

mit CME

Übersichtsarbeit

Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert?

Silvia Schneider und Tina In-Albon

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Universität Basel

Zusammenfassung: Angststörungen sind die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Sie sind zudem ein bedeutsamer Risikofaktor für psychische Störungen des Erwachsenenalters und erfordern eine adäquate Behandlung. Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Angstbehandlung kann heute nicht mehr in Frage gestellt werden. Jedoch zeigt die Sekundäranalyse der Therapiestudien, dass bislang nur kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen die erfolgreiche Behandlung der Angststörungen des Kindes- und Jugendalters anhand von randomisierten, kontrollierten Therapiestudien (Randomized Control Trials, RCT) nachweisen konnten. Dabei fanden sich keine Unterschiede in der Wirksamkeit, wenn die kognitive Verhaltenstherapie individuell oder in der Gruppe stattfand oder wenn sie mit dem Kind alleine oder unter Einbezug der Familie durchgeführt wurde. Die Katamnesedaten zeigen, dass die Therapieerfolge über mehrere Jahre bestehen blieben und die Erfolge nicht nur auf die Angstsymptomatik beschränkt waren. Während für viele der in der klinischen Praxis angewendeten Psychotherapieverfahren ein adäquater empirischer Nachweis einer Wirksamkeit fehlt, liegen erste RCTs vor, die die kurzfristige Wirksamkeit psychopharmakologischer Behandlung (SSRI) nachweisen. Zu den zentralen empirisch validierten psychotherapeutischen Interventionen gehören die Psychoedukation, kognitive Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken und systematische Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen. Diese Interventionen werden kurz dargestellt und offene Fragen in der Psychotherapieforschung der Angststörungen werden abschließend diskutiert.

Schlüsselwörter: empirisch validierte Psychotherapie, Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Summary: *Psychotherapy for Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence – what is evidence-based?*

Anxiety disorders are the most frequent mental disorders in children and adolescents. They are also an important risk factor for psychological disturbances in adulthood and require adequate treatment. The effectiveness of psychotherapy in the treatment of anxiety disorders today can no longer be questioned.

However, a meta-analysis of treatment studies shows that so far, only cognitive-behavior therapy has proved, on the basis of randomized, controlled trials (RCT), to be successful in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents.

Regardless of whether the cognitive behavior therapy took place individually or in a group, or whether it was carried out with the child alone or with the inclusion of the family, no differences in the effectiveness were found.

The follow-up data show that the therapy success persisted for several years and that it was not limited only to the symptoms of anxiety.

Although for many psychotherapeutic interventions there is still no empirical basis, initial RCT prove the short-term effectiveness of psychopharmacological treatment (SSRI).

The central, empirically validated psychotherapeutic interventions include psychoeducation, cognitive treatment of dysfunctional thoughts, and systematic exposure to the situation triggering anxiety. These interventions will be presented briefly and open questions in psychotherapy research will be discussed in the conclusion.

Keywords: empirically validated psychotherapy, anxiety disorders in children and adolescents

Bedürfen Angststörungen des Kindes- und Jugendalters einer Behandlung?

Angststörungen des Kindes- und Jugendalters gehören zu den eher «stillen» psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Anders als die Hyperkinetischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens sind diese für die Bezugspersonen der betroffenen Kinder in der Regel weniger belastend und störend. Dies mag einer der Gründe dafür sein, dass die Angststörungen des Kindes- und Jugendalters über lange Zeit nur eine randständige Existenz in der kinder- und jugendpsychiatrischen und klinisch-psychologischen Forschung führten. Glücklicherweise ist jedoch in den letzten Jahren sowohl das Interesse an, als auch das Wissen rund um die Angststörungen dieser Altersphase stark gewachsen.

In einem Überblick haben Ihle und Esser (2002) die wichtigsten Studien zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters zusammengefasst. Für die Angststörungen liegt der Median für die in den Studien untersuchten Periodenprävalenzen (6-Monats- bis Lebenszeitprävalenzen) bei 10.4%. Somit sind die Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Die Stabilitätsrate emotionaler Störungen zeigte zudem, dass ca. die Hälfte psychisch auffälliger 13-Jähriger auch noch im Alter von 18 Jahren emotionale Störungen aufwiesen. Ein ähnliches Bild zeigte sich für den Verlauf der emotionalen Störungen vom 18. bis zum 25. Lebensjahr.

Bezüglich des Beginns der Angststörungen liefert der National Comorbidity Survey Replication aus den USA interessante Daten (Kessler et al., 2004; Kessler et al., 2005). Die retrospektive Befragung von 9282 erwachsenen Probanden ergab einen Median von 11 Jahren für das Erstauftretensalter von Angststörungen. Spezifische Phobien und die Störung mit Trennungsangst hatten mit 7 Jahren den frühesten Beginn. Der Median bei der Sozialen Phobie lag bei 13 Jahren. Das Auftretensalter der weiteren Angststörungen lag im Median zwischen 19 und 31 Jahren.

Neben epidemiologischen Studien ergaben Untersuchungen in pädiatrischen Praxen, dass hier die Angststörungen und Depressionen gemeinsam mit den Hyperkinetischen Störungen die häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen sind (Williams et al., 2004). Interessanterweise gaben die befragten Pädiater jedoch an, mit der Diagnose und Behandlung von Angststörungen deutlich weniger vertraut zu sein als mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (Williams et al., 2004).

Epidemiologischen Studien zufolge sind Angststörungen des Kindes- und Jugendalters nicht nur häufig, sondern sie sind auch ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter. Immer mehr Längsschnittstudien weisen nach, dass das Vorliegen einer Angststörung im Kindesalter Angststörungen, Affektive Störungen und Substanzabhängigkeiten im Erwachsenenalter zur Folge hat (Woodward & Fergusson, 2001). Die Emotionale Störung mit Trennungsangst scheint

mit einem besonders hohen Risiko für das Auftreten psychischer Störungen im Erwachsenenalter behaftet zu sein. So konnten Brückl und Kollegen (im Druck) zeigen, dass 90% der Befragten mit einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst (vs. 62% ohne Trennungsangstsymptomatik) in der Kindheit im jungen Erwachsenenalter mindestens eine psychische Störung aufwiesen. Dabei erhöhte die Trennungsangst nicht nur das Risiko für die Entwicklung von Angststörungen (insbesondere Panikstörung), sondern auch für andere psychische Störungen, wie Bipolare Störungen, Schmerzstörungen und Alkoholabhängigkeit.

Diesen Daten zufolge wird deutlich, dass Angststörungen des Kindes- und Jugendalters ernst zu nehmen sind und einer adäquaten Behandlung bedürfen. Sie stellen kein seltenes Phänomen dar, das sich von alleine wieder «auswächst». Trotz der Häufigkeit und des ungünstigen Verlaufs erhalten aber viele Kinder mit Angststörungen keine adäquate professionelle Hilfe (Essau et al., 2000). Einer der Gründe hierfür ist sicher, dass Kinder mit Angststörung oft nicht erkannt werden und das Wissen um eine adäquate Behandlung weniger verbreitet ist (Cassidy & Jellinek, 1998; Williams et al., 2004). Es besteht daher ein dringender Aufklärungs- und Informationsbedarf bei Eltern und Kindern, aber auch bei allen im pädagogischen und Gesundheitsbereich tätigen Professionellen.

Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Überblick über die Angststörungen des Kindes- und Jugendalters gegeben, bevor der aktuelle Stand der Therapieforschung zu den Angststörungen dargestellt wird.

Kurzcharakterisierung der Angststörungen

Im Folgenden werden die Emotionale Störung mit Trennungsangst, die Phobische Störung, die Störung mit sozialer Ängstlichkeit und die Generalisierte Angststörung des Kindesalters kurz skizziert. Auf eine Beschreibung der Panikstörung und Agoraphobie wird verzichtet, da diese Störungsbilder ihren Erstauftretensgipfel im jungen Erwachsenenalter haben und somit nicht typisch für das Kindes- und Jugendalter sind (Reed & Wittchen, 1998). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die charakteristischen Merkmale der verschiedenen Angststörungen nach der ICD-10 (WHO, 1989).

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

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

Tabelle 1

Symptomatik, Kognitionen, körperliche Symptome und Vermeidungsverhalten bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Störung	Symptomatik	Kognitionen	Körperliche Symptome	Vermiedene Situationen
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	übermäßig starke und unrealistische Angst in Erwartung der oder un-mittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen	Eltern oder Kind könnte etwas Schlimmes zustoßen, was sie dauerhaft voneinander trennen könnte (z.B. Unfall, Entführung)	Bauch- oder Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	Schule; Kindergarten; alleine, im eigenen Bett schlafen; auswärts übernachten
Phobische Störung des Kindesalters (Spezifische Phobie)	unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht	z.B. Das Tier beißt mich. Es passiert etwas Schlimmes. Es wird wehtun.	Herzklopfen, Bauchschmerzen, Schwitzen, Zittern	Zum Arzt gehen (Blut, Spritzen), in den Keller gehen (Spinnen), Liftfahren, Wasser, Dunkelheit
Störung mit sozialer Ängstlichkeit (Soziale Phobie)	anhaltende Angst in sozialen Situationen mit fremden Erwachsenen oder Gleichaltrigen, große Befangenheit, Verlegenheit oder auch übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens gegenüber fremden Personen	z.B. Ich werde mich blamieren. Andere lachen mich aus. Andere denken schlecht über mich.	Erröten, Zittern, Übelkeit	Geburtstagsfest, vor der Klasse sprechen, mit unvertrauten Personen sprechen
Generalisierte Angststörung des Kindesalters	übermäßig starke oder unbegründete und nicht kontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche: Sorgen über Kleinigkeiten wie Unpünktlichkeit; Sorgen darüber, sich richtig verhalten zu haben; gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben	z.B. Wenn die Hausaufgaben nicht korrekt sind, werde ich keinen Beruf erlernen können. Meta-Sorgen: Von den vielen Sorgen werde ich verrückt.	Nervosität, Anspannung, Ein- und Durchschlafprobleme	Hausaufgaben (aus Angst, Fehler zu machen), Nachrichten hören, Zuspätkommen, (Rückversicherung)

Psychotherapie der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: Was ist überprüft und was ist wirksam?

In den letzten Jahren wurden beträchtliche Fortschritte in der Psychotherapie der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen erreicht und erfreulicherweise liegen heute von mehreren Forschergruppen randomisierte kontrollierte Therapiestudien (Randomized Controll Trials, RCT) vor, die eine seriöse Beurteilung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren erlauben. In dieser Situation ist es sinnvoll, die Befunde der klinischen Studien systematisch zusammenzufassen, um daraus Hinweise für die evidenzbasierte Behandlung zu erhalten. Unsere Arbeitsgruppe hat daher kürzlich eine Meta-Analyse zu Therapiestudien bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen fertig

gestellt (In-Albon & Schneider, im Druck). Meta-Analysen erlauben im Unterschied zu subjektiv narrativen Übersichtsarbeiten eine objektive, valide und transparente Zusammenschau der Ergebnisse mehrerer Therapiestudien. Für das Verständnis von Meta-Analysen ist vor allem der Begriff der Effektstärke von Bedeutung. Grundsätzlich wird die Effektstärke als standardisierter Differenzwert berechnet (Mittelwert behandelte Gruppe minus Mittelwert unbehandelte Gruppe, geteilt durch die Standardabweichung der unbehandelten Gruppe). Analog können auch Differenzwerte innerhalb einer Gruppe (vor vs. nach Behandlung) oder beim Vergleich zweier verschiedener Behandlungen gebildet werden. Bei einer Meta-Analyse werden die in verschiedenen Studien erhobenen Effektstärken gemittelt (zu einer «integrierten» Effektstärke zusammengefasst). Als Konvention zur Interpretation von Effektstärken hat sich eingebürgert, Werte ab 0.8 und höher als «groß», solche von

0.5–0.8 als «mittel» und solche von 0.2–0.5 als «klein» zu bezeichnen. Werte unter 0.2 gelten als vernachlässigbar bzw. ohne praktische Bedeutsamkeit und negative Werte bedeuten, dass die Vergleichsbedingung im Durchschnitt besser abschnidet.

Einschlusskriterien für die Meta-Analyse

In der von uns durchgeführten Meta-Analyse wurden ausschließlich randomisierte, kontrollierte Therapiestudien berücksichtigt. Die Kinder, die in diese Studien aufgenommen wurden, mussten die Kriterien einer ICD- resp. DSM-Angstdiagnose erfüllen. Es wurden alle vorliegenden englisch- oder deutschsprachig publizierten Studien bis einschließlich März 2005 in die Meta-Analyse aufgenommen. Da seit Mitte der 1990er Jahre zahlreiche methodisch anspruchsvolle Therapiestudien zu Phobien und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurden, ist diese Meta-Analyse eine wichtige Ergänzung zu den bisher vorliegenden Analysen und Überblicksarbeiten (z.B. Chambless & Ollendick, 2001), in denen nur ältere Studien berücksichtigt wurden und zudem oft Studien integriert wurden, bei denen die klinische Relevanz der behandelten Angstphänomene unklar ist.

Insgesamt konnten anhand dieser Einschlusskriterien 24 Therapiestudien aufgenommen werden. Ein interessantes Ergebnis der Zusammenschau war zunächst, dass es sich bei diesen Studien ausschließlich um kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiestudien handelte. Bis auf eine Studie, die nur Kinder mit Sozialer Phobie einschloss, wurden in allen Studien Gruppen von Kindern mit unterschiedlichen Angststörungen untersucht, so dass Wirksamkeitsaussagen für die einzelnen, spezifischen Angststörungen nicht möglich sind. Die in den Studien eingesetzten Interventionen bestanden aus Konfrontationsverfahren (91%), kognitiven Interventionen (67%) und Entspannungstechniken (52%).

Kurz- und langfristige Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie für die Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter konnte sowohl kurz- als auch langfristig klar belegt werden. Mit einer durchschnittlichen prä-post Effektstärke von 0.86 für die Angstsymptomatik zeigte sich für die Behandlungsgruppen ein Therapieeffekt, der nach den oben genannten Konventionen als groß betrachtet werden kann. Erwartungsgemäß konnte kein Effekt der Wartezeit auf die Angstsymptome der Kinder beobachtet werden: die durchschnittliche prä-post Effektstärke für die Wartelistenkontrollgruppe betrug 0.13. Die Stabilität der Behandlungserfolge wurde überprüft, indem die Daten der Erfolgsmessungen nach Therapieende (durchschnittliche Zeitspanne: 10 Monate) analysiert wurden. Die Prä-Follow-up Effektstärke ergab auch hier mit einer durchschnittlichen

Effektstärke von 1.36 einen großen Effekt. Die langfristige Stabilität der Therapieerfolge zeigte sich darüber hinaus in Katamnese-Studien (Barrett et al., 2001; Kendall et al., 1996; Kendall et al., 2004). Diesen Studien zufolge bleiben die Behandlungserfolge bis zu 7 Jahren nach Therapieende bestehen. Die Behandlungserfolge waren dabei nicht nur auf die Angstsymptomatik beschränkt, sondern äußerten sich auch in der Reduktion der depressiven Symptomatik.

Des Weiteren wurde analysiert, wie hoch der prozentuale Anteil der Kinder in der Behandlungs- bzw. Wartelistenkontrollgruppe war, die nach der psychotherapeutischen Behandlung bzw. der Wartezeit noch immer die Kriterien für ihre primäre Angstdiagnose zu Therapiebeginn erfüllten. Hier ergab sich ein ähnliches Bild wie bei den oben berichteten Effektstärken: So erfüllten 69% der Kinder in der Behandlungsgruppe nicht mehr die Diagnosekriterien ihrer primären Störung, während dies nur 13% in der Wartelistenkontrollgruppe taten. Auch hier handelt es sich um einen Befund, der bis zu einem Zeitraum von einem Jahr nach Therapieende stabil blieb.

Vergleich verschiedener Therapiesettings

Um zu überprüfen, ob die Art des Therapiesettings einen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat, wurde in einem nächsten Schritt die Wirksamkeit von Einzel- vs. Gruppentherapie und Kind- vs. Familienzentrierte Therapie berechnet (vgl. Tab. 2). Diesen Analysen zufolge war die Kognitive Verhaltenstherapie einzeln oder in der Gruppe durchgeführt vergleichbar effektiv. Auch zeigten sich keine Unterschiede in der Wirksamkeit von Kind- vs. Familienzentrierter Angstbehandlung. Diese Ergebnisse sollten allerdings mit Vorsicht betrachtet werden, da einige der Therapiestudien im Gruppensetting gleichzeitig auch familienzentrierte Studien waren und dadurch eine Konfundierung der verschiedenen Settings stattfindet, die eine eindeutige Interpretation der Ergebnisse erschwert. Jedoch fanden auch Muris und Kollegen (2001) in ihrer Therapiestudie, in der sie Einzel- und Gruppentherapie ohne Familieneinbezug direkt verglichen, keine Überlegenheit einer der beiden Settingarten.

Bislang fehlen klare Hinweise dafür wer, wann, von welchem Therapiesetting am meisten profitiert. Einzelne Studien fanden jedoch, dass jüngere Kinder und Kinder von Eltern mit Angststörungen stärker von einer familienzentrierten Therapie profitierten als von einer kindzentrierten Therapie (Barrett et al., 1996; Cobham et al., 1998). Hingegen konnte in der Studie von Barrett et al. (1996) die Überlegenheit der familienzentrierten Therapie gegenüber der kindzentrierten Therapie bei der 6-Jahres Katamnese nicht aufrechterhalten werden (Barrett et al., 2001). Einzelne Therapiestudien konnten zeigen, dass für einige Kinder ein kindzentrierter Therapieansatz genügt, um die Angstsymptome zu reduzieren (z.B. Nauta et al., 2003; Spence et al., 2000). Kendall et al. (2003) merkten hierzu an, dass ein kindzentrierter Ansatz vor allem für Kinder hilf-

Tabelle 2

Prä-Post und Prä-Follow-up Effektstärken (*d*) und 95% Konfidenzintervalle für Individuelle- und Gruppentherapie bzw. Kind- und Familienzentrierte Therapie (Einzelne Studien kombinieren Gruppentherapie mit Familieneinbezug)

	prä-post	95% KI	FU	95% KI
Individuelle Therapie	1.00 (n = 6)	.80–1.21	1.04 (n = 5)	.61–1.47
Gruppentherapie	0.97 (n = 10)	.62–1.32	1.64 (n = 4)	.84–4.11
Kindzentrierte Therapie	0.91 (n = 16)	.73–1.10	1.30 (n = 10)	.75–1.85
Familienzentrierte Therapie	0.83 (n = 10)	.42–1.25	1.38 (n = 9)	.44–2.30

Anmerkungen: KI = Konfidenzintervall, FU = Follow-up

reich sein könnte, deren Eltern einen überfürsorglichen Erziehungsstil zeigen. Es wird das Ziel zukünftiger Forschung sein, Charakteristiken von Kind und Familie zu identifizieren, die eine optimale Passung der Therapie an die Merkmale des Kindes erlauben.

Publikationsbias

Den meisten Forschern ist bekannt, dass die Publikation von Negativbefunden erheblich schwerer ist als die Publikation positiver Befunde. Die selektive Publikationspolitik positiver Resultate kann jedoch im Bereich der Interventionsforschung erhebliche negative Konsequenzen für die Behandlung psychischer Störungen nach sich ziehen («Publikationsbias», vgl. Schneider, 2005). Rosenthal (1979) entwickelte ein Verfahren, das es erlaubt abzuschätzen, wie robust ein Effekt ist. Hierzu legte er eine Formel vor, anhand der bestimmt werden kann, wie viele Studien ohne bedeutsamen Effekt erforderlich wären, um einen signifikanten Gesamteffekt statistisch unbedeutend werden zu lassen («fail-safe N»). Für die von uns vorgelegte Meta-Analyse ergibt sich folgende «fail-safe N»-Statistik: Um die durchschnittliche Effektstärke von 0.86 bei kognitiver Verhaltenstherapie auf einen unbedeutenden Effekt von 0.20 zu reduzieren, wären 79 Studien mit einer Effektstärke von 0 erforderlich. Die Plausibilität einer Publikationsverzerrung lässt sich mit dieser konservativen Absicherung nicht eindeutig klären, aber inhaltlich erscheint eine Publikationsverzerrung eher unwahrscheinlich.

Psychopharmakologische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Während in den letzten Jahren ein deutlicher Zuwachs an psychotherapeutischer Forschung bei Angststörungen des Kindes- und Jugendalters zu verzeichnen ist, liegt die Arz-

neimittelforschung bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen deutlich zurück. Aufgrund der besonderen ethischen Anforderungen an klinische Studien mit Kindern und Jugendlichen und dem damit verbundenen hohen Aufwand, wird diese Altersgruppe bei psychopharmakologischen Studien oft ausgeschlossen. Seitdem in den USA gesetzliche Grundlagen geschaffen wurden, mit denen die Durchführung klinischer Studien gefördert wird (Patentschutzverlängerung um 6 Monate), ist ein allmählicher Anstieg von Arzneimittelstudien bei Kindern zu verzeichnen (Herpertz-Dahlmann, 2004). Derzeit wird vom Europäischen Parlament geprüft, ob ein ähnliches Anreizsystem für Pharmafirmen in Europa eingeführt werden soll. Im Bereich der psychopharmakologischen Forschung bei Angststörungen des Kindes- und Jugendalters wurden in jüngster Zeit, aufbauend auf mehreren offenen Medikamentenstudien ohne Plazebokontrolle, erste kontrollierte randomisierte Therapiestudien vorgelegt, in denen v.a. die Wirksamkeit von Selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) geprüft wurde (Birmaher et al., 2003; RUPP Anxiety Study Group, 2001; Rynn et al., 2001). Insgesamt zeigen diese Studien, dass SSRIs auch von Kindern und Jugendlichen gut toleriert werden und nur vergleichsweise milde und vorübergehende Nebenwirkungen von den Patienten berichtet werden. In allen Studien konnte eine bedeutsame Reduktion der Angstsymptomatik bei Therapieende nachgewiesen werden. Der Nachweis einer längerfristigen Wirksamkeit steht jedoch noch aus. Weitere Studien sind dringend erforderlich, um Nebenwirkungen und Effektivität der psychopharmakologischen Behandlung im Langzeitverlauf zu erforschen und mit der Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden direkt zu vergleichen (Herpertz-Dahlmann, 2004).

Die Zusammenschau der hier dargestellten Datenlage zur psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters macht deutlich, dass die Kognitive Verhaltenstherapie die Methode der ersten Wahl sein sollte (vgl. hierzu auch Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 2003). Sie hat in me-

thodisch anspruchsvoller Weise die kurz- und langfristige Wirksamkeit eindrucksvoll nachgewiesen. Der Einsatz einer psychopharmakologischen Behandlung sollte gemäß der Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) nicht alleine, sondern immer in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren erfolgen. Eine reine psychopharmakologische Behandlung kann in Wartezeiten auf eine Psychotherapie und in Notfällen indiziert sein oder wenn die Angststörung so schwerwiegend ist, dass ohne eine psychopharmakologische Behandlung die Psychotherapie nicht begonnen werden kann.

Hinweise für die Praxis: Welche empirisch überprüften Behandlungsprogramme stehen zur Verfügung?

Die dargestellten Therapiestudien zeigen eindrucklich, dass heute empirisch validierte Interventionen für die erfolgreiche Angstbehandlung zur Verfügung stehen. Die wichtigsten Interventionen in diesen Programmen sollen im Folgenden kurz skizziert werden. Da einer erfolgreichen Angstbehandlung eine valide und reliable Diagnostik voraus gehen muss, wird zunächst das diagnostische Vorgehen, das typischerweise in solchen Programmen zur Anwendung kommt, vorgestellt.

Das diagnostische Vorgehen

Zur reliablen und validen Erfassung von Angstsymptomen, ihrer Dauer, dem Schweregrad und dem einhergehenden psychosozialen Problemen ist die Verfügbarkeit von altersentsprechenden Erhebungsinstrumenten wesentlich. Als diagnostische Methoden werden diagnostische Interviews, Verhaltensbeobachtungen, Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren und Selbstbeobachtungsprotokolle eingesetzt. Das sorgfältige diagnostische Vorgehen sollte immer Befragungen mit dem Kind/Jugendlichen, den Eltern und/oder weiteren Bezugspersonen enthalten. Dabei müssen folgende Besonderheiten beachtet werden:

- Kinder zeigen über die verschiedenen Entwicklungsphasen hinweg eine Reihe von Ängsten, die bei fast allen Kindern zu finden und entsprechend für diese Altersphasen als normal zu betrachten sind (z.B. Acht-Monats-Angst, Dunkelangst). Es muss daher bei der Diagnose einer Phobie oder Angststörung immer beurteilt werden, inwieweit die Angst des Kindes altersgemäß oder übermäßig ist.
- Zudem kann es sein, dass das ängstliche Verhalten nicht generell, sondern nur in bestimmten Situationen (z. B. Schule) auftritt.
- Eine weitere Schwierigkeit besteht in der Tatsache, dass sich Eltern und Kinder in ihren Angaben zur Art und Häufigkeit von Symptomen beim Kind z.T. stark unterscheiden (Schneider et al., 1995). Am schlechtesten

stimmen Eltern und Kinder dann überein, wenn sie über die innere Befindlichkeit des Kindes befragt werden. Es wird daher empfohlen, bei Angststörungen und Phobien mehrere Informationsquellen (u.a. das Kind selbst) und diagnostische Methoden miteinander zu kombinieren.

Die diagnostische Phase enthält typischerweise die folgenden Schritte:

1. Gemeinsames Erstgespräch mit Eltern und Kind zur Klärung eines allgemeinen Eindrucks und Vermittlung eines Überblicks über das weitere Vorgehen. Dabei ist auf den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, besonders bei ängstlichen Kindern zu achten.
2. Diagnostische Einordnung einschließlich Differenzialdiagnostik mit Hilfe reliabler und valider standardisierter Verfahren (z.B. strukturiertes Interview, Diagnose-Checklisten), jeweils separat mit Eltern bzw. Kind (CASCAP-D: Döpfner et al., 1999; DISYPS-KJ: Döpfner & Lehmkuhl, 2000; Kinder-DIPS: Unnewehr et al., 1995; Schneider et al., in Vorbereitung).
3. Somatische Differenzialdiagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen.
4. Einsatz reliabler und valider Fragebogen und evtl. Tagebücher (vgl. Hoyer & Margraf, 2003).
5. Detailanalyse der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen (Problem- und Verhaltensanalyse).

Eine Intelligenzdiagnostik ist bei einer Angstsymptomatik nicht zwingend notwendig. Sie ist dann indiziert, wenn sich aus der Anamnese Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen ergeben oder wenn schulische Leistungsprobleme vorliegen, insbesondere wenn ausgeprägte Leistungsgänge und damit verbundene Leistungsschwächen bzw. -defizite auftreten. Das diagnostische Vorgehen mit seinen Besonderheiten und Schritten kann den Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen (Schneider & Döpfner, 2004) entnommen werden.

Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen

Tabelle 3 zeigt einen Überblick über die evidenzbasierten Interventionen bei den Angststörungen des Kindes- und Jugendalters. Der Tabelle zufolge gibt es für die meisten Angststörungen keine spezifischen Behandlungsprogramme. Vielmehr richten sich die Behandlungsprogramme an Kinder mit Trennungsangst, Spezifischer Phobie, Sozialer Phobie und Generalisierter Angststörung gleichermaßen. Eine Ausnahme stellt die Soziale Phobie dar, für die spezifische Therapieprogramme vorliegen.

Den vorliegenden Therapiestudien zufolge sind für die erfolgreiche Behandlung von Angststörungen die folgenden psychotherapeutischen Interventionen essentiell: Psychoedukation, kognitive Interventionen mit dem Kind bzw. den Eltern und Konfrontationsverfahren. Ziele der Be-

Tabelle 3

Empirisch validierte Interventionen für die einzelnen Angststörungen des Kindes und Jugendalters (nach Schneider & Döpfner, 2004)

Angststörung	Empirisch validierte Interventionen	Therapiemanuale
Spezifische Phobie	<ul style="list-style-type: none"> • Forcierte Reizkonfrontation • Operantes Vorgehen (reinforced practice) • Teilnehmendes Modelllernen • Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntaining (Einzel und Gruppe): Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren 	Coping Cat (Kendall, 2000; Kendall, et al., 2002) FRIENDS (Barrett et al., 2000; deutsche Übersetzung von Barrett et al., 2003) Cool Kids (Lyneham et al., 2003)
Soziale Phobie	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntaining (möglichst in Gruppe): Psychoedukation soziale Phobie, Abbau dysfunktionaler Gedanken, Soziales Kompetenz/ Selbstsicherheits-training, graduierte Reizkonfrontation	Ahrens-Eipper & Leplow (2004) Petermann & Petermann (2003) Joormann & Unnewehr (2002)
Trennungsangst	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntaining (Einzel und Gruppe): Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Coping Cat (Kendall, 2000; Kendall et al., 2002) FRIENDS (Barrett et al., 2000; deutsche Übersetzung von Barrett, et al., 2003). Cool Kids (Lyneham et al., 2003) TAAF: Trennungsangstprogramm in Vorbereitung (Schneider, 2004b)
Generalisierte Angststörung	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elterntaining (Einzel und Gruppe): Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Coping Cat (Kendall, 2000; Kendall et al., 2002) FRIENDS (Barrett et al., 2000; deutsche Übersetzung von Barrett et al., 2003) Cool Kids (Lyneham et al., 2003)
Leistungängste	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit Elterntaining Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren,	Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Band 1: Leistungängste (Suhr & Döpfner, 2005)

handlung sind der Abbau von Vermeidungsverhalten und Veränderung der Bewertung von Angstauslösern und Angstsymptomen.

gene Symptome der Angst, Befürchtungen und Bewältigungsstrategien zu benennen.

• Psychoedukation von Eltern und Kind

Eltern und Kind werden über normale und pathologische Angst aufgeklärt. Sie werden über die drei Komponenten der Angst (Körpersymptome, Gedanken, Verhalten), die Ätiologie und Aufrechterhaltung informiert. Insbesondere beim Kind ist auf eine altersgerechte Vermittlung dieser Informationen zu achten. Es werden anschauliche Bildmaterialien oder Bücher verwendet, die diese Informationen in kindgerechter Weise darbieten (z. B. Boie, 2001; Schneider & Borer, 2002; Schneider, 2004b). Diese Informationen stellen die Grundlage dafür dar, um das Kind anzuleiten, ei-

• Kognitive Interventionen

Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken der Eltern

Insbesondere in den neueren familienbasierten Therapiestudien spielt die Bearbeitung sogenannter dysfunktionaler Gedanken der Eltern in Bezug auf das Kind eine zentrale Rolle. Unter dysfunktionalen Gedanken der Eltern werden diejenigen Annahmen und Befürchtungen der Eltern verstanden, die sie daran hindern das Kind in der Auseinandersetzung mit seiner unangemessenen Angst zu unterstützen. Beispiele für solche Gedanken sind: «Ich bin eine schlechte Mutter/schlechter Vater, wenn ich mein Kind in

dieser Situation allein lasse», «Ich bin schuld, dass mein Kind ängstlich ist», «Mein Kind wird durch zu starke Angst traumatisiert und für immer Schaden nehmen». Im Gespräch mit den Eltern werden die dysfunktionalen Gedanken systematisch auf ihren Realitätsgehalt überprüft und korrigiert. Es werden alternative Gedanken erarbeitet (z.B. «Das Bewältigen der Angst wird mein Kind stärken und selbstbewusster machen»), die den Eltern helfen sollen, im späteren Teil der Therapie das Kind bei der Durchführung der Konfrontationsübungen adäquat zu unterstützen. Eine detaillierte Beschreibung dieser Intervention ist Schneider (2004b) zu entnehmen.

• Bearbeiten dysfunktionaler Gedanken beim Kind

Ebenso wie die Eltern lernt das Kind, seine dysfunktionalen Gedanken über die gefürchtete Situation zu korrigieren. Kognitive Umstrukturierung hat den Aufbau und die Stärkung positiver und realistischer Gedanken zum Ziel. Zentral dabei ist die Ausarbeitung der Verbindung zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Nach der Identifizierung, Überprüfung und Modifikation der angstauslösenden Gedanken, werden mit dem Kind Gedanken und Selbstinstruktionen erarbeitet, die helfen sollen, die angstauslösenden Situationen zu bewältigen. Selbstinstruktionen zur Steigerung der Selbstwirksamkeit können z.B. mit dem Kind auf Karteikärtchen geschrieben werden, die es bei sich tragen und in angstauslösenden Situationen verwenden kann. Beispiele für solche Selbstinstruktionen sind: «Ich bin mutig!» oder «Ich bin stark». Unterstützend können hier auch mutmachende Figuren (z.B. Pipi Langstrumpf) oder Objekte (z.B. Mutstein) eingesetzt werden.

• Reizkonfrontationsverfahren

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

Das Ziel der Konfrontation besteht darin, dem Kind die Erfahrung zu vermitteln, dass angstauslösende Situationen ertragen werden können, ohne dass die von ihm befürchteten unangenehmen Folgen eintreten. Entscheidend für das Gelingen der Übungen ist die Vorbereitung des Kindes. Die graphische Darstellung des Angstverlaufs hat sich dabei in unserer klinischen Erfahrung als sehr hilfreich erwiesen.

Anhand des Verlaufs kann gezeigt werden, dass die Angst kontinuierlich abnimmt, je häufiger die angstauslösende Situation geübt wird. Des Weiteren kann herausgearbeitet werden, dass Vermeidungsverhalten die Angst nur kurzfristig reduziert, jedoch mittel- und langfristig diese aufrechterhält und verstärkt. Dem Kind sollte vor der Konfrontation mitgeteilt werden, dass Flucht und Vermeidungsverhalten verhindert wird, weil man dem Kind helfen möchte, die Angst «klein zu kriegen». Neben der Vorbereitung der Konfrontation bedarf auch die Planung und Durchführung eine hohe Kompetenz der Therapeuten. Die ersten Übungen müssen sorgfältig geplant und durchgeführt werden, da sie entscheidend für den weiteren Therapieverlauf sind. Eine schlecht geplante bzw. durchgeführte Konfrontationsübung kann u. U. ein motiviertes Kind und motivierte Eltern zu einem Abbruch der Konfrontation bewegen. Die Begleitung der ersten Übungen durch die Therapeutin stellt daher sicher, dass das Kind schnell die zu übende Situation aufsucht (ohne lange Diskussionen mit dem Kind vorab) und lange genug in der Situation verweilt.

Der häufigste Fehler in der Durchführung von Konfrontationsübungen ist, dass die Übungen nicht systematisch und nicht dicht genug aufeinander erfolgen. Oft wird eine einzelne Übung durchgeführt und nach ein paar Tagen oder sogar erst nach einer Woche die nächste Übung. Die Grundlagenforschung zur Angstkonditionierung und -löschung zeigt jedoch eindeutig, dass eine überdauernde Reduktion der Angst nur dann gewährleistet ist, wenn Habituationserfahrungen häufig und in kurzen Abständen zueinander erfolgen. Es muss daher insbesondere bei einer schweren Angstsymptomatik mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten gewährleistet sein, dass das Kind ab der ersten Konfrontationsübung jeden Tag, mehrmals hintereinander, Übungen durchführen wird. Es ist von großer Bedeutung, dass Eltern und Kind bei einer Zustimmung zur Konfrontationstherapie auch klar signalisiert haben, genügend Zeit für Übungen in ihrem Alltag einzuplanen. Können die Eltern dies nicht gewährleisten, sollte von einer Konfrontationstherapie abgesehen werden. Das konkrete Vorgehen ist bei Schneider (2004a, Kapitel 7, bzw. 2004b) beschrieben.

Welche Fragen gilt es in Zukunft zu klären?

Die Psychotherapieforschung im Bereich der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen hat in den letzten Jahren entscheidende Fortschritte gemacht. Nichtsdestotrotz gilt es noch viele offene Fragen zu klären.

Für viele der in der klinischen Praxis angewendeten psychotherapeutischen Verfahren (z.B. systemische Psychotherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie) liegen keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise vor. Es bedarf dringend einer Abklärung der Effektivität der psychotherapeutischen Interventionen, um diese Lücke zu schließen. Eine Arbeit von Target und Fonagy (1994), die anhand von Krankenakten die Wirksamkeit psychoanalyti-

scher Psychotherapie bei Kindern mit Emotionalen Störungen retrospektiv prüfte, konnte an einer Stichprobe von 352 Kindern eine Verbesserungsrate von 47.2% bei Kindern mit emotionalen Störungen nachweisen. Jedoch bedarf dieses Ergebnis einer Erhärtung im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Therapiestudie. Erst dadurch ist es möglich, die Wirksamkeit eindeutig zu klären.

Bislang wurden in den vorliegenden Therapiestudien Kinder mit unterschiedlichen Angststörungen fast immer mit dem gleichen Behandlungsprogramm behandelt (mit Ausnahme der sozialen Phobie). Aussagen zum Erfolg für die spezifischen Angststörungen sind dadurch nicht möglich. Zukünftige Therapiestudien sollten daher die Behandlungserfolge getrennt für die spezifischen Angststörungen betrachten. Auch ist zu prüfen, ob durch die Ausformulierung störungsspezifischer Behandlungsprogramme die Wirksamkeit von Psychotherapie noch weiter gesteigert werden kann.

Es liegen keine Studien vor, welche die verschiedenen wirksamen Behandlungsansätze direkt miteinander vergleichen (z.B. Psychotherapie vs. Psychopharmakotherapie). Ein solcher Vergleich würde aber erlauben, wichtige Informationen über die differentielle Indikation der verschiedenen Ansätze zu gewinnen. Zudem ist es wichtig, Mediatoren und Moderatoren zu untersuchen, um Hinweise zu bekommen, welche Wirkfaktoren für einen Therapieerfolg verantwortlich sind. Auch die Prozessforschung bei Kindern und Jugendlichen steckt noch in den Kinderschuhen. Wir brauchen dringend mehr Forschung zu Basisfertigkeiten wie altersadäquater Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Motivationsarbeit. So bedarf die Motivationsarbeit mit Kindern ganz anderer Techniken als die Motivationsarbeit mit Jugendlichen. Eine weitere zentrale Frage in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist die nach einem sinnvollen Einsatz von Kind- vs. Eltern- vs. familienzentrierten Interventionen. Hier muss der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nach wie vor «Bauchentscheidungen» treffen, die weit entfernt von empirischer Evidenz liegen. Auch die Beantwortung der Frage nach dem Einfluss der elterlichen Psychopathologie auf die Behandlung der psychischen Störungen des Kindes stellt eine große Herausforderung in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen dar. Erste Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass die Behandlung der elterlichen psychischen Störung einen erheblichen Einfluss auf die Psychopathologie des Kindes hat (Cobham et al., 1998; Schneider et al., submittiert). Und schließlich bedarf es auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Hinwendung zu Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Denn Psychotherapie tut nicht immer nur Gutes (vgl. hierzu Margraf & Schneider, 1992; Weiss et al., 1999, 2000).

Während sich die Psychotherapieforschung bislang vor allem der «Efficacy»-Forschung widmete, wird heute immer häufiger gefordert, neben psychotherapeutischer Forschung unter «Laborbedingungen» («efficacy research») auch die Effektivität von Psychotherapie in der Routinepraxis («effectiveness research») zu untersuchen. Die zum

derzeitigen Zeitpunkt wirksamen Therapieprogramme sollten daher in der Routinepraxis überprüft werden. In diesem Zusammenhang kann auf eine erst kürzlich publizierte Studie von Baer und Garland (2005) hingewiesen werden. In dieser Studie wurden 12 Jugendliche mit Sozialer Phobie mit einer Gruppentherapie in einem allgemeinen psychiatrischen Setting behandelt. Die Studie gibt erste Hinweise darauf, dass eine vereinfachte Form von kognitiver Verhaltenstherapie auch in einem allgemeinen psychiatrischen Setting erfolgreich eingesetzt werden kann.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das Wissen um die erfolgreiche Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen nicht nur hilft aktuelles, sondern auch zukünftiges Leiden dieser Kinder zu reduzieren. Insofern hat die Psychotherapie in dieser Altersgruppe gleichzeitig auch präventiven Charakter. In der weiteren Arbeit zur Verbesserung der Psychotherapien von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sollte ein spezieller Fokus auf diejenigen Kinder gelegt werden, die noch nicht von den existierenden Therapien profitieren können.

Literatur

- Ahrens-Eipper, S. & Leplow, B. (2004). *Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- 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, 69S–84S.
- Baer, S. & Garland, E. J. (2005). Pilot Study of Community-Based Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents With Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44, 258–264.
- 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.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135–141.
- Barrett, P., Webster, H. & Turner, C. (2000). *Friends for children*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Barrett, P., Webster, H., Turner, C., Essau, C., E. & Conradt, J. (2003). *Freunde für Kinder*. München: Reinhardt.
- Birmaher, B., Axelson, D. A., Monk, K., Kalas, C., Clark, D. B., Ehmman, M., Bridge, J., Heo, J. & Brent, D. A. (2003). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 415–423.
- Boie, K. (2001). *Kirsten Boie erzählt vom Angsthaben*. Hamburg: Oetinger.
- Brückl, T., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S. & Lieb, R. (in press). Childhood separation anxiety and the risk for subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy & Psychosomatics*.
- Cassidy, L. J. & Jellinek, M. S. (1998). Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 45, 1037–1052.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically sup-

- ported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R. & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893–905.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (2. überarb. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H. C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *DISYPS-KJ. Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*. (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hans Huber.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263–279.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2004). Psychopharmakologische Behandlung. In: S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kinder- und Jugendlichen* (S. 373–388). Berlin: Springer.
- Hoyer, J. & Margraf, J. (2003). *Angstdiagnostik*. Berlin: Springer.
- Ilhe, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53, 159–169.
- In-Albon, T. & Schneider, S. (in press). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy & Psychosomatics*.
- Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002). *Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kendall, P. C. (2000). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual*. Ardmore: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Choudhury, M., Hudson, J. & Webb, A. (2002). *The C.A.T. Project. Manual for the Cognitive Behavioral Treatment of Anxious Adolescents*. Ardmore: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724–730.
- Kendall, P. C., Aschenbrand, S. G. & Hudson, J. L. (2003). Child-focused treatment of anxiety. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 81–100) New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schröder, E. & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance abuse and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276–287.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C. & Merikangas, K. R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 60–68.
- Lyneham, H. J., Abbott, M. J., Wignall, A. & Rapee, R. M. (2003). *The Cool Kids family Program – Therapist Manual*. Sydney: Macquarie University.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1992). Erfahrung, Wissenschaft und Praxis: Missverständnisse über empirisch fundierte Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 2, 265–266.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. & Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323–336.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270–1278.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2003). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (8. korrigierte Auflage). Göttingen, Hogrefe.
- Reed, V. & Wittchen, H.-U. (1998). DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: how specific are panic attacks? *Journal of Psychiatric Research*, 32, 335–345.
- Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group (RUPP) (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 344, 1278–1285.
- Rosenthal, R. (1979). The «file drawer problem» and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*, 86, 638–641.
- Rynn, M. A., Siqueland, L. & Rickels, K. (2001). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2008–2014.
- Schneider, S. (Hrsg.) (2004a). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.
- Schneider, S. (2004b). *Trennungsangstprogramm für Familien (TAFF)*. Unpubliziertes Therapiemanual. Institut für Psychologie, Universität Basel.
- Schneider, S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25, 305–316.
- Schneider, S. & Borer, S. (2002). *Nur keine Panik. Was Kinder über Panik wissen sollten*. Zürich: pro juventute.
- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 80–96.
- Schneider, S., Adornetto, C. & Unnewehr, S. (in Vorbereitung). *Diagnostisches Interview psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter* (Kinder-DIPS). Berlin: Springer Verlag.
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (1995). *Kinder-DIPS Handbuch*. Berlin: Springer.
- Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Tooussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 713–726.
- Suhr, L. & Döpfner, M. (2005). *Diagnostik und Therapie von Leistungsängsten. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)*, Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Target, M. & Fonagy, P. (1994). Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 361–371.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.) (1995). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Weiss, B., Catron, T. & Harris, V. (2000). A 2-Year Follow-Up of the Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1094–1101.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V. & Phung, T. M. (1999). The Ef-

- fectiveness of Traditional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 82–94.
- Williams, J., Klinepeter, K., Palmes, G., Pulley, A. & Foy, J. M. (2004). Diagnosis and Treatment of Behavioural Health Disorder in Pediatric Practice. *Pediatrics*, 114(3), 601–606.
- Woodward, L. J. & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1086–1093.
- World Health Organization (Hrsg.). (1989). *International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD-10)* Chapter V: Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Genf: World Health Organization.

Prof. Dr. Silvia Schneider

Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
 Institut für Psychologie der Universität Basel
 Missionsstraße 60/62
 CH-4055 Basel
 E-mail: silvia.schneider@unibas.ch

Anhang

Multiple-Choice-Fragen zum Erwerb von CME-Punkten zum Artikel (nur eine Antwort pro Frage ist richtig):

Effektivität von Psychotherapie bei Angststörungen

1.) Für welche Angststörungen steht Teilnehmendes Modelllernen als empirisch validierte Intervention zur Verfügung?

- A: Trennungsangst
- B: Soziale Phobie
- C: Leistungsängste
- D: Generalisierte Angststörung
- E: Spezifische Phobie

2.) Die Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken gehört zur/ zu den:

- A: Entspannungsverfahren
- B: Kognitiven Interventionen
- C: Psychoedukation von Eltern und Kind
- D: Operantenverfahren
- E: Reizkonfrontationsverfahren

3.) Was gehört nicht zur diagnostischen Phase bei Angststörungen).

- A: Einsatz reliabler und valider Fragebögen
- B: Detailanalyse der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen
- C: Gestufte Reizkonfrontation
- D: Differenzialdiagnostik zum Ausschluß organischer Ursachen
- E: Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten

Schneider et al.: Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert?

4.) Welche Aussage zu den Angststörungen ist falsch?

- A: Es gibt jeweils eindeutige empirische Studien zum Einsatz von Kind- vs. Eltern- vs. Familien-zentrierten Interventionen.
- B: Kognitive Verhaltenstherapie wirkt kurzfristig und langfristig.
- C: Die psychotherapeutische Angstforschung bei Kindern und Jugendlichen liegt weit hinter jener bei Erwachsenen zurück.
- D: Eine Reihe von Ängsten bei Kindern ist in einem bestimmten Alter als normal zu betrachten.
- E: Es gibt Hinweise, dass die Behandlung einer elterlichen psychischen Störung einen erheblichen Einfluss auf die Psychopathologie des Kindes hat.

5.) Welche Aussage zu den Angststörungen ist richtig?

- A: Auch für Kinder < 6 Jahren stehen bereits evaluierte Therapieprogramme zur Verfügung.
- B: Bei einer Angstsymptomatik ist eine Intelligenzdiagnostik nie notwendig.
- C: Die Kognitive Verhaltenstherapie sollte nach heutigem Wissensstand die Therapie der ersten Wahl sein.
- D: Bei Kindern ist die Motivation für die Therapie in den meisten Fällen von geringer Bedeutung für den Therapieerfolg.
- E: Um eine Überforderung des Kindes zu vermeiden, ist eine detaillierte Aufklärung über die vermutete Ätiologie und Aufrechterhaltung der Angst zu unterlassen.

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten, schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen mit einem frankierten Rückumschlag bis zum 30.6.2006 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Herr Professor Dr. Gerd Lehmkühl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert Koch-Straße 10
DE-50931 Köln

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 1 Fortbildungspunkt an.

_____ Stempel

Zeitschrift für
**Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie**
3/2006

HUBER 

DATUM

UNTERSCHRIFT

«Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert?»

Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name _____

Berufsbezeichnung, Titel _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____