

STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 22 ■ Jänner 2013 ■ ISSN 1991-9883

Editorial CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG

Liebe LeserInnen!



Die aktuelle Ausgabe der *Standards in Diagnostik und Therapie* beschäftigt sich mit dem Thema Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Angst per se ist kein pathologisches Symptom. Sie hat eine wichtige, biologisch sinnvolle Warn- und Schutzfunktion und wird üblicherweise aktiviert, wenn wir Ereignisse als bedrohlich beurteilen. Gerade bei jungen Kindern können alterstypische Ängste vorkommen, die vorübergehender Natur sind. Daher informieren die Autoren zunächst darüber, was unter Angst zu verstehen ist, wodurch sich klinisch relevante von normalen Ängsten unterscheiden und im Rahmen welcher Erkrankungen pathologische Ängste grundsätzlich vorkommen können. Im Anschluss gehen die Autoren

auf Symptome, Ursachen und Verlauf von Störungsbildern, bei denen krankhafte Angst das Hauptsymptom darstellt, ein. Der Diagnostikprozess bei Angststörungen wird anhand eines Fallbeispiels praxisorientiert dargestellt. Die nächste Ausgabe der SiD&Ts wird sich therapeutischen Interventionsmöglichkeiten bei Angststörungen widmen.

Christine Wernisch-Pozewaunig

Vorschau der nächsten drei Ausgaben

SID&T Nr. 23: Juli/August 2013

Therapie von Angststörungen

SID&T Nr. 24: Jänner/Feber 2014

Diagnostik von depressiven Störungen

SID&T Nr. 25: Juli/August 2014

Therapie von depressiven Störungen

Diagnostik von Angststörungen

W. Steffner, C. Wernisch-Pozewaunig

Fallvignette Sarah, 12 Jahre

Aktueller Vorstellungsgrund:

Sarah kommt in Begleitung ihrer Mutter wegen vielfältiger Ängste und Sorgen zum Erstgespräch. Sie berichtet, dass die Ängste vor allem dann auftreten würden, wenn sie an vergangene Ereignisse, wie einen Unfall ihrer Mutter vor 4 Jahren oder aber an bevorstehende Ereignisse, z.B. an Übernachtungen außerhalb der mütterlichen Wohnung oder Leistungssituationen in der Schule denken würde. Teilweise mache sie sich den ganzen Tag über Sorgen über Ereignisse, welche erst in einigen Jahren auf sie zukommen werden. Die Sorgen würden meist mit körperlichen Symptomen wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Hitze-/Kälteschauer, Zittern einhergehen. Teilweise würden die Ängste anfallsartig auftreten. Sarah thematisiert, dass sie sich aufgrund der vielen Sorgen oft nicht auf den Unterricht konzentrieren könne und ihre Schulleistungen darunter leiden würden. Sie habe wegen der Ängste noch nie außerhalb der mütterlichen Wohnung – weder beim Vater noch bei einer Freundin - übernachtet und vermeide die Teilnahme an mehrtägigen Schulausflügen. Die Angstsymptomatik bestehe seit der elterlichen Scheidung vor 6 Jahren. Verstärkt hätten sich die Ängste seit dem Unfall ihrer Mutter. Sarah beschreibt sich selbst als schüchternes, selbstunsicheres, perfektionistisches Mädchen, sie vermeide es meist ihre Meinung zu äußern.

Anamnese:

Somatische Anamnese:

2. Kind (3. Schwangerschaft). Unauffälliger Schwangerschafts- und Geburtsverlauf. Keine früheren Erkrankungen, Operationen, Medikamente.
Familienanamnese: Beide Elternteile sind psychisch erkrankt. Die Mutter leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Verstimmung, der Vater an einer Depression.

Entwicklungsanamnese:

Unauffällige frühkindliche Entwicklung. 1 Jahr KIGA-Besuch, 4 Jahre VS-Besuch. Derzeit Besuch der 2. Klasse HS mit durchschnittlichem Schulerfolg. Außerschulisch bestehen wenige Kontakte zu Gleichaltrigen.

Sozialanamnese:

Sarah lebt gemeinsam mit ihrer Mutter in einem Haushalt. Die Eltern sind geschieden. Ihre Mutter arbeitet viel. Sarah berichtet, dass die Mutter alles „schwarz sehe“, über andere und sich selbst negativ denke. Außerdem sei sie ängstlich und mache sich viele Sorgen um Sarah. Sarahs Mutter habe sich vor 6 Jahren von Sarahs Vater wegen seiner psychischen Erkrankung getrennt, sei mit Sarah seither mehrmals umgezogen. Sarah thematisiert, dass der Vater sich vorwiegend mit sich beschäftigen würde. Wenn sie ihm von ihren Ängsten erzähle,

Zusammenfassung:

Sarah zeigt seit Jahren intensive Ängste, Sorgen und furchtsame Erwartungen bezüglich mehrerer alltäglicher Aktivitäten und Ereignisse, welche täglich auftreten und mit Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten, Übelkeit, Bauchschmerzen etc. einhergehen. Ängste bestehen seit der elterlichen Scheidung vor 6 Jahren, wobei Sarah zunächst Trennungsängste zeigte; die Ängste haben sich seither zunehmend verstärkt und generalisiert, d.h. sie beziehen sich aktuell nicht mehr nur auf die Trennung von der Mutter, sondern auch auf vielfältige andere Ereignisse und Situationen. Teilweise treten die Ängste anfallsartig auf. Die Symptomatik besteht vor dem Hintergrund mehrerer psychosozialer Belastungsfaktoren (elterliche Trennung, psychische Erkrankung beider Elternteile einhergehend mit einem ungünstigen elterlichen Erziehungs- und Interaktionsverhalten, Unfall der Mutter).

Diagnosen nach MUAX:

Achse I: F93.8 Störung mit Überängstlichkeit (generalisierte Angststörung) des Kindes- und Jugendalters
Achse II: kein Befund
Achse III: M3 durchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit
Achse IV: kein Befund
Achse V: M2.0 psychische Erkrankung beider Elternteile
M4.0 überbehütender Erziehungsstil
M5.1 Eltern getrennt
Achse VI: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus: 3

Detaillierte Literaturangaben erhalten Sie bei den AutorInnen:

Mag. Wolfgang Steffner

Klinischer und Gesundheitspsychologe
Mini-Ambulatorium St. Veit/Glan
wolfgang.steffner@promente-kijufa.at

Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig

Klinische und Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin
Mini-Ambulatorium St. Veit/Glan
christine.wernisch@promente-kijufa.at

Dauer, Verlauf, Auswirkungen und Folgen, Vermeidungsverhalten, subjektives Erklärungskonzept) und der Anamnese mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen und den Bezugspersonen. Dabei müssen differentialdiagnostische Aspekte und etwaige Komorbiditäten berücksichtigt werden. Besonders wichtig ist wie schon eingangs erwähnt die Differenzierung pathologischer Ängste von Ängsten, die im Verlauf der normalen Entwicklung auftreten. Die Verhaltensbeobachtung des Kindes/Jugendlichen sowie der Eltern-Kind-Interaktion liefert wichtige zusätzliche Informationen.

Zur standardisierten Erhebung der Angstsymptomatik stehen verschiedene Screening-Verfahren, strukturierte klinische Interviewverfahren sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen zur Verfügung.

Insbesondere bei schulbezogenen Ängsten und Leistungsabfall in der Schule ist zusätzlich die Durchführung einer Leistungsdiagnostik angezeigt. Bei Hinweisen auf das Vorliegen körperlicher Ursachen der Angstsymptome ist eine medizinische Abklärung vorzunehmen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 2007).

Fallvignette Sarah, 12 Jahre

Testdiagnostik:

Leistungsdiagnostik:

HAWIK-IV: Die Überprüfung ergibt eine durchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit. Während der Durchführung fällt auf, dass Sarah in Leistungssituationen rasch nervös, unsicher und hektisch reagiert.

Sozial-emotionales Screening:

CBCL/4-18 (Fremdbeurteilung durch die Mutter) und YSR/11-18 (Selbstbeurteilung), die Mitgabe eines Lehrerfragebogens wurde von der Familie abgelehnt:

Übereinstimmend ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen einer internalisierenden Symptomatik (T=69 bzw. 74) mit v.a. ängstlich-depressiven Verhaltensweisen aber auch körperlichen Beschwerden. Weiters werden von Sarah und ihrer Mutter soziale Probleme mit Gleichaltrigen angegeben.

Angstdiagnostik:

PHOKI (Selbstbeurteilung): Der Gesamtwert kommt im klinisch auffälligen Bereich zu liegen (PR=90-96). Auf Ebene der Subskalen ergeben sich klinisch relevante Ängste vor medizinischen Eingriffen, Schul- und Leistungsängste, Ängste vor Gefahren und Tod, Trennungsängste sowie auch Ängste vor Bedrohlichem und Unheimlichem.

Depressionsdiagnostik:

DTK und DIKJ (Selbstbeurteilung): Es ergeben sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Symptomatik bei Sarah.

Diagnostik der Lebensqualität:

ILK (Fremdbeurteilung durch die Mutter, Selbstbeurteilung durch Sarah): Beide geben übereinstimmend eine unterdurchschnittliche Lebensqualität für Sarah sowie einen auffälligen Problemscore an.

Impressum:

Herausgeber: pro mente: kinder jugend familie GmbH, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren sozialen Kontext, Büro: 9020 Klagenfurt, Villacherstraße 161 office@promente-kijufa.at Tel: (0463) 55112 Fax: (0463) 501256 **Druck/Versand:** pro mente: kinder jugend familie **Redaktion:** Fachbereich Ambulanz, Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig, christine.wernisch@promente-kijufa.at **Layout:** Mag. Joachim Petschamrig

würde er diese bagatellisieren. Beide Elternteile führen seit der Trennung neue Partnerschaften.

Was versteht man unter Angst?

Der Begriff „Angst“ leitet sich von den lateinischen Wörtern „angere“ (= beengen, beklemmen), „angustiae“ (= Enge) bzw. „anxius“ (= ängstlich, unruhig) ab. Angst gehört neben Freude, Trauer, Wut und Ekel zu den primären Gefühlen des Menschen und tritt gewöhnlich als Reaktion auf als bedrohlich, gefährlich, ungewiss oder unkontrollierbar beurteilte Ereignisse auf. Sie hat eine wichtige, biologisch sinnvolle Schutzfunktion, indem sie uns vor gefährlichen Situationen warnt, auf eine Kampf- oder Fluchtreaktion vorbereitet und somit bei akuten, unmittelbaren Gefahren eine automatische, schnelle Alarmreaktion zur Sicherung von Leib und Leben ermöglicht. Physiologisch kommt es bei wahrgenommener Gefahr zur Aktivierung des sympathischen Nervensystems. Adrenalin und Noradrenalin werden frei gesetzt, wodurch der Organismus in Aktionsbereitschaft versetzt wird.

Typische körperliche Angstsymptome sind beispielsweise eine erhöhte Herzfrequenz, eine tiefere, schnellere Atmung, muskuläre Anspannung, Schwindelgefühle oder Schwitzen. Auf der kognitiven Ebene können u.a. Gedankenrasen oder Konzentrationsprobleme auftreten. Auf der Verhaltensebene zeigt sich Angst in Kampf- oder Flucht-Reaktionen im Sinne von Impulsen aggressiv zu handeln oder der Situation zu entfliehen, wobei soziale Konventionen jedoch oft verhindern, dass diesen Impulsen nachgegeben wird (Essau, 2003).

Ab wann wird Angst klinisch relevant?

Angst ist für sich genommen kein pathologisches Symptom. Normale Ängste unterscheiden sich von behandlungsbedürftigen Ängsten v.a. in ihrer Situationsangemessenheit, Intensität und Persistenz.

Bei Personen mit krankhaften Ängsten ist das Alarmsystem Angst überempfindlich. Eine Angstreaktion kann schon durch kleinste, ungefährliche Veränderungen in der Umwelt oder im Körper ausgelöst werden. Intensität und Dauer der Angst sind ausgeprägter als bei anderen Personen desselben Alters und Entwicklungsstandes und die Betroffenen sind dadurch in ihrem Alltag und in der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben stark und anhaltend eingeschränkt. Die Alltagsbeeinträchtigung resultiert aus einem Flucht- und Vermeidungsverhalten, welches Folgeprobleme in Familie, Ausbildungskontext und Freizeitbereich bedingt. Bei jungen Kindern sind klinisch relevante Ängste von alters typischen Ängsten mit passagerem Charakter (z.B. Ängste vor Dunkelheit, großen Tieren oder der Trennung von wichtigen Bezugspersonen im Kleinkind- und Vorschulalter) zu unterscheiden.

Ängste können im Rahmen vieler psychischer Erkrankungen (z.B. Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, psychotische Störungen,...) sowie auch im Rahmen körperlicher Erkrankungen (z.B. Hyperthyreose,...) vorkommen. Es gibt jedoch Störungen, bei denen die krankhafte Angst das Hauptsymptom darstellt (sog. Angststörungen).

Wie werden Angststörungen diagnostisch eingeordnet?

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel F) werden Angststörungen den Kapiteln F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F9 (Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) zugeordnet.

Kategorien der Angststörungen im Kapitel F4 sind:

- *Agoraphobie (F40.00 ohne Panikstörung, F40.01 mit Panikstörung):*
Angst sich an Orten oder in Situationen zu befinden, von denen aus ein Rückzug an einen sicheren Platz, meist nach Hause, schwierig oder peinlich ist.
- *Sozialphobie (F40.1):*
Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in kleineren Gruppen.
- *Spezifische Phobien (F40.2):*
Angst vor spezifischen Objekten oder Situationen (z.B. bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut oder Verletzungen,...).
- *Panikstörung (F41.0):*
Auftreten wiederkehrender, ausgeprägter Angstattacken, welche sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken, nicht vorhersehbar sind und dementsprechend oft zu Erwartungsangst führen.
- *Generalisierte Angststörung (F41.1):*
Frei flottierende, anhaltende Angst mit vielfältigen, insbesondere vegetativen Symptomen, oft begleitet von Sorgen und Befürchtungen.
- *Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2):*
Gleichzeitiges Bestehen von Angst und Depression ohne dass eine der beiden Störungen überwiegt und ohne dass die Kriterien einer Angst- oder depressiven Störung erfüllt sind.
- *Sonstige gemischte Angststörungen (F41.3):*
Gleichzeitiges Bestehen von generalisierter Angststörung und Merkmalen einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung (F42-F48), deren Kriterien jedoch nicht vollständig erfüllt sind.

Kategorien der Angststörungen im Kapitel F9 sind:

- *Phobische Störung des Kindesalters (F93.1):*
Abnorm gesteigerte Furcht vor alterstypisch angstbesetzten Objekten oder Situationen.
- *Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2):*
Durchgängige oder wiederkehrende altersunangemessene Furcht vor Fremden (Erwachsenen und/oder Gleichaltrigen).
- *Störung mit Überängstlichkeit des Kindesalters (Sonstige emotionale Störung des Kindesalters, F93.8):*

Kindspezifische generalisierte Angststörung, im Vergleich zum Erwachsenenalter zeigen Kinder oft weniger typische Beschwerden und spezifische vegetative Symptome.

- *Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0):*
Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen mit außergewöhnlichem Schweregrad und abnormer Dauer.

Alle genannten Störungsbilder sind durch eine übermäßige Angst gekennzeichnet, welche bei den Betroffenen zu einer deutlichen Alltagsbeeinträchtigung führt. Das Kapitel F9 enthält für das Kindes- und Jugendalter typische Angststörungen, alle anderen Angststörungen sind im Kapitel F4 angeführt.

Was sind die Ursachen von Angststörungen?

Wie bei den meisten psychischen Erkrankungen kann auch bei Angststörungen nicht von einer einzelnen Ursache ausgegangen werden. Vielmehr ergibt sich das Risiko an einer Angststörung zu erkranken aus einem Zusammenspiel zwischen risikoerhöhenden und risikomindernden Faktoren.

Zur Erklärung von Angst wurde eine Reihe von Ansätzen entwickelt, welche sich im wesentlichen in behaviorale, kognitive und psychodynamische Modelle unterteilen lassen.

In weiterer Folge werden Faktoren beschrieben, welche das Risiko für die Entstehung von Angststörungen erhöhen.

Hinweise darauf, dass genetische Faktoren in der Entwicklung von Angststörungen bedeutsam sind, ergeben sich aus der Beobachtung, dass Angststörungen in Familien gehäuft auftreten sowie aus Ergebnissen von Zwillingsstudien (Petermann et al., 2000).

Häufig handelt es sich bei Kindern und Jugendlichen, welche Angststörungen entwickeln, um sensible, auf neue Situationen eher irritiert reagierende Personen. Sowohl Petermann et al. (2000) als auch Steinhausen (2010) weisen auf den Einfluss von Temperamentsfaktoren hin, wobei vor allem die Temperamentsdimensionen Annäherung/Rückzug, Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Stimmungslage, Emotionalität, Soziabilität und Verhaltenshemmung einen Bezug zu Angstsymptomen zeigen. Darüber hinaus spielt eine Rolle wie leicht ein Kind von seinen Eltern beruhigt werden kann.

Nach Petermann et al. (2000) zeigen viele Kinder mit Angststörungen Defizite in der Emotionsregulation (= Kompetenz sich selbst zu beruhigen und das eigene Erregungsniveau positiv zu beeinflussen).

Ängstliche Personen tendieren dazu Informationen selektiv wahrzunehmen, d.h. sie wenden ihre Aufmerksamkeit eher bedrohlichen Informationen zu, entdecken solche Informationen schneller, interpretieren mehrdeutige Ereignisse im Vergleich zu anderen Personen eher als bedrohlich und erleben sich als besonders verletzlich gegenüber Gefahren (Turowsky et al., 2003).

Das elterliche Interaktions- und Erziehungsverhalten spielt eine wichtige Rolle in der Entstehung von Angststörungen. Petermann et al. (2000) weisen darauf hin, dass Eltern ängstlicher Kinder uneindeutige Situationen eher als bedrohlich bewerten, vermeidendes Problemlöseverhalten bevorzugen und im Umgang mit ihren Kindern oft überbehütend, überbeschützend und überkontrollierend reagieren. Sie vermitteln

ihren Kindern dadurch eher vorsichtig auf bedrohliche bzw. vermeintlich bedrohliche Reize zu reagieren und erwarten weniger ein positives Bewältigungsverhalten ihrer Kinder. Zeigen die Eltern selbst ein ängstliches Verhalten, besitzt dies für die Kinder eine Vorbildfunktion im Sinne des Modelllernens. Autonomes und kompetentes Handeln der Kinder sowie effektive Problemlösestrategien werden unzureichend entwickelt, da die Kinder für ihre Entwicklung wichtige Erfahrungen nicht sammeln können.

In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass es Zusammenhänge zwischen inkonsistentem, tadelndem, wenig akzeptierendem elterlichen Erziehungsverhalten und kindlichen Angststörungen gibt, wobei sich inkonsistentes Erziehungsverhalten als besonders negativ auszuwirken scheint. Wenn im Alltag Sicherheitssignale fehlen und Kinder häufig Unvorhersagbarkeit und Unkontrollierbarkeit erleben, können sie keine angemessenen Kontrollervartungen aufbauen und die Entstehung von Angst wird begünstigt (Petermann et al., 2000).

Auch kritische Lebensereignisse, z.B. Auseinandersetzungen mit den Eltern, Probleme mit Geschwister oder mit Klassenkameraden, schlechte Schulnoten, Verlustsergebnisse, körperliche und/oder sexuelle Misshandlungen, etc. können die Entwicklung von Angststörungen begünstigen (Petermann et al., 2000).

Wie häufig sind Angststörungen?

Epidemiologische Studien geben uneinheitliche Prävalenzen für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter an, was unter anderem mit der Anwendung unterschiedlicher Klassifikationsysteme und den damit verbundenen unterschiedlichen Diagnosekriterien sowie verschiedenen Stichprobenzugängen zusammenhängt.

Nach Essau (2003) erfüllen ungefähr 10% aller Kinder und Jugendlichen irgendwann in ihrem Leben die diagnostischen Kriterien einer Angststörung, wobei Mädchen in durchgeführten Studien zwei- bis viermal häufiger Angststörungen aufwiesen als Jungen.

Wie ist der Verlauf von Angststörungen?

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen sind nicht – wie in der Vergangenheit häufig irrtümlicherweise angenommen – immer leicht, von kurzer Dauer oder vorübergehender Natur. Unbehandelt kann es zu einem chronischen Krankheitsverlauf kommen (Essau, 2003).

Insbesondere Ängste mit frühem Entstehungsbeginn weisen eine hohe Stabilität auf und haben oft vielfältige Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen (Schule, Arbeit, Freizeit, zwischenmenschliche Beziehungen) bis ins Erwachsenenalter hinein zur Folge. Der Verlauf von Angststörungen wird weiters aggraviert, wenn Komorbiditäten mit anderen internalisierenden Störungen (z.B. depressiven Störungen), externalisierenden Störungen (hyperkinetischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens) oder Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauch vorliegen (Petermann et al., 2000).

Was muss in der Diagnostik von Angststörungen erhoben werden?

Zunächst bedarf es einer ausführlichen Erhebung der Symptomatik (v.a. aktuelle Ausprägung, Beginn, Entwicklung,