

## Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 028/021

Entwicklungsstufe:

1

### Zitierbare Quelle:

Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 277 - 289

# Phobische Störungen bei Kindern- und Jugendlichen (F40, F93.1, F93.2)

## 1. Klassifikation

### 1.1 Definition

- Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte - außerhalb der betreffenden Person - hervorgerufen wird
- Diese Situationen oder Objekte werden charakteristischerweise gemieden oder mit ausgeprägter Angst ertragen.
- Phobische Angst ist subjektiv physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden, sie variiert zwischen leichtem Unbehagen bis zur Panik.
- Befürchtungen des Betroffenen können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, sie treten häufig zusammen auf mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, verrückt zu werden.
- Die Angst wird nicht durch die Erkenntnis gemildert, dass andere solche Situationen oder Objekte nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten.
- Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.
- Psychische oder vegetative Symptome sind primäre Manifestationen der Angst und beruhen nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken.

#### Agoraphobie (F40.0)

- Hauptmerkmal ist die Angst, sich an Orten oder in Situationen zu befinden, von denen aus ein Rückzug an einen sicheren Platz, im Allgemeinen nach Hause, schwierig oder peinlich ist.
- Die Angst muss in mindestens 2 der folgenden umschriebenen Situationen auftreten: In Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause oder bei Reisen alleine.
- Die Vermeidung der phobischen Situation ist wesentlich.

#### Soziale Phobien (F40.1)

- Diese Störungen zentrieren sich um die Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen).
- Die Angst ist auf bestimmte soziale Situationen beschränkt oder überwiegt in solchen Situationen.
- Die phobischen Situationen werden vermieden.
- Der Beginn liegt häufig im Jugendalter.

#### Spezifische Phobien (F40.2)

- Die Angst bezieht sich isoliert auf bestimmte Objekte oder spezifische Situationen.
- Diese Objekte oder Situationen werden vermieden.
- Spezifische Phobien entstehen gewöhnlich in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und können unbehandelt jahrzehntelang bestehen.

### Phobische Störungen des Kindesalters (F93.1)

- Abnorm gesteigerte Furcht vor alterstypisch angstbesetzten Objekten oder Situationen
- Der Beginn liegt in der entwicklungsangemessenen Altersstufe
- Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gegenüber solchen Objekten oder Situationen
- Die Angst ist nicht Teil einer generalisierten Störung.

### Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters (F93.2)

- Kinder mit dieser Störung zeigen eine durchgängige oder wiederkehrende altersunangemessene Furcht vor Fremden oder meiden diese.
- Dieses Verhalten führt zu einer bedeutsamen sozialen Beeinträchtigung.
- Die Störung beginnt vor dem sechsten Lebensjahr und ist nicht Teil einer generalisierten Störung.

## 1.2 Leitsymptome

### Agoraphobie

- Die Angst kann sich darauf beziehen, die Wohnung/das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben, alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen bzw. darauf, sich aus einer bestimmten Situation nicht sofort und leicht an einen sicheren Platz, im Allgemeinen nach Hause, zurückziehen zu können.
- Ängste, zu kollabieren und hilflos in der Öffentlichkeit liegen zu bleiben, führen häufig zur Panik.
- Das Fehlen eines sofort nutzbaren "Fluchtweges" kennzeichnet viele dieser agoraphobischen Situationen.
- Die Angst wird von vegetativen Symptomen wie Tachykardie, Schweißausbrüchen, Tremor, Mundtrockenheit, Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Thoraxschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen begleitet.
- Auch wenn der Schweregrad der Angst und das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens variieren, ist diese Phobie besonders einschränkend; einige Betroffene sind schließlich völlig an ihr Haus gefesselt.
- Depressive und zwanghafte Symptome sowie soziale Phobien können zusätzlich vorhanden sein, beherrschen aber das klinische Bild nicht.
- Der Beginn liegt meist im frühen Erwachsenenalter, überwiegend sind Frauen betroffen.
- Ohne effektive Behandlung chronifiziert die Störung häufig.

### Soziale Phobien

- Zentral ist die Furcht vor prüfender Betrachtung in überschaubaren Gruppen (nicht in Menschenmengen).
- Die Angst kann sich auf bestimmte Situationen wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit oder Treffen mit dem anderen Geschlecht beschränken; sie kann aber auch unbestimmt sein und in fast allen sozialen Situationen außerhalb der Familie auftreten.
- Häufig bestehen niedriges Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik.
- Als Begleitphänomene können Erröten, Vermeiden von Blickkontakt, Zittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen auftreten.
- Die Symptomatik kann sich bis zu Panikattacken verstärken.
- Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten kann zu vollständiger sozialer Isolierung führen.
- Die Störung wird oft nicht erkannt, neigt zu chronischem Verlauf und geht im Erwachsenenalter mit vermehrter sozialer Beeinträchtigung und häufigen komorbiden Störungen einher.

### Spezifische Phobien

- Die Angst bezieht sich isoliert auf spezifische Objekte oder Situationen wie bestimmte Tiere, Höhe, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Prüfungen, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Verzehr bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch, Anblick von Blut oder Verletzungen oder darauf, bestimmten Erkrankungen (Strahlenkrankheiten, Geschlechtskrankheiten, AIDS) ausgesetzt zu sein.
- Obwohl die auslösende Situation sehr spezifisch ist, kann sie Panik auslösen.

- Spezifische Phobien entstehen gewöhnlich in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und können unbehandelt jahrzehntelang bestehen.
- Das Ausmaß der spezifischen Angst bleibt in der Regel konstant.
- Das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung hängt vom Vermeidungsverhalten ab.

### Phobische Störungen des Kindesalters

- Unangemessen ausgeprägte Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, die in bestimmten Entwicklungsphasen von der Mehrheit der Kinder als beängstigend erlebt werden, z.B. laute Geräusche, imaginäre Gestalten (Gespenster), Tiere (Hunde), Dunkelheit oder Gewitter
- Typische vegetative Begleiterscheinungen sind Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden sowie Beklemmungs- und Schwindelgefühle.
- Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gegenüber solchen Objekten oder Situationen
- Erzwungene Konfrontation mit dem angstbesetzten Objekt bzw. der angstbesetzten Situation löst ausgeprägte Angst aus und wird typischerweise mit Weinen, Schreien, Fortlaufen oder Anklammern an Bezugspersonen beantwortet.

### Störungen mit sozialer Überempfindlichkeit im Kindesalter

- Anhaltende und ausgeprägte Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Personen trifft
- Es besteht Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens Fremden gegenüber.
- Auf neue oder erzwungene soziale Situationen wird mit deutlichem Leid und Unglücklichsein, mit Weinen, Schweigen oder Rückzug reagiert.
- Die Angst kann sich entweder auf Erwachsene oder auf Gleichaltrige sowie auf beide Gruppen beziehen.
- Typischerweise werden solche Situationen vermieden.
- Zu Familienmitgliedern oder anderen vertrauten Personen bestehen unbeeinträchtigte selektive Bindungen.
- Die sozialen Beziehungen sind deutlich beeinträchtigt.

## 1.3 Schweregradeinteilung

- Bisher keine bekannt.
- Generell hängt der Schweregrad von Ausmaß (Intensität und Dauer) der Symptomatik und Auswirkungen des Vermeidungsverhaltens (Beeinträchtigungen in Familie, Gleichaltrigengruppe, Schule, Freizeitverhalten) ab.
- Leichter Schweregrad: Die Symptomatik kann ertragen oder der Auslöser ohne größere Funktionsbeeinträchtigung vermieden werden.
- Ausgeprägter Schweregrad: starke Angstsymptomatik, die sich bis zu Panikattacken steigern kann, mindestens einmal pro Woche, oder die Bewältigung alterstypischer Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben wird durch das Vermeidungsverhalten erheblich beeinträchtigt.

## 1.4 Untergruppen

- Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00)
- Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01)
- Ob das Auftreten von Panikattacken bei sozialen und spezifischen Phobien Verlauf und Behandlungsaussichten ungünstig beeinflusst, ist unklar.
- Spezifische Phobien: Blut- und Verletzungsphobien unterscheiden sich von anderen Phobien, da sie eher zu Bradykardie als zu Tachykardie und manchmal zu Bewusstseinsverlust führen.

## 1.5 Ausschlussdiagnose

**Für soziale und spezifische Phobien** müssen Ängste, die sich auf das Vorliegen einer Krankheit (Nosophobie) oder auf körperliche Entstellung (Dysmorphophobie) beziehen (hypochondrische Störung F45.2), ausgeschlossen werden.

**Für phobische Störungen des Kindesalters** müssen Ängste, die nicht an spezifische Entwicklungsphasen gebunden sind, wie z.B. Angst vor öffentlichen Plätzen (Agoraphobie), ausgeschlossen werden.

## 2. Störungsspezifische Diagnostik

### 2.1 Symptomatik

- Exploration von Kind/Jugendlichem und Bezugspersonen (getrennt und gemeinsam). Informationen zu Inhalt und Ausprägung (Intensität, Dauer und Häufigkeit) der Angstsymptomatik einschließlich vegetativer Symptome und Vermeidungsverhalten, zu Begleitsymptomatik und symptomterhaltenden Bedingungen/sekundärem Krankheitsgewinn (z.B. Zuwendung, Entlastung von Anforderungen)
- Symptomenentstehung, insbesondere Vorgeschichte, Auslöser, Beginn, Intensität, situativer Kontext, Auswirkungen
- Bei Kindern fehlen häufig Problembewusstsein und Krankheitseinsicht, d.h., Angst und Vermeidungsverhalten werden nicht unbedingt als abnorm wahrgenommen.
- Schwierigkeiten, die Symptomatik zu beschreiben, finden sich insbesondere bei Kindern, bei schon länger bestehenden Störungen und in Familien mit hohem Angstpegel.
- Bei generalisiertem Vermeidungsverhalten, das in den Alltag gut integriert ist, brauchen Ängste nicht mehr aufzutreten und können dann auch nicht beschrieben werden; deshalb muss Vermeidungsverhalten immer gezielt exploriert werden.
- Ggf. Exploration von weiteren Familienmitgliedern und anderen Bezugspersonen, z.B. Erziehern oder Lehrern.

### 2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Exploration von Eltern oder Stellvertretern
- Pränatale und Geburtsanamnese (insbesondere prä- und perinatale Risikofaktoren, z.B. Frühgeburt, Sauerstoffmangel)
- Medizinische Vorgeschichte (insbesondere ZNS-Beeinträchtigungen, Unfälle, somatische Erkrankungen)
- Temperamentsfaktoren (Neugierverhalten, Introversion, Irritierbarkeit, Belohnungsabhängigkeit)
- Kognitive Entwicklung (allgemeines Entwicklungsniveau, spezifische Entwicklungsverzögerungen)
- Selbstständigkeitsentwicklung und Risikoverhalten (Bewältigung typischer Schwellensituationen wie Eintritt in Kindergarten, Schule und Ausbildung oder durch Umzug bedingter Wechsel des vertrauten sozialen Umfeldes)
- Belastende Lebensereignisse (Vernachlässigung, Misshandlung oder sexueller Missbrauch, Verlusterlebnisse und andere spezifische Traumata).

### 2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Angststörungen weisen untereinander und zu depressiven Störungen hohe Überschneidungen auf. Über die Hälfte der Kinder mit einer Angststörung leiden an einer weiteren Angststörung, ein Drittel sogar an 2 weiteren Angststörungen. Komorbide depressive Störungen treten ebenfalls häufig auf, dabei gehen Angststörungen häufig zeitlich voraus. Durch eine depressive Symptomatik wird oft die vorausgehende Angstsymptomatik verstärkt.

- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Hyperkinetische Störungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Elektiver Mutismus (wird nach neueren Befunden auch als spezifische Unterform sozialer Phobie eingestuft)
- Depersonalisationssymptome
- Zwangssymptome
- Angstbedingte Verweigerung/Vermeidung des Schulbesuchs wurde früher als eigene Störung (Schulangst/Schulphobie) klassifiziert. Sie wird aktuell als Begleitproblematik anderen Angststörungen (bei Trennungsangst, bei sozialer Phobie, bei Agoraphobie etc.) zugeordnet.

### 2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

**Familienanamnese** bezüglich psychischer Auffälligkeiten

- Angststörungen
- Persönlichkeitsmerkmale der Eltern, insbesondere Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten (Angstmodelle?)
- Depressive Störungen
- Substanzbedingte Störungen.

## Familiärer Interaktionsstil, Umgang mit der Angstsymptomatik

- Überbehütung
- Harmoniebedürfnis und Konfliktvermeidung
- Symptomunterstützendes Verhalten der Familie, z.B. durch Zuwendung (sekundärer Krankheitsgewinn)
- Isolierte Familie.

## 2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Standardfragebogen für Eltern/Lehrer bezüglich des generellen und angstspezifischen Verhaltens des Kindes/Jugendlichen (Child Behavior Checklist Elternversion, CBCL-4-18 bzw. Lehrerversion, TRF; Diagnostiksystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-KJ)
- Operationalisierte Verfahren zur Erfassung von Angst (Kinder-Angst-Test, KAT-II; Angstfragebogen für Schüler, AFS; Social Phobia and Anxiety Inventory for Children - deutsche Fassung - SPAIK; Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche, PHOKI)
- Ergänzende altersbezogene testpsychologische Diagnostik bezüglich kognitiven Leistungsniveaus und umschriebener Entwicklungsstörungen.

## 2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Siehe Abbildung 43 bei Leitlinie Angststörungen (F41, F93.0). [Leitlinie 028/022](#)

- Angstsymptome können im Rahmen körperlicher Erkrankungs- oder Störungszustände auftreten, z.B. bei Hyperthyreose, Hyperparathyreose, hypoglykämischen Zuständen, Phäochromozytom, vestibulärem Syndrom, Anfallsleiden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Laboruntersuchungen bei klinischen Hinweisen: Schilddrüsenhormone, Parathormone, Blutzucker, Adrenalinabbauprodukte, ggf. EEG und EKG.

### Bei Agoraphobie

- Einige Betroffene können wenig Angst erleben, da es ihnen ständig gelingt, phobische Situationen zu vermeiden.
- Depressive, Depersonalisations-, Zwangs- und sozialphobische Symptome können begleitend auftreten; sie sind dann mit der Diagnose Agoraphobie vereinbar, wenn sie das klinische Bild nicht beherrschen.
- Lag bereits ausgeprägte depressive Symptomatik vor, als die phobischen Symptome erstmals auftraten, kann die Diagnose "depressive Episode" die treffendere Hauptdiagnose sein (dies kommt vor allem bei spätem Beginn vor).
- Die Angstsymptomatik darf nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen.

### Bei sozialen Phobien

- Agoraphobie
- Depressive Störungen (eine Depression ist aber nur dann zu diagnostizieren, wenn der phobischen Störung ein depressives Syndrom vorausging)
- Die Angstsymptomatik darf nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken beruhen.

### Bei spezifischen Phobien

- Die Furcht vor spezifischen Erkrankungen wie Krebs, Herz- oder Geschlechtskrankheit soll unter hypochondrische Störung (F45.2) eingeordnet werden, es sei denn, sie bezieht sich auf eine spezielle Situation, in der eine solche Erkrankung erworben werden könnte.
- Erreicht die Überzeugung, krank zu sein, wahnhafte Ausprägung, handelt es sich um eine wahnhafte Störung (F22.0).
- Die von anderen nicht nachvollziehbare Überzeugung von Abnormalität oder Entstellung bestimmter Körperteile (z.B. Dymorphophobie) ist in Abhängigkeit von ihrer Ausprägung und Hartnäckigkeit als hypochondrische Störung (F45.2) oder wahnhafte Störung (F22.0) zu klassifizieren.

### Bei phobischer Störung des Kindesalters

- Ängste, die nicht typisch für bestimmte Entwicklungsphasen sind, schließen die Diagnose aus; sie sind ggf. den phobischen oder den anderen Angststörungen zuzuordnen.
- Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters
- Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters.

#### **Bei Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters**

- Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
- Phobische Störung des Kindesalters.

## **2.7 Entbehrliche Diagnostik**

Die Abklärung der körperlichen Begleitsymptomatik von Angststörungen sollte nur bei notwendiger Indikation erfolgen, denn sie kann insbesondere bei Wiederholung zur Aufrechterhaltung und Verstärkung der Symptomatik beitragen.

## **3. Multiaxiale Bewertung**

### **3.1 Identifizierung der Leitsymptome**

- Sind ein oder mehrere Leitsymptome vorhanden?
- Seit wann bestehen sie?
- Weicht ihre Ausprägung von Lebenskontext und Altersnorm ab?
- Ist die Angst typisch für eine bestimmte Entwicklungsphase?
- Treten Panikattacken auf?
- Tritt Vermeidungsverhalten auf, wenn ja, in welcher Ausprägung?
- Bestehen Begleitstörungen?
- Ist die Symptomatik im Rahmen einer anderen psychiatrischen Störung zu sehen?

### **3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen**

- Bestehen umschriebene Entwicklungsstörungen, insbesondere Lese-Rechtschreibstörungen oder Rechenstörungen?
- Besteht ein eingeschränktes kognitives Leistungsniveau?
- Liegen körperliche Erkrankungen vor, die die Angstsymptomatik begründen (vgl. Kap. 2.6)?
- Bestehen chronische körperliche Erkrankungen, die die Angstsymptome nicht begründen, die aber schlecht bewältigt werden?
- Besteht ein zerebrales Anfallsleiden?
- Gibt es Angstmodelle in der Familie?
- Bestehen psychische Störungen bei anderen Familienangehörigen?
- Gibt es weitere ungünstige familiäre Rahmenbedingungen (symptomunterstützendes Verhalten, isolierte Familie, belastende Lebensereignisse)?
- Erstreckt sich die Symptomatik auf die Schule?
- Führen die Angstsymptomatik oder das daraus resultierende Vermeidungsverhalten zu Beeinträchtigungen in der Familie, in der Schule, im Kontaktverhalten?

### **3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens**

Siehe Kapitel 2.6.

## **4. Interventionen**

### **4.1 Auswahl des Interventionssettings**

Die Auswahl des Interventionssettings erfolgt in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand, den Ergebnissen der entwicklungspsychopathologischen Diagnostik und den Auswirkungen der Symptomatik auf die Bewältigung notwendiger Entwicklungsaufgaben sowie nach dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung.

**Ambulante Behandlung.** Liegen keine Begleitstörungen vor, erscheint bei mäßiger Ausprägung der Symptomatik und ausreichender Kooperation der Betroffenen und ihrer Familien in der Regel zunächst

ambulante Behandlung Erfolg versprechend.

**Stationäre Behandlung** kann in folgenden Fällen notwendig bzw. sinnvoll sein:

- Misserfolg ambulanter Behandlungen
- Ausgeprägte Begleitstörungen
- Ausgeprägte soziale Beeinträchtigung durch die Angstsymptomatik bzw. das Vermeidungsverhalten (z.B. Vermeidung von Schulbesuch, soziale Isolation)
- Ungünstige symptomverstärkende Bedingungen in der Familie, die sich als schwer beeinflussbar erweisen (z.B. Überängstlichkeit der Eltern, spezifische Angststörung mit Modellwirkung eines Elternteils).

## 4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Die Grundprinzipien der Behandlung gelten für alle Settings. Ziel der Behandlung ist es, dass die Betroffenen lernen, sich in der Angst auslösenden Situation zu behaupten. Die Therapie wird in der Regel als multimodale Behandlung durchgeführt. Die verschiedenen Behandlungsformen sind dabei nicht alternativ, sondern häufig in Kombination mit unterschiedlicher Gewichtung und unterschiedlicher zeitlicher Reihenfolge einzusetzen. Eine umfassende Behandlung sollte folgende Komponenten berücksichtigen:

- Informationsvermittlung über Angststörungen für Eltern und Kinder
- Rücksprache/Beratung mit Schule und Hausarzt
- Verhaltensorientierte Interventionen
- Psychodynamische Psychotherapie
- Einbeziehung der Familie/Familietherapie
- Pharmakotherapie.

### Aufklärung und Beratung

Eine alters- bzw. entwicklungsadäquate Aufklärung des Kindes/Jugendlichen sowie der Eltern wird immer durchgeführt. Sie umfasst Informationen hinsichtlich folgender Punkte:

- Symptomatik
- Vermutete Ätiologie
- Bedingungen, die die Symptomatik aufrechterhalten oder verstärken
- Behandlungsmöglichkeiten
- Vor- und Nachteile verschiedener Therapiemethoden
- Prognose.

Als Voraussetzung einer erfolgreichen Behandlung sind folgende Punkte zu beachten:

- Entwicklung von Therapiezielen und eines Behandlungsplanes gemeinsam mit Eltern und Kind
- Etablierung eines Arbeitsbündnisses
- Erstellen eines Therapiekontraktes
- Prüfung der Realisierbarkeit und Akzeptanz von Interventionen
- Prüfung der Behandlungsmotivation und evtl. Einsatz von Maßnahmen zur Verbesserung der Motivation bei Patient und Eltern.

### Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen

Die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen (CBT) bei der Behandlung phobischer Störungen ist durch eine Reihe gut kontrollierter randomisierter Therapiestudien wissenschaftlich belegt (1).

Dabei zeigte sich, dass die Wirksamkeit der CBT nicht von komorbiden Störungen beeinflusst wird.

Neben der Einzeltherapie erweist sich auch eine Gruppentherapie als effizient, allerdings profitierten in einer kontrollierten Studie hoch ängstliche Kinder mehr von einer Einzeltherapie. Auch die Stabilität der Effekte konnte für einen Zeitraum von bis zu 6 Jahren nachgewiesen werden.

Sie zielen in der Regel auf eine direkte Änderung des Verhaltens und der Kognitionen im Umgang mit den Angst auslösenden Situationen. Dabei kommt den Expositionsverfahren ein besonderer Stellenwert zu. Grundlage der Expositionsbehandlung ist die Konfrontation mit dem Angst auslösenden Reiz und die aktive Bewältigung der dabei entstehenden Angst. In der Regel werden in abgestufter Form zunehmend stärker angstbesetzte Reize und Situationen aufgesucht und unter Einsatz kognitiver und behavioraler Techniken so lange geübt und überwunden, bis eine Angstreduktion erfolgt.

Als unterstützende weitere Elemente kommen oft folgende Ansätze und Techniken zum Einsatz:

- Kognitive Restrukturierung/innerer Dialog
- Kontingente Verstärkung, Entspannungstechniken und systematische Desensibilisierung

- Soziales Kompetenztraining
- Verbesserung von Problemlöseverhalten
- Modelllernen
- Verhaltenstherapeutische Ansätze sozialen Lernens (Modelllernen, Problemlöseverhalten oder soziales Kompetenztraining) sind indiziert, wenn die phobische Symptomatik wesentlich mit Defiziten sozialer Kompetenz einhergeht (z.B. bei sozialer Phobie.)]

### **Psychodynamische Interventionen**

Eine große Zahl von Fallberichten sowie Meta-Analysen bei klinisch heterogenen Gruppen belegen die allgemeine Wirksamkeit. Bei Kindern mit Angststörungen liegen nur wenige, methodisch unzureichend kontrollierte systematische Studien vor (V).

Psychodynamische Therapie zielt auf die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung und Konfliktbewältigung unter besonderer Berücksichtigung der individuellen (frühkindlichen) Lebensgeschichte und unbewusster Prozesse. Neben möglichen äußeren Belastungen müssen auch intrapsychische Konflikte bei der Entstehung von Angstsymptomen beachtet werden. Solche Konflikte können auch ohne äußere Belastung durch die Auseinandersetzung mit anstehenden alterstypischen Entwicklungsaufgaben auftreten.

Die Indikation für eine psychodynamische Therapie besteht insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen, wenn die Symptomatik mit intrapsychischen Konflikten der Ich-Entwicklung, der Selbst- und Objektwahrnehmung und der Selbstwertregulation in einem engen Zusammenhang steht. Sie erscheint auch bei komplexeren Angststörungen mit vermehrter Komorbidität indiziert.

Methoden und Techniken sind hierbei:

- Analytische Einzel- und Gruppengespräche
- Fokalthherapie
- Imaginationsverfahren
- Spieltherapeutische Ansätze.

### **Auf das Familiensystem bezogene Interventionen**

Mehrere kontrollierte Studien belegen die Wirksamkeit familien- und elternbezogener Interventionen, besonders wenn die Eltern selbst eine Angstproblematik aufweisen (II).

Familienbezogene Ansätze sehen Angstsymptome als Ausdruck dysfunktionaler Interaktionen und familiärer Beziehungen, wobei oft eigene Ängstlichkeit der Eltern und deren Haltung gegenüber kindlichen Ängsten und Vermeidungshaltungen sowie Rollenverschiebungen von Bedeutung sind.

- Eine Beratung über den Umgang der Eltern mit dem Angst- und Vermeidungsverhalten ihres Kindes ist generell notwendig.
- Stützende und belohnende familiäre Reaktionen bei Konfrontation mit den angstausslösenden Situationen sind hilfreich, die Symptomatik unterstützende Reaktionen müssen aber unbedingt unterbunden werden.
- Belastet die Angstsymptomatik die Familienbeziehungen deutlich oder steht sie damit in ursächlichem Zusammenhang, sind familientherapeutische/familienorientierte Gespräche und Maßnahmen indiziert.
- Auch die ungünstige Modellwirkung von Bezugspersonen mit einer eigenen Angstproblematik ist in diesem Rahmen zu berücksichtigen (ggf. ist separate Behandlung notwendig).

### **Pharmakologische Interventionen**

Insgesamt ist die empirische Evidenz für die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei sozialen Phobien noch (II). 2 kontrollierte randomisierte Studien bestätigen die Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern, deren Effektivität im Erwachsenenalter hinreichend erprobt ist (I).

Allerdings ist bisher kein SSRI im Kindes- und Jugendalter für die Indikation "soziale Phobie" zugelassen; bei einer solchen Behandlung handelt es sich also (noch?) um einen Off-Label-Use mit entsprechenden Verpflichtungen zur Aufklärung der Erziehungsberechtigten.

Bei Angststörungen sind eine Reihe verschiedener Substanzen wirksam: Mittel der ersten Wahl sind derzeit selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Mittel der zweiten Wahl serotonerge und noradrenerge trizyklische Antidepressiva, die jedoch vermehrt unerwünschte Nebenwirkungen aufweisen und eher bei komorbider Depressivität Erfolge zeigen. Benzodiazepine wirken rasch, sind ohne ausgeprägte Nebenwirkungen, sollten aber wegen ihres Suchtpotenzials nur möglichst kurzfristig (maximal 6 Wochen) eingesetzt werden. Ausreichende empirische Evidenz für die Behandlung mit Benzodiazepinen und Beta-Rezeptorenblockern liegt bisher nur bei Erwachsenen vor.

Generell ist die Gabe von Psychopharmaka bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter eher die Ausnahme und sollte nur vorübergehend und als Unterstützung für andere Maßnahmen eingesetzt werden. Eine alleinige Behandlung mit Psychopharmaka ist abzulehnen.

- Bei ausgeprägten verlängerten Angstzuständen, die ein Überwinden von Schwellensituationen

unmöglich machen, kann die Gabe von Benzodiazepinen oder anxiolytisch wirksamer Antidepressiva kurzfristig indiziert sein, z.B. auch bei einer notwendigen medizinischen Intervention.

- Bei begleitender depressiver Störung sollte diese pharmakologisch mitbehandelt werden.

## **Störungsspezifische Behandlungsempfehlungen**

### **Bei Agoraphobie**

- Nach Bestimmung von Ausmaß der Belastung und Beeinträchtigung erfolgt Aufklärung und Beratung über die Natur der Störung mit Hinweis auf die Gefahr der Chronifizierung, Beeinträchtigung der psychosozialen, schulischen und Alltagsfunktionen, wenn die Betroffenen im Extremfall ihr Zuhause nicht mehr verlassen.
- In-vivo-Expositionsbehandlung mit therapeutischer Unterstützung der Angstbewältigung stellt die Methode erster Wahl dar. Als unterstützende weitere Elemente kommen oft folgende Ansätze und Techniken zum Einsatz:
  - Kognitive Restrukturierung/innerer Dialog
  - Kontingente Verstärkung
  - Entspannungstechniken
  - Systematische Desensibilisierung.
- Familieninterventionen, die darauf zielen, Autonomie und Kompetenz des Jugendlichen, nicht aber dessen Vermeidungsverhalten zu unterstützen
- Vorläufige Befunde lassen einen Nutzen von SSRIs bei Kindern und Jugendlichen mit Agoraphobie erwarten.

### **Bei spezifischen Phobien und phobischen Störungen des Kindesalters**

- Nach Bestimmung von Ausmaß der Belastung und Beeinträchtigung besteht die Behandlung primär aus verhaltensorientierten, kognitiv-verhaltensorientierten und psychodynamischen Therapieansätzen.
- Nach Aufklärung und Beratung erfolgen Aufzeigen von Behandlungsmöglichkeiten und Diskussion des Behandlungsplanes unter Beteiligung von Eltern und Kind. Informationen darlegen, wie Fortschritte evaluiert werden.
- Anwendung von kognitiv-verhaltensorientierter Therapie unter Einschluss von Exposition, systematischer Desensibilisierung und Reaktionsverhinderung
- Kompliziertere Fälle mit vermehrter Beeinträchtigung können individuelle und familienorientierte Psychotherapie erfordern.

### **Bei sozialer Phobie und Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters (inkl. elektiver Mutismus als spezielle Unterform)**

- Nach Bestimmung von Ausmaß der Belastung und Beeinträchtigung erfolgt Aufklärung und Beratung über die Natur der Störung mit Hinweis auf die Gefahr der Chronifizierung, Beeinträchtigung der psychosozialen, schulischen und kindlichen Gesamtentwicklung sowie Entstehung komorbider Folgestörungen.
- Anwendung von kognitiv-verhaltensorientierter Therapie, um erfolgreiche Erfahrungen in sozialen Interaktionen zu vermitteln. Einbeziehung von Techniken wie systematische Desensibilisierung, Exposition, Reaktionsverhinderung, Gegenkonditionierung, Modellernen und operante Konditionierung (z.B. bei Kindern mit elektivem Mutismus positive Verstärkung für Sprechen und keine Verstärkung bei mutistischem Verhalten)
- Individuelle und vor allem Gruppenpsychotherapie zur Entwicklung des Selbsterlebens mittels Thematisierung innerer Konflikte, Förderung von sozialen Fertigkeiten, Beteiligung Gleichaltriger und angemessener Selbstbehauptung. Kinder mit elektivem Mutismus können von der Teilnahme an einer Gruppe mit sprechenden Kindern profitieren.
- Familieninterventionen, die u.a. Familientherapie, Eltern-Kind-Interventionen und Anleitung der Eltern beinhalten und darauf zielen, Autonomie und Kompetenz des Kindes zu unterstützen. Es werden Veränderungen von Abläufen in der Familie angestrebt mit Förderung von Grenzsetzungen und Maßnahmen, die eine Auflösung der Symptome unterstützen.
- Pharmakotherapie: SSRIs (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) sind die Behandlung der Wahl bei Erwachsenen mit sozialer Phobie. Vorläufige Befunde lassen einen Nutzen von SSRIs bei Kindern und Jugendlichen mit sozialer Phobie (s.o.) und elektivem Mutismus erwarten.

## **4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung**

- Bei den meisten phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist ambulante Behandlung ausreichend.
- Ambulante Behandlung kann schwierig sein, wenn ausgeprägtes Vermeidungsverhalten die Alltagsfunktionen stark einschränkt oder die Angstsymptomatik Funktion eines pathogenen Familiensystems ist.
- Auch wenn solche Umstände von Anfang an deutlich sind, ist es in der Regel sinnvoll, zunächst einen ambulanten Behandlungsversuch zu unternehmen; dabei muss frühzeitig auf stationäre Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen werden für den Fall, dass die ambulante Behandlung erfolglos bleibt.
- Bei Kindern ist ambulante Behandlung ohne Einbeziehung einer Bezugsperson in der Regel nicht aussichtsreich.

#### 4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

- Tagesklinische Behandlung kann bei Angststörungen ohne Begleitstörungen die Behandlungsform der Wahl sein, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen.
- Tagesklinische Behandlung wegen ausgeprägter Begleitstörungen bedingt deren spezifische Therapie.
- Häufig sinnvoll als Übergang von der vollstationären in die ambulante Behandlung.
- Soziale Kompetenz ist in diesem Kontext leichter aufzubauen; insbesondere sozial ängstlichen Kindern wird so der Umgang mit Gleichaltrigen ermöglicht, der bei ambulanter Behandlung häufig weiterhin vermieden wird; gleichzeitig wird diesen Kindern die in der Regel gefürchtete Trennung vom Elternhaus erspart.
- Das angebotene Schulprogramm kann helfen, schulische Defizite aufzuholen.
- Psychiatrische Begleitstörungen können systematischer behandelt werden.
- Notwendige Familientherapie wird in der Regel besser akzeptiert.
- Wegen der täglich stattfindenden Trennungssituation setzt tagesklinische Behandlung gute Kooperation der Familie voraus.

#### 4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

- Nach Scheitern ambulanter bzw. teilstationärer Behandlungsmaßnahmen oder wenn solche Behandlungsangebote nicht angenommen werden
- Wenn es mit ambulanten oder teilstationären Behandlungsmaßnahmen nicht gelingt, im Familiensystem verfestigte, störungsunterstützende Faktoren zu verändern
- Von den Betroffenen wird eine stationäre Behandlung oft gefürchtet, da sie - insbesondere bei sozialer Ängstlichkeit - eine der gefürchteten und daher vermiedenen Situationen darstellt; deshalb ist eine adäquate Vorbereitung dringend geboten.
- Im Übrigen entspricht das Vorgehen dem bei teilstationärer Behandlung.

#### 4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

- Jugendhilfemaßnahmen sind nur in Ausnahmefällen erforderlich, wenn z.B. bei Rückkehr nach einer stationären Behandlung in die unverändert ungünstige psychosoziale Ausgangssituation ein rascher Rückfall droht.
- Phobische Störungen im Kindes- und Jugendalter führen selten zu so schweren Beeinträchtigungen, dass spezifische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich werden.
- Sekundärpräventive Maßnahmen haben zum Ziel, eine Generalisierung der Symptomatik zu verhindern und die Betroffenen auf allgemein angstbesetzte Situationen wie Zahnarztbesuch oder Blutentnahmen vorzubereiten.

#### 4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Bei jeder Therapiemaßnahme muss überlegt werden, inwieweit sie zum Vermeidungsverhalten beiträgt: Die Betroffenen neigen dazu, solche Verfahren zu bevorzugen, die eine Konfrontation mit der Angst auslösenden Situation möglichst lange vermeiden.
- Kritisch zu prüfen ist die Frage, unter welchen Umständen schulischer Einzelunterricht die Gesundung unterstützt.

---

#### Literatur:

1. Baving L, Schmidt MH, Evaluierete Therapieansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. Zeitschrift für

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2001), 29 (3), 206-220
2. Beidel D, Turner M (1999) Shy Children, Phobic Adults. American Psychological Association, Washington DC
  3. Bernstein GA, Shaw K, Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), 36 (Suppl. 10), 69-84
  4. Nissen G (Hrsg.) (1995) Angsterkrankungen. Prävention und Therapie. Hans Huber, Bern
  5. Petermann U, Petermann F (2003) Training mit sozial unsicheren Kindern: Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung, 8. überarb. Aufl. Beltz, Weinheim
  6. Russ SW, Ollendick TH (1999) Handbook of Psychotherapies with Children and Families. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York
  7. Schneider S (2004) Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung. Springer Berlin, Heidelberg, New York
  8. Steinhausen HC, von Aster M (Hrsg.) (1999) Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen, 2. Aufl. Beltz-PVU, Weinheim
- 

## Verfahren zur Konsensbildung:

### Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

F. Resch, U. Strehlow, E. Koch, J. Haffner, R. Brunner, A. Engelland-Schnell

### Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

F. Resch, U. Strehlow, P. Parzer, J. Haffner, R. Brunner, A. Engelland-Schnell

### Korrespondenz an:

Prof. Dr. med. Franz Resch  
Zentrum für psychosoziale Medizin  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Blumenstraße 8  
69115 Heidelberg

### Redaktionskomitee:

#### federführend

Martin H. Schmidt, Mannheim  
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena  
Joachim Jungmann, Weinsberg  
Gerhard Lehmkuhl, Köln  
Helmut Remschmidt, Marburg  
Franz Resch, Heidelberg  
Christa Schaff, Weil der Stadt  
Andreas Warnke, Würzburg

## Erstellungsdatum:

01/1999

## Letzte Überarbeitung:

11/2006

## Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

---

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben** - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 29.01.2008; 15:12:00

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft