

Kognitive Verhaltenstherapie bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter

Sigrun Schmidt-Traub

Ein Leitfaden für die Behandlung von
Panikstörung, Agoraphobie, spezifischen
Phobien und Trennungsangst

Kognitive Verhaltenstherapie bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter

Sigrun Schmidt-Traub

Kognitive Verhaltenstherapie bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter

Ein Leitfaden für die Behandlung von Panikstörung, Agoraphobie,
spezifischen Phobien und Trennungsangst



Dr. rer. pol., Dipl.-Psych., Dipl.-Soz. Sigrun Schmidt-Traub. Studium der Psychologie und Soziologie in Tübingen, Hamburg, Berlin, Frankfurt und an der Yale University in New Haven (USA). Promotion. Ausbildung in Verhaltens-, Gesprächspsycho- und Hypnotherapie. Eigene psychotherapeutische Praxis und Lehrtätigkeit an Universitäten. Dozentin und Supervisorin an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Klinische Verhaltenstherapie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Illustrationen: Klaus Gehrman, Freiburg; www.klausgehrmann.net
Satz: Matthias Lenke, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2017
© 2017 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2832-1; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2832-2)
ISBN 978-3-8017-2832-8
<http://doi.org/10.1026/02832-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Für Zoe und Annika

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Kapitel 1: Grundlagen der Panikstörung, Agoraphobie, spezifischen Phobien und Trennungsangst	13
1.1 Angst und Furcht, altersbezogene normale Angst und Angststörungen	13
1.2 Beschreibung der Angststörungen	15
1.2.1 Panikattacken	15
1.2.2 Panikstörung	16
1.2.3 Agoraphobie	18
1.2.4 Spezifische Phobien	20
1.2.5 Trennungsangst	22
1.2.6 Soziale Angststörung (Soziale Phobie)	23
1.2.7 Generalisierte Angststörung	24
1.2.8 Posttraumatische Belastungsstörung	25
1.2.9 Zwangsstörung und verwandte Störungen	26
1.2.10 Persönlichkeitsstörungen	26
1.2.11 Komorbidität und Suizidalität bei Angst	26
1.3 Ätiologie der Agoraphobie und Panikstörung – Grundlagen der Psychoedukation	27
1.3.1 Verursachende Bedingungen	28
1.3.2 Auslösende Bedingungen	32
1.3.3 Aufrechterhaltende Bedingungen	34
1.3.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Therapie	35
Kapitel 2: Diagnostik	38
2.1 Leitfaden zur Exploration von panischen und agoraphobischen Ängsten	38
2.2 Angstbeobachtung	38
2.3 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von panischer und phobischer Angst	39
Kapitel 3: Therapie	41
3.1 Therapeutische Fähigkeiten von Kinder- und Jugendverhaltenstherapeuten	42
3.2 Therapeutische Beziehung in der KVT von Angststörungen	45
3.2.1 Bestandteile einer guten therapeutischen Allianz	46
3.2.2 Wie lässt sich eine gute therapeutische Beziehung aufbauen?	47
3.2.3 Welche Hindernisse können beim Aufbau einer therapeutischen Beziehung und bei der Durchführung der Therapie auftreten?	48
3.2.4 Welchen Einfluss hat das Aufkommen von virtueller Therapie auf die therapeutische Beziehung?	49
3.3 Grundlegende Informationen zum therapeutischen Leitfaden	50
3.4 Therapeutischer Leitfaden für die Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	55
3.4.1 Erste Übungseinheit	57
3.4.2 Zweite Übungseinheit	64
3.4.3 Dritte Übungseinheit	75

3.4.4	Vierte Übungseinheit	81
3.4.5	Fünfte Übungseinheit	84
3.4.6	Sechste Übungseinheit	88
3.4.7	Siebte Übungseinheit	92
3.4.8	Achte Übungseinheit – Elternschulung	95
3.4.9	Behandlungsalternativen und Katamnese	98
 Literatur		 100
 Anhang		 111
P1:	Fragebogen zur Selbstbestimmung von panischer und agoraphobischer Angst (Kinder und Jugendliche)	113
P2:	Tagebuch zur Selbstbeobachtung der Angst	115
P3:	Fragen für die Exploration (Therapeut)	118
1A:	Leitfaden zur gemeinsamen Entwicklung eines Bedingungs- oder Makromodells (Therapeut)	120
1B:	Entstehung und Erscheinungsbild von panischer und phobischer Angst	121
1C:	Angst – ein lebensrettendes Warnsignal	122
1D:	Hochschaukeln der Angst	123
1E:	Angstkurve	124
1F:	Therapeutisches Vorgehen bei panischer und phobischer Angst	125
1G:	Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Therapeut)	127
2A:	Angsthierarchie für die Konfrontation mit der Angst	128
2B:	Selbstanweisungen für die Konfrontation (Selbstinstruktion)	130
2C:	Aufmerksamkeitslenkung in der Konfrontation	131
2D:	Bauchatmung	132
3A:	Tatsachensuche – Überprüfe deine Angstgedanken mit der Wirklichkeit	134
3B:	Korrektur der Fehlinterpretationen von körperlichen Symptomen der Angst	136
3C:	Inneres Gespräch zum Mutmachen	137
3D:	Was ist mutiges Verhalten?	139
3E:	Angstwahrnehmung und Mut-Sätze	140
3F:	Blitzentspannung	141
4A:	Selbstanweisung für Konfrontationsübungen	142
4B:	Therapeutisches Gespräch über Sterben und Tod (Therapeut)	143
4C:	Wie stehst du zu „Sterben und Tod“ und was möchtest du darüber erfahren?	144
4D:	Bewegungsübung – „Bäumchen schüttele dich“	145
5A:	Stressmodell	146
5B:	Bauchatmung und kognitives Mut-Training für Kinder und Jugendliche mit Prüfungsangst	147
5C:	Intensive Kurzentspannung im Sitzen für Klassenarbeiten und Testsituationen	148
5D:	Problemlösetraining zur Bewältigung des Schulwegs	149
5E:	Entspannen mit der Schwammübung und mit Grimassieren	151
6A:	Gesprächshilfen für brenzlige Situationen	152
6B:	Brief zum Ende der Therapie – Was habe ich in der kognitiven Verhaltenstherapie gelernt?	154
7A:	Krankheitsgewinn	155
7B:	Vorbeugen gegen die Rückkehr der Angst	156
7C:	Anleitung zum achtsamen Atmen (Therapeut)	158
8A:	Diagnostische Fragen für Eltern	159
8B:	Eltern als Co-Therapeuten und Coaches	160
	Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM	163

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung des Therapieleitfadens verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

In der Schule fallen Jungen eher mit externalisierendem Verhalten wie Störung des Sozialverhaltens auf, Mädchen eher mit internalisierenden Störungen wie Ängsten und Depressionen. Externalisierendes Verhalten im Klassenverband und auf dem Schulhof ist ein Störfaktor. Deswegen regen Lehrkräfte häufig eine Erziehungsberatung oder Psychotherapie an. Internalisierendes Verhalten hingegen wird oft übersehen oder für angepasstes Verhalten gehalten, das keiner Behandlung bedarf. Obgleich sozial-epidemiologische Studien belegen, dass Angststörungen doppelt so häufig vorkommen wie Depressionen, ziehen depressive Störungen wesentlich mehr Aufmerksamkeit auf sich, weil schwerere Ausprägungen davon mit Suizidneigung einhergehen und gefährlich werden können.

Nur etwa ein Drittel der ängstlichen Kinder und Jugendlichen erhalten eine angemessene empirisch belegte Therapie. Werden Ängste nicht behandelt, können sie über die gesamte Lebensspanne bestehen bleiben. Häufig führen sie zu sekundären Depressionen. Das ist bedauerlich, weil Angststörungen mit evidenzbasierten Verfahren wie der kognitiven Verhaltenstherapie gut zu behandeln sind.

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gilt als Methode der Wahl bei der Behandlung von Angststörungen, Zwängen und Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Das belegen zahlreiche kontrollierte Studien. Für die Psychoedukation und Behandlung von ängstlichen Patienten aller Altersgruppen müssen Verhaltenstherapeuten¹ neuerdings etwas umdenken, weil Ängste nicht überwiegend nur gelernt werden, wie lange angenommen wurde. Zu einem erheblichen Teil wird die Angstbereitschaft auch als ängstlich-scheues Temperament genetisch vorgegeben, gepaart mit Verhaltenshemmung und erhöhter Empfindsamkeit für vegetative Beschwerden.

Panikstörung und Agoraphobie treten häufig gemeinsam auf. Nach DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) sind es getrennte eigenständige Angststörungen. Beide lassen sich zwar gut behandeln, aber nicht ein für alle Male mit KVT heilen oder „löschen“, weil das Angstnetzwerk im Gehirn bei erfolgreicher Angstbehandlung nur gehemmt, aber nicht gelöscht wird. Folglich können Ängste als „Stressreaktionen“ unter Belastung erneut aufkommen. Um dafür gewappnet zu sein, ist es notwendig, Angstpatienten im Rahmen der Rückfallprophylaxe am Ende der Therapie darauf vorzubereiten, wie sie ihrer Angst dann wieder Herr werden können.

Angststörungen beeinträchtigen ängstliche Kinder, Jugendliche und Erwachsene in unterschiedlichem Ausmaß: Die meisten sind gehemmt, vermeiden vieles und ziehen sich sozial zurück. Einige verweigern sogar die Schule. Trennungsangst und spezifische Phobien treten häufig in früher Kindheit auf. Panikstörung und Agoraphobie beginnen meistens im jungen Erwachsenenalter, treten aber auch in der Pubertät und vereinzelt im frühen Grundschulalter auf. Mit der kognitiven Reife befürchten etliche angst-sensible Kinder, sie würden körperlich erkranken und womöglich sterben. In der Altersspanne von 8 bis 16 Jahren beginnt (im Schnitt mit 12,5 Jahren) bei Mädchen die Menstruation. Damit setzen pubertäre Veränderungen ein. Mädchen wie Jungen erleben in dieser Entwicklungsphase teils krasse körperliche Veränderungen, die Angsterleben begünstigen.

Es liegen noch keine wissenschaftlich fundierten Unterscheidungskriterien für die Ausprägung von panischen und phobischen Angststörungen in Kindheit und Jugend vor; ebenso wenig sind entwicklungs-spezifische therapeutische Vorgehensweisen belegt (Kim et al., 2011). Folglich werden in diesem Manual alle ängstlichen Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 17 Jahren angesprochen (auch aufgeweckte Kinder ab 8 Jahren), die unter panischer, agoraphobischer und spezifisch phobischer und Trennungsangst leiden. Weil nicht alle Arbeitsblätter für die ganz jungen Kinder geeignet sind, müssen manche vom Therapeuten speziell erläutert werden.

¹ Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit werden im Text nicht immer beide Geschlechtsformen (Therapeutin/Therapeut bzw. Patientin/Patient) genannt, auch wenn immer beide Geschlechter angesprochen sind.

Eltern und Familien sollen nach Möglichkeit mitarbeiten, da sie oft unwissentlich dazu beitragen, die Angststörung aufrechtzuerhalten, insbesondere wenn sie selbst unter Angst leiden. Zudem werden sie durch das ängstliche Kind mehr oder weniger in ihrer Lebensführung eingeschränkt.

Das vorliegende halbstrukturierte Manual enthält Leitlinien für eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehensweise im Einzel- sowie im gemischten Einzel- und Gruppensetting. Die Module ermöglichen eine Individualisierung der Therapie. Kinder- und Jugendverhaltenstherapeuten können zahlreiche Materialien auch für die Arbeit mit jüngeren Kindern verwenden. Für Heranwachsende ab 17 Jahren liegt das Therapiemanual „Panikstörung und Agoraphobie“ (Schmidt-Traub, 2014) vor.

Meine früheren Angstpatienten haben mir sehr vieles über Angst vermittelt. Dafür bin ich ihnen sehr dankbar. Ganz herzlich bedanken möchte ich mich zudem bei meiner langjährigen Lektorin Susanne Weidinger – und den Mitarbeitern beim Hogrefe Verlag – für ihr Vertrauen und die wunderbar angenehme Betreuung über viele Jahre hinweg.

Berlin, Herbst 2016

Sigrun Schmidt-Traub

Kapitel 1

Grundlagen der Panikstörung, Agoraphobie, spezifischen Phobien und Trennungsangst

Angstpatienten haben ein auffallend großes Interesse an Informationen über Angst, vermutlich auch infolge ihres ausgeprägten Sicherheitsbedürfnisses. Geht der Therapeut auf dieses Interesse ein und klärt den Patienten gründlich über Angst auf, trägt er zur Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung bei (vgl. Kapitel 3.2). Gleichzeitig kommt es beim Patienten zur ersten kognitiven Umstrukturierung. Genauere Kenntnisse der verursachenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen von unbegründeter Angst bilden einen großen Fundus für die Psychoedukation (vgl. Kapitel 3.4.1.2). Je präziser die Diagnose und Psychoedukation, desto besser fallen die therapeutischen Wirkungen aus – vorausgesetzt, dem einzelnen Patienten werden therapeutische Vorgehensweisen angeboten, die er wirkungsvoll umsetzen kann.

Um den diagnostischen Bezugsrahmen des Lesers und seiner Patienten ein wenig zu erweitern, wird im Folgenden nach einer kurzen Beleuchtung der „normalen“ Angst des Kindesalters auf die diagnostischen Kriterien der Angststörungen nach DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) eingegangen. Sie fließen wahrscheinlich weitgehend in die ICD-11 ein. Anschließend wird ein multifaktorielles Diathese-Stress-Modell der Angst vorgestellt, das als Hintergrundinformation für psychoedukative Gespräche mit Angstpatienten und ihren Angehörigen dient.

1.1 Angst und Furcht, altersbezogene normale Angst und Angststörungen

Angst ist – wie Traurigkeit, Wut oder Ekel – ein universelles Gefühl. Alle Menschen in allen Kulturen erleben Angst in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität. Der Begriff „Angst“ stammt vom altgriechischen „angh“, das mehrere Bedeutungen hat, z. B. Unbehaglichkeit, Belastung, Besorgnis, körperliches Eingeengtsein oder Schmerzen in der Brust wie bei Herzerkrankung (Stossel, 2013). Furcht und Angst sind normale Gefühle,

die mit aversiven Emotionen wie Unbehagen, verstärkter Erregung und körperlichen Begleiterscheinungen einhergehen. Sie dienen als Alarmreaktionen (Selye, 1956).

In der Angstforschung wird zwischen Furcht und Angst unterschieden; im englischen Sprachgebrauch werden beide Begriffe jedoch meist synonym verwandt (LeDoux, 2016). Das scheint auch für den deutschen Sprachraum zu gelten. Bei der *Furcht* gibt es eine konkret erkennbare äußere Bedrohung, die Entsetzen und Panik hervorruft. *Angst* geht mit erhöhter Wachsamkeit einher, ohne dass die drohende Gefahr deutlich zu erkennen wäre; sie kommt eher auf der mentalen Ebene vor und ähnelt einer negativen Erwartung, die furchtsam, besorgt, beklommen und nervös macht (Marks, 1987). Die Gefühle Furcht und Angst sind verwandt; ihre zentrale Komponente ist der Umgang mit Bedrohung und Gefahr. Da es unmöglich erscheint, Furcht zu empfinden, ohne sich gleichzeitig Sorgen über eine Bedrohung zu machen und Angst zu verspüren, wird im Weiteren der Begriff Angst für beide Gefühle (und verwandte Zustände wie Befürchtung, Beunruhigung und Bedrohungsgefühl) verwandt.

Angst gilt als *Warnsystem*, das Bedrohung signalisiert und die Person veranlasst, geeignete Vorsichtsmaßnahmen zu treffen, um sich gegen Gefahr zu wappnen. Angst schärft die Sinne und ermöglicht rasche Reaktionen zum Schutz der Person. Jedes Kind erlebt *entwicklungsspezifische Ängste* in unterschiedlicher Ausprägung, z. B. vor Dunkelheit, Tieren, Donner oder Blitz. Die meisten kindlichen Ängste legen sich von ganz alleine bis etwa zum 8. Lebensjahr. Erst wenn die Angst einen bestimmten Schweregrad erreicht hat, das Kind überwältigt oder beeinträchtigt, wird sie zu einer Angststörung, die Leid hervorruft.

Angst kann aber auch zu höheren Leistungen in verschiedenen Bereichen wie Schule und Sport anspornen und zu Spitzenleistungen motivieren. Die Überwindung von beängstigenden Situationen wie Bungee-Springen, Achterbahn fahren oder

Horror-Filme sehen kann auch einen *Kitzel* oder Glücksgefühle hervorrufen und „Adrenalin-Dandys“ einen Kick geben.

Häufig auftretende Angstsinhalte und -empfindungen (vgl. Tabelle 1) lassen sich in die Theorie der *kognitiven Entwicklung* von Piaget (1978) einordnen:

- 0 bis 1,5 (oder 2) Jahre: Auf der Stufe der *sensorischen Intelligenz* sind angeborene Reflexe vorherrschend. Das Kind lernt vor allem durch Beobachten, Handeln, aktives Wiederholen und später durch Experimentieren. Langsam beginnt es, zwischen sich selbst und seiner Umwelt zu unterscheiden.
- 1,5 (oder 2) bis 4 Jahre: Im *präoperationalen Stadium* lernt das Kind, zu sprechen. Jetzt kann es mit Vorstellungen und Symbolen umgehen.

Außerdem unterscheidet es allmählich zwischen realen Situationen, Objekten, Verhaltensweisen sowie der Vorstellung von alledem und ist nun in der Lage, „Als-ob“-Spiele zu spielen.

- 4 bis 7/8 Jahre: Das Kind befindet sich noch im *präoperationalen Stadium* und kann zunehmend anschaulich in Vorstellungen und Bildern denken. Zwar sucht es bereits nach Zusammenhängen und Kausalbeziehungen, denkt aber noch weitgehend eingleisig.
- 7/8 bis 11/12 Jahre: Auf der Stufe der *konkreten Operationen* können nun verschiedene Merkmale von Vorgängen, Erlebnissen oder Gegenständen erfasst und aufeinander bezogen werden. Das Kind kann mittlerweile vorausdenken, sein Verhalten kognitiv steuern und Probehandlungen auf der kognitiven Ebene vornehmen.

Tabelle 1: Kognitiver Entwicklungsstand nach Piaget (1978), normale Ängste im Kindes- und Jugendalter und altersspezifische Angststörungen

Alter	Entwicklungstypische Ängste	Altersbezogene Angststörungen
0 bis 1,5/2 Jahre Stadium der sensorischen Intelligenz	– heftige Reize wie Lärm, Licht – fremde Menschen („Fremdeln“)/ Objekte/Situationen	– spezifische Phobien – Trennungsangst – in seltenen Fällen posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
1,5/2 bis 4 Jahre präoperationales Stadium	– Dunkelheit, Alleinsein – Tiere (v. a. Hunde), Gewitter – Eintritt in den Kindergarten	– Spezifische Phobien – Trennungsangst – PTBS – vereinzelt Zwangsstörungen
4 bis 7/8 Jahre präoperationales Stadium	– Fantasiegestalten wie Gespenster – Naturgewalten – Verletzungen – Schuleintritt	– Trennungsangst – spezifische Phobien (Tiere, Gewitter, Blut, Spritzen, Ärzte) – PTBS – Zwangsstörungen
7/8 bis 11/12 Jahre Stadium konkreter Operationen	– soziale Situationen – Verletzungen – medizinische Eingriffe wie Blutabnahme, Spritzen – Sterben und Tod	– Trennungsangst – spezifische Phobien (auch Schul- und Versagensängste), PTBS, Zwänge – generalisierte Angststörung (GAS) – vereinzelt soziale Phobie und Panik- störung/Agoraphobie
11/12 bis 18 Jahre Stadium formaler Operationen	– Versagen – soziale Bewertung – körperliche Veränderungen – Sexualität	– Trennungsangst – spezifische Phobien – soziale Phobie – PTBS – Zwänge – GAS – Panikstörung/Agoraphobie

In diesem Stadium gehören Regelspiele zu den wichtigsten Spielformen.

- Ab 11/12 Jahre: Im Stadium der *formalen Operationen* kann das Kind Probleme von Grund auf analysieren, Fragestellungen, auch wissenschaftliche, systematisch durchdenken und Hypothesen bilden. Damit hat es die höchste Stufe des logischen Denkens erreicht.

Wann aber wird aus Angst eine Angststörung?
Aus kognitiv verhaltenstherapeutischer Sicht ist die Unterscheidung zwischen „normaler“ und gestörter Angst fließend und abhängig von

- der *Anzahl, Stärke* und *Dauer* der Angstsymptome des Kindes sowie
- den *negativen Folgeerscheinungen* für das Kind wie psychosoziale oder schulische Leistungsbeeinträchtigungen, für die es nicht mehr kompensieren kann.

Das Auftreten und Manifestieren von normalen und übersteigerten Ängsten lässt sich grob in der psychologischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen verorten (vgl. Tabelle 1).

Längsschnittstudien, die vom Säuglingsalter bis weit ins Erwachsenenalter durchgeführt wurden, zeigen, dass 15 bis 20 % der Kinder eines Jahrgangs von Geburt an besonders ängstlich und empfindlich auf fremde Personen, unbekannte Situationen und kritische Lebensereignisse reagieren (Kagan, 1989). Im Vergleich zu dieser hoch reaktiven Gruppe lassen sich 40 % der Säuglinge kaum aus der Ruhe bringen, weil sie emotional ausgeglichen sind (Kagan et al., 1999). Extreme Angst überwältigt, schränkt ein und macht unglücklich. In signifikanter Weise entwickeln Vorschulkinder bereits Angststörungen, vor allem Trennungsangst, generalisierte Angst und soziale Angst (Franz et al., 2013). Im Kleinkindalter dominieren Trennungsangst und spezifische Phobien (Ellert et al., 2014). Soziale Ängste treten vereinzelt im Vorschulalter auf und zunehmend mehr bei Grundschulkindern und Pubertierenden.

1.2 Beschreibung der Angststörungen

Das DSM-5 der American Psychiatric Association (2013; deutsche Fassung: APA/Falkai et al., 2015) wird als das verfeinerte Standardwerk der Diagnostik psychischer Störungen für die Bereiche

Forschung und Lehre bezeichnet. Es ist Modellvorlage für die ICD-11. Die Autoren des DSM-5 haben sich bemüht, auf der Grundlage neuer Forschungsergebnisse besonders praktische, funktionale und flexible diagnostische Kriterien zu entwickeln, die eine zuverlässigere Diagnostik ermöglichen. Differenzialdiagnostische Genauigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für ein stimmiges Therapiekonzept und für gute therapeutische Wirkungen.

Im DSM-5 folgt die Einteilung der Kapitel einzelner diagnostischer Bereiche nun dem *Entwicklungsprinzip* – entsprechend dem Erstmanifestationsalter der psychischen Störung – und nicht mehr dem axialen System wie in der ICD-10 (WHO/Dilling et al., 2016). Demzufolge werden zunächst die in der Kindheit auftretenden Störungen dargestellt und mit denselben diagnostischen Kriterien über die gesamte Lebensspanne diagnostiziert.

Die Arbeitsgruppe „Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders“ hat die *Angststörungen* für das DSM-5 neu geordnet. Weil es noch keine systematischere und konsistentere Befundlage gab, *kam es nicht zu substantiellen Änderungen*. Die klassischen Angststörungen sind vom Grundsatz her beibehalten und nur minimal verändert worden (Wittchen et al., 2014). Zwänge und PTBS haben jeweils – mit verwandten Störungen – ein eigenes Kapitel erhalten. Die wichtigsten Veränderungen bei Angststörungen im DSM-5 werden im Kasten 1 dargestellt.

In den nächsten Abschnitten werden die verschiedenen Angststörungen nach den Kriterien des DSM-5 vorgestellt und mit wissenschaftlichen Erkenntnissen einzelner Autoren oder Autorengruppen ergänzt.

1.2.1 Panikattacken

Eine Panikattacke ist – wie bereits in der ICD-10 (vgl. WHO/Dilling et al., 2016) – keine eigenständige Störung, sondern wird mit anderen psychischen Störungen oder körperlichen Erkrankungen (kardiologische, vestibuläre, gastrointestinale oder Atemwegserkrankung) verschlüsselt.

Die Panikattacke ist eine Episode mit abruptem Anstieg von besonders intensiver Angst und Un-