

Zur Erreichung der Therapieziele wurden folgende Interventionen eingesetzt:

#### Kindzentrierte Interventionen:

- Information, Psychoedukation, Erarbeitung eines für Sarah schlüssigen Erklärungsmodells für die Angstsymptomatik (u.a. Unterscheidung zwischen normaler, hilfreicher und exzessiver Angst unter Zuhilfenahme konkreter Beispiele, Erarbeitung physiologischer, kognitiver und behavioraler Komponenten der Angst, Information über die Entstehung von Panikattacken unter Zuhilfenahme des psychophysiologischen Modells der Panikstörung nach Margraf und Schneider (2003) in Form des Teufelskreises der Angst, Information über den Zusammenhang zwischen Situation, Bewertung und Emotion (ABC-Modell) anhand von Beispielen, Besprechung von Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Generalisierten Angststörung beigetragen haben)
- Vermittlung von Copingstrategien in Hinblick auf die Angstanfälle
- Aufbau von Fertigkeiten der Emotionsregulation in Angstsituationen
- Bearbeitung dysfunktionaler, angstmachender Gedanken mittels kognitiver Therapietechniken (sokratischer Dialog, kognitive Umstrukturierung, Selbstinstruktion)
- Einführung einer Grübelstunde und Führung eines Sorgentagebuchs
- Systematische Desensibilisierung in vivo in Hinblick auf Übernachtungen außerhalb der mütterlichen Wohnung
- Aufbau und Förderung von außerschulischen Kontakten zu Gleichaltrigen durch einen Hortbesuch, welcher in Kooperation mit dem Jugendamt (Übernahme der Kosten) ermöglicht wurde
- Soziales Kompetenztraining in Form von Rollen spielen
- Verschiedene Interventionen zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Bewusstmachung eigener Stärken
- Strukturierte Trauma-Intervention nach D. Weinberg (2008) zur Verarbeitung des Unfalls der Mutter

#### Eltern- bzw. familienzentrierte Interventionen:

Die Eltern wurden im Rahmen von Eltern- bzw. Familiengesprächen in die Therapie mit einbezogen.

Ziele waren:

- die Entwicklung einer gemeinsamen Sichtweise über die vorliegende Problematik,
- die Modifikation des überängstlichen und überbehütenden Interaktions- und Erziehungsverhaltens der Mutter,
- die Anleitung beider Eltern darin, wie sie Sarah zu

mehr Eigenständigkeit ermuntern und in der Angstbewältigung sensibel unterstützen können, die Bearbeitung familiärer Konflikte, welche sich aus der elterlichen Trennung bzw. der Patchwork-Situation (neue Partner der Eltern) ergeben.

Die Veränderung des elterlichen Verhaltens gestaltete sich durch die psychische Erkrankung beider Elternteile als schwierig, wenngleich beide Eltern separat psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen.

#### Therapieverlauf:

Aus Sarahs Sicht sowie aus Sicht der Eltern konnten alle Therapieziele bis auf eine dauerhafte Veränderung des elterlichen Interaktionsverhaltens erreicht werden. Zu Ende der Therapie zeigte Sarah keine klinisch relevante Angstsymptomatik mehr. Übereinstimmend mit den Berichten der Familie kamen auch sämtliche Ergebnisse der unmittelbar nach Beendigung der Therapie erfolgten standardisierten Verlaufsuntersuchung mittels Achenbach-Fragebögen (CBCL/4-18, YSR/11-18) und Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI) im klinisch unauffälligen Bereich zu liegen. Mit der Reduktion der Angstsymptomatik ging auch eine Erhöhung von Sarahs Lebensqualität einher: In der Verlaufsuntersuchung gaben Sarah und ihre Mutter im Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) übereinstimmend für Sarah eine durchschnittliche Lebensqualität an. Die Therapieeffekte erwiesen sich als zeitstabil und bestanden auch noch unverändert 6 Monate nach Therapieende.

Detaillierte Literaturangaben erhalten Sie bei den AutorInnen:

#### Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig

Klinische und Gesundheitspsychologin  
Psychotherapeutin  
Mini-Ambulatorium St. Veit/Glan  
[christine.wernisch@promente-kijufa.at](mailto:christine.wernisch@promente-kijufa.at)

#### Mag. Wolfgang Steffner

Klinischer und Gesundheitspsychologe  
Mini-Ambulatorium St. Veit/Glan  
[wolfgang.steffner@promente-kijufa.at](mailto:wolfgang.steffner@promente-kijufa.at)

#### Dr. Eva Maria Haring

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Ärztin für Allgemeinmedizin  
Ärztin für psychotherapeutische Medizin  
[eva.haring@promente-kijufa.at](mailto:eva.haring@promente-kijufa.at)

#### Mag. Petra Michler

Klinische und Gesundheitspsychologin  
Psychotherapeutin  
Mini-Ambulatorium St. Veit/Glan  
[petra.michler@promente-kijufa.at](mailto:petra.michler@promente-kijufa.at)

#### 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](mailto: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](mailto:christine.wernisch@promente-kijufa.at) Layout: Mag. Joachim Petschornig

# STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Ausgabe Nr. 23 ■ Juli 2013 ■ ISSN 1991-9883

Editorial CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG

#### Liebe LeserInnen!



Die aktuelle Ausgabe der *Standards in Diagnostik und Therapie* befasst sich mit den Behandlungsmöglichkeiten von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Zunächst informieren die Autoren über die Auswahl des Behandlungssettings und der Interventionsform(en). Diese grundlegenden Entscheidungen fußen auf den über die diagnostische Abklärung gewonnenen Informationen über Art und Ausprägungsgrad der Symptomatik, vermutete ätiologische Faktoren, aufrechterhaltende bzw. symptomverstärkende Bedingungen sowie Ressourcen und Belastungsfaktoren des Kindes und

des Familiensystems. Im Anschluss wird die Behandlung exemplarisch anhand eines Fallbeispiels praxisorientiert dargestellt.

Christine Wernisch-Pozewaunig

#### Vorschau der nächsten drei Ausgaben

**SID&T Nr. 24 Jänner/Feber 2014:**

Diagnostik von depressiven Störungen

**SID&T Nr. 25 Juli/August 2014:**

Therapie von depressiven Störungen

**SID&T Nr. 26 Jänner/Feber 2015:**

Diagnostik von Zwangsstörungen

#### Therapie von Angststörungen

C. Wernisch-Pozewaunig, W. Steffner, E. Haring, P. Michler

#### Stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung?

Die Behandlung von Kindern/ Jugendlichen mit Angststörungen kann grundsätzlich je nach Indikation im ambulanten, teilstationären oder stationären Setting erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003).

Bei den meisten Angststörungen im Kindes- und Jugendalter ist eine ambulante Behandlung ausreichend, insbesondere wenn die Symptomatik leicht bis mäßig ausgeprägt ist, keine Begleitstörungen vorliegen und eine ausreichende Kooperation der Betroffenen und ihrer Familien gegeben ist.

Eine teilstationäre Behandlung kann sinnvoll sein, wenn mittels ambulanter Maßnahmen kein ausreichender Behandlungserfolg erzielbar ist. Außerdem kann eine teilstationäre Behandlung im Sinne einer stufenweisen Weiterbehandlung nach einem erfolgten stationären Aufenthalt den Übergang von vollstationärer zu ambulanter Behandlung erleichtern.

Das teilstationäre Setting bietet den Vorteil, dass alternative Verhaltensmodelle durch Therapeuten und Gleichaltrige sowie therapeutische Maßnahmen in hoher Frequenz angeboten werden können. Gleichzeitig können neu erlernte

Verhaltens- und Denkmuster im Alltag und der Familie erprobt werden.

Bei nicht ausreichendem Erfolg ambulanter bzw. teilstationärer Maßnahmen kann eine stationäre Behandlung notwendig werden. Insbesondere wenn ausgeprägte Komorbiditäten vorliegen oder eine ausgeprägte Alltagsbeeinträchtigung durch die Angstsymptomatik bzw. das Vermeidungsverhalten besteht- beispielsweise aufgrund eines sehr ausgeprägten Vermeidungsverhaltens das Verlassen des Hauses bzw. der Schulbesuch nicht mehr möglich ist- kann ein stationärer Aufenthalt sinnvoll sein. Darüber hinaus kann eine vorübergehende Trennung des Kindes/ Jugendlichen von der Familie im Rahmen einer stationären Behandlung angezeigt sein, wenn es ungünstige, symptomverstärkende Bedingungen im familiären System gibt, welche sich als schwer beeinflussbar erweisen (z.B. ausgeprägte Überängstlichkeit der Eltern) oder wenn die Angstsymptomatik eine Funktion in einem pathogenen Familiensystem erfüllt.

Nach einer erfolgten stationären Behandlung ist es jedenfalls essentiell eine teilstationäre oder ambulante Weiterbehandlung einzuleiten um den Behandlungserfolg zu stabilisieren und auf eine eventuelle erneute Verstärkung der Symptoma-

tik zeitnah mit geeigneten Interventionsmaßnahmen reagieren zu können.

Wenn nach einem stationären Aufenthalt bei unverändert ungünstigen familiären Bedingungen ein Rückfall droht, es wiederholt nach stationären Behandlungen zu Rückfällen gekommen ist oder in der Behandlung erarbeitete Inhalte aufgrund von psychosozialen Belastungsfaktoren im Alltag durch die Familie nur unzureichend umgesetzt werden können, kann eine zusätzliche Familien-Intensiv-Betreuung als aufsuchendes Betreuungsangebot hilfreich sein.

### Welche klinisch-psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Interventionsformen werden in der Behandlung von Angststörungen angewandt?

Nach der Auswahl des geeigneten Interventionssettings ist auf Grundlage der erfolgten diagnostischen Abklärung abzuschätzen, welche Interventionsform(en) in Hinblick auf die konkrete Problematik zur Anwendung gelangen soll(en). Bei dieser Entscheidung müssen unter anderem die Art der Angststörung, ätiologische Überlegungen, Informationen über aufrechterhaltende bzw. symptomverstärkende Bedingungen sowie die Ressourcen und psychosozialen Belastungsfaktoren des Kindes und der Familie Berücksichtigung finden. In der Regel erfolgt die Behandlung multimodal, d.h. verschiedene kind-/ jugendlichen-, angehörigen-/familien- und umweltzentrierte Behandlungsformen werden mit unterschiedlicher Gewichtung in häufig unterschiedlicher zeitlicher Reihenfolge miteinander kombiniert eingesetzt.

Im Vorfeld jeglicher Behandlung ist die transparente Informationsvermittlung, Aufklärung und Beratung des betroffenen Kindes/ Jugendlichen und der Eltern über die Ergebnisse der Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten sowie Vor- und Nachteile verschiedener Therapiemethoden zentral. Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist die Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes sowie die Formulierung daraus resultierender Therapieziele gemeinsam mit dem betroffenen Kind/ Jugendlichen und dessen Familie. Bei der Erstellung des Behandlungsplanes ist die Überprüfung der Realisierbarkeit und Akzeptanz der geplanten Interventionen unerlässlich.

Auf das Kind bezogene Ziele der Behandlung können die Verringerung der Angstsymptome bzw. Symptome etwaiger komorbider Störungen, die Reduktion der Alltagsbeeinträchtigung durch das Vermeidungsverhalten, die Förderung sozialer Kompetenzen oder die Verbesserung schulischer Leistungen umfassen. Als familienbezogene Ziele können u.a. die Veränderung des elterlichen Erziehungsverhaltens und der familiären Interaktionen sowie die Förderung familiärer Unterstützung in Frage kommen (Essau, 2003).

### Kind-/ jugendlichenzentrierte Interventionen

Es gibt viele verschiedene Methoden in der Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Im Bereich der kind-/ jugendlichenzentrierten Interventionen dominieren psychotherapeutische, v.a. kognitiv-behaviorale und psychodynamische Ansätze. Unsere klinische Erfahrung in der Behandlung von Angststörungen weist darauf hin, dass die Kombination von psychodynamischen Konzepten und verhaltenstherapeutischen Interventionen – je nach Phäno-

menologie und Entstehungsgeschichte in unterschiedlicher Gewichtung – am erfolversprechendsten erscheint. Ist die Symptomatik beispielsweise eher durch klassische Konditionierung entstanden, stehen in der Behandlung eher verhaltenstherapeutische Interventionen im Vordergrund, bei einer neurotischen Entwicklung eher psychodynamische. Für jüngere Kinder eignen sich spieltherapeutische Ansätze, in welche verhaltenstherapeutische Interventionen integriert werden. Analytische Einzel- und Gruppengespräche – wie in den AWMF-Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003) vorgeschlagen – erscheinen uns auch bei älteren Kindern und Jugendlichen weniger geeignet zur Behandlung von Angststörungen.

Weiters kann ergänzend eine Pharmakotherapie indiziert sein.

### Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen

Die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen in der Behandlung von Angststörungen ist empirisch gut belegt. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmaßnahmen zielen in der Regel auf eine direkte Veränderung des Verhaltens und der Kognitionen im Umgang mit den Angst auslösenden Situationen ab. Neben der Therapie im Einzelsetting erweisen sich auch Gruppenbehandlungen als effizient, wobei laut Studien hoch ängstliche Kinder eher von Einzeltherapien profitieren (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003).

Folgende Ansätze und Techniken können im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie zur Anwendung kommen:

- Expositionsbehandlung (Konfrontation in sensu und/ oder in vivo)
- Operante Ansätze (systematische Verstärkung)
- Modelllernen
- Kognitive Ansätze (u.a. Selbstbeobachtung, Selbstinstruktion, kognitive Umstrukturierung,...)
- Entspannungsverfahren
- Soziales Kompetenztraining (kann notwendig sein, wenn die Symptomatik mit wesentlichen Defiziten in der sozialen Kompetenz einhergeht)
- Problemlösen

### Psychodynamische Interventionen

Im Zentrum psychodynamischer Ansätze steht die Annahme, dass Angststörungen im Kindes-/ und Jugendalter von bewussten und unbewussten Konflikten determiniert sind, welche durch äußere Faktoren, aber auch durch die Auseinandersetzung mit anstehenden alterstypischen Entwicklungsaufgaben (z.B. im Jugendalter die Ablösung von den Eltern) auftreten können.

Der Schwerpunkt der Behandlung besteht in der Förderung von Konfliktbewältigung und Persönlichkeitsentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte und unbewusster Prozesse. Der Therapeut hilft dem Kind/ Jugendlichen ein Bewusstsein über unbewusste Faktoren, die zur Problematik beitragen, zu entwickeln, die Konflikte zu lösen und angepasste Bewältigungsstrategien zu finden.

### Pharmakologische Behandlung

Kontrollierte randomisierte Therapiestudien in den letzten Jahren, in denen die Wirksamkeit von Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) geprüft wurden, konnten neben guter Verträglichkeit von SSRIs eine Reduktion der Angstsymptomatik bei Therapieende nachweisen. Der Nachweis einer längerfristigen Wirksamkeit ist jedoch offen.

Eine psychopharmakologische Behandlung sollte immer in Kombination mit einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgen und sollte besonders bei schweren Symptomausprägungen, zur Krisenintervention und bei chronischen Verlaufsformen indiziert sein.

Mittel der ersten Wahl sind SSRIs (wie Fluoxetin, Citalopram, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin). Die Präparate sind im Kindes- und Jugendalter jedoch für Angst- und Panikstörungen nicht offiziell zugelassen, d.h. sie können nur unter den Kriterien des „off-label-use“ angewandt werden (siehe unten).

Mittel der zweiten Wahl sind serotonerge und noradrenerge trizyklische Antidepressiva, die wegen erhöhtem Nebenwirkungsrisiko seltener eingesetzt werden.

Benzodiazepine wirken rasch und werden gut vertragen, zeigen jedoch ein erhöhtes Suchtpotential und sollten nicht länger als 6 Wochen zur Anwendung kommen.

Beta-Rezeptorenblocker dämpfen vegetative Begleitsymptome von Angststörungen.

Die empirische Evidenz für die Behandlung mit Benzodiazepinen und Beta-Rezeptorenblockern beschränkt sich weitgehend auf das Erwachsenenalter.

In therapierefraktären Fällen können atypische Neuroleptika als augmentative Behandlung in Erwägung gezogen werden.

Zahlreiche oben genannte Substanzen sind für Kinder- und Jugendliche nicht offiziell zugelassen und deshalb nur im Rahmen eines individuellen Heilversuches mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen einzusetzen. Die Auswahl einer Psychopharmakotherapie soll auf aktuellen fachspezifischen Leitlinien basieren, eine gründliche Risiko-Nutzen-Abwägung sollte erfolgen. Die Betroffenen und deren Familien müssen sorgfältig darüber aufgeklärt werden.

### Angehörigen- bzw. familienzentrierte Interventionen

Ungünstiges elterliches Interaktions- und Erziehungsverhalten kann in unterschiedlicher Art und Weise an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen beteiligt sein (vgl. dazu auch den SiD&T-Artikel Nr. 22 zum Thema „Diagnostik von Angststörungen“). Oft ist den Eltern beispielsweise gar nicht bewusst, dass sie selbst ein ängstliches Verhalten zeigen, welches für ihre Kinder eine Vorbildfunktion im Sinne des Modelllernens besitzt, oder dass sie mit einem überbehütenden oder überkontrollierenden Erziehungsverhalten autonomes, kompetentes und eigenverantwortliches Handeln ihrer Kinder sowie die Entwicklung effektiver Problemlösestrategien hemmen. Auch inkonsistentes Erziehungsverhalten begünstigt über das Fehlen von Sicherheitssignalen und das Erleben von Unvorhersagbarkeit und Unkontrollierbarkeit die Entstehung von Angst.

Manchmal genügt insbesondere bei jüngeren Kindern eine Elternberatung um diese Probleme aufzulösen. Wenn die

Angstsymptomatik die Familienbeziehungen deutlich belastet oder damit in ursächlichem Zusammenhang steht, kann eine Familientherapie indiziert sein.

Familientherapeutische Modelle betonen die Entstehung von Angstsymptomen im Kontext der familiären Interaktionen. Im Zentrum der Behandlung steht das Familiensystem mit den innerfamiliären Beziehungen, Rollenfunktionen und Kommunikationsmustern der Familienmitglieder, den Autonomieprozessen, Problemlösungs- und Verhandlungsstrategien.

Wenn die Eltern selbst an einer Angststörung leiden, ist ggf. eine separate psychotherapeutische und/ oder psychiatrische Behandlung der Eltern notwendig um die Aufrechterhaltung der kindlichen Angststörung durch eine ungünstige elterliche Modellwirkung aufzulösen.

### Umweltzentrierte Interventionen

Der Einbezug von weiteren Personen bzw. Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten), welche das Kind/ den Jugendlichen ebenfalls betreuen, in Form von Helferkonferenzen ist empfehlenswert, wenn die Angstsymptomatik ausgeprägt ist und in diesen Betreuungskontexten eine Rolle spielt. Voraussetzung dafür ist das Einverständnis des Kindes/ Jugendlichen und des Obsorgeberechtigten. Ziel ist es durch Informationen über die Angststörung, die Besprechung konkreter Interventionsmöglichkeiten und die Vereinbarung eines gemeinsamen pädagogisch-therapeutischen Procedere das Kind/ den Jugendlichen in der Bewältigung der Ängste zu unterstützen.

### Fallvignette Sarah, 12 Jahre

Im Rahmen der Befundbesprechung wurden mit Sarah und ihren Eltern die in der Diagnostik (vgl. dazu SiD&T-Artikel Nr. 22) erhobenen Problembereiche, zugrundeliegende ätiologische Faktoren, die Symptomatik aufrechterhaltende bzw. verstärkende Bedingungen sowie die Behandlungsmöglichkeiten ausführlich besprochen.

Es wurden gemeinsam folgende Therapieziele für die psychotherapeutische Behandlung definiert, wobei die Therapieziele in der Reihenfolge, in welcher in der Behandlung an ihnen gearbeitet wurde, genannt sind:

- Reduktion der Angstanfälle
- Zeitliche Einschränkung der Sorgensymptomatik
- Vermehrung des außerschulischen Kontakts zu Gleichaltrigen
- Übernachtungen außerhalb der mütterlichen Wohnung
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Äußern von Meinung, Kritik, Gefühlen, Wünschen, Bedürfnissen gegenüber Familienmitgliedern und Gleichaltrigen ohne Schuldgefühle
- Verarbeitung des Unfalls der Mutter
- Modifikation des elterlichen Interaktions- und Erziehungsverhaltens