

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen

Behandlungsbedarf und Behandlungsmöglichkeiten

Angststörungen des Kindes- und Jugendalters – Alles nur „Kinderkram“?

Fallberichte über Angststörungen im Kindesalter (■ **Tabelle 1**) waren wichtige Wegbereiter für die Formulierung von Theorien zur Behandlung von Ängsten: So berichteten Watson und Rayner 1920 über die – aus heutiger Sicht ethisch bedenklich einzuordnende – Konditionierung einer Rattenphobie bei dem einjährigen Albert und legten damit eine wichtige Grundlage für die Entwicklung lerntheoretischer Theorien zur Behandlung von Ängsten. Im Jahr 1924 legte Watsons Schülerin Mary Cover Jones (1924) mit der Behandlung der Pelztierphobie des dreijährigen Peters eine erste Beschreibung über die systematische Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken vor. Obwohl die frühe wissenschaftliche Beschäftigung mit Kinderängsten wichtiger und viel versprechender Wegbereiter für die Ausarbeitung verhaltenstherapeutischer Störungsmodelle und Behandlungsansätze war, kam es zu einem tiefen Dornröschenschlaf dieses Forschungszweigs, während für Angststörungen des Erwachsenenalters große Fortschritte in der Entwicklung störungsspezifischer Erklärungs- und Behandlungsansätze erreicht wurden.

Warum wurden Angststörungen des Kindes- und Jugendalters über so lange Zeit vernachlässigt? Angststörungen des

Kindes- und Jugendalters gehören zu den eher „stillen“ psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters, die anders als die hyperkinetischen Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens für die Bezugspersonen der davon betroffenen Kinder in der Regel weniger belastend und störend sind. Somit werden Kinder mit Angststörungen deutlich seltener in Behandlungseinrichtungen vorgestellt als etwa Kinder mit externalisierenden Störungen. Dies mag den Eindruck erweckt haben, dass Angststörungen im Kindesalter eher selten und vernachlässigbar sind. Schaut man sich etwa Lehrbücher zur Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters aus den 1980er- und 1990er-Jahren an, so findet man dort erstaunlicherweise äußerst selten Kapitel zu den Angststörungen und Phobien des Kindesalters. Falls diese Themen doch eine Aufnahme fanden, nehmen diese Kapitel meist eine eher marginale Rolle mit einem ausgesprochen kleinen Seitenumfang ein. Ein weiterer Grund für die Vernachlässigung von Angststörungen des Kindesalters mag sein, dass Angststörungen des Kindesalters eher als Entwicklungsphasen verstanden wurden, die sich von alleine wieder auswachsen. Gleichzeitig ging man davon aus, dass Angststörungen des Erwachsenenalters nicht schon im Kindesalter beginnen. Diese vermutete Diskontinuität von Kinderängsten spiegelt sich auch heute noch in der „International Classificati-

on of Diseases- (ICD-10)“ der Angststörungen wider: So werden typische Angststörungen des Kindesalters, wie die emotionale Störung mit Trennungsangst, die phobische Störung und die Störung mit sozialer Ängstlichkeit, in der ICD-10 deshalb zu einem Kapitel zusammengefasst, weil angenommen wird, dass die Mehrheit der Kinder mit solchen Störungen als Erwachsene unauffällig ist und – umgekehrt – Angststörungen Erwachsener in der Regel keine Vorläufer in der Kindheit haben.

Häufigkeit von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

In den letzten Jahren sind wichtige empirische Arbeiten vorgelegt worden, die diese Sichtweise grundlegend infrage stellen. Zum einen wissen wir heute, dass wir klar zwischen entwicklungsphasentypischen Ängsten und klinischen Angststörungsbildern im Kindes- und Jugendalter unterscheiden müssen. Entwicklungsphasentypische Ängste sind im Kindesalter weit verbreitet. Typischerweise sind diese Ängste vergleichsweise mild, altersspezifisch und vorübergehend. Zudem scheint es so zu sein, dass sie zu der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung des Kindes in Beziehung stehen. Das bedeutet, dass sich die Ängstinhalte mit dem Alter und der Entwicklung der Kinder ändern. Die meisten Kinder haben mehrere

Tabelle 1

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

Störung	Symptomatik	Kognitionen	Körperliche Symptome	Vermiedene Situationen
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	Übermäßig starke und unrealistische Angst in Erwartung der oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen	Eltern oder Kind könnte etwas Schlimmes zustoßen, das sie dauerhaft voneinander trennen könnte (z. B. Unfall, Entführung)	Bauch- oder Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	Kindergarten; Schule; allein, im eigenen Bett schlafen; auswärts übernachten
Phobische Störung des Kindesalters	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 weh tun	Herzklopfen, Bauchschmerzen, Schwitzen, Zittern	Zum Arzt gehen (Blut, Spritzen); in den Keller gehen; Laute Geräusche; 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	Geburtstagsfeier; vor der Klasse sprechen; mit vertrauten oder unvertrauten Personen sprechen
Generalisierte Angststörung des Kindesalters	Übermäßig starke oder unbegründete und nichtkontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche: Sorgen über Kleinigkeiten, wie Unpünktlichkeit, Sorgen darüber, sich richtig verhalten zu haben, gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben	Z. B. Wenn die Hausaufgaben nicht korrekt sind, werde ich später keinen Beruf erlernen können Metasorgen: Von den vielen Sorgen werde ich verrückt	Nervosität, Anspannung, Ein- und Durchschlafprobleme	Hausaufgaben (aus Angst Fehler zu machen); Nachrichten hören oder schauen; Zuspätkommen (Rückversicherung)

Ängste gleichzeitig. Während z. B. gegen Ende des ersten Lebensjahres Ängste vor fremden Menschen, fremden Gegenständen, lauten Geräuschen und Höhen besonders häufig auftreten, haben die Zwei- bis Vierjährigen oft Angst vor Tieren, vor der Dunkelheit und vor dem Alleinsein. Bei den Vier- bis Sechsjährigen kommt es zu einer besonderen Zunahme der Angst vor Phantasiegestalten, wie z. B. Gespenstern, Monstern oder Geistern, und Naturereignissen, wie Stürmen und Blitzen. Bei den Sieben- bis Zehnjährigen beziehen sich die Ängste immer häufiger auf die Schule, auf mögliches oder vermeintliches Versagen und auf negative Bewertungen durch andere, sowie auf die Gesundheit, wie etwa die Angst vor Verletzungen, Krankheiten, Tod und vor medizinischen Eingriffen. Insgesamt nehmen mit dem Schulalter die Ängste vor Phantasiegestalten und Dunkelheit sowie vor Fremden und vor kleinen Tieren ab. Soziale Ängste, Ängste vor negativer Bewertung und Ängste bezüglich der Gesundheit werden dagegen häufiger. Davon abzugrenzen sind klinisch relevante Angststörungsbilder. Generell gelten nach der ICD-10 Ängste

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

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

Seit den 1990er-Jahren wurden in mehreren Studien systematische Informationen über die Verbreitung von klinisch relevanten Angststörungen im Kindes- und Jugendalter erhoben. In einem Überblick haben Ihle und Esser (2002) die wichtigsten dieser Studien zusammengefasst. Für die Angststörungen liegt dieser Übersicht zufolge der Median für die untersuchten Periodenprävalenzen (6-Monats- bis Lebenszeitprävalenzen) bei 10,4%. Somit sind die Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Des Weiteren fassen die Autoren die Daten zur Stabilität der Angst-

störungen bei Kindern zusammen: Die Stabilitätsrate der Angststörungen zeigte, dass ca. die Hälfte psychisch auffälliger 13-Jähriger auch noch im Alter von 18 Jahren emotionale Störungen aufwiesen. Vergleichbar zeigte sich der Verlauf emotionaler Störungen zwischen dem 18. und 25. Lebensalter.

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

des- und Jugendalter liegt. Das Risiko, im Erwachsenenalter erstmals an einer Angststörung zu erkranken, ist diesen Daten zufolge als eher gering einzuschätzen.

Sind Kinderängste Wegbereiter für psychische Störungen des Erwachsenenalters?

Wie oben ausgeführt, stellen Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter dar. Es stellt sich nun die Frage des Verlaufes dieser Störungsbilder bis in das Erwachsenenalter, und insbesondere ob von einer Diskontinuität der Angststörungen des Kindes- und Jugendalters auszugehen ist. Heute liegen mehrere Längsschnittstudien vor, die diese Frage beantworten können: Diesen Studien zufolge ist eine Angststörung im Kindesalter ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter. Angststörungen, affektive Störungen und Substanzabhängigkeit sind die häufigsten Störungen, die sich in der Folge von Angststörungen entwickeln. Die emotionale Störung mit Trennungsangst scheint dabei mit einem besonders hohen Risiko für das Auftreten psychischer Störungen im Erwachsenenalter behaftet zu sein. So konnten Brückl et al. (2006) 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.

Diese neuen Befunde machen deutlich, dass Ängste im Kindes- und Jugendalter nicht nur „Kinderkram“ sind, sondern zu klinisch bedeutsamen Angststörungen werden können, die erhebliches Leid für das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie bedeuten. Darüber hinaus ist heute unbestritten, dass Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters gehören und einen bedeutenden Risikofaktor für das Auftreten von Angst-, affektiven und Abhängigkeitsstörungen im Erwachsenen-

Zusammenfassung · Abstract

Psychotherapeut 2006 · 51:99–106
DOI 10.1007/s00278-006-0475-0
© Springer Medizin Verlag 2006

Silvia Schneider

Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Behandlungsbedarf und Behandlungsmöglichkeiten

Zusammenfassung

Angststörungen des Kindes- und Jugendalters wurden über lange Zeit in der Forschung vernachlässigt. Aktuelle empirische Arbeiten zur Prävalenz und zum Verlauf von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters belegen eindrücklich, dass (1) Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind, und (2) dass sie bedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung v. a. von Angststörungen, Depressionen und Substanzabhängigkeit/-missbrauch im Erwachsenenalter darstellen. Die jüngsten Entwicklungen in der Verhaltenstherapie der Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen werden zunächst vorgestellt und die Ergebnisse einer Metaanalyse ver-

haltenstherapeutischer Studien zusammengefasst. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen, dass Angststörungen im Kindes- und Jugendalter erfolgreich mit Verhaltenstherapie behandelt werden können. Die Katamnesedaten dokumentieren darüber hinaus, dass die Therapieerfolge über mehrere Jahre stabil bleiben. Beim Vergleich von individueller und Gruppentherapie sowie von kind- und familienzentrierter Therapie ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich des Therapieerfolgs.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie · Angststörungen · Kinder und Jugendliche

Behavior therapy of children and adolescents with anxiety disorders

Abstract

Research into anxiety disorders of children and adolescents have been neglected for a long time. Current work on the prevalence and on the course of anxiety disorders of children and adolescents impressively substantiates that (1) anxiety disturbances are the most frequent mental disorders of children and adolescents and, (2) represent important factors of risk for the development of anxiety disorders, depression and substance dependence/abuse in adulthood. The recent developments in behavior therapy on anxiety disorders with children and adolescents are presented first and the results of a meta-analysis of

behavior therapy studies are summarized. The results of the meta-analysis show that anxiety disorders can be treated successfully in children and adolescents with behavior therapy. The follow up data show that therapy successes remain stable over a timespan of several years. In comparison of individual and group therapy as well as child and family-based therapy, there are no important differences with regard to therapy success.

Keywords

Behavior therapy · Anxiety disorders · Children and adolescents

Tabelle 2

Metaanalyse: Die am häufigsten eingesetzten verhaltenstherapeutischen Interventionen

Interventionen mit dem Kind	Konfrontationsverfahren Kognitive Umstrukturierung Entspannungstechniken Positive Selbstinstruktionen
Interventionen mit den Eltern	„Coaching“ der Eltern im Umgang mit der Angst des Kindes Kommunikationstraining Problemlösetraining Behandlung der Angst der Eltern

Tabelle 3

Prä-post- und Prä-follow-up-Effektstärken (d) und 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) für Verhaltenstherapie (Gesamt) und Kontrollgruppe, VT Einzel- und Gruppensetting sowie VT kind- und familienzentriert

Verhaltenstherapie	Prä-post	95%-KI	Prä-follow-up	95%-KI
Gesamt	0,86 (n=24)	0,69–1,03	1,36 (n=16)	0,78–1,94
Kontrollgruppe	0,13 (n=16)	0,03–0,16	–	–
Einzel	1,00 (n=6)	0,80–1,21	1,04 (n=5)	0,61–1,47
Gruppe	0,97 (n=10)	0,62–1,32	1,64 (n=4)	–0,84–4,11
Kindzentriert	0,91 (n=16)	0,73–1,1	1,30 (n=10)	0,75–1,85
Familienzentriert	0,83 (n=10)	0,42–1,25	1,38 (n=9)	0,44–2,3

– Es stehen keine Daten zur Verfügung.

alter darstellen. Trotz des ungünstigen Verlaufes erhalten viele Kinder mit Angststörungen keine professionelle Hilfe, und viele Kinder mit Angststörung werden nicht als solche erkannt. Hier besteht dringender Aufklärungs- und Informationsbedarf bei Eltern und Kindern, aber auch bei allen im pädagogischen und Gesundheitsbereich tätigen Professionellen.

Verhaltenstherapie der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

In den letzten Jahren hat die Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter eine enorme Entwicklung genommen. Während die ersten Behandlungsbeschreibungen in enger Anlehnung an lerntheoretische Überlegungen den Fokus auf die „Umkonditionierung“ angstauslösender Reize und die Löschung der Angstreaktion richteten, enthalten die heute zur Anwendung kommenden verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramme eine Reihe weiter gehender Behandlungsaspekte. Diese Weiterentwicklung basiert hauptsächlich auf den in den letzten Jahren er-

reichten Erkenntnissen aus der Grundlagenforschung zu Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Schneider 2005). Aktuelle Behandlungsprogramme, wie etwa „Coping Cat“ von Philip Kendall oder „FRIENDS“ von Paula Barrett, enthalten neben den „klassischen“ verhaltenstherapeutischen Interventionen Aspekte, die deutlich über diese Themen hinausgehen. So geht es in diesen Programmen auch um kognitive Gesichtspunkte der Angst. Befürchtungen und Bewertungen des Kindes bezüglich der angstauslösenden Situation oder seine Einschätzung bezüglich seiner eigenen Bewältigungsmöglichkeiten in diesen Situationen werden ausführlich und in altersangemessener Weise in der Therapie betrachtet und ggf. verändert. Neben dem Angstabbau im engeren Sinne ist es Ziel dieser Therapien, die Autonomie und Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Kindes zu stärken. Die Kinder werden „stark gemacht“, um schwierige Situationen und Probleme anzugehen und zu lösen. Eine Reihe neuer verhaltenstherapeutischer Programme betont zudem die Bedeutung familiärer Aspekte und bezieht die Eltern signifikant in die Behandlung des Kindes mit ein. Die Eltern werden

dabei in der Therapie angeleitet, ihren Erziehungsstil zu reflektieren und ggf. zu verändern. Sie werden in Rollenspielen oder auch „Live-Situationen“ mit dem Kind „gecoacht“, um insbesondere in Situationen, in denen das Kind Angst zeigt, angemessenen reagieren zu können. Des Weiteren werden die Eltern angeleitet, dem Kind mehr Autonomie zu gewähren und weniger überfürsorgliches Verhalten zu zeigen. Zur Verbesserung des Familienklimas werden konstruktive Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten eingeübt. Und schließlich beinhalten einige Programme eine explizite Abklärung und ggf. Behandlung der elterlichen Angststörung.

Evaluierung von Verhaltenstherapie: Ergebnisse einer Metaanalyse

Die empirische Überprüfung verhaltenstherapeutischer Interventionen war für die Verhaltenstherapie von Beginn an ein wichtiges Anliegen. Während dies jedoch im Bereich der Angststörungen des Kindes- und Jugendalters über viele Jahre hindurch nicht über Einzelfallstudien oder Kleingruppenstudien hinausging, hat sich in den letzten Jahren auch hier eine erfreuliche Weiterentwicklung gezeigt. So ist positiv zu verzeichnen, dass nun auch für das Kindes- und Jugendalter mehrere unabhängige Forschergruppen randomisierte kontrollierte Therapiestudien vorgelegt haben, die eine seriöse Beurteilung der Wirksamkeit von Verhaltenstherapie erlauben. Die Ergebnisse dieser Therapiestudien hat unsere Arbeitsgruppe kürzlich in einer Metaanalyse zusammengefasst (In-Albon u. Schneider 2006). In diese Metaanalyse gingen insgesamt 24 verhaltenstherapeutische Therapiestudien mit Kindern und Jugendlichen ein. Voraussetzung für die Aufnahme in die Metaanalyse waren das Vorliegen einer Kontrollgruppe (Warteliste, Placebo- oder aktive Therapievergleichsbedingung) und eine Gruppengröße von mindestens 11 Kindern/Gruppe (zur Gewährleistung einer angemessenen „power“). Die behandelten Kinder mussten unter einer Angststörung im Sinne der ICD- oder des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) leiden, und die Zuweisung auf die Therapie- bzw. Kontrollgruppe musste randomisiert erfolgen.

■ **Tabelle 2** zeigt die häufigsten der in den Studien eingesetzten Interventionen, getrennt nach Interventionen mit Kind und mit Eltern.

Wirksamkeit von Verhaltenstherapie

Insgesamt gingen die Daten von 1275 Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 18 Jahren (Mittelwert, MW=11 Jahre) in die Berechnungen dieser Metaanalyse ein. Die durchschnittliche Dauer der Verhaltenstherapien betrug 12 Sitzungen (Variationsbreite: 3–18 Sitzungen). Über alle 24 Studien hinweg schlossen 85% der Kinder die Therapie ab. ■ **Tabelle 3** fasst die in der Metaanalyse berechneten Effektstärken¹ für die Verhaltenstherapie zusammen. Insgesamt konnte die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie sowohl kurz- als auch langfristig für Angststörungen im Kindesalter klar belegt werden. Für die Behandlungsgruppen zeigte sich mit einer Prä-post-Effektstärke von 0,86 ein großer Effekt, während sich in der Wartelistengruppe eine durchschnittliche Prä-post-Effektstärke von 0,13 ergab; dies entspricht keinem signifikanten Effekt. Die Therapieergebnisse zeigten sich über die Dauer von durchschnittlich 10 Monaten als stabil. In drei Langzeitkatamnesestudien konnte darüber hinaus die Stabilität der erreichten Erfolge bis zu 7 Jahre nach Therapieende nachgewiesen werden. Für den Vergleich von individueller- vs. Gruppentherapie zeigte sich, dass Verhaltenstherapie, einzeln oder in der Gruppe durchgeführt, vergleichbar wirksam ist. Der Vergleich von kind- vs. familienzentrierter Therapie ergab ebenfalls keinen Unterschied in der Wirksamkeit dieser beiden Therapiesettings. Auch die Rate der Kinder, die die Therapie abschlossen, war über die verschiedenen Therapiesettings nicht unterschiedlich. Einzelne Studien fanden, dass jüngere Kinder und Kinder von Eltern mit Angststörungen stärker von einer familienzentrierten Therapie profitieren

als von einer kindzentrierten Therapie (Barrett et al. 1996; Cobham et al. 1998). Hingegen konnte in einer Studie von Barrett et al. (1996) die kurzfristige Überlegenheit der familienzentrierten Therapie gegenüber der kindzentrierten Therapie bei der 6-Jahres-Katamnese nicht mehr nachgewiesen werden (Barrett et al. 2001). Diesen Befunden stehen mehrere Therapiestudien gegenüber, die zeigen konnten, dass für einige Kinder ein kindzentrierter Therapieansatz genügt, um die Angstsymptome zu reduzieren (z. B. Nauta et al. 2003). Kendall et al. (2003) merken hierzu an, dass ein kindzentrierter Ansatz v. a. für Kinder hilfreich sein könnte, deren Eltern einen überfürsorglichen Erziehungsstil zeigen. Es wird das Ziel zukünftiger Forschung sein, Charakteristiken von Kind und Familie zu identifizieren, die es Therapeuten ermöglichen, das ängstliche Kind dem entsprechenden Therapiesetting zuzuordnen.

Neben der Betrachtung von Effektstärken wurde in dem von uns vorgelegten Überblick zur Effektivität von Verhaltenstherapie auch die prozentuale Genesung der Kinder und Jugendlichen bei Therapieende analysiert. Hier zeigte sich, dass nach Abschluss der Therapie 69% der Kinder die Diagnosekriterien ihrer primären Angststörung nicht mehr erfüllten. Hingegen erfüllten nur 13% der Kinder aus der Warteliste die Kriterien für eine Angststörung nicht mehr. Zum Katamnesezeitraum bis zu einem Jahr stieg die prozentuale Genesung der Behandlungsgruppe leicht auf 72% an. Insgesamt zeigte sich die Symptomreduktion nicht nur in der Angstsymptomatik, sondern auch bei den depressiven Symptomen. Schließlich wurde geprüft, inwieweit durch einen Publikationsbias, bei dem nur positive Therapiebefunde publiziert und negative Therapiebefunde unveröffentlicht bleiben, die von uns berechnete durchschnittliche Effektstärke von Verhaltenstherapie bedeutungslos würde. Nach dieser Zusatzanalyse („Fail-safe-N-Statistik“) wären mindestens 79 unpublizierte Studien mit einer Effektstärke von 0 notwendig, um den in der Metaanalyse gefundenen durchschnittlichen Effekt von 0,86 für Verhaltenstherapie als nichtvorhanden erscheinen zu lassen. Somit erscheint die hier dargestellte Wirksamkeit von Verhaltenstherapie als

vergleichsweise robust gegen einen Publikationsbias.

Welche Behandlungsprogramme stehen zur Verfügung?

Zur Behandlung von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters stehen heute mehrere empirisch überprüfte Verhaltenstherapieprogramme zur Verfügung (■ **Tabelle 4**; vgl. auch Schneider u. Döpfner 2004). Der ■ **Tabelle 4** zufolge gibt es jedoch für die meisten Angststörungen des Kindes- und Jugendalters kaum Behandlungsmanuale, die spezifisch für die einzelnen Angststörungen ausgearbeitet wurden. Vielmehr handelt es sich um globale Programme, die für die Therapie verschiedenster Angststörungen (spezifische Phobie, soziale Phobie, generalisierte Angststörung, Störung mit Trennungsangst) eingesetzt werden können. Dies spiegelt die Ergebnisse der berichteten Metaanalyse wider, in der es lediglich für die soziale Phobie spezifische Therapiestudien gab. Alle anderen Angststörungen werden hingegen „in einen Topf“ geworfen und mit dem gleichen verhaltenstherapeutischen Vorgehen behandelt.

Verhaltenstherapie gestern, heute, morgen

Die Verhaltenstherapie der Angststörungen des Kindes- und Jugendalters hat seit ihren Anfängen zu Beginn des letzten Jahrhunderts eine deutliche Veränderung erfahren. So integrieren aktuelle verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen zur unmittelbaren Angstreduktion des Kindes (Konfrontation mit angstauslösenden Situationen, operante Techniken) mit kognitiven Interventionen und allgemeinen Interventionen zur Förderung der Autonomie des Kindes sowie mit Interventionen, bei denen die Eltern mit in die Angstbehandlung des Kindes einbezogen werden. Während diese verschiedenen Interventionsformen nicht mehr allein durch lerntheoretische Überlegungen begründet werden können, ist die gemeinsame Klammer dieser Behandlungsbausteine ihre Ableitung aus der empirischen Grundlagenforschung zu den Angststörungen des Kindes- und Jugendalters.

¹ Als Konvention zur Interpretation von Effektstärken hat sich eingebürgert, Werte ab 0,8 als „groß“, solche von 0,5–0,8 als „mittel“ und solche von 0,2–0,5 als „klein“ zu bezeichnen. Werte unter 0,2 gelten als vernachlässigbar bzw. ohne praktische Bedeutsamkeit. Negative Werte bedeuten, dass die Vergleichsbedingung im Durchschnitt besser abschneidet.

Tabelle 4

**Empirisch validierte Interventionen für die einzelnen Angststörungen des Kindes- und Jugendalters.
(Nach Schneider u. Döpfner 2004)**

Angststörung	Empirisch validierte Interventionen	Therapiemanuale
Spezifische Phobie	Forcierte Reizkonfrontation Operantes Vorgehen („reinforced practice“) Teilnehmendes Modelllernen Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Eltertraining (einzeln und Gruppe): Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	„Coping cat“ (Kendall 2000) „FRIENDS“ (Barrett et al. 2000; deutsche Übersetzung von Barrett et al. 2003) „Cool kids“ (Lyneham et al. 2003, unpubliziert)
Soziale Phobie	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Eltertraining (möglichst in Gruppe): Psychoedukation soziale Phobie, Abbau dysfunktionaler Gedanken, Soziales Kompetenz-/Selbstsicherheitstraining, graduierte Reizkonfrontation	Petermann u. Petermann (2003) Joormann u. Unnewehr (2002)
Trennungsangst	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Eltertraining (einzeln und Gruppe): Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	„Coping cat“ (Kendall 2000) „FRIENDS“ (Barrett et al. 2000; deutsche Übersetzung von Barrett et al. 2003) „Cool kids“ (Lyneham et al. 2003, unpubliziert) TAAF: Trennungsangstprogramm für Familien in Vorbereitung (Schneider 2004, unpubliziertes Manual)
Generalisierte Angststörung	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Eltertraining (einzeln und Gruppe): Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	„Coping cat“ (Kendall 2000) „FRIENDS“ (Barrett et al. 2000; deutsche Übersetzung von Barrett et al. 2003) „Cool kids“ (Lyneham et al. 2003, unpubliziert)
Leistungsängste	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit Eltertraining Psychoedukation Angststörungen, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren, Fertigkeitentraining	Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1: Leistungsängste (Suhr u. Döpfner 2005)

Die Komplexität dieser Behandlungsprogramme mag zunächst erfreulich und positiv erscheinen, jedoch steht bislang der Nachweis aus, ob durch die Ergänzung dieser verschiedenen Therapiebausteine wirklich ein Zuwachs an Erfolg zu verzeichnen ist. Aufgrund der Interventionsvielfalt der Behandlungsprogramme bleibt unklar, was die entscheidenden Wirkfaktoren einer erfolgreichen Angstbehandlung bei Kindern und Jugendlichen sind. Es bedarf daher weiterer Forschung um diese Frage zu klären. Hierzu sind Studien notwendig, die die verschiedenen Interventionsbausteine isoliert (z. B. reine Exposition) gegen die komplexen Verhaltenstherapieprogramme (z. B. „Coping-cat-Programm“ mit den Wirkvariablen Exposition, kognitive Umstrukturierung, Entspannungstraining) testen. Darüber hinaus müssen zukünftige Studien die Auswirkungen verschiedener Varianten von Verhaltenstherapie nicht nur auf die Angstsymptomatik prüfen, sondern auch auf weiter gehende

Merkmale des Kindes, wie Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Autonomie, Merkmale der Familie und elterliche Psychopathologie. So konnte jüngst von einer niederländischen Arbeitsgruppe gezeigt werden, dass durch die alleinige verhaltenstherapeutische Behandlung des Kindes die elterliche Psychopathologie verbessert werden konnte (Bögels u. Bodden 2005). Dies sind bemerkenswerte Ergebnisse, die dringend weiterer empirischer Erhärtung bedürfen.

Des Weiteren muss kritisch diskutiert werden, dass sich die herkömmliche Verhaltenstherapieforschung zu Angststörungen des Kindes- und Jugendalters v. a. der „Efficacy-Forschung“ widmete. Daher steht als nächster Schritt an, neben psychotherapeutischer Forschung unter „Laborbedingungen“ („efficacy research“) auch die Effektivität von Psychotherapie in der Routinepraxis („effectiveness research“) zu untersuchen. Die aktuellen Verhaltenstherapiestudien mit Kindern sind

dadurch gekennzeichnet, dass sie Kinder mit unterschiedlicher Angststörung mit demselben Behandlungsprogramm behandeln. Um möglicherweise die Effektivität von Verhaltenstherapie zu steigern, sollten für die einzelnen Angststörungen störungsspezifische Therapieprogramme entwickelt und evaluiert werden, so wie es für das Erwachsenenalter heute selbstverständlich ist.

Eine weitere Aufgabe für die Zukunft der Verhaltenstherapie ist die Prozessforschung. Es bedarf dringend mehr Forschung zu Basisfertigkeiten, wie altersadäquater Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Motivationsarbeit. So benötigt die Motivationsarbeit mit Kindern andere Techniken als die Motivationsarbeit mit Jugendlichen. Eine weitere zentrale Fragestellung in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist der sinnvolle Einsatz von kind- vs. eltern- vs. familienzentrierten Interventionen. Hier muss der Kinder- und Jugendlichenverhaltensthera-

peut nach wie vor „Bauchentscheidungen“ treffen, die weit weg von empirischer Evidenz sind. Auch die Frage zum Einfluss der elterlichen Psychopathologie auf die Behandlung der psychischen Störungen des Kindes ist eine große Herausforderung in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. 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). Und schließlich bedarf es auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Hinwendung zu Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie. Denn Psychotherapie tut nicht immer nur Gutes (vgl. hierzu Margraf u. Schneider 2002).

Fazit für die Praxis

Abschließend muss an dieser Stelle betont werden, dass eine erfolgreiche Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter nicht nur aktuelles Leid der Kinder und Jugendlichen verringert, sondern dass auch davon ausgegangen werden kann, dass die Behandlung der Angst im Kindes- und Jugendalter zur Prävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter beitragen wird.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Silvia Schneider

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

Interessenkonflikt: Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996) Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 64:333–342
- Barrett PM, Moore AF, Sonderegger R (2000) The FRI-ENDS program for young former-Yugoslavian refugees in Australia: a pilot study. *Behav Change* 17:124–133
- Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM (2001) Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *J Consult Clin Psychol* 69:135–141
- Barrett PM, Sonderegger R, Xenos S (2003) Using FRI-ENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: a national trial. *Clin Child Psychol Psychiatry* 8:241–260
- Bögels S, Bodden D (2005) Family versus child cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders: short and long-term results of a multi center study (Vortrag). 39th Annual ABCT Convention der American Psychological Convention, Washington D.C
- Brückl T, Wittchen H-U, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R (2006) Childhood separation anxiety and the risk for subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom* (in press)
- Cobham VE, Dadds MR, Spence SH (1998) The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol* 66:893–905
- Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch* 53(4):159–169
- In-Albon T, Schneider S (2006) Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychother Psychosom* (in press)
- Jones MC (1924) A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagog Semin J Genet Psychol* 31:308–315
- Joormann J, Unnewehr S (2002) The efficacy of a cognitive-behavioral group treatment for children and adolescents with social phobia: a controlled trial. *Z Klin Psychol Psychother Forsch Praxis* 31:284–290
- Kendall PC (2000) Child & behavioral therapy – Cognitive-behavioral procedures. Guilford, New York
- Kendall PC, Aschenbrand SG, Hudson JL (2003) Child-focused treatment of anxiety. In: Kazdin AE, Weisz JR (eds) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. Guilford, New York, pp 81–100
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593–602
- Margraf J, Schneider S (2002) Risiko Psychotherapie? *Verhaltenstherapie* 12:88–89
- Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG, Minderaa RB (2003) Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 (11):1270–1278
- Petermann F, Petermann U (2003) Training mit Jugendlichen – Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten. Hogrefe, Göttingen
- Schneider S (2005) Angststörungen. In: Schlottke PF, Silbereisen RK, Schneider S, Lauth GW (Hrsg) Klinische Psychologie, Bd 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf (Enzyklopädie der Psychologie). Hogrefe, Göttingen
- Schneider S, Döpfner M (2004) Leitlinien zur Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindh Entwickl* 13(2):80–96
- Suhr L, Döpfner M (2005) Leistungängste – Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd I. Hogrefe, Göttingen
- Watson JB, Rayner R (1920) Conditioned emotional reactions. *J Exp Psychol* 3:1–14

Weiterführende Literatur

Schneider S (2004) *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Springer, Berlin Heidelberg New York

Hier steht eine Anzeige.

 Springer