobie bei einem Kind anzuraten, die Kriterien für eine phobische Störung des Kindesalters nach der ICD-10 vorrangig zu prüfen, um eine angemessene Diagnose stellen zu können.

Beide Klassifikationssysteme untergliedern spezifische Phobien in Subtypen, und zwar in:

- **Tier-Typus:** Dieser Subtypus beginnt meistens in der Kindheit.
- **Umwelt-Typus:** Diese Phobie bezieht sich auf Naturgewalten, wie Gewitter, oder auch auf natürliche Erscheinungen wie Dunkelheit; auch dieser Subtypus beginnt in der Regel in der Kindheit.

- **Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus:** Bei dieser Phobie löst die Konfrontation mit Blut, Verletzungen, Injektionen oder anderen invasiven medizinischen Prozeduren die Symptome aus. Eine familiäre Häufung bei diesem Subtyp ist eindeutig feststellbar.
- **Situativer Typus:** Hiermit sind Ängste in Situationen gemeint, die beispielsweise durch das Benutzen von verschiedenen Verkehrsmitteln, Tunneln, Brücken, Fahrstühlen oder Räumen und Plätzen gegeben sind. Der Störungsbeginn ist zweigipfelig, mit einem Gipfel in der Kindheit und einem zweiten Gipfel Mitte des zwanzigsten Lebensjahres. Ähnlichkeiten zur Panikstörung mit Agoraphobie sind bei diesem Subtypus gegeben.
- **Anderer Typus:** Hierunter fallen eine Reihe von phobische Reaktionen auslösende Reize, die mit Ersticken, Erbrechen, dem Erwerb einer Krankheit, der Gefahr zu fallen assoziiert sind; die Angst kann sich bei Kindern auch beispielsweise auf laute Geräusche oder verkleidete, maskierte Personen beziehen.

Bei Kindern äußert sich die Angst im Unterschied zu Erwachsenen häufig darin, daß sie schreien, Wutanfälle bekommen, erstarren oder sich an Erwachsene oder vertraute Personen anklammern.

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

Diese kinderspezifische Störung ist ebenfalls nur nach der ICD-10 klassifizierbar. Das zentrale Merkmal bezieht sich auf eine anhaltende, übermäßige Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen ein Kind mit *fremden beziehungsweise wenig vertrauten* Personen konfrontiert wird. Diese Angst führt zu soziale Situationen vermeidendem Verhalten, und sie betrifft *nicht nur erwachsene Personen*, sondern kann sich *auch auf Gleichaltrige* beziehen. Es gilt hierbei zu berücksichtigen, daß eine gewisse Zurückhaltung gegenüber fremden Personen ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres und während der gesamten frühen Kindheit ein normales Phänomen darstellen kann. Dieses normale Entwicklungsphänomen kann von der Störung mit sozialer Ängstlichkeit dadurch abgegrenzt werden, daß sich Kinder mit einer sozialen Ängstlichkeitsstörung übertrieben bezüglich der *Angemessenheit ihres Verhaltens* gegenüber Fremden sorgen und mit *Verlegenheit* und *Scham* reagieren. Aus diesen Gründen haben sie wenig soziale Beziehungen, und in neuen sozialen Situationen, denen sie nicht entfliehen können, sind sie erkennbar unglücklich, was an weinendem, schweigendem und passivem, sich zurückziehendem Verhalten erkennbar ist. Die übermäßige Ausprägung dieser Verhaltensmerkmale, die zeitliche Dauer sowie die nachfolgende Entwicklungsbeeinträchtigung stellen die

wichtige Unterscheidung zum normalen, entwicklungsbedingten Mißtrauen gegenüber Fremden oder in fremden Situationen dar. Weiteres diagnostisches Kriterium ist, daß diese Kinder zu *Familienmitgliedern* sowie zu vertrauten *außerfamiliären Personen* gleichen und unterschiedlichen Alters *gute soziale Beziehungen* pflegen können und ein entsprechendes Bindungsverhalten zeigen. Als zeitliches Kriterium muß die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters für *mindestens vier Wochen* andauern, und sie muß *vor dem sechsten Lebensjahr* auftreten. Eine Generalisierte Angststörung des Kindesalters darf nicht parallel gegeben sein, und es gelten die gleichen Ausschlußkriterien wie bei der Phobischen Störung des Kindesalters und der Störung mit Trennungsangst.

Eine Entsprechung dieser kindspezifischen Angststörung im DSM-IV existiert nicht. Die nach der ICD-10 genannten Kriterien sind jedoch identisch mit den Kriterien der Störung mit Kontaktvermeidung in der Kindheit oder Adoleszenz, welche im DSM-III-R (1989) aufgeführt waren. Die kind- und jugendspezifischen Hinweise bei der sozialen Phobie im DSM-IV enthalten die wesentlichen Merkmale der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters nach der ICD-10. Deshalb wird nachfolgend auf die soziale Phobie besonders mit den kind- und jugendspezifischen Hinweisen nach dem DSM-IV eingegangen.

Soziale Phobie

Das zentrale Merkmal dieser Phobie besteht in beiden Klassifikationssystemen darin, daß eine ausgeprägte und anhaltende *Angst vor Leistungssituationen* oder vor *Bewertungen* durch andere Personen gegeben sein kann. Eine besondere Rolle spielen mögliche *Peinlichkeiten* in diesen Situationen. In der Folge davon werden soziale Situationen gemieden. Im DSM-IV wird explizit auch die *Konfrontation mit unbekanntem Personen* als angstauslösendes Merkmal genannt.

Einzelne, für eine soziale Phobie typische Merkmale bestehen darin, daß die Person *befürchtet*, ein *Verhalten zu zeigen*, mit dem sie sich blamiert oder bloßstellt und von anderen als ängstlich, schwach, dumm oder verrückt wahrgenommen wird. In diesem Zusammenhang fürchtet und vermeidet sie öffentliches Sprechen sowie sich mit anderen zu unterhalten, was auch damit zusammenhängen kann, daß sie sich als nicht wortgewandt einschätzt. Sie vermeidet Essen, Trinken und Schreiben in der Öffentlichkeit ebenso wie Blickkontakt oder die Interaktion mit dem anderen Geschlecht. Weitere Symptome bestehen in Erröten, Zittern, Angst zu erbrechen, sowie Miktions-/Defäkationsdrang oder die Angst davor. Vegetative Symptome wie Herzklopfen, Magen-, Darmbeschwerden und Muskelverspannung können ebenfalls auftreten. Diese Phänomene erwecken den Eindruck, daß eine *situationsgebundene* oder eine *situationsbegünstigte Panikattacke* vorliegt.

Eine *differentialdiagnostische Abgrenzung* besteht darin, daß bei der Panikstörung mit Agoraphobie wiederkehrende, unerwartete Panikattacken auftreten, die sich nicht ausschließlich auf soziale Situationen beschränken. Weiter wird eine soziale Phobie nicht diagnostiziert, wenn die Angst ausschließlich darin besteht, während einer Panikattacke von anderen beobachtet zu werden. Die soziale Phobie ist also in Abgrenzung zur Panikstörung mit Agoraphobie dadurch gekennzeichnet, daß soziale Situationen vermieden werden und wiederkehrende unerwartete Panikattacken fehlen (s. Abschnitt 1.2).

Eine weitere wichtige differentialdiagnostische Abgrenzung bezieht sich auf die *Störung mit Trennungsangst* bei Kindern. Der entscheidende Unterschied zwischen sozialer Phobie und Störung mit Trennungsangst bei Kindern liegt darin, daß sich die Kinder mit der Trennungsangst zu Hause in der Regel wohlfühlen, während bei Kindern mit sozialer Phobie auch zu Hause Ängste und Unwohlsein auftreten können, nämlich dann, wenn Bewertungssituationen auftreten.

Im weiteren muß zwischen der sozialen Phobie und der *generalisierten Angststörung* unterschieden werden. Gemeinsam ist beiden Störungen die Angst vor der Beurteilung in Leistungssituationen. Während diese Sorge über die Qualität der persönlichen Leistung bei der generalisierten Angststörung auch dann auftritt, wenn die Kinder *nicht von anderen beobachtet und beurteilt* werden, ist die Sorge über eigenes Verhalten in Leistungssituationen bei der sozialen Phobie *immer mit der möglichen Beurteilung* durch andere verbunden. Das heißt, die Bewertung durch andere Personen oder die Anwesenheit anderer Personen und die damit verbundene Beurteilung ist der Auslöser für die soziale Phobie. Dieses Auslösers bedarf es bei der generalisierten Angststörung nicht.

Im DSM-IV wird eine Reihe *kind- und jugendspezifischer Hinweise* gegeben. So muß bei Kindern, wenn eine soziale Phobie vorliegt, der Umgang mit bekannten und *vertrauten Personen* in altersmäßig *sozial kompetenter* Weise gegeben sein. Die Angst darf sich *nicht nur* auf den *Kontakt mit Erwachsenen* beziehen, sondern muß sich auch auf *Gleichaltrige* erstrecken. Zugleich muß das Kind wenigstens *eine altersgemäße soziale Beziehung* zu einer Person unterhalten, die *nicht zum Familienkreis* gehört. Dieses spezifische Merkmal ist von Bedeutung, um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung oder schizoide Persönlichkeitsstörung differentialdiagnostisch abzugrenzen; bei solchen Störungen besteht kein Interesse an Kontakten mit anderen Menschen.

Die soziale Phobie kann sich bei Kindern anders als bei Erwachsenen äußern, nämlich als *Weinen*, in Form von *Wutanfällen* sowie *Erstarren* oder *Zurückweichen* vor sozialen Situationen mit unvertrauten Personen. Kinder erkennen oftmals nicht, daß ihre Angst *unbegründet*

det und übertrieben ist. Auch dies ist ein Unterschied zu Erwachsenen, die diese Einsicht in der Regel haben. Die soziale Phobie wirkt sich nicht nur dahingehend bei Kindern aus, daß die normale Lebensführung stark beeinflußt und beeinträchtigt ist; vielmehr sind Kinder auch in ihrer *Entwicklung gefährdet*, da schulische Leistungen und soziale Aktivitäten sowie Beziehungen zu anderen so stark eingeschränkt sein können, daß Entwicklungsrückstände möglich sind. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren muß die soziale Phobie mindestens sechs Monate anhalten.

Wie zu erkennen ist, stimmen die Klassifikationskriterien von DSM-IV und ICD-10 im Kern überein. Jedoch verweist das DSM-IV auf eine Reihe zusätzlicher kind- und jugendspezifischer Merkmale. Diese sind bei der sozialen Phobie in der ICD-10 nicht enthalten. Vielmehr tauchen diese zusätzlichen Merkmale in der Störung mit *sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)* auf. Es handelt sich hierbei um die durchgehende, wiederkehrende Furcht vor Fremden und die Kontaktvermeidung mit diesen; ein weiteres Kriterium, das bei der sozialen Ängstlichkeit genannt wird und im DSM-IV als zusätzlicher Hinweis erscheint, bezieht sich darauf, daß die soziale Phobie nicht nur gegenüber Erwachsenen auftreten darf, sondern sich auch auf Gleichaltrige beziehen muß. Und schließlich wird darauf hingewiesen, daß die Kinder mit sozialer Phobie/sozialer Ängstlichkeit über eine normale und gute Bindung an ihre Eltern oder vertraute Personen verfügen und altersentsprechend mit ihnen interagieren.

Generalisierte Angststörung des Kindesalters

Diese Störung ist *nicht* in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 zu finden, sondern *nur* in deren *Forschungskriterien*. Die generalisierte Angststörung wird hinsichtlich ihrer Merkmale für Kinder und Erwachsene in der ICD-10 unterschieden. Im DSM-IV gibt es nur die Möglichkeit, die generalisierte Angststörung nach der Erwachsenenklassifikation zu diagnostizieren. Interessant ist hierbei, daß die Merkmale aus dem DSM-IV nicht mit den Merkmalen der generalisierten Angststörung aus dem Erwachsenenanteil der ICD-10-Leitlinien übereinstimmen, sondern mit denen des Kindesalters aus den ICD-10-Forschungskriterien (vgl. Tab. 3).

Das zentrale Merkmal dieser Angststörung in beiden Klassifikationssystemen besteht gleichermaßen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene darin, daß eine *intensive und übermäßige Angst*, Sorge sowie furchtsame Erwartung bezüglich *mehrerer Ereignisse* oder *Tätigkeiten* empfunden wird. Bei den Ereignissen handelt es sich um *alltägliche Aktivitäten* und *Probleme*, wie sie sich beispielsweise im Zusammenhang mit schulischen Aufgaben, in freundschaftlichen Beziehungen, in der Familie oder in Ausbildungssituationen ergeben

können. Schließlich ist sowohl im DSM-IV als auch in der ICD-10 der Hinweis darauf gegeben, daß Menschen mit einer generalisierten Angststörung Schwierigkeiten aufweisen, diese Sorgen und ängstlichen Befürchtungen zu kontrollieren.

Der entscheidende Unterschied zwischen der generalisierten Angststörung bei Erwachsenen und bei Kindern besteht nach dem ICD-10-Klassifikationssystem darin, daß Kinder und Jugendliche in der Regel *kaum* über die *typischen Beschwerden* dieser Angststörung berichten; ebenso sind für Kinder die *vegetativen Symptome weniger charakteristisch*. Im DSM-IV wird lediglich ein Hinweis auf die unterschiedlichen Inhalte der sich auf alltägliche Lebensumstände beziehenden Ängste und Sorgen gemacht. Diese beziehen sich bei Erwachsenen auf berufliche Verpflichtungen, finanzielle Angelegenheiten, die Gesundheit von Familienmitgliedern, Aufgaben im Haushalt und ähnliches, während sich bei Kindern mit generalisierter Angststörung der Kummer und die Sorgen stärker auf ihre Kompetenzen sowie ihre Leistungsfähigkeit beziehen.

Die generalisierte Angststörung im DSM-IV schließt Teile der Störung mit Überängstlichkeit im Kindesalter nach dem DSM-III-R ein. Einige Symptome der Überängstlichkeit aus dem DSM-III-R beziehen sich auf Kriterien der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters der ICD-10 (F93.2), beispielsweise die ausgeprägte Befangenheit in sozialen Situationen oder das Grübeln über die Angemessenheit früheren Verhaltens. Weiter ist interessant, daß ein anderes Merkmal der Störung mit Überängstlichkeit aus dem DSM-III-R, nämlich das übermäßige Verlangen nach Bestätigung, Anerkennung sowie Aufmerksamkeit in verschiedenen Alltagssituationen, heute als ein Merkmal bei der Störung mit Trennungsangst im DSM-IV aufgeführt wird.

1.2 Andere Angststörungen

Mit anderen Angststörungen sind in diesen Ausführungen diejenigen in den beiden Klassifikationssystemen gemeint, welche im Erwachsenenanteil aufgeführt sind (vgl. Tab. 1). Es werden kurz die wichtigsten Angststörungen mit ihren charakteristischen Merkmalen beschrieben und kindspezifische Hinweise besonders berücksichtigt.

Panikattacke und Agoraphobie

Panikattacke und Agoraphobie bilden keine separaten Störungen. Vielmehr wird die spezifische Störung kodiert, in der eine Agoraphobie oder Panikattacke auftreten. Die entsprechenden Diagnosen werden als *Panikstörung* entweder *mit* oder *ohne* Agoraphobie oder *Agoraphobie mit* oder *ohne* Panikstörung bezeichnet. In diesen Angststörungsgruppen unterscheiden

Tabelle 3:
Generalisierte Angststörung im Vergleich der Klassifikationssysteme.

F93.80: ICD-10 (Kinderteil der Forschungskriterien)	300.02: DSM-IV (Erwachsenenteil)	F41.1: ICD-10 (Erwachsenenteil der klinisch- diagnostischen Leitlinien)
<p>Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intensive Ängste und Sorgen bezüglich vieler alltäglicher Ereignisse und Aktivitäten. 2. Es besteht die Schwierigkeit, die Sorgen und ängstlichen Erwartungen zu kontrollieren. 3. Die Ängste und Sorgen können mit folgenden Symptomen verbunden sein: <ul style="list-style-type: none"> • Ruhelosigkeit, Nervosität, Gefühl geistiger Anstrengung in Kombination mit dem Unvermögen, sich zu entspannen; • Gefühl von Müdigkeit, Erschöpfung oder Anstrengung; • Konzentrationsprobleme oder Leere im Kopf; • Reizbarkeit; • Muskelverspannung; • Ein- und Durchschlafstörungen; unruhiger oder schlechter Schlaf. 4. Von den sechs genannten Symptomen müssen mindestens drei und davon mindestens zwei an der Halbte der Tage vorliegen. 	<p>Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Übermäßige Angst und Sorge bezüglich einer Reihe von Ereignissen und Tätigkeiten. 2. Es besteht die Schwierigkeit, die sorgenvollen Gedanken zu stoppen, grüblerische Gedanken zu verhindern und die Aufmerksamkeit auf eine anstehende Aufgabe zu lenken. 3. Die Ängste und Sorgen können mit folgenden Symptomen verbunden sein: <ul style="list-style-type: none"> • Ruhelosigkeit oder ständige Aktivierungsbereitschaft; • leichte Ermüdbarkeit; • Konzentrationsprobleme oder Leere im Kopf; • Reizbarkeit; • Muskelspannung (z.B. Zittern, Zucken, Muskelschmerzen, Verspannungen); • Ein- und Durchschlafstörungen; unruhiger oder schlechter Schlaf. <p>Als weitere Symptome können übertriebene Schreckreaktionen, depressive Phänomene oder körperliche Symptome (z.B. kalte und feuchte Hände, Mundtrockenheit, Schwitzen, Übelkeit, Durchfall, häufiges Urinieren, Schluckbeschwerden) auftreten.</p> 4. Von den sechs genannten Symptomen muß bei Kindern eines (und bei Erwachsenen mindestens drei) an der Mehrzahl der Tage vorliegen. 	<p>Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Generalisierte und anhaltende Angst sowie Befürchtungen, die nicht auf spezifische Situationen beschränkt sind. 2. Bezüglich der Kontrollierbarkeit der Sorgen werden weder in den Leitlinien noch in den Forschungskriterien Angaben gemacht. 3. Die Ängste und Sorgen können mit folgenden Symptomen verbunden sein: <ul style="list-style-type: none"> • Befürchtungen über künftiges Unglück; Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten; • motorische Anspannung, die sich in körperlicher Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern oder der Unfähigkeit, sich zu entspannen, ausdrückt; • vegetative Übererregbarkeit, die sich in Benommenheit, Schwitzen, erhöhter Herzfrequenz, beschleunigter Atmung, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle oder Mundtrockenheit zeigen kann. <p>In den Forschungskriterien sind diese Merkmale als 22 Symptome aufgeführt, die in sechs Gruppen eingeteilt sind, nämlich vegetative, Thorax und Abdomen betreffende, psychische, allgemeine, Anspannungs- und unspezifische Symptome.</p> 4. In den Leitlinien erfolgt keine Angabe zur minimal vorliegenden Anzahl der Symptome. Die unter 3. genannten Symptome sollen an den meisten Tagen vorliegen. Nach den Forschungskriterien müssen von den 22 Symptomen wenigstens vier auftreten; eines davon muß zu den vier vegetativen Symptomen gehören.

Fortsetzung Tabelle 3:

F93.80: ICD-10 (Kinderteil der Forschungskriterien)	300.02: DSM-IV (Erwachsenenteil)	F41.1: ICD-10 (Erwachsenenteil der klinisch- diagnostischen Leitlinien)
<p>Merkmale:</p> <p>5. Die geforderte Dauer für das Vorliegen der Angst und Symptome beträgt minimal sechs Monate an wenigstens der Hälfte der Tage.</p> <p>6. Die vielfältigen Ängste müssen sich auf mindestens zwei Situationen oder alltägliche Umstände beziehen.</p> <p>7. Der Beginn der Störung liegt vor dem 18. Lebensjahr.</p> <p>8. Die Ängste, Sorgen und körperlichen Symptome führen zu klinisch bedeutsamem Leiden und in der Folge zu Beeinträchtigungen in wichtigen Lebens- und Funktionsbereichen.</p> <p>Ausschlußkriterien: Die generalisierte Angststörung ist nicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • substanzinduziert (psychotrope Mittel oder Medikamente), • Folge einer organischen Erkrankung (z.B. Überfunktion der Schilddrüse), • ausschließlicher Teil einer <ul style="list-style-type: none"> – affektiven, – psychotischen Störung oder – tiefgreifenden Entwicklungsstörung. 	<p>Merkmale:</p> <p>5. Die geforderte Dauer für das Vorliegen der Angst und Symptome beträgt minimal sechs Monate für die Mehrzahl der Tage.</p> <p>6. Die Ängste dürfen nicht auf Merkmale einer anderen Angststörung beschränkt bleiben; die Sorgen und Ängste müssen sich auch auf Alltagssituationen beziehen, die nicht Bestandteil einer Achse-I-Störung sind.</p> <p>7. Entfällt</p> <p>8. Die Ängste, Sorgen und körperlichen Symptome führen zu klinisch bedeutsamem Leiden und in der Folge zu Beeinträchtigungen in wichtigen Lebens- und Funktionsbereichen.</p> <p>Ausschlußkriterien: Die generalisierte Angststörung ist nicht</p> <ul style="list-style-type: none"> • substanzinduziert (psychotrope Mittel oder Medikamente), • Folge einer organischen Erkrankung (z.B. Überfunktion der Schilddrüse), • ausschließlicher Teil einer <ul style="list-style-type: none"> – affektiven, – psychotischen Störung oder – tiefgreifenden Entwicklungsstörung. 	<p>Merkmale:</p> <p>5. Die geforderte Dauer für das Vorliegen der Angst und Symptome beträgt wenigstens mehrere Wochen (Leitlinien), und nach den Forschungskriterien mindestens sechs Monate.</p> <p>6. Es dürfen nicht die vollständigen Kriterien erfüllt sein für eine depressive Episode, phobische Störung, Panikstörung oder Zwangsstörung.</p> <p>7. Entfällt</p> <p>8. Keine Angaben</p> <p>Ausschlußkriterien: Keine Angaben in den Leitlinien. In den Forschungskriterien werden ausgeschlossen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organische Krankheiten (wie Überfunktion der Schilddrüse), • organische psychische Störungen (z.B. Demenz bei Alzheimer-Krankheit) und • substanzinduzierte Ängste (z.B. exzessive Einnahme von Amphetaminen).

sich die beiden Klassifikationssysteme leicht hinsichtlich der Begrifflichkeit, jedoch nicht in den die Angststörung definierenden Merkmalen.

Das *Hauptmerkmal* der *Agoraphobie* besteht darin, daß eine Person Angst davor hat, sich an einem Ort oder in einer Situation zu befinden, die die Person nicht ohne weiteres oder nur mit Peinlichkeit verlassen kann, wie beispielsweise ein Geschäft zu betreten, sich in einer Menschenmenge aufzuhalten, in einer „Menschenschlange“ zu stehen, sich auf öffentliche Plätze zu begeben, auf einer Brücke zu stehen, alleine in einem Zug, Bus, Flugzeug oder Auto zu reisen. Zentral ist, daß die Person keinen Fluchtweg aus solchen Situationen sieht und in der Folge deshalb möglichst alle diese Situationen vermeiden möchte sowie die Wohnung

nicht mehr verläßt. Besteht die Möglichkeit der Situationsvermeidung nicht, dann steht die Person die Situation nur mit großer Angst durch, wobei sich die Angst auch auf das mögliche Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlicher Symptome beziehen kann. Manche agoraphobischen Situationen werden nur in Begleitung einer vertrauten Person aufgesucht und durchgehalten. Eine Agoraphobie muß vor allem von einer sozialen Phobie und einer spezifischen Phobie differentialdiagnostisch abgegrenzt werden (siehe dort).

Eine *Panik-* oder *Angstattacke* begrenzt sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände; aus diesem Grund ist eine Panikattacke auch nicht für die betreffende Person vorhersehbar. Nach DSM-IV müssen bei einer Panikattacke mindestens *vier von 13*

möglichen Symptomen plötzlich auftreten und somit intensive Angst und Unbehagen auslösen sowie innerhalb von zehn Minuten ihren Höhepunkt erreichen. Diese Symptome bestehen beispielsweise in Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Kurzatmigkeit und Erstikungsgefühlen, Schwindel, Schmerzen in der Brust, Übelkeit, Gefühl, einer Ohnmacht nahe zu sein, Gefühl der Unwirklichkeit (Derealisation) und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation), Angst vor Kontrollverlust, Hitzewallungen oder Kälteschauer. Diese vegetativen Symptome führen meistens dazu, daß der Ort oder die Situation fluchtartig verlassen wird. Einer Panikattacke folgt meistens die Erwartungsangst, wiederholt solche Attacken zu erleben.

Panikstörung

Eine Panikstörung weist als Hauptmerkmal das Auftreten wiederholter und unerwarteter Panikattacken auf. Weiter wird gefordert, daß für *mindestens einen Monat* die Sorge anhält, eine weitere Panikattacke zu erleben. Als diagnostisches Kriterium werden *mindestens zwei unerwartete Panikattacken* verlangt, die *nicht* mit einem *spezifischen situativen Auslöser* verbunden sind. Genau dieses letzte Merkmal macht für eine Person mit einer Panikstörung das Auftreten einer Panikattacke unkalkulierbar, woraus sich die *Erwartungsangst* besonders leicht entwickeln kann. Daneben existieren jedoch auch *situationsbegünstigte* Panikattacken. Das bedeutet, daß situative Auslöser das Auftreten einer Panikattacke begünstigen können. Am wenigsten häufig sind *situationsgebundene* Panikattacken, bei denen ein situativer Auslöser fast immer eine solche Attacke hervorruft. Die Furcht vor einer Panikattacke ist *immer* mit der *Sorge* bezüglich *möglicher vegetativer Symptome* verbunden. Bei manchen Personen tritt auch Angst vor den Konsequenzen einer Panikattacke auf, zum Beispiel einen Herzinfarkt zu erleiden oder einem Schlaganfall zu erliegen. Von daher ist es wichtig, den Einfluß von Substanzen auszuschließen (z.B. Koffeinintoxikation), die diese vegetativen Symptome hervorrufen können; ebenfalls müssen körperliche Krankheiten (z.B. Schilddrüsenüberfunktion) abgeklärt werden. Eine Panikstörung wird, je nach Vorliegen der entsprechenden Kriterien, einmal *mit* oder einmal *ohne* Agoraphobie kodiert (vgl. Tab. 1). Für Angststörungen im *Kindesalter* ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zur sozialen Phobie und zur Störung mit Trennungsangst von Bedeutung, da sich panikattackenähnliche Symptome zeigen können. Für *Kinder* und *Jugendliche typische Paniksymptome* untersuchten Kearny, Albano, Eisen, Allan und Barlow (1997). Sie fanden bei Acht- bis 17jährigen körperliche Symptome wie erhöhte Herzrate, Übelkeit, Zittern sowie „heiß und kalt über den Rücken laufen“ am häufigsten im Erscheinungsbild der Panikstörung. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen vermeiden es, Re-

staurants, größere Menschenansammlungen, große und kleine Räume, Fahrstühle und ähnliches aufzusuchen.

In einer Studie mit 472 psychisch kranken Kindern und Jugendlichen kommen Biederman et al. (1997) zu dem Schluß, daß es sich bei der Panikstörung und Agoraphobie um verschiedene Ausdrucksformen derselben Störung handelt. Die Autoren vermuten, daß die Agoraphobie eine Vorläuferstörung der Panikstörung darstellt; die Agoraphobie tritt nämlich häufiger auf und setzt früher ein.

Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte

Der Unterschied dieser Störung zur Panikstörung mit Agoraphobie besteht darin, daß sich die Angst auf Panikattacken mit *unvollständiger* Symptomatik bezieht. Es liegt also eine Agoraphobie vor, die *zu keinem Zeitpunkt* die *Kriterien für eine Panikstörung* erfüllte. Es fehlen wiederkehrende unerwartete Panikattacken in der Vorgeschichte. Die Gründe für das Vermeidungsverhalten sind genau abzuklären, damit eine Abgrenzung zur sozialen Phobie und zur Störung mit Trennungsangst vorgenommen werden kann. Die Gefühle von Peinlichkeit bei der Agoraphobie ohne Panikstörung beziehen sich auf unvorhersehbare, plötzliche *panikähnliche* Symptome. Bei der sozialen Phobie hingegen bezieht sich das Gefühl von Peinlichkeit und Beschämung auf soziale oder Leistungssituationen und damit verbundene Bewertungen durch andere. Bei der Störung mit Trennungsangst vermeiden die Kinder deshalb außerhäusige Orte und Situationen, weil sie sich von dem vertrauten Umfeld und den engsten Bezugspersonen nicht trennen möchten und *nicht*, weil sie panikähnliche Symptome befürchten.

Angst und depressive Störung, gemischt

Für diese Störung besteht ausschließlich in der ICD-10 die Möglichkeit zur Klassifikation; im DSM-IV gibt es kein Äquivalent. Diese Diagnose wird bei einer Kombination verhältnismäßig *milder Symptome* von Angst und Depression vergeben. Das bedeutet, daß Merkmale einer Angst und Depressionsstörung vorliegen, die jedoch *jeweils nicht ausreichen*, um die entsprechende Einzeldiagnose vergeben zu können. Das dominante Vorherrschen der einen oder anderen Störung darf nicht feststellbar sein. Ist dies der Fall, dann wird diese gemischte Störung nicht kodiert, sondern die jeweils dominante Störung. Gefordert wird schließlich auch, daß zumindest vorübergehend einige vegetative Phänomene aufgetreten sein müssen, wie beispielsweise Herzklopfen, Mundtrockenheit oder Magenbeschwerden. Lediglich die Sorge über solche vegetativen Symptome, ohne daß sie vorliegen, reicht nicht aus.

Andere gemischte Angststörungen

Bei dieser Kategorie gemischter Störungen, die nur in der ICD-10 vorliegt, muß eine generalisierte Angststörung mit erfüllten Kriterien vorhanden sein und zeitgleich müssen Merkmale einer anderen Störung aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen vorliegen. Diese sind zwar deutlich ausgeprägt, häufig aber nur von kurzer Dauer. Für Kinder ist am häufigsten eine gemischte Angststörung im Kontext mit einer Zwangsstörung beobachtbar.

Akute Belastungsstörung

Diese Störung, die in der ICD-10 als akute Belastungsreaktion bezeichnet wird, weist eine Reihe psychischer und vegetativer Phänomene auf, die in der Regel *innerhalb von Minuten* nach einem außergewöhnlich belastenden Erlebnis in Erscheinung treten. Solche außergewöhnlichen körperlichen und/oder seelischen Belastungsereignisse sind durch eine *ernsthafte Bedrohung* der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen geliebten Person charakterisiert. Solche Ereignisse bestehen beispielsweise in einem Unfall, in Naturkatastrophen, plötzlichen und unerwarteten Todesfällen, einem Hausbrand oder ähnlichem. Die in beiden Klassifikationssystemen übereinstimmend beschriebenen Merkmale dieser Störung beginnen mit einer Art *Betäubungsreaktion*, in der die Aufmerksamkeit eingeschränkt und das Bewußtsein eingeengt ist. Die *körperlichen Symptome* entsprechen denen einer *Panikattacke*. Bei den *psychischen Phänomenen* können Angst, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, aber auch Ärger, verbale Aggression sowie ziellose Überaktivität auftreten. Lediglich hinsichtlich der *Dauer* der Störung unterscheiden sich DSM-IV und ICD-10. Nach der ICD-10 verschwinden die Symptome meistens nach zwei bis drei Tagen, oft auch innerhalb weniger Stunden. Nach dem DSM-IV hingegen dauert diese Störung mindestens zwei Tage bis zu höchstens vier Wochen an. Mit der akuten Belastungsstörung kann eine *teilweise* oder *vollständige* Amnesie bezüglich des traumatischen Erlebnisses verbunden sein.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die Merkmale der posttraumatischen Belastungsstörung werden in beiden Klassifikationssystemen übereinstimmend dargelegt. Die Störung geht auf ein Erlebnis oder mehrere Ereignisse zurück, die sich auf eine *außergewöhnliche Bedrohung* oder eine *katastrophale Situation*, welche kurz oder lang anhalten kann, beziehen. Solche Erlebnisse können aus Naturereignissen, wie Erdbeben, oder aus von Menschen verursachten Katastrophen, wie Krieg, schwerer Autounfall, Überfall, Mord, Folterung, Terrorismus oder Vergewaltigung, bestehen. Solche Katastrophen würden bei fast jeder Person große Verzweiflung, Betroffenheit oder Hilflosigkeit

auslösen. Die *zentrale Reaktion* nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses besteht in intensiver Furcht, Entsetzen oder Hilflosigkeit. Bei Kindern können auch große Erregung, sinn- und ziellose Überaktivität sowie Phänomene von Aufgelöstsein beobachtet werden. Solche kind- und jugendspezifischen Hinweise gibt nur das DSM-IV. Weitere zentrale Merkmale bestehen darin, daß das traumatische Ereignis in Form von Visualisierungen, Gedanken oder spezifischen Wahrnehmungen (Halluzinationen oder Flash-back-Episoden) *wiedererlebt* werden. Bei Kindern können *Aspekte des Traumas* in ihrem *Spielverhalten* zum Ausdruck kommen. Das Gefühl, das Ereignis noch einmal zu erleben, ist bei Kindern weniger gegeben. Vielmehr kann eine nicht bewußte, jedoch traumaspezifische Neuinszenierung auftreten. Das heißt, daß in Spielen oder in Bildern das traumatische Erlebnis mit Veränderungen und Variationen von einem Kind nachvollzogen wird. Charakteristisch sind auch wiederholte und belastende *Träume* oder Alpträume. Bei Kindern müssen sich die Traum inhalte nicht auf das traumatische Ereignis beziehen, sondern können ausschließlich die Qualität stark ängstigender Träume haben. Bei internalen sowie externalen *Hinweisreizen* auf das traumatische Erlebnis können *intensive psychische und körperliche Belastungsreaktionen* auftreten. Dadurch entsteht ein *Vermeidungsverhalten* bezüglich der Reize, die an das Trauma erinnern, wobei ein solches Vermeidungsverhalten vor dem Trauma nicht existierte. Die Belastungsreaktionen bestehen aus folgenden Merkmalen:

- Gefühl von Betäubtsein,
- Amnesie bezüglich des Traumas oder einiger Aspekte des traumatischen Erlebnisses,
- Ein-/Durchschlafprobleme,
- Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- übermäßige Wachheit,
- übertriebene Schreckhaftigkeit,
- Konzentrationsprobleme,
- mangelnde Empfindungsfähigkeit insbesondere positiver Emotionen,
- Teilnahmslosigkeit am Alltagsgeschehen,
- Lustlosigkeit.

Häufig sind auch Angststörungen und Depressionen mit den aufgeführten Merkmalen verknüpft; Suizidgedanken können vorkommen, ebenso Alkohol- und Drogenabusus. Diese psychischen Störungen in Kombination mit den psychischen und körperlichen Belastungsreaktionen der posttraumatischen Belastungsstörung verkomplizieren die Störung insgesamt sehr.

Ein differenziertes Wissen über *kind- und jugendspezifische Symptome* der posttraumatischen Belastungsstörung, über die Dauer und die Langzeitfolgen dieser Störung sowie zu Therapiemöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen liegt nicht vor. Erst mit dem DSM-III-R wurde Kindern offiziell zugestanden, posttraumatisch belastet zu reagieren. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sind spezifische, oft langanhaltende traumati-

sche Erlebnisse von Bedeutung (s.u.). In einer sehr differenzierten und umfassenden Übersichtsarbeit von Heemann, Schulte-Markwort, Ruhl und Knölker (1998) werden Ereignisse dargestellt, die zu einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern führen können. Es handelt sich um

- Katastrophen, wie Tornado, Überflutung, Erdbeben,
- Unfälle, wie Schiffsunglück, Staudammbruch,
- Gewalttaten, wie Schulbus-Entführung, Amokläufer in der Schule,
- beobachtete Gewalterlebnisse, wie Zeuge sein bei einem Mord oder Selbstmord eines Elternteils, Vergewaltigung,
- alltäglich erlebter Gewalt in der Großstadt oder über das Fernsehen vermittelt,
- Kriegserlebnisse, wie Flucht aus Bosnien, Erleben des Golfkrieges und
- sexuellen sowie körperlichen Mißbrauch.

Anhand dieser Aufzählung wird deutlich, daß ein entscheidender Unterschied zwischen diesen Traumata darin besteht, ob es ein *einmaliges*, plötzliches und sehr erschreckendes Trauma ist oder ein *anhaltendes*, vorhersagbares, unerträgliches Ereignis darstellt. Letzteres trifft insbesondere für Kriegserlebnisse und für Situationen des sexuellen und körperlichen Mißbrauchs zu. Bei diesem letztgenannten Traumata-Typ reagieren Kinder und Jugendliche bevorzugt mit dem *Leugnen* des Traumas sowie mit *Abwehrmechanismen* in Form von beispielsweise Selbsthypnose und Dissoziation. Eine *emotionale Abstumpfung* bis hin zu *Persönlichkeitsveränderungen* ist möglich (Heemann et al., 1998). Spezifische und unspezifische Symptome für Kinder und Jugendliche mit einer posttraumatischen Belastungsstörung werden in Anlehnung an Heemann et al. (1998) in Tabelle 4 zusammengefaßt.

Tabelle 4:

Kind- und jugendspezifische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

	Spezifische Symptome	Unspezifische Symptome
Angst	Ängste vor und in Situationen, die das Kind an das traumatische Ereignis erinnern; Ängste vor Gegenständen oder Personen, die mit dem belastenden Erlebnis assoziiert sind; die Angstsymptome können mit Panikattacken kombiniert auftreten.	Ein Kind erlebt vermehrte Angst vor Dunkelheit, davor, alleine in einem Zimmer schlafen zu müssen, es weist häufiger Trennungsangst sowie Angst vor Geistern und Gespenstern auf.
Schlaf	Alpträume, die Aspekte des Traumas beinhalten.	Häufige Alpträume, die nicht mit dem Thema des Traumas zu tun haben und sich zum Beispiel auf Monster beziehen können; Ein- und Durchschlafschwierigkeiten.
Kognitive Aspekte	Ein Kind sucht einen Sinn im Trauma; es weist der eigenen oder anderen Personen Schuld für das traumatische Ereignis zu; das heißt, es fühlt sich für dessen Eintreten verantwortlich; keine positive Zukunftserwartung; kein Vertrauen mehr in Bezugspersonen.	Es kann eine Verschlechterung der Schulleistungen auftreten sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.
Verhalten	In der Folge möglicher Panikattacken tritt Vermeidungsverhalten vor bestimmten Orten, Personen oder Situationen auf; dieses für Erwachsene charakteristische Symptom, welches im DSM-IV ein verbindliches Kriterium darstellt, tritt bei Kindern deutlich weniger auf.	Es können bei Kindern Entwicklungsrückschritte in der Spiel-, Sprachfähigkeit und Sauberkeit (= Enuresis) auftreten; besonders bei männlichen Jugendlichen kann auch aggressives Verhalten sowie Verlust der Impulskontrolle beobachtet werden.
Körperliche Symptome		Kinder und Jugendliche klagen manchmal über Kopf- und Bauchschmerzen (ohne organischen Befund).

2 Epidemiologie, Verlauf und Nosologie

2.1 Epidemiologie

Epidemiologische Studien geben uneinheitliche Prävalenzen für Angststörungen im Kindesalter an. Nach einem Überblick von Bernstein, Borchardt und Perwien (1996) über die vergangenen zehn Jahre wird für alle Formen der Angststörungen zusammen eine Prävalenz von 15% angenommen. Ähnliche Ergebnisse berichten auch Poulton, Trainor, Stanton, McGee, Davis und Silva (1997). Schon in einer früheren Studie von McGee, Feehan, Williams, Partridge, Silva und Kelly (1990) wird von 10,7% Jugendlichen mit Angststörungen berichtet. Eine Studie von Fergusson, Horwood und Lynskey (1993) berichtet von 10,8% Kindern mit Angststörungen. Welche Angststörung im Kindes- und Jugendalter am häufigsten auftritt, ist schwer zu beurteilen, da die Angaben hierzu sehr unterschiedlich sind. Auch die Prävalenzen für eine Störung aus unterschiedlichen Studien können zum Teil beträchtlich schwanken. Dies mag einmal mit den verschiedenen Klassifikationssystemen und den damit verbundenen unterschiedlichen Diagnosekriterien

zusammenhängen und einmal mit verschiedenen Stichprobenzugängen. Eine Übersicht über Angststörungen im Kindes- und Jugendalter aus unterschiedlichen Studien ist in Tabelle 5 zusammengestellt.

In Tabelle 5 fällt bei zwei Angststörungen, nämlich bei der sozialen Phobie und bei der Panikstörung, die hohe Übereinstimmung der Ergebnisse auf: Von je vier aufgeführten Studien geben jeweils drei vergleichbare Prävalenzen an. Dies ist umso erstaunlicher, als sich die Zeiträume der Publikationen auf fünf bis acht Jahre erstrecken. Weiter fällt in Tabelle 5 auf, daß schon sehr viele Jugendliche eine Panikattacke erlebt haben; eine Panikstörung tritt hingegen bei relativ wenigen Jugendlichen auf. Die Trennungsangst ist die Angststörung, die am häufigsten im Kindesalter auftritt.

Sehr viele Studien befassen sich mit der selten auftretenden sozialen Phobie (vgl. Strauss & Last, 1993; Stemberger, Turner, Beidel & Calhoun, 1995; Shaffer et al., 1996; Beidel & Turner, 1998). Die Ergebnisse aus der Prävalenzstudie von Shaffer et al. (1996) beruhen auf der Befragung von Kindern und Jugendlichen. Eventuell ist diese Art des Datenzuganges ein Grund für die hohe Auftretenshäufigkeit der sozialen Phobie.

Tabelle 5:
Prävalenz verschiedener Angststörungen im Kindes- und Jugendalter.

Trennungsangst	Soziale Phobie	Einfache / spezifische Phobie	Generalisierte Angststörung	Panikstörung	Panikattacke	Posttraumatische Belastungsstörung
Bowen, et al. (1990): 2,4%-4,7%	Lewinsohn et al. (1993): 1,5%	Lewinsohn et al. (1993): 1,9%	Bernstein et al. (1996): 3,7%	Whitaker et al. (1990): 0,6%	Ollendick et al. (1994): 40%-60% Jugendliche	Reinherz et al. (1993): 6%
Lewinsohn et al. (1993): 4,2%	Reinherz et al. (1993): 1%	Essau et al. (1998): 3,5%	Essau et al. (1998): 0,4%	Lewinsohn et al. (1993): 0,8%	Essau et al. (1999): 18% (12-17 Jahre) 25,8% (14-15 Jahre)	Essau et al. (1998): 1,6%
Bernstein et al. (1996): 3,5%-4%	Bernstein et al. (1996): 1%	Wittchen et al. (1998): 2,3%	Wittchen et al. (1998): 0,8%	Bernstein et al. (1996): 0,6%		
DSM-IV (1996): 4%	Shaffer et al. (1996): 7,6% Kinder 3,7% Jugendliche			Hayward et al. (1997): 1,7%		
Topolski et al. (1997): 3,5%-5,4%	Essau et al. (1998): 1,6%			Essau et al. (1998): 0,5%		
Wittchen et al. (1998): 1,3%	Wittchen et al. (1998): 3,5%			Wittchen et al. (1998): 1,6%		

Neben diesen Selbsteinschätzungen wurden auch Elternurteile von Shaffer et al. (1996) erfragt, die altersunabhängig einen Wert von 4,5% ergaben.

2.2 Verlauf

Mit dem Jugendalter nimmt die Auftretenshäufigkeit von Angststörungen zu; sie sind durch einen *stabilen Verlauf* gekennzeichnet sowie eine eher geringe Remissionsrate. Nach Keller et al. (1992) zeigen 46% der Kinder mit Angststörungen auch nach acht Jahren noch dieses Symptombild. Für die Störung mit Trennungsangst gibt das DSM-IV an, daß der Störungsverlauf durch eine variierende Symptomschwere charakterisiert ist; die Angst vor möglichen Trennungen kann oftmals jahrelang und bis ins Jugendalter anhalten. Auch Cohen et al. (1993) berichten ähnliche Verläufe für die Störung mit Überängstlichkeit. So wiesen 47% der Jugendlichen diese Störung auch noch nach zweieinhalb Jahren auf. Der Überblick von Bernstein et al. (1996) macht deutlich, daß je nach Angststörung die *Remissionsrate* bei ca. Zweidrittel liegt.

Dreißig Prozent der Kinder mit Angststörungen entwickeln weitere psychische Störungen. So kann beispielsweise die Trennungsangst eine Vorläuferproblematik der Panikstörung mit Agoraphobie sein.

Schlüsselt man die Angststörungen in der Gruppe der Zwölf- bis 17-jährigen auf, so wird deutlich, daß sich der Anstieg der Angststörungen im Jugendalter besonders auf die Phobien und die posttraumatische Belastungsstörung bezieht. Der Verlauf einer Angststörung wird kompliziert, wenn Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit komorbid auftritt, was nach Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn und Sack (1997) bei 11,9% der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen zutrifft.

Eine weitere, häufig im Verlauf komorbid auftretende Störung ist die Depression. In einer Übersicht zur Epidemiologie internalisierender Störungen von Kovacs und Devlin (1998) wird sowohl die Zunahme von Angststörungen im Jugendalter deutlich als auch die in bis zu 50% der Fälle komorbid auftretende Angst- und depressive Störung. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998). In 28% bis 75% traten Angststörungen komorbid mit Major Depression und dysthymen Störung in epidemiologischen Studien auf (Cohen et al., 1993; Kashani et al., 1987; Lewinsohn et al., 1997; McGee et al., 1990; Garrison, Addi, Jackson, McKeown & Waller, 1992). Die zu erwartende höhere Komorbiditätsrate von Angst- und depressiven Störungen in klinischen Studien ist nicht gegeben (Ferro, Carlson, Grayson & Klein, 1994; Goodyer, Herbert, Secher & Pearson, 1997; Kovacs, Akiskal, Gatsonis & Parrone, 1994).

Simonoff et al. (1997) untersuchten in einer großangelegten Studie (N = 1000), der sogenannten Virginia

Twin Study of Adolescent Behavioral Development, bei acht- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen den Einfluß von Alter und Geschlecht auf die Ausprägung von emotionalen und Verhaltensstörungen. Die emotionalen Störungen umfaßten Angststörungen und Depression; die Verhaltensstörungen bezogen sich auf aggressives, oppositionelles sowie hyperkinetisches Verhalten. Die systematischen Analysen bestätigten das Ergebnis anderer Studien, nämlich die Zunahme von Angststörungen mit dem Alter; am meisten nimmt die Agoraphobie mit dem Jugendalter zu. Ein weiteres Ergebnis der Virginia Twin Study war, daß der altersabhängige Anstieg von Angststörungen in besonderer Weise die Mädchen betraf, und zwar Mädchen mit generalisierter Angststörung sowie spezifischer und sozialer Phobie.

Kurzfristige Störungsverläufe

Beidel, Fink und Turner (1996) belegten für die Altersgruppe der sieben- bis 12-jährigen Kinder, daß ca. 80% der als ängstlich diagnostizierten Kinder nach drei Jahren die *ursprünglichen* Kriterien der Diagnosestellung *nicht mehr* erfüllten. Dies spricht zunächst dafür, daß die Symptome der Angststörungen eine hohe Remissionsrate aufweisen, und zwar ohne psychotherapeutische Intervention. Bei einer genaueren Analyse zeigt sich in der Studie von Beidel et al. (1996), daß sich Angststörungen zwar verändern, jedoch nicht im Sinne einer Remission. Im Verlauf entwickelt sich aus einer spezifischen Störung eine andere Angststörung. Dieser Sachverhalt bezieht sich auf Ängste, wie die soziale Phobie oder die Störung mit Überängstlichkeit nach dem DSM-III-R. Beidel et al. (1996) verdeutlichen, daß das DSM-IV diesen Fehler korrigiert, und dies zu einer Neuinterpretation der Ergebnisse führt: So ist bei 62% der Kinder in der Studie von Beidel et al. (1996) die Störung, die Aspekte sozialer Ängste enthält, über sechs Monate stabil. 17% der diagnostizierten Kinder verlieren ihre Symptome völlig, und 21% weisen diese nur noch als subklinische Phänomene nach sechs Monaten auf.

Last, Perrin, Hersen und Kazdin (1996) untersuchten 102 Kinder und Jugendliche mit Angststörungen über einen Zeitraum von drei bis vier Jahren, und es zeigte sich eine hohe Remissionsrate. Nach diesem Zeitraum erfüllten 82% der Ängstlichen nicht mehr die Kriterien der ursprünglichen Störung. Die meisten von ihnen, nämlich 86%, verloren die Störung im ersten Jahr. Die Störung mit Trennungsangst nahm am deutlichsten ab, und zwar in 96% der Fälle; mit 70% der Fälle reduzierte sich die Panikstörung am wenigsten. Ein früher Störungsbeginn bildet einen ungünstigen Prognosefaktor. Die Störung mit Überängstlichkeit ist am änderungsresistentesten; zudem konnten Last et al. (1996) feststellen, daß 30% der ängstlichen Kinder während des Beobachtungszeitraumes eine neue Störung entwickelten. Von diesen neuen Störungen war wiederum die Hälfte eine weitere Angststörung.

Langfristige Störungsverläufe

Es liegen zur Zeit nur zwei Studien zum langfristigen Verlauf einer im Kindesalter beginnenden Angststörung vor. Die eine Studie wurde von Last, Hansen und Franco (1997) realisiert. Sie befragten 101 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 26 Jahren per Telefoninterview. Die Autoren verglichen eine Kontrollgruppe mit zwei Gruppen ehemaliger Patienten: Die eine Patientengruppe wies lediglich eine Angststörung auf; die andere eine komorbide Angst- und depressive Störung. In der Nachbefragung wurde deutlich, daß die ehemaligen Patienten beeinträchtigt waren, die eine komorbide Störung aufwiesen. Sie lassen sich durch drei Merkmale beschreiben:

- Personen mit komorbider Angst- und depressiver Störung hatten seltener eine Ausbildung begonnen oder ein Beschäftigungsverhältnis aufgenommen;
- bei dieser Gruppe traten zudem die meisten psychischen Probleme auf und
- sie benötigten am häufigsten psychologische Hilfe.

In der Studie von Flakierska-Praguin, Lindström und Gillberg (1997) wurden 35 Personen befragt, die im Alter von sieben bis zwölf Jahren eine Schulphobie aufwiesen. Sie wurden 20 bis 29 Jahre nach dem Auftreten der Schulverweigerung untersucht; das heißt, sie waren mittlerweile zwischen 30 und 40 Jahre alt. Bei dieser Studie zeigte sich ebenfalls, daß die ehemaligen Patienten mit Schulphobie auch im Erwachsenenalter häufiger psychologische Hilfe benötigten. Ein gewisser Teil, nämlich 14%, lebte noch im Alter zwischen 30 und 40 Jahren bei den Eltern; sie hatten also keine eigene Familie gegründet. Diese ehemaligen schulphobischen Patienten wiesen auch als Erwachsene noch Probleme in sozialen Beziehungen auf; jedoch beeinflusste die Störung nicht die Schullaufbahn und die Berufstätigkeit negativ.

Vergleicht man die kurz- mit den langfristigen Störungsverläufen, so läßt sich vermuten, daß Angststörungen, die im Kindes- und frühen Jugendalter beginnen,

- eine Variabilität in den Erscheinungsformen zeigen, wobei dies besonders für soziale Ängste zutrifft;
- Ängste mit frühem Entstehungsbeginn eine hohe Stabilität aufweisen und
- verschiedene berufliche und/oder psychosoziale Probleme bis ins Erwachsenenalter zur Folge haben.

Psychosoziale Beeinträchtigungen

Wie die langfristigen Störungsverläufe zeigen konnten, bleiben bei einer Reihe von Angststörungen Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Alltagsbereichen bestehen. Am häufigsten trifft dies Sozialkontakte und die Gestaltung persönlicher Beziehungen. Beispielsweise besaßen Jugendliche mit Angststörungen kaum Kontakte zu Gleichaltrigen, und sie wiesen

auch vermehrte Schul- und familiäre Probleme auf (Kashani & Orvaschel, 1990). Eine differenzierte Betrachtung psychosozialer Beeinträchtigungen liefern Bowen, Offord und Boyle (1990). Sie berichten, 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.

Das Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigungen ist für Kinder mit generalisierter Angststörung am höchsten, und zwar mit 84,2%. Am zweithäufigsten sind Kinder mit Panik- und Zwangsstörungen beeinträchtigt (71% bzw. 60%; Whitaker et al., 1990). Jugendliche mit einer posttraumatischen Belastungsstörung weisen eine deutlich geringere Selbstachtung, vermehrte Beziehungsprobleme sowie schlechtere Schulleistungen auf (vgl. Reinherz et al., 1993).

Aus der Studie von Biederman et al. (1997) wurde bereits berichtet, daß die Agoraphobie aufgrund ihres häufigeren Auftretens sowie frühen Einsetzens eine *Vorläuferstörung* der Panikstörung darstellen könnte. Betrachtet man den Störungsverlauf von Angststörungen sowie deren mögliche Komorbidität untereinander, so läßt sich im ungünstigsten Fall ein Entwicklungspfad vermuten, der mit spezifischen Angststörungen im Kindesalter seinen Anfang nimmt und im Entwicklungsverlauf zu massiveren sowie stabilen Angststörungen führen kann (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1 zeigt einen möglichen Entwicklungsverlauf von der Störung mit *Trennungsangst* über die *Agoraphobie* bis zur *Panikstörung* auf. Diesen Zusammenhang legt sowohl die Studie von Biederman et al. (1997) nahe als auch die von Kashani und Orvaschel (1990). 36,4% ängstlicher Kinder in der Studie von Kashani und Orvaschel erfüllten die Kriterien für zwei oder sogar mehr Angststörungen. Einige Studien weisen gezielt darauf hin, daß die Störung mit Trennungsangst eine Vorläuferstörung der Panikstörung im Jugendalter sein kann (vgl. Alessi & Magen, 1988). Weitere, analoge Entwicklungspfade sind denkbar: Beispielsweise von der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, eventuell über die Agoraphobie bis zur sozialen Phobie im Jugend- und Erwachsenenalter. Welche Beziehung einzelne Angststörungen, die zeitgleich im Entwicklungsverlauf auftreten, untereinander haben, kann zur Zeit noch nicht differenziert beurteilt werden. Allerdings kann mit Kashani und Orvaschel (1990) die Komorbidität zwischen verschiedenen Angststörungen durch folgende Faktoren erklärt werden:

- Die spezifischen Verhaltensweisen einer Angststörung können einen Risikofaktor für eine weitere Angststörung darstellen.

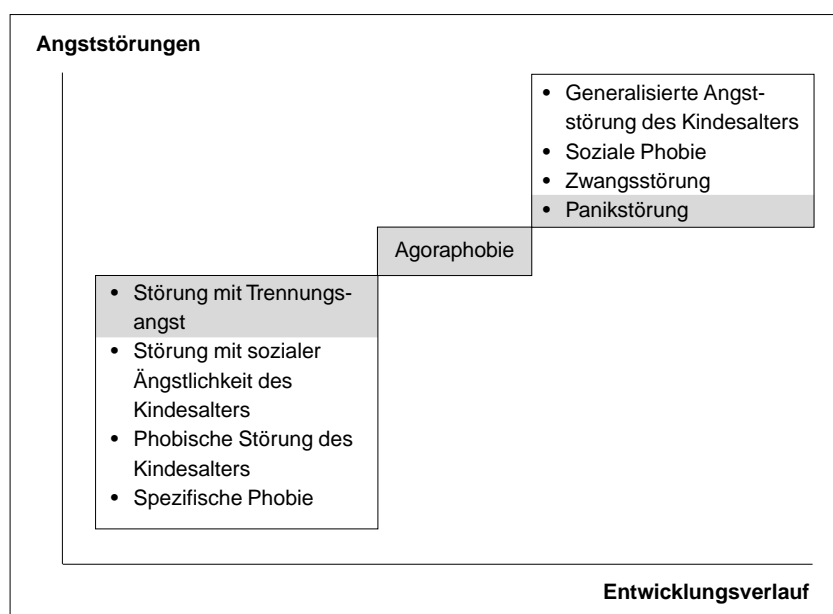


Abbildung 1:
Möglicher ungünstiger Entwicklungsverlauf von Angststörungen.

- Unterschiedliche Ängste können dieselbe Ätiologie aufweisen, und sie können durch nicht spezifisch wirkende und damit also durch identische Risikofaktoren ausgelöst sein.
- Eine Reihe von psychischen und körperlichen Symptomen unterschiedlicher Ängste überlappen sich, was die Tatsache begünstigt, daß die Kriterien für mehr als eine Angstdiagnose erfüllt werden.

In Abbildung 1 ist die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen nicht berücksichtigt; hierauf wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

2.3 Nosologie

Über einen Zusammenhang von *Angststörung* und *Geschlecht* berichtet eine Reihe von Studien. So analysieren Poulton et al. (1997) eine Teilstichprobe von 722 Jugendlichen aus der Neuseeland-Längsschnittstudie im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Während es im Kindesalter keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen hinsichtlich des Auftretens von Angststörungen gibt, existiert bei Jugendlichen im Alter von 15 Jahren ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Vorliegen einer Angststörung; das Verhältnis beträgt 1 : 0,6 zu ungunsten der Mädchen.

Beidel und Turner (1998) stellten für verschiedene Studien fest, daß das Verhältnis von Jungen zu Mädchen bei der *sozialen Phobie* im Verhältnis 3 : 2 zu ungunsten der Mädchen ausfiel. Multiple Ängste treten bei weiblichen Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17

Jahren gehäuft auf (Lewinsohn et al., 1997). Auch für das Auftreten von *Panikattacken* werden Geschlechtsunterschiede festgestellt. So berichten Hayward et al. (1992) für Mädchen im Jugendalter höhere Prävalenzraten. Dieses Ergebnis erklären die Autoren mit dem Anstieg der Sexualhormone im Verlauf der Pubertät. Auch eine Wechselwirkung zwischen dieser hormonellen Lage und psychosozialen Veränderungen während der Pubertät wird vermutet.

Mädchen sind von *Angststörungen* allgemein nicht nur häufiger betroffen, sondern sie weisen auch eine höhere *Symptom-schwere* auf (vgl. Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley & Allen, 1998). In einer Studie konnten Lewinsohn et al. (1998) folgende psychosoziale Merkmale für diese Beobachtung verantwortlich machen:

gungende psychosoziale Merkmale für diese Beobachtung verantwortlich machen:

- Mädchen erleben bestimmte Ereignisse einschneidender;
- sie sind weniger selbstbewußt;
- sie verfügen über weniger soziale Kompetenzen;
- Mädchen sind vertrauensvoller;
- Mädchen sind häufiger körperlich krank;
- sie bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter;
- sie weisen ein schlechteres körperliches Training auf und
- berichten über mehr körperliche Beschwerden.

In dieser Studie unterschieden sich Jungen und Mädchen nicht hinsichtlich des *Erkrankungsbeginns* sowie nicht im Hinblick auf die *Länge*, für die eine Krankheitsphase andauerte.

Bei der *Panikstörung* bestehen keine Unterschiede zwischen jugendlichen Mädchen und Jungen; zumindest weist die Bremer Jugendstudie einen solchen Geschlechtseffekt nicht aus (Essau et al., 1998). Tabelle 6 gibt für eine Reihe von Angststörungen die geschlechtsspezifische Lebenszeit-Prävalenz an, die im Rahmen der Bremer Jugendstudie gefunden wurden.

Für Kinder und Jugendliche sind insbesondere die *Trennungsangst* und die *soziale Phobie* von Bedeutung. Für beide Angststörungen liegen eine Reihe von Ergebnissen zu deren Komorbidität mit anderen Angststörungen vor. So weist die Virginia Twin Study, die die Komorbiditäten sehr systematisch betrachtet, einen hohen Zusammenhang zwischen der *Trennungsangst* und anderen Angststörungen mit der Depression auf.

Tabelle 6:

Geschlechtsspezifische Lebenszeit-Prävalenz von Angststörungen in der Bremer Jugendstudie (Essau et al., 1998).

	Weibliche Jugendliche N = 614	Männliche Jugendliche N = 421	Gesamt N = 1035
Agoraphobie	4,9%	2,9%	4,1%
Spezifische Phobie	4,2%	2,4%	3,5%
Soziale Phobie	2,1%	1,0%	1,6%
Generalisierte Angststörung	0,3%	0,5%	0,4%
Phobie NNB	13,5%	9,5%	11,9%
Panikstörung	0,5%	0,5%	0,5%
Posttraumatische Belastungsstörung	1,8%	1,4%	1,6%
Irgendeine Angststörung	21,8%	13,8%	18,6%

Kinder mit Trennungsängsten klagen nach einer Studie von Strauss und Last (1993) auch über Schulängste. Obwohl die soziale Phobie nicht die höchsten Auftretensraten aufweist, liegen doch eine Reihe sehr differenzierter Ergebnisse zur Komorbidität der *sozialen Phobie* mit anderen Angststörungen vor. So berichten Strauss und Last (1993), daß 64% der Kinder mit einer sozialen Phobie auch von Schulängsten geplagt sind. Nach Beidel und Turner (1998) weisen 16% der Kinder mit einer sozialen Phobie auch die Kriterien einer generalisierten Angststörung nach dem DSM-IV auf. Von Patienten mit einer sozialen Phobie gaben 44% an, daß der Beginn dieser Angststörung nach einer traumatischen Erfahrung gelegen sei (Stemberger et al., 1995).

Kinder mit *gehemmtem Verhalten* haben das Risiko, eine phobische Störung zu entwickeln (Beidel & Turner, 1998). Eine solche phobische Störung ist durch folgende Beeinträchtigungen charakterisiert:

- 56% Furcht vor öffentlichem Sprechen,
- 44% Furcht vor Fremden,
- 33% Furcht vor dem Aufgerufenwerden in der Klasse und
- 33% Furcht vor großen Menschenansammlungen.

Diese Befunde legen nahe, daß gehemmtes Verhalten einen wichtigen Vorboten für die Entwicklung einer Angststörung darstellt. Vermutlich ist *gehemmtes Verhalten* ein *Vulnerabilitätsfaktor* für die Entwicklung von Angststörungen, insbesondere, wenn weitere Risikofaktoren oder Belastungen für ein Kind hinzukommen. Die Temperamentsforschung könnte hierzu zukünftig weitere Aufschlüsse geben.

Eine *Angststörung* kann zeitgleich oder im Entwicklungsverlauf zu einem späteren Zeitpunkt mit einer *Depressionsstörung komorbid* auftreten. Vor allem die Panikstörung tritt mit der Major Depression oder der dysthymen Störung komorbid auf (Kearny et al., 1997).

Die Störung mit Überängstlichkeit und die Depression treten nach Bowen et al. (1990) bei 21% der Fälle komorbid auf. Danach ist die Störung mit Überängstlichkeit die am häufigsten mit einer Depression gemeinsam auftretende Angstform. Kinder mit der komorbiden Angst- und depressiven Störung waren meistens älter und hatten zudem mehrere schwere Angstsymptome (Bernstein, 1991; Strauss et al., 1988). Alessi und Magen (1988) fanden heraus, daß Kinder, die die Kriterien für eine Panikstörung und De-

pression erfüllten, die depressive Episode zeitgleich zur Panikattacke erlebten.

Im Entwicklungsverlauf treten in der Regel Angststörungen *vor* Depressionen auf; das Komorbiditätsrisiko zwischen diesen beiden Störungen nimmt im Entwicklungsverlauf zu; mit steigendem Alter differenzieren sich die Symptome von Angst- und depressiven Störungen aus (vgl. Cole, Truglio & Peeke, 1997). In einer Zwei-Zeitpunkt-Erhebung bei 14- bis 17jährigen Jugendlichen wurde die zeitliche Abfolge komorbider Störungen untersucht. So tritt die Major Depression sowohl als Folge

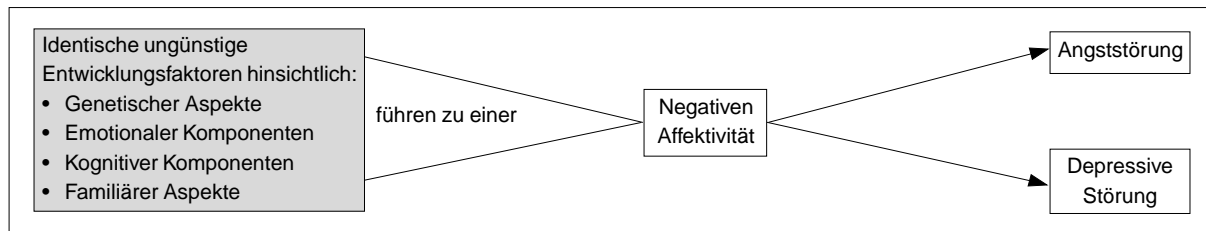
- einer einfachen Phobie als auch
- einer Störung mit Trennungsangst auf.

Derselbe Trend besteht tendenziell für

- die soziale Phobie und
- die Störung mit Überängstlichkeit.

Beide Störungen können in eine Major Depression münden (Lewinsohn et al., 1997) und lassen einen *übergeordneten Faktor* erkennen, der mit *negativer Affektivität* beschrieben werden kann. Die Studie von Cole et al. (1997) belegte, daß das Konzept der negativen Affektivität besonders für jüngere Kinder zutreffend zu sein scheint. In der genannten Studie wurden Neunjährige untersucht, bei denen sich die Erscheinungsformen von Angst und Depression noch stark überlappen, und von daher erscheint das gemeinsame Konzept der negativen Affektivität für beide Störungen plausibel. Mit zunehmendem Alter und weiterem Entwicklungsverlauf differenzieren sich dann zwar die Angst- und depressive Störung aus; jedoch kann die negative Affektivität die gemeinsamen Anteile von Angststörungen und Depression gut erklären (vgl. Abb. 2).

Angststörungen können auch mit weniger naheliegenden psychischen Störungen komorbid auftreten. Beispielsweise erwartet man keine enge Beziehung zwi-

**Abbildung 2:**

Annahmen zur Verknüpfung von depressiven und Angststörungen im Kindesalter.

schen einer einfachen Phobie und dem oppositionellen Trotzverhalten. Naheliegender ist hingegen das Ergebnis, daß verschiedene Phobien kombiniert sind, nämlich die Agoraphobie, die einfache und die soziale Phobie hängen eng zusammen. In der Virginia Twin Study werden hierzu Angaben zwischen 39% bis 70% gemacht (Simonoff et al., 1997). *Erwartungsgemäß* fällt das Ergebnis einer Studie von Ialongo, Edelson, Werthamer-Larsson, Crockett und Kellam (1996) aus; sie untersuchten 684 Grundschüler zu zwei Meßzeitpunkten während des ersten Schuljahres. In dieser Studie konnte belegt werden, daß Kinder, vor allem Jungen, welche eine Angststörung aufwiesen, parallel dazu kaum aggressives Verhalten entwickeln. Liegt jedoch eine komorbide Angst- und Aggressionsstörung vor, dann zeigt sich das provokative, aggressive Verhalten nur in abgeschwächter Form. Scheinbar ist dies auf eine Hemmung durch die zeitgleich vorliegende Angststörung zurückzuführen. Diese beiden Ergebnisse verdeutlichen, daß eine Angststörung als Schutzfaktor bewirken kann, daß sich aggressives Verhalten nicht entwickelt oder in seiner Äußerungsform abgeschwächt wird.

Angststörungen treten auch komorbid mit *Hyperaktivität* beziehungsweise *Hyperkinese* auf (Biederman, Faraone, Keenan, Steingard & Tsuang, 1991; Bird, Gould & Staghezza, 1993; Keller et al., 1992). Kinder mit Trennungsangst oder mit der generalisierten Angststörung zeigen bevorzugt hyperaktives Verhalten, nämlich zwischen 15% und 24% (Bowen et al., 1990; Keller et al., 1992). Die Überlappung von Angststörungen mit Störungen des Sozialverhaltens, insbesondere mit *oppositionellem Trotzverhalten*, wird mit 36% bis 62,4% angegeben und ist vermutlich überschätzt (Bird et al., 1993; Cohen et al., 1993).

Bei einer Reihe von Angststörungen zeigen sich *körperliche Symptome*. Bernstein et al. (1997) beschäftigten sich damit, welche körperlichen Symptome mit spezifischen Angststörungen assoziiert sind. In einer Studie an 44 Kindern und Jugendlichen im Alter von zwölf bis 18 Jahren wurde mittels eines strukturierten Interviews nach körperlichen Beschwerden gefragt. Ängstlich-depressive Schulverweigerer gaben folgende körperliche Belastungen an:

- Schwindelgefühle oder Schwächegefühle,
- Übelkeit im Magen und
- Rückenschmerzen.

Insgesamt dominierten autonome Reaktionen mit 45,4%, und zwar Kopfschmerzen, Schwindelgefühl sowie Schwitzen. Die Bedeutung solcher körperlichen Symptome ist schwer einzuschätzen.

In einer Studie von Nilzon und Palméus (1997), die die Beziehung zwischen Angst und Depression bei neun- bis elfjährigen Schulkindern untersuchten, zeigte sich folgendes Bild: Die *Ausdrucksformen* von Angst *unterschieden* sich bei depressiven Jungen und Mädchen stark. Depressive Mädchen klagten vermehrt über körperliche Beschwerden, sie waren unsicherer im Verhalten und machten sich vermehrt Sorgen über ihre eigenen Kompetenzen. Hingegen sorgten sich depressive Jungen mehr um die eigene Zukunft und beschäftigten sich häufig mit vorangegangenen Ereignissen; zudem benötigten sie mehr Bestätigung für ihr eigenes Verhalten von anderen.

3 Erfassung von Angststörungen

Die vielfältigen Symptome einer Angststörung sprechen für eine multimodale Erfassung. Minimal sind Selbstbeurteilungen anhand standardisierter Fragebögen und Verhaltensbeobachtungen erforderlich. Für die verschiedenen Angstformen liegen strukturierte Interviews gemäß der Vorgabe des DSM-IV oder der ICD-10 vor, die sowohl mit den Eltern als auch mit den Kindern durchgeführt werden können (vgl. Kendall & Flannery-Schroeder, 1998).

Albano, DiBartolo, Heimberg und Barlow (1995) geben eine Aufstellung über die vielfältigen Reaktionsformen der sozialen Phobie (vgl. Tab. 7), an der nochmals die Notwendigkeit einer multimodalen Diagnostik verdeutlicht werden kann. Hierbei sind jedoch nicht alle Reaktionsformen gleich aussagekräftig. So muß bei den physiologischen Reaktionen kritisch angemerkt werden, daß sie nur im Kontext der gesamten Auffälligkeiten bewertet werden können. Schneider (1994) weist in einer Übersicht zur Angstdiagnostik darauf hin, daß bei Angststörungen kein spezifisches physiologisches Reaktionsmuster vorliegt. So unterscheiden sich zum Beispiel ängstliche und aggressive Kinder nicht im Anstieg ihrer Herzfrequenz.

Selbstbeurteilungsfragebögen

In diesem Bereich liegen Einschätzlisten vor, bei denen Kinder phobische Angst in ihrem Ausprägungsgrad beschreiben können; in der Regel werden dabei Objekte angeführt (z.B. Tiere, Räume), vor denen ein Kind Angst haben könnte (Fear Survey Schedule for Children; vgl. Schneider, 1994). Kinderängste können jedoch auch globaler bewertet werden: Im deutschen Sprachraum wird hierzu vor allem der Angstfragebogen für Schüler (AFS) von Wiczercowski, Nickel, Janowski, Fittkau und Rauer (1974) eingesetzt, mit dem Prüfungs- und Leistungsängste in Verbindung mit sozialer Angst erfaßt werden. Im einzelnen bezieht sich der AFS auf die folgenden Bereiche: Manifeste Angst, Prüfungsangst, Schulunlust und soziale Erwünschtheit.

Mit dem State-Trait-Anxiety-Inventory for Children (STAIC nach Spielberger; dt. Unnewehr, 1992) kann man die situationsabhängige Ängstlichkeit (State-Komponente) und die allgemeine Ängstlichkeit (Trait-

Komponente) erfragen. Gerade die State-Komponente ist im Rahmen der Angstbehandlung in der Lage, zum Beispiel die Effekte einer Expositionsbehandlung abzubilden (vgl. Abschnitt 5.2).

Melfsen und Florin (1997) veröffentlichten eine deutschsprachige Version der Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC-R). Dieser Bogen besteht aus 18 Fragen, die folgende Aspekte beinhalten:

- Angst vor negativer Bewertung sowie
- negative Gefühle im Kontakt mit anderen und
- Vermeidung von sozialen Situationen.

Tabelle 7:

Verhaltensbezogene, physiologische und kognitive Reaktionen bei sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter (nach Albano et al., 1995, S. 392).

Verhaltensbezogen	Physiologisch	Kognitiv
Weinen	Herzklopfen	Fluchtgedanken
Jammern	Übelkeit	negative Bewertungen
an die Eltern Klammern	Schwitzen	Versagensängste
Stottern	zittrige Knie	Gefühle der Demütigung
Zappeln	Kurzatmigkeit	Verlegenheit
verringertes Blickkontakt	Erstarren	Gefühl, unzulänglich zu sein
vor sich hin Murmeln	Kopfschmerzen	Selbstzweifel
zittrige Stimme	erhöhter Puls	
Nägel kauen	Muskelanspannung	
Vermeidung	Schmetterlinge im Bauch	
Nervosität		

Der Fragebogen ist für Acht- bis 16jährige geeignet und stellt ein besonders ökonomisches Verfahren dar, das von den Kindern fünfstufige Selbsteinschätzungen („nie“ bis „immer“) verlangt. Der Fragebogen ist in Kasten 1 abgedruckt.

Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs und Hoyer (1999) veröffentlichten zwei aus dem Englischen übersetzte Verfahren zur Selbsteinschätzung der sozialen Phobie. Mit diesen Skalen können bei Jugendlichen und Heranwachsenden spezifische Aspekte der sozialen Phobie erfaßt werden:

- Die *Social Interaction Scale (SIAS)* zielt auf Angst im Sozialkontakt mit Freunden, Fremden oder möglichen gegengeschlechtlichen Partnern ab (z.B. „Ich werde nervös, wenn ich mit einer Autoritätsperson (Lehrer) sprechen muß.“ oder „Ich habe Schwierigkeiten, Blickkontakt mit anderen herzustellen.“).
- Die *Social Phobia Scale (SPS)* erfragt Angst in Situationen, in denen man sich bei Anwesenheit anderer verhalten muß (z.B. „Ich befürchte, zu erröten, wenn ich mit anderen zusammen bin.“ oder „Ich mache mir Sorgen, daß andere mein Verhalten seltsam finden könnten.“).

Kasten 1:

Fragebogen zur sozialen Angst bei Kindern (Deutsche Version der SASC-R; Melfsen & Florin, 1997, S. 227).

1. Ich habe Angst davor, geärgert zu werden.
2. Ich fühle mich unsicher bei Jungen und Mädchen, die ich nicht kenne.
3. Ich glaube, daß andere Jungen und Mädchen hinter meinem Rücken über mich reden.
4. Ich spreche nur mit Jungen und Mädchen, die ich gut kenne.
5. Ich mag nichts Neues vor anderen Jungen und Mädchen ausprobieren.
6. Ich überlege mir, was andere Jungen und Mädchen wohl von mir denken.
7. Ich habe Angst, daß andere Jungen und Mädchen mich nicht mögen.
8. Ich bin aufgeregt, wenn ich mit Jungen und Mädchen rede, die ich nicht kenne.
9. Ich mache mir Gedanken, was andere Jungen und Mädchen wohl über mich sagen.
10. Wenn ich mit Jungen und Mädchen rede, die neu in die Klasse gekommen sind, bin ich aufgeregt.
11. Ich frage mich, ob andere Jungen und Mädchen mich wohl mögen.
12. In einer Gruppe von Jungen und Mädchen bin ich ruhig und zurückhaltend.
13. Ich glaube, daß andere Jungen und Mädchen sich über mich lustig machen.
14. Wenn ich mich mit einem anderen Jungen oder Mädchen streite, habe ich Angst, daß er oder sie mich nicht mehr mögen wird.
15. Ich habe Angst, andere zu mir nach Hause einzuladen, weil sie ablehnen könnten.
16. Bei bestimmten Jungen und Mädchen bin ich aufgeregt.
17. Ich fühle mich unsicher, selbst bei Jungen und Mädchen, die ich sehr gut kenne.
18. Es fällt mir schwer, andere Jungen und Mädchen zu fragen, ob sie mit mir spielen.

Diese Verfahren bestehen aus jeweils 20 Aussagen und können ab dem 16. Lebensjahr eingesetzt werden. Mit den Skalen lassen sich sehr gut Patienten mit sozialer Phobie von Patienten mit anderen Angststörungen unterscheiden; zudem lassen sich damit sehr gut Therapieeffekte abbilden.

Ein modernes, multidimensionales Verfahren entwickelten March, Parker, Sullivan, Stallings und Conners (1997). Mit diesem bislang nur in den USA erprobten Angstfragebogen für Kinder kann man verschiedene Angstformen abklären. Insgesamt umfaßt der Bogen die folgenden vier Faktoren:

- körperliche Symptome der Angst (Physical Symptoms),
- Gefahrenvermeidung (Harm Avoidance),
- soziale Angst (Social Anxiety) und
- Trennungsangst (Separation Anxiety).

Verhaltensbeobachtung

Durch Beobachtungsverfahren kann man Kinderängste direkt erfassen, wobei bei diesem Vorgehen spezifische Ausdrucksformen der Angst beobachtet und registriert werden. Beobachtungssysteme eignen sich besonders für die Analyse komplexer sozialer Situationen. Ein Beispiel bildet die Familieninteraktion, die vielfach zu einer Angststörung im Kindesalter beitragen kann oder sie zumindest aufrechterhält. Aus diesem Grund empfehlen Dadds, Heard und Rapee (1994) die Anwendung eines *Family Anxiety Coding Schedule*, um diese spezifischen Interaktionen zu erfassen und zu analysieren. Bei der Familiendiagnostik ist zentral, wie in der Familie soziale Situationen und bedrohliche Anforderungen bewertet und verarbeitet werden.

Ein im deutschen Sprachraum gut eingeführtes Verfahren zur Erfassung der Trennungsangst und der sozialen Phobie bildet der *Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten* (BSU; vgl. Petermann & Petermann, 1996b). Mit dem Verfahren können verbale, mimische und motorische Angstindikatoren für die Altersgruppe der Vier- bis 14jährigen erhoben werden. Die Kategorien 1 bis 3 des BSU beziehen sich auf Sprachäußerungen; Kategorie 4 auf Gefühlsäußerungen; die Kategorien 5 bis 7 auf Gesichts- und Körperausdruck (Blickkontakt, Körperhaltung u.a.). Kategorie 8 und 9 bildet Tätigkeiten sowie Sozialkontakt ab und Kategorie 12 umfaßt global körperliche Begleitscheinungen der Angst. Zudem können positive Verhaltensweisen (Selbstbehauptung und eigenständige Aktivitäten) durch die Kategorien 10 und 11 registriert werden. In Kasten 2 sind die Kategorien des BSU abgedruckt.

Kasten 2:

Kategorien des Beobachtungsbogens für sozial unsicheres Verhalten (aus Petermann & Petermann, 1996b, S. 37).

Still sein
Nichts erzählen, nichts fragen, nichts erbitten; keine Freude zeigen
Sprechen
Gehetztes, undeutliches, zu schnelles, abgehacktes Sprechen, häufig das gleiche Wort verwenden; zu leise oder zu laut sprechen; zu kurze Antworten (nur Ja/Nein); Kind wartet lange, bis es antwortet oder etwas erzählt
Stottern
Kein Wort oder keinen Satz zusammenhängend aussprechen können; bei Sprechen außer Atem sein
Gefühle
Lautes oder leises Weinen; Tränen in den Augen; Zittern in der Stimme

Gesichtsausdruck
Unsicheres Umherschauen; verlegenes Lächeln; kurze Dauer des Blickkontaktes; Gesichtszucken
Körperausdruck
Zittern der Hände; zappeln; Bleistift- und/oder Nägelkauen, nervöses Spiel mit den Händen
Bewegungen
Sich nicht von der Stelle bewegen; eintönige, sich wiederholende Körperbewegungen
Tätigkeiten
a) Sich allein keinem Spiel beziehungsweise keiner Beschäftigung zuwenden; sich weigern, sozialen Verpflichtungen und Anforderungen in Schule und Familie nachzukommen (zum Beispiel in der Gemeinschaft helfen); Kind wartet lange, bis es eine Tätigkeit aufnimmt
b) Aktivitäten wütend beenden, wenn ein Spiel mißlingt oder eine soziale Aufgabe nicht bewältigt wird
c) Resignieren, wenn ein Spiel mißlingt oder eine soziale Aufgabe nicht bewältigt wird
Sozialkontakt
a) Sich keiner spielenden Kindergruppe anschließen; sich weigern, einer sozialen Aufforderung nachzukommen
b) In einer fremden Umgebung oder bei Besuch zu Hause sich in einer Zimmerecke, unter dem Tisch, im eigenen Zimmer oder in der eigenen Kleidung (Mantel/Jacke nicht ausziehen wollen) verstecken
c) Sich von einem oder mehreren bestimmten Erwachsenen (zum Beispiel Eltern) nicht trennen wollen; nur mit dieser bestimmten Person spielen, reden wollen
d) Das Haus nicht verlassen wollen; sich nicht mit Freunden treffen wollen
Sich selbstbehaupten
a) Angemessen Forderungen stellen können; ablehnen können (nein sagen); Meinung und Kritik äußern können
b) Angemessen und kompromißbereit auf soziale Verpflichtungen eingehen können (ja sagen)
Eigenständige Aktivitäten
Kontakt zu anderen aufnehmen können; sich spielenden Kindern anschließen können; bei schwierigen sozialen Aufgaben nicht resignieren
Sonstige Merkmale
Erbrechen (zum Beispiel morgens vor der Schule oder in der Schule); Mundtrockenheit (Durst); Einnässen (nachts, tagsüber); Einkoten (nachts, tagsüber); Sprachfehler (zum Beispiel Lispeln, bestimmte Buchstaben nicht sprechen können); Erröten, Erblassen

Viele Kinderängste sind mit bestimmten Aktivitäten oder Situationen verknüpft, wobei die Betroffenen dies ohne differenzierte Selbstbeobachtung oft nicht erkennen. Vor allem bei phobischem Vermeidungsverhalten ist es sinnvoll, die Aktivitäten des Kindes zu erfassen.

Verhaltensproben

Bei vielen Angststörungen ist man in der Lage, in der Diagnosesituation ängstliches Verhalten auszulösen. Albano et al. (1995) bitten zum Beispiel Kinder mit einer sozialen Phobie darum, einen fünfminütigen Vortrag zu halten. Mit einer solchen Aufforderung wird sozialängstliches Verhalten aktualisiert; dieses authentische Verhalten läßt sich dann detailliert nach den Kriterien eines Diagnosesystems analysieren.

So forderten zum Beispiel Kendall und Treadwell (1997) Kinder mit Angststörungen (Störung mit Überängstlichkeit, Störung mit Trennungsangst oder Störung mit Kontaktvermeidung) im Rahmen der Diagnosestellung auf, einen fünfminütigen Vortrag über ihre Person zu halten. Dieser Vortrag wurde mit Video aufgezeichnet und das ängstliche Verhalten analysiert. Nach der Videoaufnahme wurden die Kinder in einem halbstrukturierten Interview nach ihren Gedanken und Gefühlen während der Aufzeichnung befragt. Verhaltensproben sind besonders im Kontext der Diagnostik und Behandlung der sozialen Phobie geeignet, da man die gezeigten Defizite und Stärken in der Verhaltensmodifikation (z.B. im Rollenspiel) aufgreifen kann. Beispiele für solche Verhaltensproben für Kinder mit einer sozialen Phobie liefern Beidel und Turner (1998).

Weitere Ansätze

Selbstverständlich können Angststörungen auch über die Child Behavior Checklist, das heißt über Eltern- und Erzieherurteil erhoben werden. Solche Vorgehensweisen werden im Grundlagenteil dieses Buches von Döpfner et al. und Petermann et al. ausgeführt.

Prinzipiell können Ängste auch durch Selbstbeobachtungsmethoden (Tagebücher) erfaßt werden. Eine kindgemäße Tagebuchmethode bildet der Detektivbogen, der von Döpfner et al. (in diesem Buch) vorgestellt wird und ursprünglich von Petermann und Petermann (1996b) für die Behandlung ängstlicher Kinder entwickelt wurde. Schneider (1994) weist darauf hin, daß man mit der Tagebuchmethode nicht nur die Ängste erfassen kann, sondern darüber hinaus auch die Aktivitäten der Kinder kennenlernt.

Differentialdiagnostik

Eine Vielzahl ängstlicher Kinder sind mehrfach beeinträchtigt, zum Beispiel weisen sie eine Lern- oder Kör-

perbehinderung auf (vgl. Petermann & Walter, 1989). Bei manchen Kindern liegt eine verborgene oder bereits diagnostizierte Sinnesbeeinträchtigung vor (z.B. Hör- oder Sehfehler, vgl. Petermann & Senfleben, 1989). Schwierig ist die differentialdiagnostische Ab-

klärung einer Angst- und depressiven Störung für jüngere Kinder (bis 10 Jahre); erst bei älteren Kindern kann man deutlicher zwischen diesen Störungen differenzieren (vgl. Cole et al., 1997).

4 Erklärungsansätze

4.1 Biologische Faktoren

Eine Reihe von Studien weist verschiedene biologische Faktoren aus, die bei der Angstentstehung bedeutsam sein können; solche Faktoren bestehen aus neurophysiologischen, neuropsychologischen und genetischen Einflüssen. Auch geschlechtsspezifische hormonelle Prozesse zählen zu möglichen biologischen Einflußgrößen (vgl. Abschnitt 2.3). Am ehesten liegen bei der sozialen Angst/sozialen Phobie, die durch Schüchternheit, Schamgefühle und Verhaltenshemmung charakterisiert ist, biologische Einflüsse vor (Emmelkamp & Scholing, 1997).

Hinweise auf biologische Faktoren ergeben sich aus *Zwillingsstudien* sowie aus der Beobachtung, daß Angststörungen in Familien gehäuft auftreten können. So wird in der DSM-IV-Klassifikation explizit auf die familiäre Häufung der spezifischen Phobie des Blut-Typus hingewiesen. In einer anderen Studie kommen Thapar und McGuffin (1995) zu einer Erblichkeitsschätzung von 59% für klinisch bedeutsame Angststörungen im Jugendalter.

In der Virginia Twin Study versuchen Topolski et al. (1997), genetische von Umwelteinflüssen bei den folgenden Störungen zu trennen:

- Trennungsangst,
- Überängstlichkeit und
- manifeste Angst.

Zwillinge der Altersgruppen acht bis zehn, elf bis 13 sowie 14 bis 16 Jahre wurden untersucht. Der genetische Einfluß war scheinbar vom Alter, von dem Geschlecht und der Art der Angststörung abhängig. So betrug die Erblichkeitsschätzung unabhängig von Alter und Geschlecht für die Trennungsangst 4%, und die Einflüsse aus der gemeinsamen Umwelt (vor allem Familieneinflüsse) machten 40% aus. Die Ergebnisse zur manifesten Angst entsprachen für die Mädchen der Altersgruppe acht bis zehn und 14 bis 16 Jahre der Studie von Thapar und McGuffin (1995); und zwar lag die Erblichkeitsschätzung bei 57%. Für Jungen zeigten sich bedeutend niedrigere Effekte; lediglich für die Altersgruppe der Elf- bis 13jährigen konnte eine Erblichkeitsschätzung von 40% gefunden werden. Bei der

Überängstlichkeit betrug die Erblichkeitsschätzung 37%, und der Einfluß der gemeinsamen Umwelt lag nur bei 11%; diese Effekte waren vom Alter und von dem Geschlecht unabhängig.

Eine interessante Zwillingsstudie aus Norwegen legten Gjone und Stevenson (1997) vor. An dieser Studie nahmen 526 ein- und 389 zweieiige, gleichgeschlechtliche Zwillingspaare im Alter von fünf bis 15 Jahren teil. Die Erblichkeitsschätzung zeigte ausgeprägte Werte vor allem bei jüngeren Kindern sowie Kindern mit einem höheren Schweregrad der Angststörung. Bei älteren Kindern sowie leichten Angststörungen und vor allem bei komorbiden Störungen spielen genetische Einflüsse eine geringere Rolle. Diese Zwillingsstudie wollte auch klären, ob man zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen gemeinsame soziale und genetische Risikofaktoren annehmen kann; diese Frage wurde vor dem Hintergrund der Studie von Gjone und Stevenson (1997) verneint, da die gemeinsame Varianz beider Störungen nur ungefähr 25% betrug.

Manche Reize lösen eher eine Phobie aus als andere. Es ist dabei erstaunlich, daß ungefährliche Reize manchmal leichter eine Phobie bedingen als real bedrohliche; zum Beispiel sind für manche Personen harmlose, kriechende Tiere deutlich angstausslösender als der gefährliche Straßenverkehr. Diese „Selektivität“ von Phobien erklärt Seligman (1971) mit dem Konzept des prepared learning (biologisch vorbereitetes Lernen). Dieses Konzept verdeutlicht, warum Ängste nicht mit phobischen Reizen beliebig verknüpft werden können (vgl. Kasten 3).

Es konnte wiederholt beobachtet werden, daß eine Reihe ängstlicher Personen *schnell* ein *hohes physiologisches Erregungsniveau* in bestimmten Situationen erlebt. Ein hohes physiologisches Erregungsniveau erhöht wiederum die Wahrscheinlichkeit, leicht auf Konditionierungsprozesse anzusprechen. Erstmals wurden von Kagan, Reznick und Snidman (1988) die physiologischen Grundlagen von Schüchternheit und gehemmtem Verhalten im Kindesalter analysiert. Aufgrund dieser Ergebnisse schlugen sie das Konzept „Verhaltenshemmung“ (behavioral inhibition) als ein über die Kindheit *stabiles Temperamentsmerkmal* vor. Kinder wurden neuen und ungewohnten Situationen ausgesetzt und ihre Reaktionen sowie ihr spontanes Verhalten in solchen Situationen beurteilt. Zudem wur-

Kasten 3:

Biologisch vorbereitetes Lernen.

Das Prinzip des prepared learning wird häufig durch folgendes Beispiel erläutert: Ein Junge spielt im Sandkasten; plötzlich sieht er eine kleine, völlig ungefährliche Schlange im Sandkasten; der Junge bekommt einen Schreck und flüchtet in das in der Nähe parkende Auto seiner Eltern. Beim Zuschlagen der Autotür klemmt er sich die Hand ein; dieses schmerzhaftes Ereignis führt nicht zu einer Autotürphobie; es wird jedoch eine Schlangenphobie konditioniert. Da der Jungen die Schlange im Sandkasten sah, meidet er künftig Sandkästen.

Mit prepared learning ist eine überlebenswichtige adaptive Lernbereitschaft von Organismen gemeint, die es ermöglicht, bestimmte Reize mit für eine Spezies spezifischen Furcht- und Abwehrreaktionen zu verbinden. Bei Menschen könnte es sich um eine phylogenetisch angelegte Furchtbereitschaft zum Beispiel vor krabbelnden und kriechenden Tieren handeln, die zu einem früheren Zeitpunkt in der Evolution als lebensgefährlich eingeschätzt wurden. Bei den Reizen handelt es sich also um solche, die sich als Signale für eine lebensbedrohliche Situation eignen und im Laufe der Phylogenese herausbildeten. Eine solche adaptive Lernbereitschaft führt zu sehr schnellen klassischen Konditionierungen, um das Überleben einer Spezies zu garantieren. Vermutet wird, daß biologisch vorbereitetes Lernen über spezifische neuronale Vorbahnungen angelegt ist. Bei der Entstehung von spezifischen Phobien wirkt wahrscheinlich dieses Prinzip des biologisch vorbereiteten Lernens. Folgende Faktoren sprechen für diese Hypothese:

- Es bedarf nur weniger Lerndurchgänge, um die Assoziation zwischen konditioniertem und unkonditioniertem Reiz herzustellen;
- diese Assoziationen sind im Falle von Phobien relativ lösungsresistent;
- die assoziative Verknüpfung des konditionierten mit dem unkonditionierten Reiz erfolgt auch, wenn eine enge räumlich/zeitliche Nähe zwischen dem Auftreten der beiden Reize nicht gegeben ist;
- diese Reizassoziationen (bei der Entstehung einer Phobie) sind nur schwer durch kognitive Prozesse zu beeinflussen;
- die Betroffenen wissen, daß ihre phobische Angst irrational ist, und trotzdem hilft diese Einsicht nicht, die Angstgefühle abzubauen und das Vermeidungsverhalten aufzugeben. Bei Kindern liegt dieser Sachverhalt aufgrund ihres kognitiven Entwicklungsstandes nicht vor.

Aktivität konnte unter drei Bedingungen registriert werden, nämlich

- im Ruhezustand,
- bei kognitiver Aktivität und
- in Streßsituationen.

Bei den verhaltensgehemmten Kindern konnte in den Testsituationen unter anderem auch ein *Anstieg des Noradrenalinspiegels* festgestellt werden. Solche physiologischen Streßreaktionen erschweren die Reizübertragung im ZNS, da der synaptische Spalt bei erhöhtem Noradrenalin nicht ohne weiteres überwunden werden kann. Dies führt dazu, daß Informationsverarbeitungsprozesse nicht ungehindert ablaufen können, so daß es in der Folge zu Denk- und Handlungsblockaden kommen kann; diese wiederum könnten die Verhaltenshemmung begünstigen. Welche physiologischen Prozesse detailliert bei der Entwicklung einer Angststörung zum Tragen kommen, kann abschließend noch nicht beurteilt werden. Abbildung 3 illustriert dennoch einen möglichen Zusammenhang zwischen biologischen Faktoren und dem Temperamentsmerkmal Verhaltenshemmung.

Kagan et al. (1988) konnten eine Verhaltenshemmung bereits im Alter von neun Monaten belegen und damit ängstliches Verhalten vor-

den eine Reihe physiologischer Reaktionen gemessen, wie die Herzfrequenz, der Noradrenalinspiegel und Speichelcortisol.

Es zeigte sich, daß Kinder mit dem Merkmal der Verhaltenshemmung im Vergleich zu spontanen Kindern ein *stark erhöhtes sympathisches Erregungsniveau* und zugleich *Rückzugsverhalten* erkennen ließen, wenn sie mit neuen, unbekanntem Reizen konfrontiert wurden. Das Rückzugsverhalten äußerte sich darin, daß eine bestehende Aktivität oder ein Gespräch unterbrochen, die Kontaktaufnahme zu unbekanntem Personen vermieden wurde und sich diese Kinder zurückzogen oder an ihre Bezugspersonen klammerten. Kagan et al. (1988) vermuten aufgrund der Unterschiede zwischen den untersuchten Kindergruppen, daß ein biologischer Faktor, eventuell auf genetischer Basis, zur Verhaltenshemmung führt. Sie machen eine erniedrigte Erregungsschwelle im limbisch-hypothalamischen System dafür verantwortlich, schnell in eine erhöhte sympathische Aktivität zu geraten. Diese erhöhte sympathische

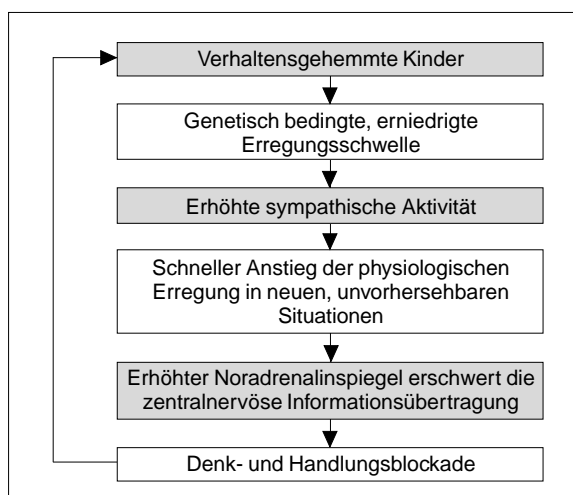


Abbildung 3:

Möglicher Zusammenhang zwischen biologischen Faktoren und dem Temperamentsmerkmal Verhaltenshemmung.

hersagen. Bei gehäuft familiär auftretenden Angststörungen bildet das Merkmal der Verhaltenshemmung einen bedeutenden Risikofaktor, eine Angststörung zu entwickeln, was verschiedene Studien nachweisen (Mick & Telch, 1998). Bisher konnte nicht abschließend geklärt werden, ob die Verhaltenshemmung ein unspezifisches Risiko allgemein für Angststörungen darstellt oder ob gehemmtes Verhalten eine bestimmte Angstform begünstigt. Einige Studien deuten darauf hin, daß eine starke Verhaltenshemmung mit einer hoch ausgeprägten sozialen Angst einhergeht.

4.2 Psychische Faktoren

Eine Reihe psychischer Faktoren konnte bisher in verschiedenen Studien mit der Entwicklung von Angststörungen in Zusammenhang gebracht werden. Es handelt sich hierbei um kognitive, emotionale sowie Temperamenteinflüsse.

Temperament

Bernstein et al. (1996) berichten, daß Jungen, die sich im Alter von fünf Jahren in neuen Situationen selbstsicher verhielten, in der späteren Kindheit und Jugendzeit bedeutend weniger Angststörungen aufwiesen. Hingegen wiesen Mädchen später eher Angststörungen auf, wenn sie sich im Alter von drei und fünf Jahren in neuen Situationen passiv, schüchtern und ängstlich-vermeidend zeigten.

Eine Reihe von Temperamentsdimensionen können bei der Angstentstehung eine Rolle spielen. So zeigen von den neun Temperamentsdimensionen der New Yorker Längsschnittstudie (NYLS), die in der Temperamentsforschung als klassisch gelten, vor allem die Dimensionen *Annäherung/Rückzug*, *Anpassungsfähigkeit an neue Situationen* und *Stimmungslage* einen Bezug zu Angstsymptomen (Thomas & Chess, 1986). Ein weiteres wichtiges Temperamentsmerkmal beschreibt, wie leicht ein Kind von seinen Eltern *beruhigt* werden kann, wenn es zum Beispiel aus Angst weint (Rothbart & Derryberry, 1981). Darüber hinaus spielt die *Emotionalität* eine Rolle, die das Ausmaß und die Häufigkeit negativer und positiver Affektäußerungen beschreibt, sowie die *Sozialibilität*, die darauf abzielt, wie häufig jemand eigenständig Sozialkontakt herstellt, wieviel Zeit er mit anderen verbringt und wie er mit sozialer Isolation umgeht (Buss & Plomin, 1984).

Große Parallelen lassen sich zwischen dem von Kagan et al. (1988) formulierten Temperamentsmerkmal *Verhaltenshemmung* und Ängsten finden. Diese Verhaltenshemmung wurde in der psychobiologischen Forschung hinsichtlich physiologischer Komponenten und deren Bedeutung für die Entwicklung von Ängsten systematisch untersucht (zum Beispiel Kagan et al., 1988;

vgl. Abschnitt 4.1) und mit affektiv-motivationalen Systemen des zentralen Nervensystems, zum Beispiel dem „verhaltensinhibitorischen System“ (BIS), in Verbindung gebracht (Derryberry & Reed, 1994).

Rothbart und Bates (1998) gehen in einem Überblick zur neueren Temperamentsforschung davon aus, daß sich viele der oben beschriebenen Konzepte verschiedener Temperamentsdimensionen überschneiden und schlagen deshalb eine Reduktion der Zahl der Temperamentsdimensionen vor. Dabei gehen sie zum einen davon aus, daß *positiver Affekt* von *negativem Affekt* unterschieden werden muß; zum anderen fordern sie eine Unterteilung von negativem Affekt in *angstvollen Distreß* (fearful distress) und in *reizbaren Distreß* (irritable distress). Dabei umfaßt angstvoller Distreß die Dimensionen Rückzug, Angst und schlechte Anpassungsfähigkeit, während reizbarer Distreß vor allem die Dimensionen Reizbarkeit, Wut und anderen Schwierigkeiten bereiten beinhaltet. Angstvoller Distreß entspricht damit am ehesten einer durch ängstlich-vermeidendes, schüchternes und gehemmtes Verhalten geprägten Temperamentsausprägung, wie sie für Angststörungen typisch ist. Die Unterscheidung zwischen angstvollem Distreß, als typisch für internalisierende Störungen, und reizbarem Distreß, als typisch für externalisierende Störungen, kann analog zur Differenzierung verhaltenshemmender und verhaltensaktivierender Systeme in der psychobiologischen Forschung betrachtet werden (vgl. Derryberry & Reed, 1994).

Verhaltenshemmung als Temperamentsdimension zeigt etwa ab dem zweiten Lebensjahr eine relativ hohe Stabilität (z.B. Kagan et al., 1988) und kann deshalb als Prototyp für Angst gesehen werden (Rothbart & Bates, 1998). Trotzdem wird heute die normative Stabilität von Temperamentsmerkmalen nicht mehr gefordert. Vielmehr werden Aspekte des Lernens, aber auch der Selbstregulationsfähigkeit des Kindes mehr betont, die zu einer Veränderung des Temperaments im Entwicklungsverlauf beitragen. Introvertierte, ängstliche Kinder zeigen danach mehr Aufmerksamkeit für negative Reize, wie Bestrafung, und gestalten auf diesem Wahrnehmungshintergrund ihre Lernumgebung selbst (vgl. Derryberry & Reed, 1994). In diesem Sinne kann der Beitrag des Temperaments nicht linear im Sinne einer fortlaufenden Entwicklung von gehemmtem, angstvollem Temperament hin zur Angststörung gesehen werden, sondern das Temperament muß vielmehr als Anstoß einer Entwicklung verstanden werden, die in Abhängigkeit von Lernfaktoren und der Selbstregulation eines Kindes gehemmtes und ängstliches Verhalten verstärkt.

Zusätzlich scheinen Temperamentsmerkmale, wie angstvoller Distreß, auch Prädiktoren einer unsicheren Bindung zu sein (vgl. Rothbart & Bates, 1998) und damit in Abhängigkeit von Elternvariablen eine Bedeutung bei der Entwicklung der Störung mit Trennungsangst zu besitzen.

Die Tendenz, in neuen Situationen scheu, ängstlich und gehemmt zu reagieren, stellt zentrale Komponenten der sozialen Unsicherheit dar (Mick & Telch, 1998; Petermann & Petermann, 1996b). Soziale Unsicherheit erhöht das Risiko, eine Angststörung zu entwickeln; hierbei sind zwei Aspekte von Bedeutung:

- Sozial unsichere Kinder weisen gehäuft Eltern mit Panikstörungen sowie Agoraphobie ohne Panikstörung auf (vgl. Capps, Sigman, Sena & Henker, 1996). Solche Eltern haben zudem ein erhöhtes Risiko für eine soziale Phobie (Rosenbaum, Biederman, Hirshfeld, Bolduc & Chaloff, 1991).
- Sozial unsichere Kinder besitzen nach Biederman, Rosenbaum und Hirshfeld (1990) eine erhöhte Rate für phobische Störungen.

Kognitive Faktoren

Diese tragen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten bei. Insgesamt handelt es sich mindestens um sechs kognitive Aspekte, die zu berücksichtigen sind:

- Ängstliche Personen nehmen *soziale Informationen selektiv wahr* und interpretieren diese einseitig. Eine gut kontrollierte Studie von Mathews (1990) zeigt, daß bedrohliche Reize von ängstlichen Menschen früher wahrgenommen werden als neutrale oder positive Reize. Bei angstfreien Personen verhält es sich umgekehrt. Diese selektive Wahrnehmung könnte mit negativen sozialen Erwartungen einerseits und Sorgen sowie Befürchtungen andererseits zusammenhängen.
- Chansky und Kendall (1997) beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen Angst und *negativen sozialen Erwartungen*. Kinder mit einer Angststörung nehmen sich in neuen sozialen Situationen als wenig kompetent wahr; dies ist vor allem dadurch begründet, daß diese Kinder annehmen, von anderen abgelehnt zu werden. Kinder mit einer Angststörung erleben mehr soziale Angst und verminderte soziale Kompetenz im Vergleich zu unauffälligen Kindern.
- Die *Überzeugung, keine sozialen Fertigkeiten* zu besitzen, ist mit einer *hohen Selbstaufmerksamkeit* kombiniert. Die erhöhte Selbstaufmerksamkeit bezieht sich auf negative Gedanken, irrationale Sätze sowie wahrgenommene autonom gesteuerte Erregung. Diese Selbstaufmerksamkeit lenkt von situationsrelevanten externen Reizen ab und führt zu einer reduzierten Aufmerksamkeit für Personen und Bedingungen in sozialen Situationen; dies wiederum schränkt die soziale Flexibilität ein. Dadurch entsteht bei anderen der Eindruck, daß die ängstliche Person über keine sozialen Fertigkeiten verfügt (Chansky & Kendall, 1997).
- Kinder mit Angststörungen weisen oftmals intensive *Sorgen* und *Befürchtungen* auf. Perrin und Last (1997) untersuchten das Ausmaß solcher Befürch-

tungen. Dabei zeigte sich, daß lediglich Kinder mit einer Trennungsangst ein deutliches Ausmaß von sorgenvollen Gedanken aufweisen. Die übrigen Kinder mit einer Angststörung unterschieden sich nicht von den unauffälligen und hyperkinetischen Kindern. Dieses Ergebnis verdeutlicht, daß kognitive Faktoren nicht bei allen Angststörungen in gleichem Umfang vorliegen müssen.

- Es ist unklar, welche Rolle *irrationale Gedanken* bei der Entstehung von Angststörungen spielen (Emmelkamp & Scholing, 1997). Es stellt sich nämlich die Frage, ob irrationale Gedanken zu ungünstigen negativen Erwartungen führen und damit zur Entstehung von Ängsten beitragen oder ob irrationale Gedanken bereits die Folge von Ängsten sind.
- Fehlen im Alltag *Sicherheitssignale* im Sinne Seligman's (1995), so sind aversive Ereignisse *unvorhersehbar*. Dadurch können Ereignisse nicht von den Betroffenen beeinflußt (kontrolliert) werden. Erlebt ein Kind häufig Unvorhersagbarkeit sowie *Unkontrollierbarkeit*, dann kann es keine angemessenen *Kontrollerwartungen* aufbauen und die Entstehung von Angst wird sehr begünstigt. Längerfristig können diese Bedingungen auch zu Passivität und Initiativlosigkeit führen und schließlich in eine Depression münden. Mangelnde positive Kontrollerwartungen schränken zudem das Erleben von Selbstwirksamkeit ein, wodurch der Aufbau von Selbstvertrauen im Kindesalter erschwert wird.

Emotionale Faktoren

Die Fähigkeit zur *Emotionsregulation* stellt einen wichtigen Faktor für die psychische Gesundheit dar. Besonders in sozialen Situationen bildet die Fähigkeit zur Emotionsregulation eine Voraussetzung für sozial kompetentes Verhalten. Um den Zusammenhang zwischen der Emotionsregulationsfähigkeit und sozialer Angst festzustellen, wurden in vier unterschiedlichen Situationen 68 Kinder von Robin, Caplan, Fox und Calkins (1995) untersucht. Die vier Situationen wurden als Freispiel, Aufräumen, Karten-Sortier-Aufgabe sowie Gespräch über den eigenen Geburtstag vor einer Kindergruppe gestaltet. Als Ergebnis zeigte sich, daß nicht nur die Kinder mit einer geringen Interaktionshäufigkeit in den Situationen am ängstlichsten und sozial zurückgezogensten waren, sondern auch die Kinder, die eine niedrige Emotionsregulationsfähigkeit aufwiesen. In dieser Studie wurde als Emotionsregulationsfähigkeit die Kompetenz verstanden, sich *selbst zu beruhigen* und das eigene Erregungsniveau positiv zu beeinflussen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, daß für sozial kompetentes Verhalten nicht das Ausmaß der Interaktion, sondern die Emotionsregulation wichtig ist. Die Fähigkeit zur Selbstberuhigung fällt ängstlichen Kindern vermutlich deshalb schwer, da sie ein erhöhtes physiologisches Erregungsniveau in für sie unvertrauten sozialen Situationen aufweisen können (vgl. Abschnitt 4.1).

4.3 Soziale Faktoren

Merkmale von Eltern, das elterliche Interaktions- und Erziehungsverhalten, kritische Lebensereignisse und die soziale Herkunft können Angststörungen begünstigen.

Merkmale der Eltern

Die persönlichen Eigenheiten von Eltern prägen deren Interaktions- und Erziehungsverhalten. Die Qualität der „Eltern-Kind-Interaktion“ und in der Folge davon die Bindungsqualität wird dadurch beeinflusst. So weisen Kinder, die im Alter von zwölf Monaten unsicher gebunden sind, mit 17 Jahren mehr Angststörungen auf (Fyer, 1993).

Muris, Steerneman, Merckelbach und Meesters (1996) beschäftigten sich mit der Wechselwirkung zwischen elterlicher und kindlicher Angst. Zwischen dem ängstlichen Verhalten der Eltern und dem der Kinder besteht eine positive Korrelation, wobei festgestellt wurde, daß Mütter häufiger Angst gegenüber ihren Kindern äußerten als Väter. Das Angstniveau der Mutter beeinflusst das Ausmaß der kindlichen Angst.

Die populäre Vorstellung, daß Mütter ängstlicher Kinder einen *dominierenden* und *überbehütenden Interaktionsstil* praktizieren, konnten Dadds und Barrett (1996) nicht bestätigen. Es zeigte sich zwar in dieser Studie, daß die Eltern ängstlicher Kinder mit diesen restriktiv-kontrollierender und aversiver interagieren, wobei dies jedoch nicht unmittelbar die Kinderängste erklärt. Die Arbeitsgruppe um Dadds vermutet vielmehr, daß die Eltern ängstlicher Kinder diesen eher vermitteln, vorsichtig auf bedrohliche oder vermeintlich bedrohliche Reize zu reagieren. So sensibilisiert die Weitergabe von spezifischen Informationen an die Kinder diese, und in der Folge davon kann es bei den Kindern zu abwartendem, vermeidendem Interaktionsverhalten kommen, wodurch Ängste verstärkt werden.

Kortlander, Kendall und Panichelli-Mindel (1997) versuchten, *angstfördernde Kognitionen* bei Müttern von Kindern mit einer Angststörung zu identifizieren. Hierzu verglichen die Autoren 40 neun- bis 13jährige Kinder mit einer Angststörung und stellten diese einer entsprechenden Kontrollgruppe gegenüber. In der Studie wurden die Kinder dadurch in eine Streßsituation gebracht, daß sie einen fünfminütigen Vortrag halten sollten. Die Mütter sollten einschätzen, ob ihr Kind diese Anforderungssituation erfolgreich bewältigt. Die Mütter ängstlicher Kinder erwarteten weniger ein positives Bewältigungsverhalten ihrer Kinder, und sie befürchteten, daß ihre Kinder zu aufgeregt sein werden und sich auch schlecht selbst beruhigen könnten. Solche Erwartungen erhalten das ängstliche Verhalten der Kinder aufrecht. Hinzu kommt, daß die Mütter der ängstlichen Kinder ungünstigere Muster aufweisen, die Leistungen ihres Kindes zu erklären. Sie tendieren bei

positivem Bewältigungsverhalten ihres Kindes zu externalen und stabilen Attributionen.

Weisen die *Eltern selbst psychische Störungen* auf (z.B. eine Angststörung), dann besitzen auch die Kinder ein erhöhtes Risiko, solche Störungen zu entwickeln. Zwillings- und Familienstudien verdeutlichen, daß eine klare Beziehung zwischen der Angststörung eines Kindes und der seiner Verwandten ersten Grades besteht. Typischerweise wird nicht zwingend die gleiche Angststörung an ein Kind weitergegeben. Eine Studie von Beidel und Turner (1997) will klären, ob Angststörungen eher von Eltern mit einer Angststörung oder von Eltern mit einer anderen Störung verursacht werden. Für die Kinder der Studie, die zwischen sieben und zwölf Jahren alt waren, zeigten sich folgende Ergebnisse:

- 28,7% der untersuchten Kinder wiesen eine psychische Störung auf; die Diagnosehäufigkeit für eine psychische Störung war bei den Kindern besonders stark ausgeprägt, deren Eltern psychiatrisch auffällig waren (36% Angststörungen; 36% Depression; 38% Angst und Depression).
- Die Wahrscheinlichkeit für ein Kind, eine psychische Störung zu entwickeln, ist bei psychisch auffälligen Eltern fünf- bis sechsmal höher als bei psychisch gesunden Eltern.
- Weisen Eltern eine Angststörung auf, dann entwickeln Kinder fast ausschließlich Angststörungen; Kinder mit psychiatrisch auffälligen Eltern zeigen ein breites Spektrum an psychischen Störungen sowie mehr komorbid vorliegende Störungen.

Es konnte vielfach bestätigt werden, daß Angststörungen stabil über *Generationen* auftreten (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel & Perrin, 1991; Mancini, van Ameringen, Szatmari, Fugere & Bogle, 1996; Vitiello, Behar, Wolfson & McLeer, 1990). In der Studie von Mancini et al. (1996) zeigte es sich, daß von 47 Kindern, von denen ein Elternteil in einer Klinik wegen einer Angststörung behandelt wurde, 53% mindestens eine psychiatrische Diagnose aufwiesen; bei 49% davon handelte es sich um eine Angststörung. Vergleicht man diese Häufigkeit mit der summierten Prävalenz über alle Angststörungen, die zwischen 17% und 21% liegt, wird das erhöhte Risiko deutlich. Die Angststörungen der Kinder in dieser Studie verteilten sich in folgender Weise:

- 30% Störung mit Überängstlichkeit,
- 23% soziale Phobie,
- 23% Trennungsangst,
- 23% einfache Phobie und zudem
- 8,5% Major Depression.

Die Wahrscheinlichkeit, eine Angststörung zu entwickeln, ist um das siebenfache erhöht, wenn die Eltern eine Agoraphobie ohne Angststörung aufweisen oder unter einer Zwangsstörung leiden. Capps, Sigman,

Sena und Henker (1996) belegten, daß Eltern mit einer Agoraphobie für die Entwicklung ihrer Kinder ein hohes Risiko darstellen. So entwickeln diese Kinder, verglichen mit einer Kontrollstichprobe, vermehrt eine oder mehrere Angststörungen, vor allem eine Trennungsangst. Die Kinder agoraphobischer Eltern lassen sich wie folgt charakterisieren:

- Sie schätzen ihre eigenen Kontrollmöglichkeiten sehr niedrig ein,
- sie bewerten ihre Gesundheit wenig optimistisch,
- sie machen sich viele Gedanken über den Tod und
- sie machen sich Sorgen über einzelne Familienmitglieder.

Bernstein et al. (1996) zeigten auf, daß eine geringe Depressivität der Mutter einen wichtigen *Schutzfaktor* darstellt. Fühlt sich eine Mutter in der Erziehung ihres Kindes kompetent, so steht dies auch im Zusammenhang mit einem geringen Risiko für ein Kind, eine Angststörung zu entwickeln.

Elterliches Interaktions- und Erziehungsverhalten

Ängstliches Verhalten und Angststörungen werden bevorzugt intergenerativ weitergegeben. Dieser Sachverhalt kann sowohl unter biologischer als auch hinsichtlich lernpsychologischer Perspektive interpretiert werden; wahrscheinlich stehen beide Faktoren in einer komplizierten Wechselwirkung. Das ängstliche Verhalten der Eltern besitzt *Vorbildfunktion* für ihre Kinder. Der elterliche Interaktionsstil *verstärkt* sehr häufig das *Vermeidungsverhalten* von Kindern, in dem es nicht nur geduldet, sondern auch positiv bewertet wird. Dies kann einerseits damit zusammenhängen, daß die Eltern aufgrund der eigenen Problematik sehr viel Verständnis ihren Kindern entgegenbringen, andererseits ist ein zurückgezogenes, stilles, alleine spielendes Kind für Eltern angenehm, und es fällt schwer, ein solches Kind zu einem anderen Verhalten zu motivieren. Weiter wird von Eltern, die selbst eine Angststörung aufweisen, sozial kompetentes Verhalten ihres Kindes kaum erkannt, vor allem nicht bekräftigt. Die Beispiele zeigten auf, in welcher unterschiedlicher Weise **operantes Lernen** zur Entstehung und zentral zur Aufrechterhaltung von Angststörungen beiträgt.

Spence und Dadds (1996) stellen Ergebnisse zusammen, aus denen ersichtlich wird, daß sich Eltern ängstlicher Kinder deutlich von Eltern nicht-ängstlicher Kinder unterscheiden. Dies trifft in besonderer Weise für den *Umgang mit nicht-eindeutigen Situationen* zu. So bewerten die Eltern ängstlicher Kinder uneindeutige Ereignisse und Situationen gehäuft als bedrohlich; sie bevorzugen vermeidendes Problemlösungsverhalten und reagieren im Umgang mit ihrem Kind überbehütend, überbeschützend und überkontrollierend. Ein solches Erziehungs- und Interaktionsverhalten schränkt autonomes und sozial kompetentes Handeln ein, wodurch diese Kinder bestimmte, für die Entwicklung wichtige Erfahrungen nicht sammeln können. Diese Kinder können damit keine effektiven Problemlösestrategien entwickeln und bestätigen damit die Eltern in ihrem bisherigen Erziehungsverhalten (vgl. Abb. 4).

Siqueland, Kendall und Steinberg (1996) analysierten 17 Problemfamilien und verglichen diese mit 27 unauffälligen Familien. Die Kinder aus den Problemfamilien zeigten folgende Angststörungen:

- 14 Kinder Überängstlichkeit,
- 3 Kinder Trennungsangst,
- 8 Kinder weitere Angstdiagnosen (z.B. eine einfache Phobie).

Die Kinder mit einer diagnostizierten Angststörung schätzten ihre Eltern als **weniger akzeptierend** ein; dies konnte durch die Beobachtung der Familieninteraktion bestätigt werden. Nach diesen Ergebnissen ist es auch denkbar, daß sich Eltern ängstlicher Kinder mehr in deren Privatsphäre einmischen und dies aus der Sicht des Kindes nicht als übermäßige Fürsorge, sondern als massive Einschränkung oder sogar als Ablehnung erlebt wird.

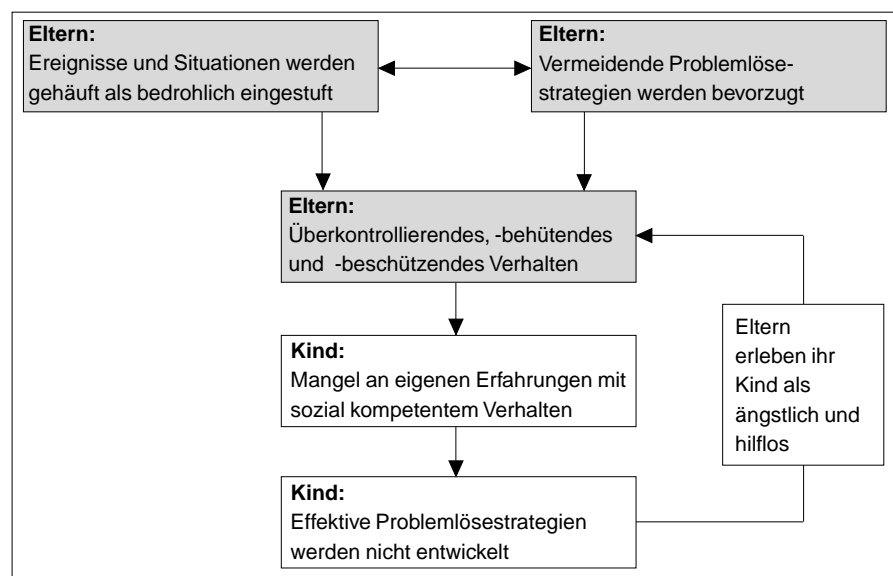


Abbildung 4:

Mangelnde Erziehungskompetenzen verhindern kindliche Problemlösestrategien.

Siqueland et al. (1996) diskutierten auch kritisch, ob das Erziehungsverhalten die primäre Ursache der kindlichen Angststörung bildet oder ob das Elternverhalten eine Reaktion auf spezifische Temperamentsmerkmale des Kindes darstellt. Dies zeigt auf, daß die Wechselwirkung zwischen den Erziehungskompetenzen und dem Temperament des Kindes ein zentraler Faktor für die Entwicklung von Angststörungen ist.

In verschiedenen Studien beschäftigten sich Krohne und Hock (1994) mit elterlichem Erziehungsverhalten und seinen Auswirkungen auf die Ängstlichkeit des Kindes; vor allem durch *inkonsistentes* und tadelndes Elternverhalten konnte Ängstlichkeit bei Kindern vorhergesagt werden. Inkonsistentes Elternverhalten wirkt sich dabei als besonders negativ aus. Ein solches Elternverhalten gibt einem Kind keine Hinweise für zukünftiges Verhalten. Dies bedeutet, daß Unkontrollierbarkeit nach den Bedingungen der Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (1995) vorliegt. Tadelndes Elternverhalten wirkt aversiv auf Kinder und ist mit erhöhter Ängstlichkeit und niedriger sozialer Kompetenz verknüpft.

Kritische Lebensereignisse

Bernstein, Garfinkel und Haberman (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 bestanden in:

- Auseinandersetzungen mit den Eltern,
- Schwierigkeiten mit einem Geschwisterkind,
- Probleme im Umgang mit Klassenkameraden,
- schlechte Schulnoten,
- Verlust eines Freundes,
- Beenden einer gegengeschlechtlichen Freundschaft,
- körperliche und/oder
- sexuelle Mißhandlungen und
- chronisch-körperliche Erkrankungen.

Bei Kindern mit einer Panikstörung gingen der ersten Panikattacke häufig kritische Lebensereignisse voraus, wie Konflikte mit der Familie, Gleichaltrigen oder anderen Personen, Verluste durch Trennung, Scheidung oder Tod sowie Schulstreß und Leistungsprobleme (Bradley & Hood, 1993).

Kritische Lebensereignisse können *wie Traumata wirken* und deshalb im Kontext akuter oder posttraumatischer Belastungsstörungen betrachtet werden. Ihre Wirkung beruht unter anderem auf den Prinzipien des klassischen Konditionierens, weswegen die mit den kritischen Lebensereignissen assoziierten Reize gemieden werden; denn diese Reize lösen Angst und Unwohlsein aus. Das Vermeidungsverhalten wird vielfach verstärkt und deshalb aufrechterhalten (vgl. die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer, 1960, in Abschnitt 5.2).

Soziale Herkunft

Es ist nicht eindeutig, ob ein niedriger sozioökonomischer Status einen bedeutenden Risikofaktor darstellt. Reinherz et al. (1993) bejahen eine niedrige soziale Herkunft als Risikofaktor für die Entwicklung von Trennungsangst und Phobien. Beidel und Turner (1997) fanden ebenfalls, daß bei niedrigem sozioökonomischen Status in Verbindung mit psychisch auffälligen Eltern die Wahrscheinlichkeit steigt, daß auch Kinder psychisch auffällig werden. Dieses Ergebnis läßt sich vermutlich durch ein höheres Ausmaß an psychosozialem Streß erklären (vgl. Abb. 5). Hingegen konnte von Whitaker et al. (1990) kein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und der Panik-, der Zwangs- und der generalisierten Angststörung gefunden werden.

4.4 Multikausales Entwicklungsmodell

Beidel und Turner (1998) verdeutlichen am Beispiel der sozialen Phobie verschiedene Entwicklungswege, die zu kindlichen Ängsten führen können:

- Für eine kleine Gruppe von Kindern scheint eine *genetische Basis* vorzuliegen. Dies könnte die Ansprechbarkeit auf psychologische Mechanismen erhöhen.
- Der Großteil der sozialen Phobien, nach Öst (1987) nämlich 71%, ist anhand *psychologischer Mechanismen* erklärbar, wie Modellernen, Konditionierungsprozesse und elterliches Kommunikationsverhalten (z.B.: „Paß auf...“, „Gib acht, daß...“). Den Konditionierungsprozessen kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie den Boden dafür bereiten, daß ängstliche Verhaltensweisen durch Modellernen übernommen und besonders leicht angstbezogene Informationen aufgegriffen werden. Die angstbezogenen Informationen werden dabei nicht auf ihren Realitätsgehalt hin überprüft, sondern vergrößern die Bereitschaft, sich zukünftig noch ängstlicher zu verhalten.
- Es ist auch denkbar, daß man *soziale Faktoren*, vor allem den familiären Bedingungen, eine viel größere Bedeutung einräumen muß: So können spezifische Eigenschaften und Verhaltensmerkmale der Eltern, die Erziehungskompetenz der Eltern und ihr familiärer Interaktionsstil die Entwicklung von Angststörungen begünstigen. Das Risiko für eine Angststörung nimmt zu, wenn beim Kind eine genetische Disposition vorliegt und zudem traumatische Ereignisse auftreten.

Abbildung 5 skizziert ein multikausales Entwicklungsmodell für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, das biologische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigt. Das Modell basiert auf einer Systematik von Craske (1997) und wurde so modifiziert, daß die wesentlichen Aussagen des Abschnitts 4 integriert werden konnten.

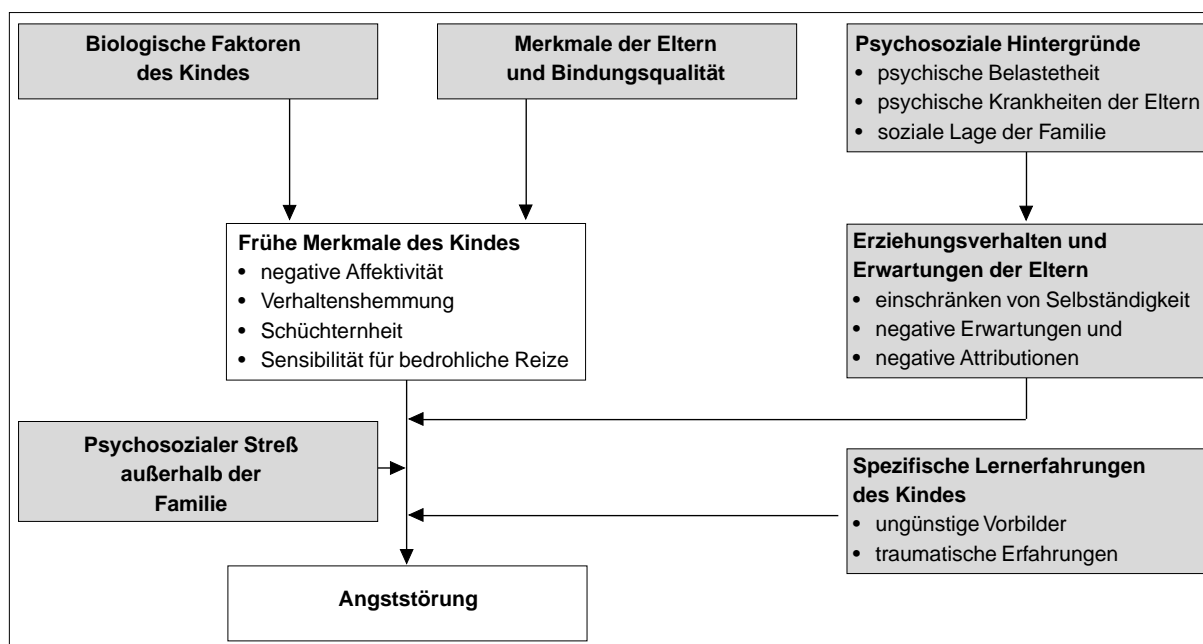


Abbildung 5: Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: ein multikausales Entwicklungsmodell.

5 Interventionsverfahren

Seit einigen Jahren existieren Präventionsprogramme, mit denen man effektiv die Risikofaktoren einer Angststörung reduzieren kann. So entwickelten Hampel und Petermann (1998) sowie Klein-Heßling und Lohaus (1995) ein Anti-Streß-Training, das im Grundschulalter zur Angstprävention eingesetzt werden kann. Das Anti-Streß-Training von Hampel und Petermann wird in diesem Buch dargestellt (vgl. den Beitrag von Hurlmann & Settertobulte in diesem Buch).

Um den familiären Einflüssen der Angstentwicklung entgegenzuwirken, erprobten Dadds, Spence, Holland, Barrett und Laurens (1997) in Australien das Queensland Projekt zur Angstprävention. In zehn Gruppensitzungen lernten Kinder, ihre Ängste besser zu bewältigen; in drei Elternsitzungen wurden Erziehungsfertigkeiten vermittelt. Das Programm basiert auf kognitiv-behavioralen Elementen und zeigte kurz- und längerfristig überzeugende Ergebnisse.

Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf psychotherapeutische Interventionen. Beidel und Turner (1998) unterscheiden zwei grundlegende Interventionsstrategien bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: *Expositionsbehandlung* und den Einsatz von *kognitiv-behavioralen Ansätzen*. Darüber hinaus wurden auf der Basis von kognitiv-behavioralen Programmen familienorientierte Vorgehensweisen entwickelt

(vgl. Barrett, Dadds & Rapee, 1996). Psychopharmaka können dazu dienen, eine Psychotherapie vorzubereiten oder deren Verlauf zu unterstützen.

5.1 Pharmakotherapie

Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) gab zur pharmakologischen Behandlung folgende Richtlinien heraus: Pharmakotherapie sollte grundsätzlich nicht als alleiniges Mittel, sondern immer in Verbindung mit psychotherapeutischen Maßnahmen angewendet werden (Kearney & Silverman, 1998). Nach Schmidt und Brink (1995) sollen Psychopharmaka nur bei schwer beeinflussbaren Angststörungen zur *zeitweisen* Unterstützung der Kinderpsychotherapie eingesetzt werden, zum Beispiel zur Vorbereitung einer Verhaltenstherapie bei Panik- und Trennungsangststörungen. Bei Kindern mit Trennungsangst kann die affektive Überflutung so stark sein, daß eine medikamentöse Angst- und Spannungsreduktion eine systematische Desensibilisierung erst ermöglicht und die Anwendung kognitiver Techniken erleichtert. Zur Behandlung der Agoraphobie können Pharmako- und Verhaltenstherapie erfolgreich miteinander kombiniert werden (vgl. Schmidt & Brink, 1995, S. 237).

Bei der Behandlung von Angststörungen können tricyclische Antidepressiva (TCA), selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI) und auch Benzodia-

zepine alleine und in Kombination eingesetzt werden. Komorbide Störungen müssen bei der Anwendung von Psychopharmaka berücksichtigt werden.

- *Benzodiazepine*. Solche Stoffe weisen eine beruhigende, entspannende und angstlösende Wirkung auf. Es handelt sich um Medikamente, wie zum Beispiel Alprazolam und Clomazepam, die auf das Zentralnervensystem einwirken. Mit solchen Medikamenten konnten Panikstörungen, Störungen mit Trennungsangst oder Überängstlichkeit Erfolge (in Kombination mit einer Verhaltenstherapie) erzielen. Mit Benzodiazepinen kann eine ausgeprägte antizipierte Angstsymptomatik (z.B. Schlafstörungen wegen des Schulbesuchs am nächsten Morgen) behandelt werden. Da bei der Behandlung mit Benzodiazepinen sich relativ schnell Gewöhnungseffekte einstellen können und ein Suchtpotential besteht, sollte der Einsatz bei niedriger Dosierung auf maximal vier Wochen begrenzt sein.
- *Tricyclische Antidepressiva (TCA)*. Zur Effektivität von TCAs (wie z.B. Imipramin oder Cloripramin) bei der Behandlung von Angststörungen liegen unterschiedliche Ergebnisse vor, was durch unterschiedliche Untersuchungsbedingungen (z.B. Art der Diagnose, Dosierungen, komorbide Störungen, Kontrolle weiterer Therapien) erklärt werden kann. Nicht in allen Studien war die Wirkung von TCAs denen von Placebos überlegen. Lediglich für die Behandlung der Panikstörung konnten weitestgehend übereinstimmend positive Effekte festgestellt werden.
- *Selektive Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI)*. Der systematische Einsatz von SSRIs (wie z.B. Fluoxetin) bei der Behandlung von Angststörungen hat erst in jüngerer Zeit begonnen. Erste Fallberich-

te und Effektivitätsstudien bei der Behandlung des selektiven Mutismus oder der Störung mit Trennungsangst zeigen ermutigende Ergebnisse. Weiterhin positiv hervorgehoben werden die relativ geringen Nebenwirkungen und das relativ geringe Risiko einer Überdosis.

5.2 Psychologische Interventionen: Eine Übersicht

In einer Übersicht von Ollendick und King (1998) wird deutlich, daß die folgenden Interventionen besonders effektiv im Rahmen der Behandlung kindlicher Angststörungen eingesetzt werden können:

- Expositionsbehandlung (Konfrontationstherapie in sensu und in vivo),
- operante Ansätze (systematische Verstärkung),
- Modellernen,
- kognitive Ansätze und
- kognitiv-behaviorale Interventionsprogramme: mit / oder ohne familienbezogene Intervention.

In diesem Abschnitt sollen die ersten vier und im nächsten die komplexen Interventionsprogramme vorgestellt werden. Abbildung 6 gibt eine Übersicht über beide Abschnitte.

Expositionsbehandlung

Die Expositionsbehandlung bezieht sich auf alle Vorgehensweisen, bei denen der Patient mit dem angstausslösenden Reiz konfrontiert wird. Diese Konfrontation kann lediglich in der Vorstellung des Patienten erfolgen (= in sensu-Konfrontation) oder real im Alltag (= in vivo-Konfrontation). Das Vorgehen kann in zwei

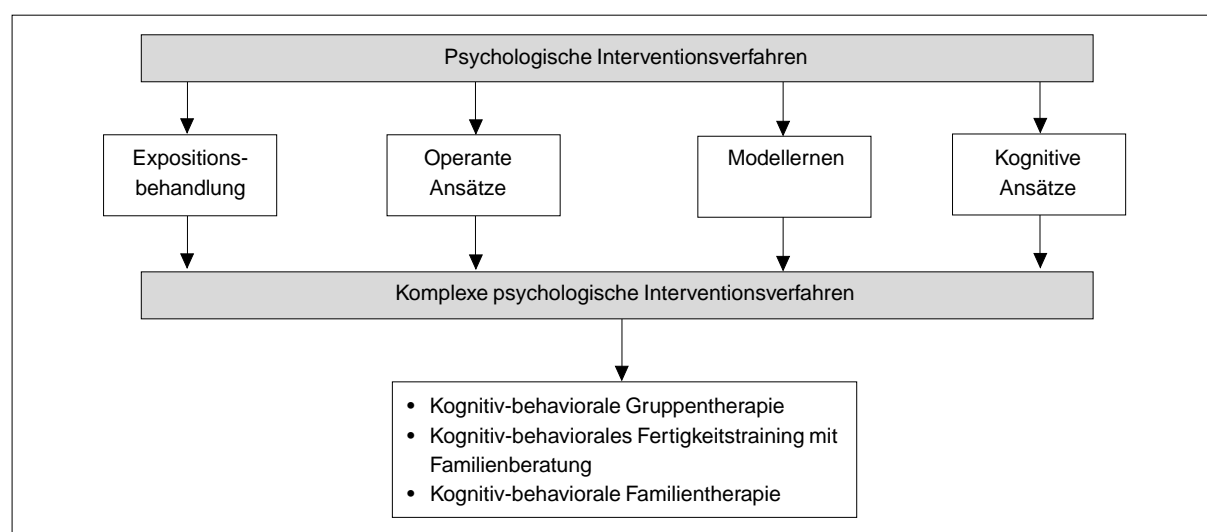


Abbildung 6:

Übersicht über psychologische Interventionsverfahren und komplexe Interventionsprogramme.

Varianten durchgeführt werden; als

- schrittweise abgestufte Exposition des angstauslösenden Reizes (= systematische Desensibilisierung) oder
- rasch-unmittelbar im Sinne einer Reizüberflutung (= Flooding).

Die Expositionsbehandlung wird bei unterschiedlichen Angststörungen sehr erfolgreich angewandt. Ihre Wirkmechanismen werden mit der Zwei-Faktoren-Theorie begründet (s. Kasten 4), obwohl diese kritisiert wurde und nicht eindeutig wissenschaftlich belegt ist (Schneider & Margraf, 1998; Steil & Ehlers, 1998). Vermutlich führt die Exposition dazu, daß die Erwartung, die Angst bleibe bestehen und es trete das Befürchtete ein, aufgrund der gegenteiligen Erfahrung aufgegeben werden muß. Diese kognitive Umstrukturierung ermöglicht es, das Vermeidungsverhalten aufzugeben.

Systematische Desensibilisierung. Bei diesem Vorgehen soll ein isolierter Reiz (z.B. ein lautes Geräusch bei einer Phonophobie; s. Kasten 5) und eine Angstreaktion entkoppelt werden. Die Methode beinhaltet zwei oder drei Schritte:

Kasten 5:

Expositionsbehandlung einer Phonophobie (nach Döpfner, 1995).

Angstthermometer

The diagram shows a vertical thermometer scale from 0 to 100. Seven levels are marked with arrows pointing to descriptive boxes:

- 100: Marc läßt Luftballon knallen
- 90: Marc schießt mit Zündblättchenpistole. Ohren frei.
- 80: Marc schießt mit Zündblättchenpistole. Ohren geschützt (Watte).
- 60: Mutter schießt mit Zündblättchenpistole. Marc ist im Zimmer, Ohren frei
- 40: Mutter schießt mit Zündblättchenpistole. Marc ist im Zimmer und hält sich die Ohren zu
- 30: Mutter läßt Papiertüte platzen
- 10: Marc läßt Papiertüte platzen

At the bottom of the scale is a large empty circle for a needle. Below the scale is a box with the following text:

Name: *Marc*

Datum:

Der elfjährige Marc soll wegen massiver Ängste vor lauten Geräuschen (z.B. Schüssen von Spielzeugpistolen) behandelt werden. Die Phonophobie hat sich so stark generalisiert, daß Marc zu keinem Kindergeburtstag mehr geht, da dort aufgeblasene Luftballons zerplatzen könnten. Für diese Problematik wird folgende Angsthierarchie erstellt und anhand eines **Angstthermometers** verdeutlicht (vgl. Döpfner, 1995, S. 250).

Die Expositionsbehandlung sollten Marc und seine Mutter gemeinsam zu Hause zweimal täglich ungefähr fünf bis zehn Minuten durchführen. Zur Kontrolle der Therapieeffekte sollte Marc das Knallen wie folgt einschätzen:

0 = machte mir nichts aus
 1 = ein bißchen unangenehm
 2 = etwas unangenehm
 3 = ziemlich unangenehm
 4 = sehr unangenehm

Die Expositionsbehandlung wurde solange wiederholt, bis Marc mindestens zwei Expositionsphasen mit „0“ einschätzte; gemäß der Eintragungen auf dem Angstthermometer wurde mit der niedrigsten Angststufe begonnen.

Kasten 4:

Die Zwei-Faktoren-Theorie.

Die Zwei-Faktoren-Theorie Mowrers (1960) versucht, in der Kombination von klassischem und operantem Konditionieren Ängste zu erklären. Durch klassisches Konditionieren wird ein Gefühl von Angst, eventuell mit körperlichen Begleiterscheinungen aufgebaut. Das Angstgefühl motiviert Flucht- oder Vermeidungsverhalten. Mit dem Fliehen oder dem Vermeiden von angstauslösenden Reizen (wie Situationen, Orte, Objekte oder Personen) wird das Angstgefühl reduziert oder beendet. Dies entspricht einer negativen Verstärkung, mit der das Flucht- oder Vermeidungsverhalten belohnt und dadurch aufrechterhalten wird.

Die Zwei-Faktoren-Theorie wurde vor allem im Hinblick darauf kritisiert, daß durch das Vermeidungsverhalten allmählich die Angst reduziert wird, wodurch die negative Verstärkung wegfällt. Das Vermeidungsverhalten ist also funktionslos geworden, da die Angst als Auslöser nicht mehr existiert. Das Vermeidungsverhalten kann also nicht mehr durch das Beenden von Angstgefühlen negativ verstärkt werden. Somit müßte – lerntheoretisch betrachtet – das Vermeidungsverhalten gelöscht werden; es tritt jedoch weiter auf (vgl. Hamm, 1997).

- **Aufstellung einer Angsthierarchie;**
- **Entspannungstraining** (optional; Ziel: ein mit der Angst unvereinbares Verhalten anzubieten, vgl. Deuchert & Petermann, 1994);
- **Durchführung der systematischen Desensibilisierung.**

Zunächst entwickeln Kind und Eltern mit dem Therapeuten eine Angsthierarchie, in der angstausslösende Ereignisse nach ihrem Bedrohungsgrad geordnet sind. In der Behandlung beginnt man mit dem am wenigsten angstausslösenden Reiz und arbeitet schrittweise die Hierarchie ab. In der Regel arbeitet man mit Kindern in-vivo (= Übungen im Alltag) auf diese Weise erzielt man besonders stabile Therapieeffekte.

Systematische Desensibilisierung und kognitive Ansätze. Bei der Phonophobie lag eine begrenzte Angststörung vor, die gut von der Bezugsperson des Kindes behandelt werden konnte. Vielfach bestehen jedoch komplexere Ängste, die nur durch die Anwesenheit des Therapeuten (im Rahmen einer in-vivo-Übung) angebar sind. Ein Beispiel hierfür bildet die Expositionsbehandlung einer Schulverweigerung, die Ausdruck einer Trennungsangst sein kann (vgl. Kirchoff & Döpfner, 1999; Mackenberg, 1996) oder auf dem Hintergrund einer sozialen Phobie gesehen werden muß (vgl. Walter, Petermann & Podziemski, 1997). Kasten 6 gibt das Fallbeispiel von Walter et al. (1997) wieder.

Kasten 6:

Expositionsbehandlung einer Schulverweigerung (nach Walter et al., 1997, S. 253).

Zur Vorbereitung der Expositionsbehandlung (in-vivo) werden mit dem Kind einige Elemente der Progressiven Muskelentspannung eingeübt (z.B. Fäuste anspannen und lockerlassen; Petermann, U., 1996). Diese Übungen sollen dem Kind helfen, sich von plötzlich auftretenden, heftigen Angstgefühlen abzulenken; in einem zweiten Schritt soll dann durch Selbstverbalisation die Situation gemeistert werden. Mit der Selbstverbalisation („Ich will in die Schule gehen!“) sollen zielgerichtete Verhaltensweisen ein- und angeleitet werden.

Bei der ersten Schulwegbegleitung zeigte das Kind erhebliche körperliche Symptome wie Erblässen, Zittern, Schwitzen und Magen-Darm-Beschwerden. Das Kind war kaum in der Lage, auf die Fragen des Therapeuten einzugehen und hatte selbst den Schulweg „vergessen“. Der Therapeut schlug vor, auch das letzte Stück Weg bis zum Schulgebäude gemeinsam zu gehen, und sich solange im Schulhof aufzuhalten, bis das Kind den Klassenraum betreten hat. Dieses Vorgehen war erfolgreich.

In den beiden folgenden Schulwegbegleitungen konnte das Kind das Schulgebäude alleine betreten. Zur vertieften Einübung des Verhaltens wurde die Schulbegleitung noch eine Woche durchgeführt. Nach dieser Zeit war das Kind in der Lage, selbständig und angstfrei zur Schule zu gehen.

Dieses Fallbeispiel illustriert den Einsatz verschiedener Verfahren, da die Expositionsbehandlung nicht nur mit einem Entspannungsverfahren, sondern auch mit dem Einsatz kognitiver Verfahren (= Selbstverbalisation) verknüpft wurde.

Systematische Desensibilisierung und emotive Vorstellungsbildungen. Cornwall, Spence und Schotte (1996) setzen eine besonders kindgemäße Variante der systematischen Desensibilisierung zur Behandlung einer Dunkelheitsphobie ein. Bei diesem Vorgehen werden verschiedene, der Angst inkompatible Maßnahmen (z.B. Entspannung) eingesetzt. So soll sich das Kind eine Situation vorstellen, in der es dem angstausslösenden Reiz ausgesetzt ist. In der Vorstellung erfährt das Kind von seinem Lieblings-Superhelden Unterstützung (= emotive Vorstellung); von Übung zu Übung werden die bedrohlichen Reize gesteigert.

In jeder der insgesamt sechs Sitzungen sollte sich das Kind so intensiv wie möglich

- die bedrohliche Situation und
- einen unterschiedlich stark präferierten Superhelden vorstellen.

Die bedrohliche Situation sollte mit den positiven Gefühlen und Bildern verknüpft werden, das heißt der *imaginäre Begleiter* sollte das Kind beschützen („Dein Superheld ist noch bei Dir!“). Die positiven Gefühle sollen die durch die vorgestellten Situationen ausgelösten Ängste unterdrücken.

Als Hausaufgabe werden die Kinder aufgefordert, sich die Vorstellungen und Phantasien der Therapiestunde in Erinnerung zu rufen. Die Eltern sollten ihre Kinder zudem ermutigen, die *Phantasiebilder* einzusetzen. Für das Üben und den gezielten Einsatz der Phantasiebilder in angstausslösenden Situationen werden die Kinder von den Eltern belohnt.

Reizüberflutung. Hier erfolgt, wie erwähnt, eine rasche und unmittelbare Konfrontation mit dem angstausslösenden Reiz. Diese Methode wurde mit Kindern kaum durchgeführt, da ethische Bedenken bestehen, ob man Kinder in einer solch massiven Form angstausslösender Reizen aussetzen darf. Man sollte Reizüberflutung also nur anwenden, wenn andere Methoden versagt haben und massive psychosoziale Folgen (z.B. aufgrund von einer Schulverweigerung) bei einem therapeutischen Mißerfolg zu erwarten sind (vgl. Ollendick, Hagopian & King, 1997; Schulte, Hartung & Wilke, 1997).

Operante Ansätze

Bei diesem Vorgehen werden positive Verstärkung, Shaping oder Löschung dazu benutzt, angemessenes Verhalten zur Angstbewältigung zu stärken und gleichzeitig Ängste sowie Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Mit positiver Verstärkung wird angemessenes Verhalten aufgebaut und gefestigt. Beim Shaping erfolgt Lob und Belohnung nach schrittweiser erfolgreicher Annäherung an das gewünschte Verhalten.

Modellernen

Mit Modellernen werden einem Kind neue, angemessene Verhaltensweisen vermittelt und Angstreaktionen gelöscht. 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 der angstausslösenden Situation. Stellvertretendes Modellernen bezieht sich darauf, daß ein Kind einem Modell im Alltag 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. Dieses letztgenannte Vorgehen läßt sich gut mit den verschiedenen operanten Ansätzen kombinieren.


Kognitive Ansätze

Als Beispiele für kognitive Ansätze soll kurz auf die beiden grundlegenden Prinzipien, die Selbstbeobachtung und die Selbstinstruktion, eingegangen werden. Diese Prinzipien sind zentraler Bestandteil aller kognitiv-behavioralen Programme, die im nächsten Abschnitt ausgeführt werden.

Kasten 7:

Selbstbeobachtungsbogen für ängstliche Kinder (nach Beidel & Turner, 1998; Petermann & Petermann, 1996b).

Mein Detektivbogen



Heute war ich				
1	2	3	4	5
überhaupt nicht nervös		mittelmäßig nervös		nervös

Heute machte ich mir folgende Sorgen:

I. Was ging in meiner Familie schief? _____

Welche Gedanken waren dies? _____

Wie lange habe ich mich damit beschäftigt? _____

II. Was ging bei mir alles schief? _____

Welche Gedanken waren dies? _____

Wie lange habe ich mich damit beschäftigt? _____

III. Machte mich heute etwas verlegen? _____

Welche Gedanken waren dies? _____

Wie lange habe ich mich damit beschäftigt? _____

IV. Sonstiges _____

Welche Gedanken waren dies? _____

Wie lange habe ich mich damit beschäftigt? _____

- *Selbstbeobachtung.* Eine Selbstbeobachtungsaufgabe hilft einem Kind oder Jugendlichen, Gedanken, Sorgen und Befürchtungen bewußt zu machen und zu spezifizieren. In einer Kognitiven Therapie versucht man, diese Gedanken durch Selbstbeobachtungsbögen (vgl. Kasten 7) oder Tagebücher (vgl. Petermann & Petermann, 1996a) zu erfassen. Das Kind soll täglich drei bis vier Fragen beantworten, die nach einigen Tagen/einer Woche mit dem Therapeuten ausgewertet werden. Im Anschluß daran erfolgt die *Modifikation ungünstiger Gedanken*, indem man in dem Tagebuch Verhaltensvorsätze (Verhaltensaufträge) spezifiziert (vgl. Beck, 1999). Das sich daraus ableitende Selbstmodifikationsprogramm trägt zum Beispiel dazu bei, soziale Ängste zu überwinden (vgl. Petermann & Petermann, 1996b).

- *Selbstinstruktion*. Viele ängstliche Kinder weisen negative Selbstinstruktionen/negative Gedanken auf, die verhindern, daß neue Verhaltensweisen erprobt werden. Solche *ungünstigen Selbstaussagen* stellten Petermann und Walter (1997) im Rahmen der Behandlung einer Hundephobie zusammen (vgl. Kasten 8).

Kasten 8:

Negative Selbstaussagen im Rahmen einer Hundephobie (nach Petermann & Walter, 1997, S. 137).

- „Ich kann an keinem Hund vorbeigehen, da ich meine Angst spüre.“
- „Wenn ich einen Hund sehe, werden meine Hände naß und ich bekomme Bauchschmerzen.“
- „Kommt ein Hund näher, dann versuche ich zu entkommen.“

Um positive Selbstinstruktionen aufzubauen, wird ein Kind trainiert, Selbstgespräche zu führen, die sich auf günstige Selbstaussagen beziehen. Dazu werden die Kinder angeleitet, Verhaltensweisen zu beschreiben, die ihnen helfen, angstauslösende Situationen zu bewältigen.

5.3 Komplexe psychologische Interventionsprogramme

Seit den 80er Jahren legte die Arbeitsgruppe um Kendall (zusammenfassend 1994) und unsere Arbeitsgruppe (Petermann & Petermann, 1996a; 1996b) kognitiv-behaviorale Therapieprogramme zur Behandlung verschiedener Ängste vor. Die meisten dieser Programme beziehen sich auf die soziale Ängstlichkeit/soziale Phobie, Trennungsangst und die generalisierte Angststörung. Als Methoden werden nach King, Murphy und Heyne (1997) eingesetzt:

- Modellernen,
- operante Ansätze,
- kognitive Ansätze,
- Rollenspiel,
- Entspannungstraining und in einigen Programmen
- Expositionsbehandlung.

Die Programme sind meist sehr gut überprüft (vgl. Rapee & Sanderson, 1998) und verfolgen zumindest die folgenden vier Ziele:

- Erkennen von angstbezogenen Gedanken und körperlichen Reaktionen,
- Bewerten und Verändern von ungünstigen Kognitionen,
- Erproben von Verhaltensstrategien, um angstauslösende Situationen besser zu bewältigen,
- Einüben, Erproben und Bekräftigen neuer Verhaltensweisen.

Blonk et al. (1996) weisen nach, daß solche Trainings das Sozialverhalten von Kindern und ihre Beziehung zu Gleichaltrigen verbessern. Allerdings verringert sich die soziale Angst der Kinder erst nach fünf Monaten, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Kinder mit ihrem neu erworbenen Verhalten positive Erfahrungen gesammelt hatten; die Selbstwahrnehmung der Kinder wurde deutlich positiver, aber ebenfalls zeitlich verzögert.

Kendall und Sugarman (1997) analysieren, unter welchen Bedingungen es bei der Anwendung komplexer psychologischer Interventionsprogramme zu Therapieabbrüchen kommt. Es wurden Kinder und Jugendliche (8- bis 14jährige) mit Angststörungen untersucht, die an einer ca. vier Monate lang dauernden Therapie teilnahmen. Lediglich in der Gruppe, die länger auf die Therapie warten mußte (8 Wochen), treten höhere Abbruchraten auf. Die Patienten und ihre Eltern waren sehr motiviert, an dieser zeitlich eng befristeten Therapie mitzuwirken.

Barrett et al. (1996) kombinieren kognitiv-behaviorale Ansätze mit einem Family-Anxiety-Management-Ansatz. Mit diesem Vorgehen sollen den Eltern

- **angemessene Erziehungsfertigkeiten** vermittelt werden, die das Kind dabei unterstützen, sozial angemessenes Verhalten aufzubauen und Angst zu reduzieren;
- **Techniken zum optimalen Streßmanagement** angeboten werden, um die eigenen Angstgefühle besser bewältigen zu können; gleichzeitig können sie damit bessere Modelle für ihre Kinder sein; und
- **verbesserte Kommunikationstechniken** nahegebracht werden, mit denen es ihnen in der Familie besser gelingt, Probleme zu lösen.

Die Kombination eines kognitiv-behavioralen Kindertrainings mit dem Family-Anxiety-Management-Ansatz bringt bei Kindern bis zum zehnten Lebensjahr erheblich bessere Ergebnisse als das alleinige Kindertraining. Bei Kindern der Altersgruppe von elf bis 14 Jahren reicht die kindbezogene Intervention aus, das heißt die familienbezogene Arbeit steigert die Effekte nicht mehr.

Im weiteren sollen jetzt drei komplexe Interventionsprogramme ausführlicher dargestellt werden; es handelt sich um

- die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie (Albano & Barlow, 1997),
- das kognitiv-behaviorale Fertigkeitstraining mit Familienberatung (Petermann & Petermann, 1996b) und
- die kognitiv-behaviorale Familientherapie (Howard & Kendall, 1996).

Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie

Albano und Barlow (1997) berichten über ein Gruppentraining für 13- bis 17jährige Jugendliche mit einer sozialen Phobie. Das Programm umfaßt 16 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten, die in zwei Phasen zu je acht Sitzungen untergliedert sind. An manchen Sitzungen nehmen auch die Eltern teil, vor allem wenn Wissen über das Phänomen „soziale Angst“ vermittelt wird (vgl. auch Albano, 1995).

- *Phase 1.* Die Betroffenen werden über das Störungsbild informiert. Die verschiedenen Reaktionsebenen der Angst (kognitiv, physiologisch, verhaltensbezogen) werden erläutert sowie auslösende und aufrechterhaltende Faktoren benannt. Systematische Selbstbeobachtungen (Tagebuchaufzeichnungen) geben dem Jugendlichen Hinweise auf konkrete Auslöser und Reaktionen der Angst. In dieser Phase wird mit der kognitiven Umstrukturierung ungünstiger (verzerrter) Gedanken begonnen, die die Ängste verstärken und aufrechterhalten. In einem nächsten Schritt werden neue Problemlösestrategien vermittelt, die dazu beitragen sollen, das Bewältigungsverhalten der Jugendlichen zu erweitern. Hierzu üben die Jugendlichen in Rollenspielen neues Verhalten ein, mit dem es gelingt, mit anderen selbstsicher zu interagieren. In der Abschlusssitzung dieser Phase, bei der die Eltern anwesend sind, können die neuerworbenen Fertigkeiten alltagsnah erprobt werden.

- *Phase 2.* In diesem Behandlungsabschnitt werden die Jugendlichen im Rollenspiel und in vivo angstauslösenden Situationen ausgesetzt. Für jeden Jugendlichen wird eine individuelle Angst- und Vermeidungshierarchie erstellt. Aufgrund dieser Hierarchie werden Situationen ausgewählt, die innerhalb der Sitzung bearbeitet werden. Auf diese Weise wird angemessenes Verhalten eingeübt. Die Expositionsbehandlung ist so strukturiert, daß der Jugendliche zunächst angemessenes Verhalten für die jeweilige Situation erarbeitet. Das Verhalten wird dann in der Gruppe geübt und diskutiert; des weiteren sollen sich die Teilnehmer zu Hause angstauslösenden Situationen aussetzen. Mit fortschreitender Behandlung erfahren die Jugendlichen, wie sie ihre Ängste besser bewältigen können. Zum Abschluß des Gruppentrainings sollen die Jugendlichen die folgenden sozialen Anforderungen meistern:

- einen Text in Anwesenheit ihrer Eltern öffentlich vorlesen sowie in der Gruppe über Behandlungserfolge und Zukunftspläne diskutieren; und
- als Abschluß des Trainings eine Party feiern.

Kognitiv-behaviorales Fertigkeitstraining mit Familienberatung

Mit diesem Vorgehen können die Störung mit Trennungsangst und die soziale Phobie erfolgreich behandelt werden (vgl. Petermann & Bochmann, 1993). Das Manual von Petermann und Petermann (1996b) liegt in

Tabelle 8:

Übersicht über die Ziele und Materialien des Einzeltrainings nach Petermann und Petermann (1996 b; bei den Materialien sind zuerst die für die älteren und dann die für die Vorschulkinder aufgeführt).

Ziele	Materialien
<ul style="list-style-type: none"> • Bewußtmachen von Angst und Unsicherheit • Sensibilisierung der Wahrnehmung für einen ängstlichen Gesichtsausdruck • Erkennen irrationaler Gedanken, Einüben von Gedankenstopp und Aufbauen positiver innerer Sätze • Reflexion von Erwartungen an das Verhalten anderer • Reflexion eigener Ängste und Unsicherheit • Entwickeln von Kriterien zur Beurteilung von Sozialverhalten • Entwickeln von Verhaltensalternativen 	<ul style="list-style-type: none"> • Videosituation / Puppenspiel • Wolkenköpfe mit Selbstinstruktionen / mit Ampeln • Wolkenköpfe mit Selbstinstruktionen / mit Ampeln • Superman / Micky Maus • Superman / Micky Maus • Comicgeschichte / Antennentiger und Zauberlinge • Comicgeschichte / Antennentiger und Zauberlinge

differenzierter und entwicklungsorientierter Form für die Altersgruppen der

- Vorschulkinder (bis sieben Jahre) und
- Acht- bis 14jährigen vor.

Das Vorgehen entspricht dem Vorgehen eines multimodalen Fertigkeitstrainings (vgl. Merrell & Gimpel, 1998), wobei detaillierte Materialien für die Kindertherapie und die Eltern- beziehungsweise Familienberatung vorliegen. Die Arbeit mit den Kindern gliedert sich in ein minimal fünf Sitzungen umfassendes Einzeltraining und ein sich anschließendes Gruppentraining mit minimal sechs Sitzungen (à 90 Minuten). Eine Übersicht über die Ziele und Materialien des Einzeltrainings gibt Tabelle 8; das Gruppentraining, an dem drei bis vier Kinder teilnehmen, wird in Tabelle 9 beschrieben.

Tabelle 9:

Übersicht über die Ziele und Rollenspielthemen (vgl. Petermann, 1997).

Ziele	Rollenspielthemen
<ul style="list-style-type: none"> • Positive Gefühle und Fertigkeiten gegenüber vertrauten Personen zeigen • Eigene Ansprüche durchsetzen und Ansprüche anderer erkennen • Kontakt aufnehmen können; Kritik annehmen und angemessen verarbeiten können • Angemessene Selbstbehauptung lernen • Umgehen mit sozialer Hervorhebung und seine Meinung äußern • Gefühle zeigen 	<ul style="list-style-type: none"> • das Geburtstagsgeschenk • Hausaufgaben erfragen • Fragen auf der Straße; der Deutschaufsatz • das ausgeliehene Buch • Vorlesen vor der Klasse; Diskutieren mit anderen • Fußball-/Volleyballspiel

Name symbolisiert – ängstlich und sensibel und möchte zugleich stark und mutig sein wie ein Tiger. Ihm helfen die Zauberlinge (vgl. Comicfiguren in Abb. 7), zum Beispiel beim Kontakt schließen. Solche Bildvorlagen bieten den Kindern altersgemäße Identifikationsmöglichkeiten mit den Inhalten des Trainings, die das Erlernen neuer Verhaltensweisen erleichtern.

Mit solchen Materialien werden Techniken des Modellerns, der Selbstbeobachtung sowie Selbstinstruktion, Reiz- und Reaktionsdiskriminieren und der Verhaltensübung angewandt. Die Selbstkontrollfähigkeit wird mit Hilfe eines Detektivsymbols in einem Bogen zur Selbstbeobachtung aufgebaut (vgl. Kasten 7). Der Antennentigercomic ist ein Beispiel zum Reizdiskriminieren und zugleich eine Vorlage für Verhaltensübungen in Rollenspielen (vgl. Abbildung 7). Videoclips helfen, soziale Situationen angemessen einzuschätzen und unterstützen Modellerneffekte.

Spezifische Materialien für jede Trainingssitzung.

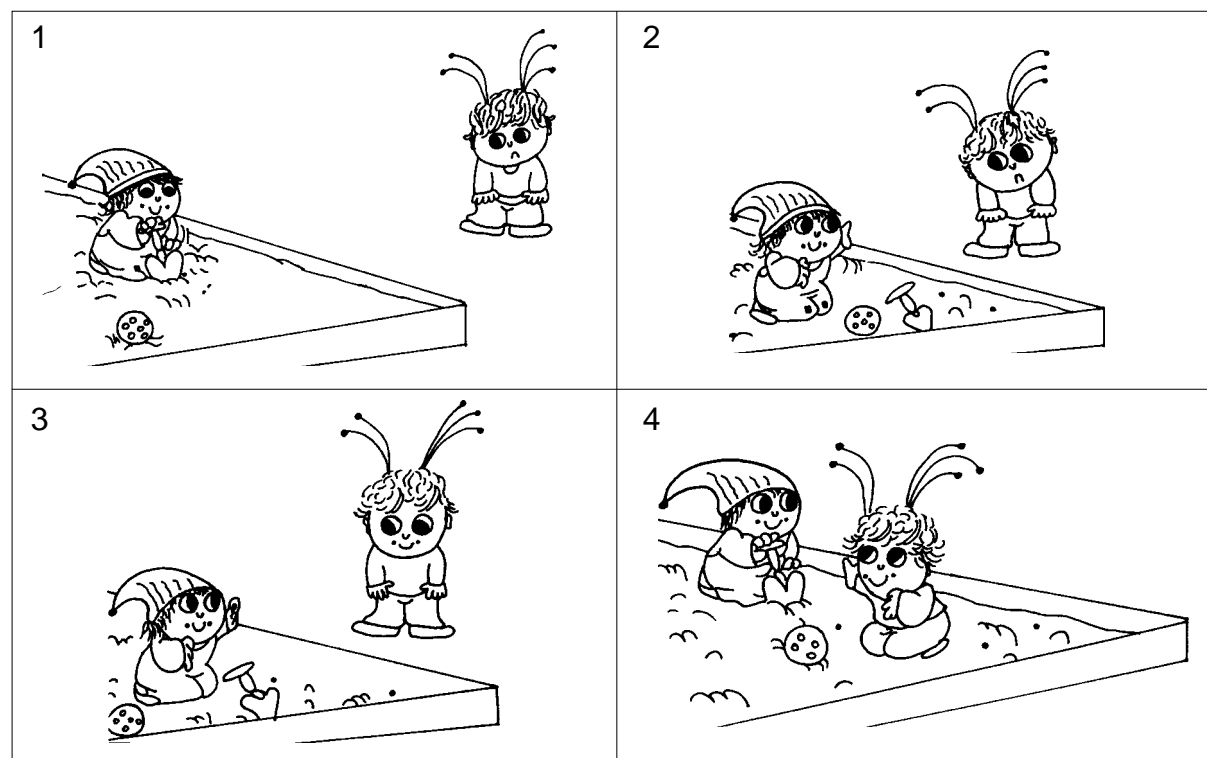
Um komplexe soziale Situationen bewerten und einüben zu können, erhalten die Kinder im Einzel- und Gruppentraining Arbeitsunterlagen. Konkret ausgearbeitete Video-/Textvorlagen bilden die Grundlage für problembezogene und strukturierte Rollenspiele. Für die Vorschulkinder wurde hierfür das Antennentigercomic entwickelt, das in Abbildung 7 in einer kleinen Sequenz illustriert ist. Der Antennentiger ist – wie sein

Antennentigercomic ist ein Beispiel zum Reizdiskriminieren und zugleich eine Vorlage für Verhaltensübungen in Rollenspielen (vgl. Abbildung 7). Videoclips helfen, soziale Situationen angemessen einzuschätzen und unterstützen Modellerneffekte.

Parallel zur Kinderpsychotherapie findet eine Familienberatung mit fünf Kontakten statt (Petermann & Petermann, 1996b). Sie ist thematisch mit der Kinderthe-

Abbildung 7:

Antennentigercomic zur Wahrnehmungsübung im Vorschulalter (aus Petermann & Petermann, 1996b, S. 133ff.).



rapie eng verbunden. Die Eltern lernen einerseits genau zu beobachten, Zusammenhänge von *Eltern-Kind-Interaktionen* zu analysieren und angemessene Verstärkung sowie Problemlösestrategien anzuwenden. Andererseits werden *irrationale Kognitionen*, beispielsweise über das vermeidende Verhalten ihres Kindes oder über Kindererziehung, sowie falsche oder überhöhte Erwartungen an das Kind schrittweise und wiederholt bearbeitet. Zu *bedrohende Appelle* müssen vermieden werden; zugleich dürfen die Eltern *nicht* aus der *Pflicht* gelassen werden, ihr Interaktions- und Erziehungsverhalten kritisch zu überdenken und zu modifizieren. Für diesen Veränderungsprozeß ist ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Familie und Therapeut notwendig (vgl. Petermann, F., 1996). Auf eine *kontinuierliche Zusammenarbeit* mit der Familie muß geachtet werden; hierbei können die *Hausaufgabentechnik* und Materialien für die Eltern, zum Beispiel Situationsbeschreibungen mit einfachen Verhaltensanalysen, hilfreich sein.

Kognitiv-behaviorale Familientherapie

Eltern können in verschiedener Weise an der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Angststörung im Kindesalter beteiligt sein. So ist es denkbar, daß sie die Problemlage der Kinder, zum Beispiel bei der Trennungsangst, falsch einschätzen und eine massive Problematik bagatellisieren. Nach einer ausführlichen Familiendiagnostik und der daraus resultierenden Aufklärung der Eltern kann eine neue Sichtweise entstehen. Neue Kommunikationsregeln in der Familie und die Veränderung des bisherigen Erziehungsverhaltens versetzen Eltern in die Lage, ihr Kind zu mehr Eigenständigkeit zu ermuntern und es darin sensibel anzuleiten (vgl. Abb. 8).

Vielen Eltern ist es nicht klar, daß sie mit gutgemeinten Ratschlägen und wohlwollender Verwöhnung die soziale Phobie ihres Kindes verstärken. In dieser Situation kann es genügen, die Eltern auf ihre problematischen Erziehungshaltungen hinzuweisen. Bei jüngeren Kindern wird eine Elternberatung genügen, diese Probleme schrittweise aufzulösen. Sind jedoch die Eltern wesentlich an der Aufrechterhaltung der kindlichen Angststörung beteiligt und besteht das Problem schon über Jahre, ist eine Familientherapie nötig. Howard und Kendall (1996) gehen davon aus, daß bei folgender Familienstruktur eine kognitiv-behaviorale Familientherapie nötig ist:

- Rigide Struktur und elterliche Kontrolle, wobei den Kindern wenig Selbständigkeit zugestanden wird sowie
- Ärger und andere negative Emotionen nicht zugelassen werden.

Howard und Kendall (1996) entwickelten ein standardisiertes Vorgehen, zu dem ein ausgearbeitetes Manual



Abbildung 8: Arbeitsschritte der kognitiv-behavioralen Familientherapie zur Behandlung kindlicher Angststörungen.

vorliegt. Das Vorgehen umfaßt 18 50minütige Sitzungen, wobei die ersten beiden Sitzungen mit allen Familienmitgliedern sowie alle weiteren mit dem Kind und mindestens einem Elternteil stattfinden. Das Alter der Kinder lag zwischen neun und 13 Jahren.

Nach der diagnostischen Abklärung der Problematik beginnen Übungen, mit denen die Angst schrittweise überwunden werden kann. Im Detail werden vier Ziele verfolgt:

- Bewußtmachen der Angstgefühle und der damit verbundenen körperlichen Reaktionen,
- Identifikation von Vorstellungen und Situationen, die Angst auslösen,
- Entwicklung von Problemlöseschritten, mit denen Angstreaktionen bewältigt werden können und
- Umgang mit Selbstbewertungen und Selbstbegrächtigungen.

Das Vorgehen umfaßt Entspannungsübungen, Modelllernen, Rollenspiele und die Verhaltensübung im Alltag.

Zusammenfassung

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen umfassen folgende Formen: Trennungsangst, soziale Ängstlichkeit/soziale Phobie, generalisierte Angststörung, spezifische Phobie, Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, posttraumatische Belastungsstörung. Die Auftretenshäufigkeit dieser Störungen insgesamt liegt zwischen 10 bis 15%. Angststörungen verlaufen stabil, wobei bestimmte Störungen nach einigen Jahren in andere Angststörungen übergehen. Besonders häufig treten depressive Störungen komorbid auf. Im Kindesalter sind Jungen und Mädchen gleich häufig von Angststörungen betroffen, im Jugendalter überwiegend die Mädchen.

Angststörungen können durch strukturierte Interviews, Fragebögen, Beobachtungsverfahren und Verhaltensproben abgeklärt werden, wobei mehrere Methoden zur Diagnosestellung nötig sind. Angststörungen können durch biologische, psychische und soziale Faktoren verursacht sein. Auf der Seite des Kin-

des werden die Temperamentsentwicklung, kognitive Einflüsse, die mangelnde Fähigkeit zur Selbstberuhigung und unzureichende soziale Fertigkeiten diskutiert. Auf der Seite der Eltern werden vor allem das Interaktions- und Erziehungsverhalten als Ursachen thematisiert; ebenso spielen das ängstliche und unsichere Verhalten der Eltern oder eine psychische Krankheit eine wesentliche Rolle; weiterhin sind kritische Lebensereignisse zu beachten.

Zur Psychotherapie von Angststörungen eignen sich vor allem die Expositionsbehandlung und der Einsatz von komplexen kognitiv-behavioralen Verfahren, die besonders effektiv sind, wenn sie mit einer familienorientierten Vorgehensweise (Family Anxiety Management) kombiniert werden. Psychopharmaka sollten nur bei schwer beeinflussbaren Angststörungen zur zeitweisen Unterstützung einer Psychotherapie eingesetzt werden.

Verständnisfragen

1. Welche Angststörungen liegen im Kindesalter vor, und wie kann man diese unterscheiden?
2. Mit welchen Erhebungsmethoden kann man Angststörungen im Kindesalter diagnostizieren?
3. Welche Ursachen können zu einer sozialen Phobie führen?
4. Wie kann man eine soziale Phobie behandeln?
5. Auf welchem psychologischen Konzept basiert die Konfrontationsbehandlung?
6. Welche Bedeutung besitzen Entspannungsverfahren im Kontext der Angstbehandlung?

Weiterführende Literatur

- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults*. Washington: American Psychological Association.
- Eisen, A.R., Kearney, C.A. & Schaefer, C.E. (Eds.) (1995). *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents*. Northvale: Jason Aronson.

- March, J.S. (Ed.) (1995). *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Ollendick, T.H., King, N.J. & Jule, W. (Eds.) (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (6. erweit. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Literatur

- Albano, A.M. (1995). Treatment of social anxiety in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 271-298.
- Albano, A.M. & Barlow, D.H. (1997). Breaking the vicious cycle: Cognitive-behavioral group treatment for socially anxious youth. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders*.

- Empirical based strategies for clinical practice (3rd edition, 43-62)*. Washington: American Psychological Association.
- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R.G. & Barlow, D.H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment (387-425)*. New York: Guilford.

- Alessi, N.E. & Magen, J. (1988). Panic disorders in psychiatrically hospitalized children. *Journal of Psychiatry*, *145*, 1450-1452.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36* (Suppl. 10), 69-84.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R. & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 333-342.
- Beck, J.S. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beidel, D.C., Fink, C.M. & Turner, S.M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 257-269.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 918-924.
- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1998). *Shy children, phobic adults*. Washington: American Psychological Association.
- Bernstein, G.A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinical sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30*, 43-50.
- Bernstein, G.A., Borchardt, C.M. & Perwien, A.R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1110-1119.
- Bernstein, G.A., Garfinkel, B.D. & Hoberman, H.M. (1989). Self-reported anxiety in adolescents. *Journal of Psychiatry*, *146*, 384-386.
- Bernstein, G.A., Massie, E.D., Thuras, P.D., Perwin, A.R., Borchardt, C.M. & Crosby, R.D. (1997). Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 661-668.
- 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.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Marris, A., Moore, P., Garcia, J., Ablon, S., Mick, E., Gershon, J. & Kearns, M.E. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 214-223.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F. & Hirshfeld, D.F. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 21-26.
- 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.
- Blonk, R.W.B., Prins, P.J.M., Sergeant, J.A., Ringrose, J. & Brinkman, A.G. (1996). Cognitive-behavioral group therapy for socially incompetent children: Short-term and maintenance effects with a clinical sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, *25*, 215-224.
- 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.
- Buss, A.H. & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale: Erlbaum.
- Capps, L., Sigman, M., Sena, R. & Henker, B. (1996). Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *37*, 445-452.
- Chansky, T.E. & Kendall, P.C. (1997). Social expectancies and self-perceptions in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 347-363.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, H., Brook, J. & Streuning, E.L. (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.
- Cole, D.A., Truglio, R. & Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod-multigroup assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 110-119.
- Cornwall, E., Spence, S.H. & Schotte, D. (1996). The effectiveness of emotive imagery in the treatment of darkness phobia in children. *Behaviour Change*, *13*, 223-229.
- Craske, M.G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *61* (Suppl. A), 4-36.
- Dadds, M.R. & Barrett, P.M. (1996). Family process in child and adolescent anxiety and depression. *Behavior Change*, *13*, 231-239.
- Dadds, M.R., Heard, P.M. & Rapee, R.M. (1994). Behavioral observation. In T.H. Ollendick, N.J. King & W. Yule (Eds.), *Interventional handbook of phobic and anxiety disorders in children (349-364)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M. & Laurens, K.R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: An controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 627-635.
- Deuchert, M. & Petermann, U. (1994). Angststörungen. In F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.), *Handbuch der Entspannungsverfahren, Band 2 (19-56)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Derryberry, D. & Reed, M.A. (1994). Temperament and the self-organization of personality. *Development and Psychopathology*, *6*, 653-676.
- Döpfner, M. (1995). Behandlung eines Kindes mit Phonophobie und sozialer Angst. *Kindheit und Entwicklung*, *4*, 248-253.
- Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Schmeck, K., Steinhausen, H.C. & Poustka, F.

- (1994). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung*, 3, 54-59.
- DSM-III-R (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz.
- DSM-IV (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Emmelkamp, P.M.G. & Scholing, A. (1997). Anxiety disorders. In C.A. Essau & F. Petermann (Eds.), *Developmental Psychopathology* (219-263). London: Harwood.
- Essau, C.A., Conrath, J. & Petermann, F. (1999). Frequency of panic attacks and panic disorder in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 19-26.
- Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conrath, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie*, 8, 180-187.
- 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.
- Ferro, T., Carlson, G.A., Grayson, P. & Klein, D.N. (1994). Depressive disorders: Distinctions in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 664-670.
- Flakierska-Praguin, N., Lindström, M. & Gillberg, L. (1997). School phobia with separation anxiety disorders: A comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 17-22.
- Fyer, A.J. (1993). Heritability of social anxiety: A brief review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 54 (Suppl. 12), 10-12.
- Garrison, C.Z., Addi, C.L., Jackson, K.L., McKeown, R.E. & Waller, J.L. (1992). Major depressive disorder and dysthymia in young adolescence. *American Journal of Epidemiology*, 135, 792-802.
- Gjone, H. & Stevenson, J. (1997). The association between internalizing and externalizing behavior in childhood and early adolescence: Genetic or environmental common influence? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 277-286.
- Goodyer, I., Herbert, J., Secher, S. & Pearson, J. (1997). Short term outcome of major depression: I. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 179-187.
- Hamm, A. (1997). *Furcht und Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Hampel, P. & Petermann, F. (1998). *Anti-Streß-Training für Kinder*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hayward, C., Killen, J.D., Hammer, L.D., Litt, F.F., Wilson, D.M., Simmonds, B. & Taylor, C.B. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth- and seventh-grade girls. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1239-1243.
- Hayward, C., Killen, J.D., Kraemer, H.C., Blair-Greiner, A., Strachowski, D., Cuning, D. & Taylor, C.B. (1997). Assessment and phenomenology of nonclinical panic attacks in adolescent girls. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 17-32.
- Heemann, A., Schulte-Markwort, M., Ruhl, U. & Knölker, U. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 7, 129-142.
- Hirshfeld, D.R., Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Snidman, N., Reznick, J.S. & Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103-111.
- Howard, B.L. & Kendall, P.C. (1996). Cognitive-behavioral family therapy for anxiety-disordered children: A multiple-baseline evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 423-443.
- Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L. & Kellam, S. (1996). The course of aggression in first-grade children with and without comorbid anxious symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 445-456.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-173.
- Kashani, J.H., Carlson, G.A., Beck, N.C., Hooper, E.W., Corcoran, D.M., McAllister, J.A., Fallahi, C., Rosenberg, T.K. & Reid, J.C. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 931-934.
- Kashani, J.H. & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kearny, C.A., Albano, A.M., Eisen, A.R., Allan, W.D. & Barlow, D.M. (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 49-62.
- Kearny, C.A. & Silverman, W.K. (1998). A critical review of pharmacotherapy for youth with anxiety disorders: Things are not as they seem. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 83-102.
- 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.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C. & Flannery-Schroeder, E.C. (1998). Methodological issues in treatment research for anxiety disorders in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 27-38.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P.C. & Sugarman, A. (1997). Attribution in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 883-888.
- Kendall, P.C. & Treadwell, K.R.H. (1997). Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders. In E.D.

- Hibbs & P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirical based strategies for clinical practice (3rd edition, 23-38)*. Washington: American Psychological Association.
- King, N., Murphy, G.C. & Heyne, D. (1997). The nature and treatment of social phobia in youth. *Counselling Psychology Quarterly*, 10, 377-387.
- Kirchhoff, H. & Döpfner, M. (1999). Behandlung eines Kindes mit Trennungsangst durch Exposition im häuslichen Umfeld. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 111-116.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (1995). Streßbewältigung im Kindesalter: Modifikation und Evaluation einer Präventionsmaßnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 240-247.
- Kortlander, E., Kendall, P.C. & Panichelli-Mindel, S.M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 297-315.
- Kovacs, M., Akiskal, H.S., Gatsonis, C. & Parrone, P.S. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Krohne, H.W. & Hock, M. (1994). *Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes. Untersuchungen über die Entwicklungsbedingungen von Ängstlichkeit und Angstbewältigung*. Bern: Huber.
- Last, C.G., Hansen, C. & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 645-652.
- 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., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A.E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1070-1076.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H., Lewinsohn, M., Seeley, J.R. & Allen, N.B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 109-117.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R. & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P.M., Zinbarg, R., Seeley, J.R., Lewinsohn, M. & Sack, W.H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377-394.
- Mackenberg, H. (1996). Fallstudie zur Behandlung einer Schulphobie unter Einsatz eines variierten Reizkonfrontationsverfahrens. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 45, 57-63.
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Szatmari, P., Fugere, C. & Bogle, M. (1996). A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1511-1517.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stallings, P. & Conners, L.K. (1997). The multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- 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.
- Melissen, S. & Florin, J. (1997). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern (SASC-R-D). *Kindheit und Entwicklung*, 6, 224-229.
- Merrell, K.W. & Gimpel, G.A. (1998). *Social skills of children and adolescents*. Mahwah: Erlbaum.
- Mick, M.A. & Telch, M.J. (1998). Social anxiety and history of behavioral inhibition in young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 1-20.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behavioral Research and Therapy*, 34, 265-268.
- Nilzon, K.R. & Palméus, K. (1997). Anxiety in depressed school children. *School Psychology International*, 18, 165-177.
- Öst, L.C. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Ollendick, T.H., Hagopian, L.P. & King, N.J. (1997). Specific phobias in children. In C.C.L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research, and treatment (201-224)*. Oxford: Wiley.
- Ollendick, T.H. & King, N.J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: Current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156-167.
- Ollendick, T.H., Mattis, S.G. & King, N.J. (1994). Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology*, 35, 113-134.
- Perrin, S. & Last, C.G. (1997). Worrisome thoughts in children clinically referred for anxiety disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 181-189.
- Petermann, F. (1996). *Psychologie des Vertrauens* (3. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Bochmann, F. (1993). Metaanalyse von Kinderverhaltenstrainings: Eine erste Bilanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 137-152.
- Petermann, F., Lehmkuhl, G., Petermann, U. & Döpfner, M. (1995). Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV – ein Vergleich mit DSM-III-R und ICD-10. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 171-182.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1996a). *Training mit Jugendlichen* (5. erweit. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Senftleben, S. (1990). Training sozialer Kompetenzen mit sehbehinderten Grundschulkindern. *Heilpädagogische Forschung*, 16, 53-60.
- Petermann, F. & Walter, H.-J. (1989). Wirkungsanalyse ei-

- nes Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach beeinträchtigten Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38, 118-125.
- Petermann, U. (1996). Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. (1997). Soziale Phobien und Unsicherheit. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie (109-125)*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996b). *Training mit sozial unsicheren Kindern (6. überarb. Auflage)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Walter, H.-J. (1997). Spezifische Ängste und Phobien. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie (127-145)*. Göttingen: Hogrefe.
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W., McGee, R., Davis, S. & Silva, P. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behavior Research and Therapy*, 35, 159-163.
- Rapee, R.M. & Sanderson, W.C. (1998). *Social phobia. Clinical application of evidence based psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Lefkowitz, 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.
- Ribbe, D.P., Lipovsky, J.A. & Freedy, J.R. (1995). Posttraumatic stress disorder. In A.R. Eisen, C.A. Kearney & C.E. Schaefer (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents (317-356)*. Northvale: Jason Aronson.
- Robin, K.H., Caplan, R.J., Fox, N.A. & Calkins, S.D. (1995). Emotionality, emotion regulation, and preschooler's social adaptation. *Development and Psychopathology*, 7, 49-62.
- 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.
- Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol. 3: Social, emotional, and personality development (105-176)*. New York: Wiley.
- Rothbart, M.K. & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M.E. Lamb & A.L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology, Vol. 1 (37-86)*. Hillsdale: Erlbaum.
- Schmidt, M.H. & Brink, A. (1995). Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 236-239.
- Schneider, S. (1994). Angstdiagnostik bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 164-171.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D., Hartung, J. & Wilke, F. (1997). Handlungskontrolle der Angstbewältigung. Was macht Reizkonfrontationsverfahren so effektiv? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 118-128.
- Schwartz, C.E., Snidman, N. & Kagan, J. (1996). Early temperamental predictors of Stroop interference to threatening information at adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 89-96.
- Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-321.
- Seligman, M.E.P. (1995). *Erlernte Hilflosigkeit (5. korr. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., Piacentini, J., Schwab-Stone, M.E., Lahey, B.B., Bourdon, K., Jensen, P.S., Bird, H.R., Canino, G. & Regier, D.A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-872.
- Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J.M., Silberg, J.L., Maes, H.H., Loeber, R., Tutter, M., Hewitt, J.K. & Eaves, L.J. (1997). The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Influences of age, sex, and unpairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 801-808.
- Siqueland, L., Kendall, P.C. & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 225-237.
- Spence, S.H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Spence, S.H. & Dadds, M.R. (1996). Preventing childhood anxiety disorders. *Behaviour Change*, 13, 241-249.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Berardi, A., Golbs, U. & Hoyer, J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 28-36.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie (3. korr. Auflage, 155-181)*. Göttingen: Hogrefe.
- Stemberger, R.T., Turner, S.M., Beidel, D.C. & Calhoun, K.S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526-531.
- Strauss, C.C. & Last, C.G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 141-152.
- Strauss, C.C., Lease, C.A., Last, C.G. & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: An examination of developmental difference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 433-443.
- Thapar, A. & McGuffin, P. (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 439-447.
- Thomas, A. & Chess, S. (1986). The New York Longitudinal Study: From infancy to early adult life. In R. Plomin & J. Dunn (Eds.), *The study of temperament: Changes, continuities and challenges (39-52)*. Hillsdale: Erlbaum.
- Topolski, T.D., Hewitt, J.K., Eaves, L.J., Silberg, J.L., Meyer, J.M., Rutter, M., Pickles, A. & Simonoff, E. (1997). Genetic and environmental influences on child reports of manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorder: A community-based twin study. *Behavior Genetics*, 27, 15-28.
- Unnewehr, S. (1992). *Psychische Störungen und Angstsen-*

- sitivität bei Kindern von Patienten mit einem Paniksyndrom. Marburg: Dissertation im Fach Psychologie.
- 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.
- Walter, H.-J., Petermann, F. & Podziemski, A. (1997). Schulverweigerung als Ausdruck einer Sozialen Phobie. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 247-254.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J.L., Kalikow, W., Walsh, T.B., Davies, M., Braiman, S. & Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1974). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Braunschweig: Westermann.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10: Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. korrigierte Auflage). Bern: Huber.
- WHO (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10: Forschungskriterien*. Bern: Huber.