

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

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/022	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. 291-302

Angststörungen (F41, F93.0)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Bei diesen Störungen stellen Manifestationen von unrealistischer bzw. übermäßig ausgeprägter Angst die Hauptsymptomatik dar. Mit Ausnahme der Trennungsangststörung (F93.0) ist die Angst jedoch nicht, wie bei den phobischen Störungen (F40, F93.1 und F93.2), auf bestimmte Objekte bzw. Situationen begrenzt. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst, können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.

Panikstörung (F41.0)

Auftreten wiederkehrender, ausgeprägter Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken, nicht vorhersehbar sind und deshalb zu Erwartungsangst führen können.

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Frei flottierende, anhaltende Angst mit vielfältigen, insbesondere vegetativen Symptomen; im Kindes- und Jugendalter häufig weniger typische Beschwerden und spezifische vegetative Symptome (andere emotionale Störung des Kindesalters, Störung mit Überängstlichkeit, F93.8).

Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2)

Gleichzeitiges Bestehen von Angst und Depression, ohne dass eine der beiden Störungen überwiegt. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Angst- oder depressiven Störung.

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. In dieser Kombination treten am häufigsten Symptome einer Zwangsstörung (F42), einer dissoziativen Störung (F44), von Somatisierungsstörungen (F45.0, F45.1) oder einer hypochondrischen Störung (F45.2) auf.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)

Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen, die erstmals während der ersten Lebensjahre auftritt und durch außergewöhnlichen Schweregrad sowie abnorme Dauer zu einer Beeinträchtigung sozialer Funktionen führt.

1.2 Leitsymptome

Die Symptomatik muss primäre Manifestation der Angst sein.

Panikstörung

- Auftreten wiederholter Panikattacken mit weitgehend angstfreien Intervallen
- Eine Panikattacke ist eine klar abgrenzbare Episode von intensiver Angst oder Unbehagen, bei der die nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb weniger Minuten ein Maximum erreichen können: Herzklopfen, Schwitzen, Zittern, Mundtrockenheit, Erstickungsgefühl, Hyperventilation, Brustschmerz oder Beklemmungsgefühl, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Entfremdungsgefühle (Derealisation oder Depersonalisation), Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, Angst zu sterben, Hitzegefühle oder Kälteschauer, Parästhesien.
- Die intensive Angst führt meist zum fluchtartigen Verlassen des Ortes.
- Die einzelnen Anfälle dauern meist nur wenige Minuten.
- Die Situation, in der eine Panikattacke auftritt, wird danach häufig vermieden.
- Einer Panikattacke folgt meist die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke.

Generalisierte Angststörung

- Das wesentliche Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die sich aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt, sondern frei flottiert.
- Symptome von Angst treten an den meisten Tagen über eine Dauer von mindestens mehreren Wochen auf: Befürchtungen (übertriebene Sorgen bezüglich alltäglicher Ereignisse und Probleme wie die Schul- oder Arbeitssituation; Sorgen über zukünftiges Unglück; Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren;

- Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität).
- Symptome der Anspannung (Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen, körperliche Unruhe, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen)
- Vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Tachypnoe, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Mundtrockenheit, Oberbauchbeschwerden)
- Bei Kindern herrschen oft das Bedürfnis nach Beruhigung und somatische Beschwerden vor.

Angst und depressive Störung, gemischt

- Vorhandensein von Angst und Depression in milder Ausprägung, ohne Vorherrschen des einen oder anderen
- Zumindest vorübergehendes Auftreten von vegetativen Symptomen
- Die Symptome erfüllen weder die Kriterien einer Angst- noch einer depressiven Störung.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- Unrealistische und anhaltende Besorgnis, der Bezugsperson könne etwas zustoßen oder der/die Betroffene könne durch unglückliche Ereignisse von der Bezugsperson getrennt werden
- Andauernder Widerwille oder Weigerung, zur Schule/zum Kindergarten zu gehen, um bei der Bezugsperson oder zu Hause bleiben zu können
- Anhaltende Abneigung oder Weigerung, ohne Beisein einer engen Bezugsperson oder weg von zu Hause schlafen zu gehen
- Anhaltende, unangemessene Angst davor, allein oder ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein
- Wiederholte Alpträume, die Trennung betreffend
- Wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Kopfschmerzen) vor oder während der Trennung
- Extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson (z.B. Unglücklichsein, Schreien, Wutausbrüche, Anklammern).

1.3 Schweregradeinteilung

Panikstörung

- Leichte Panikstörung: weniger als 4 Panikattacken in 4 Wochen
- Mittelgradige Panikstörung: mindestens 4 Panikattacken in 4 Wochen
- Schwere Panikstörung: mindestens 4 Panikattacken pro Woche über einen Zeitraum von 4 Wochen.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

Große individuelle Variationsbreite:

- Leicht: Tolerieren der Trennungssituation trotz übermäßig ausgeprägter Angst, oder Trennungsvermeidung führt nicht zu psychosozialer Beeinträchtigung
- Schwer: Trennungsvermeidung führt zu ausgeprägter psychosozialer Beeinträchtigung.

1.4 Untergruppen

Keine bekannt.

1.5 Ausschlussdiagnose

Panikstörung

Panikattacken können im Zusammenhang mit depressiven Störungen auftreten; sind die Kriterien für eine depressive Störung erfüllt, schließt das die Panikstörung als Hauptdiagnose aus.

Generalisierte Angststörung

Die vollständigen Kriterien für eine Depressive Episode (F32), Phobische Störung (F40), Panikstörung (F41.0) oder Zwangsstörung (F42) dürfen nicht erfüllt sein.

Angst und depressive Störung, gemischt

- Die Symptome für eine Angst- oder für eine depressive Störung sind erfüllt
- Anhaltende ängstliche Depression (Dysthymia, F34.1).

Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Exploration des Kindes

- Symptome und Ausprägungsgrad der Angst?
- Vegetative Symptome?
- Panikattacken?
- Häufigkeit der Angstanfälle und Intervalldauer?
- Fokussierte Angst oder Unvorhersehbarkeit des Auftretens von Angst?
- Erwartungsangst?
- Vermeidungsverhalten?
- Weitere Symptomatik (z.B. Depressivität, Zwangsphänomene)?
- Dauer der aktuellen Symptomatik?
- Alters- und Entwicklungsangemessenheit der Angst?

- Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung?

Exploration der Bezugspersonen

- Art und Beginn der Symptomatik?
- Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung des Kindes (soziale Relevanz, Alltagsfunktionen)?
- Spezifische Reaktionsmuster von Bezugspersonen?
- Pathogenetische Vorstellungen?
- Ggf. Befragung des Lehrers über Leistungen und Verhalten des Kindes in der Schule (ggf. Schweigepflichtentbindung).

Beobachtung

- Ängstlichkeit?
- Panik?
- Interaktion mit der Mutter?

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Von den Bezugspersonen zu explorieren
- Ängstliche, scheue, passive, neue Situationen vermeidende Kleinkinder haben ein erhöhtes Risiko, u.a. an Angststörungen zu erkranken.
- Eine Panikstörung tritt typischerweise vor der Pubertät nicht auf.
- Bei Kindern und Jugendlichen mit generalisierter Angststörung betreffen die Ängste und Sorgen oft die Qualität ihrer Leistung oder Kompetenz in der Schule bzw. im Sport.
- Bei der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters beginnt die Symptomatik vor Vollendung des 6. Lebensjahres und dauert mindestens 4 Wochen an.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Andere Angststörungen (bis ca. 30%)
- Depressive Störung (bis ca. 30%; bei der Panikstörung 50-65%, davon geht bei 30% die Depression der Panikstörung voraus)
- Essstörungen (Häufigkeit fraglich)
- In der Adoleszenz: Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- Bei der emotionalen Störung mit Trennungsangst zusätzlich: Störung des Sozialverhaltens (bis ca. 30%) und Hyperkinetisches Syndrom (bis ca. 25%).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration der Bezugspersonen und Beobachtung der Interaktionen innerhalb der Familie:

- Ängstliche und/oder depressive Persönlichkeitsmerkmale? Angststörungen in der Familie? Modellhaftes Verhalten von Familienmitgliedern (inkl. Geschwistern)? Erziehungsstil (überprotektiv, restriktiv, Angst induzierend)?
- Ängstigende Ereignisse inner- und außerhalb der Familie? Alkoholismus in der Familie?

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

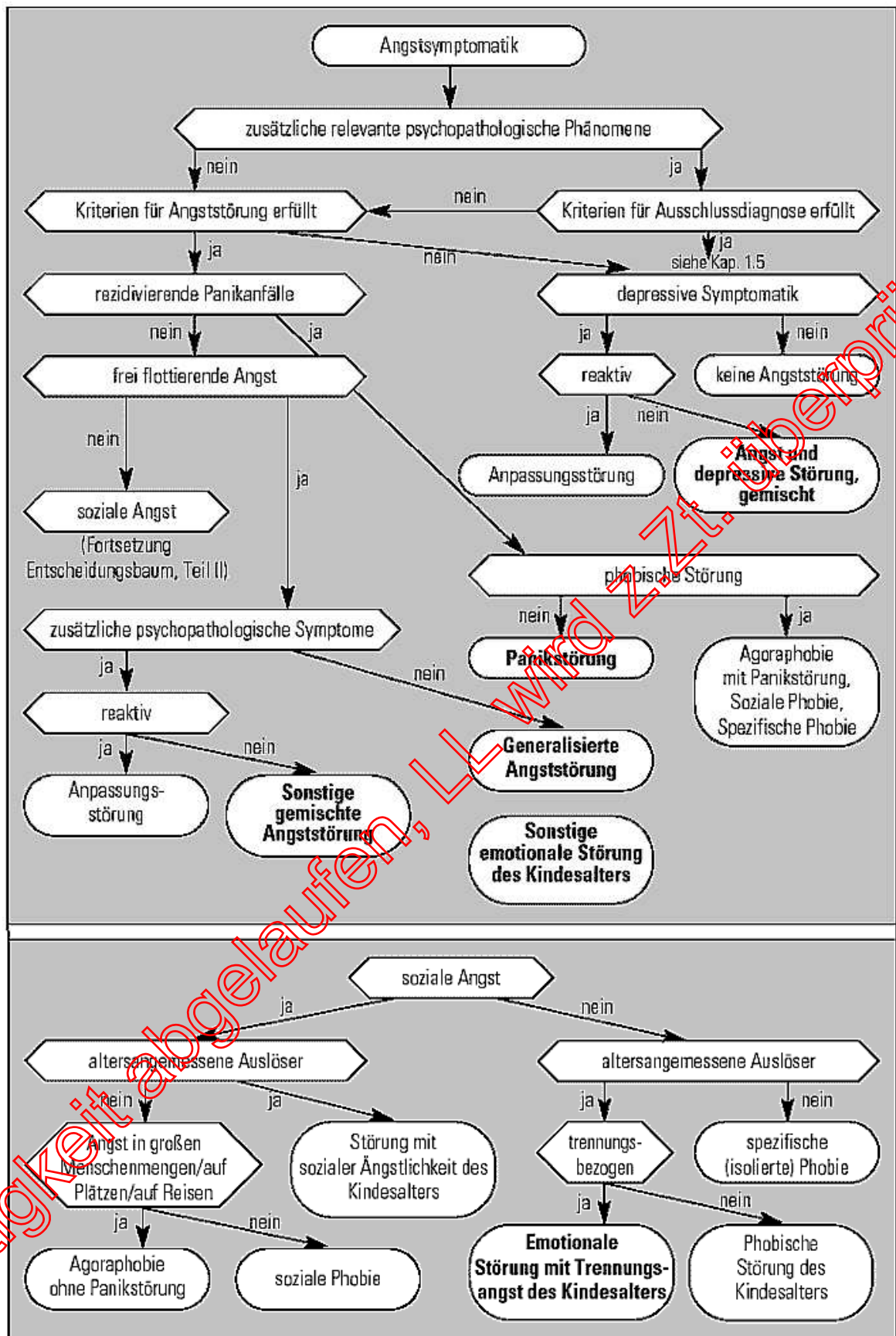
- Hilfreich: Angstfragebögen (z.B. Kinder-Angst-Test II - KAT-II, Angstfragebogen für Schüler - AFS, Childhood Anxiety Sensivity Index - CASI, Selbstbeurteilungsbogen Angst - SBB-ANG in Vorbereitung)
- Leistungsdiagnostik insbesondere bei schulbezogener Angst und Leistungsabfall in der Schule
- Fakultativ: Persönlichkeitsdiagnostik.

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

- Unabdingbar: somatische Abklärung zum Ausschluss einer organischen Angststörung und einer substanzbedingten Störung mit laborchemischen (z.B. Hypoglykämie, Phäochromozytom, Thyreotoxikose, chemische Wirkstoffe), neurophysiologischen und ggf. bildgebenden Verfahren (z.B. Temporallappenepilepsie)
- Siehe Abbildung 41.

Abb. 41: Diagnostischer Entscheidungsbaum bei Angststörungen (Teil I und II)

Gültigkeit abgelaufen! wird z.zt. überprüft



3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- Vorliegen der Angststörung muss positiv, nicht nur durch Ausschluss einer somatischen Erkrankung belegt sein.
- Sind ein oder mehrere Leitsymptome vorhanden?
- Ausprägung der Angstsymptomatik?
- Seit wann bestehen die Leitsymptome?
- Sind die Kriterien für eine Angststörung erfüllt oder ist die Angst Symptom einer anderen psychiatrischen Störung?

- Gibt es Begleitstörungen?
- Über welche psychischen Kompetenzen und Bewältigungsstile verfügt das Kind bzw. der/die Jugendliche?

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Liegen umschriebene Entwicklungsstörungen vor?
- Bei ausgeprägter Intelligenzminderung müssen die Behandlungsmethoden und -techniken entsprechend angepasst werden.
- Werden ggf. bestehende chronische körperliche Erkrankungen schlecht bewältigt?
- Ist die Angst Leitsymptom einer organischen Angststörung oder einer substanzbedingten Störung?
- Besteht ein zerebrales Anfallsleiden?
- Gibt es aktuelle und chronische Belastungen (Angst auslösende Ereignisse)?
- Gibt es Angstmodelle in der Familie (ggf. separate Behandlung von Bezugspersonen)?
- Wie war die prämorbidie Anpassung des betroffenen Kindes/Jugendlichen?
- Beeinträchtigt die Symptomatik die Funktionen in der Familie, in der Schule oder im Sozialkontakt?

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

- Organische Angststörungen (F06.4)
- Substanzbedingte Störungen (F1)
- Schizophrenie (F20)
- Affektive Störungen (F32, F33, F34)
- Phobische Störungen (F40)
- Zwangsstörungen (F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Somatoforme Störungen (F45)
- Depersonalisationssyndrom (F48.1)
- Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91).

4. Interventionen

Kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen belegen, liegen bisher nur für die kognitive Verhaltenstherapie vor, teilweise in Kombination mit Familientherapie. Allerdings wurden in der Regel Patienten mit unterschiedlichen Angststörungen eingeschlossen, z.B. mit Überängstlichkeit, emotionaler Störung mit Trennungsangst oder sozialer Phobie, sodass differenzierte Aussagen für einzelne Angststörungen erschwert sind. Insgesamt ergibt sich daraus für die kognitive Verhaltenstherapie ein durchschnittlicher Evidenzgrad von II, wenn nicht explizit angegeben, gilt V. In kontrollierten Studien zeigten sich keine ausreichenden Effekte für trizyklische Antidepressiva und für Benzodiazepine hinsichtlich Panikstörungen (V) und für Trizyklika bei Trennungsangststörungen (II). Die Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) im Kindes- und Jugendalter ist bei generalisierten- und Trennungsangststörungen belegt (II). Wenn nicht explizit angegeben, gilt V.

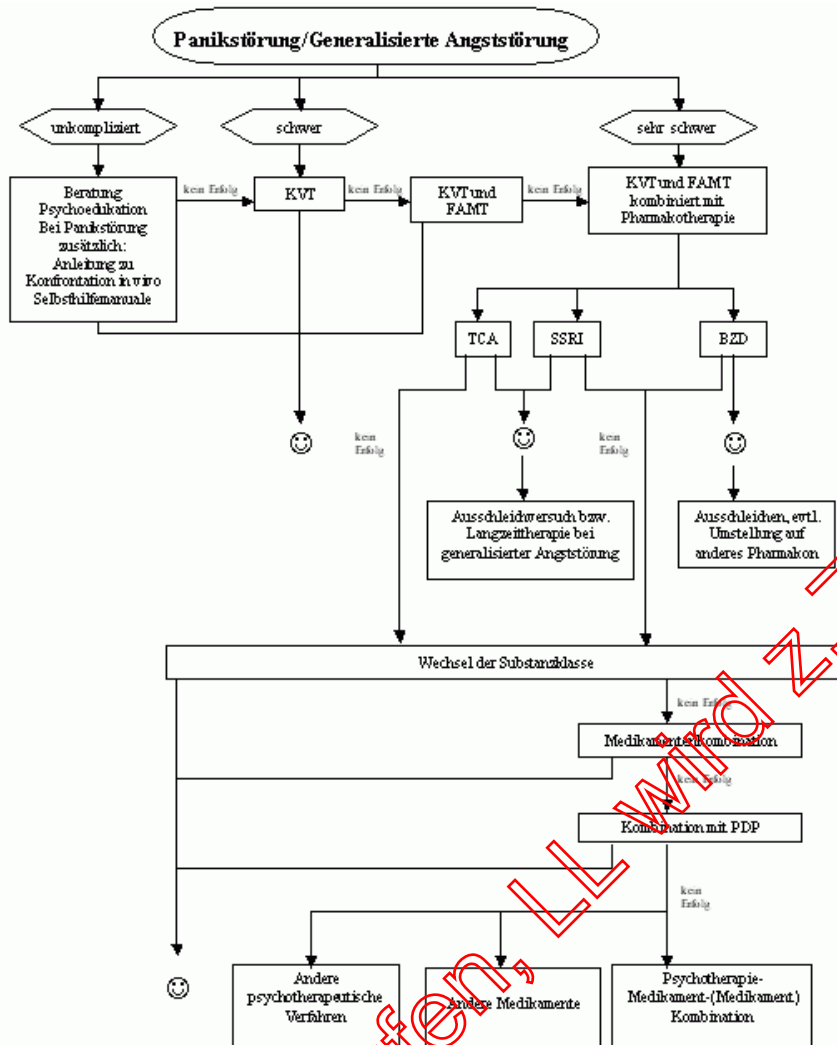
4.1 Auswahl des Interventionssettings

- Ambulante Behandlung von Angststörungen ist grundsätzlich aussichtsreich bei niedriger oder mäßiger Krankheitsausprägung und ausreichender Kooperation der Eltern.
- Teilstationäre Behandlung empfiehlt sich bei stärker ausgeprägten generalisierten Angststörungen/Panikstörungen, setzt aber hohe Kooperation der Eltern voraus.
- Teilstationäre Behandlung bei emotionaler Störung mit Trennungsangst des Kindesalters kann den Übergang von vollstationärer in ambulante Behandlung erleichtern.
- Vollstationäre Behandlung wird erforderlich bei starker Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen und/oder nicht ausreichender Kooperation der Eltern oder der notwendigen Trennung des Kindes von seiner Umgebung (z.B. bei emotionaler Störung mit Trennungsangst des Kindesalters).
- Behandlung im natürlichen Milieu bei mäßig ausgeprägter emotionaler Störung mit Trennungsangst des Kindesalters oder nach der vollstationären Behandlung anderer Angststörungen.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

- Die Beratung und Information der Betroffenen und der Bezugspersonen muss folgende Punkte berücksichtigen:
 - Hintergrund der Störung
 - Vor- und Nachteile verschiedener Therapiemethoden
 - Evtl. notwendige familientherapeutische Maßnahmen
 - Ggf. Notwendigkeit stationärer Therapie
 - Therapiekontrakt über Therapieziele und Akzeptanz von Interventionen
- Die Behandlung der Angststörungen erfolgt in erster Linie mittels psychotherapeutischer, insbesondere verhaltenstherapeutischer Verfahren.
- Daneben umfasst der multimodale Behandlungsansatz Beratung von Eltern und Kind, Elemente psychodynamischer Therapie und Familientherapie, im Bedarfsfall Pharmakotherapie sowie ggf. Absprachen mit weiteren Bezugspersonen (z.B. Lehrern).
- Relative Indikation für Pharmakotherapie: Sie ist in erster Linie angezeigt bei Panikstörungen und ineffizienten psychotherapeutischen Maßnahmen (z.B. Schulbesuch nicht möglich); Antidepressiva sind Mittel der ersten Wahl, auch bei den häufigsten komorbiden Störungen (depressive Störungen, hyperkinetische Syndrome).
- Vgl. Diagramme: Hierarchie zur Therapie bei Panikstörung und generalisierter Angststörung (s. Abb. 42) sowie der Behandlungsentscheidung und diesbezügliche Beratung am Beispiel der emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (s. Abb. 43).

Abb. 42: Entscheidungsbaum zur Therapie bei Panikstörung und Generalisierter Angststörung
 (KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, FAMT = Familientherapie, TCA = Trizyklische Antidepressiva, SSRI = Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, BZD = Benzodiazepine, PDP = Psychodynamische Psychotherapie)



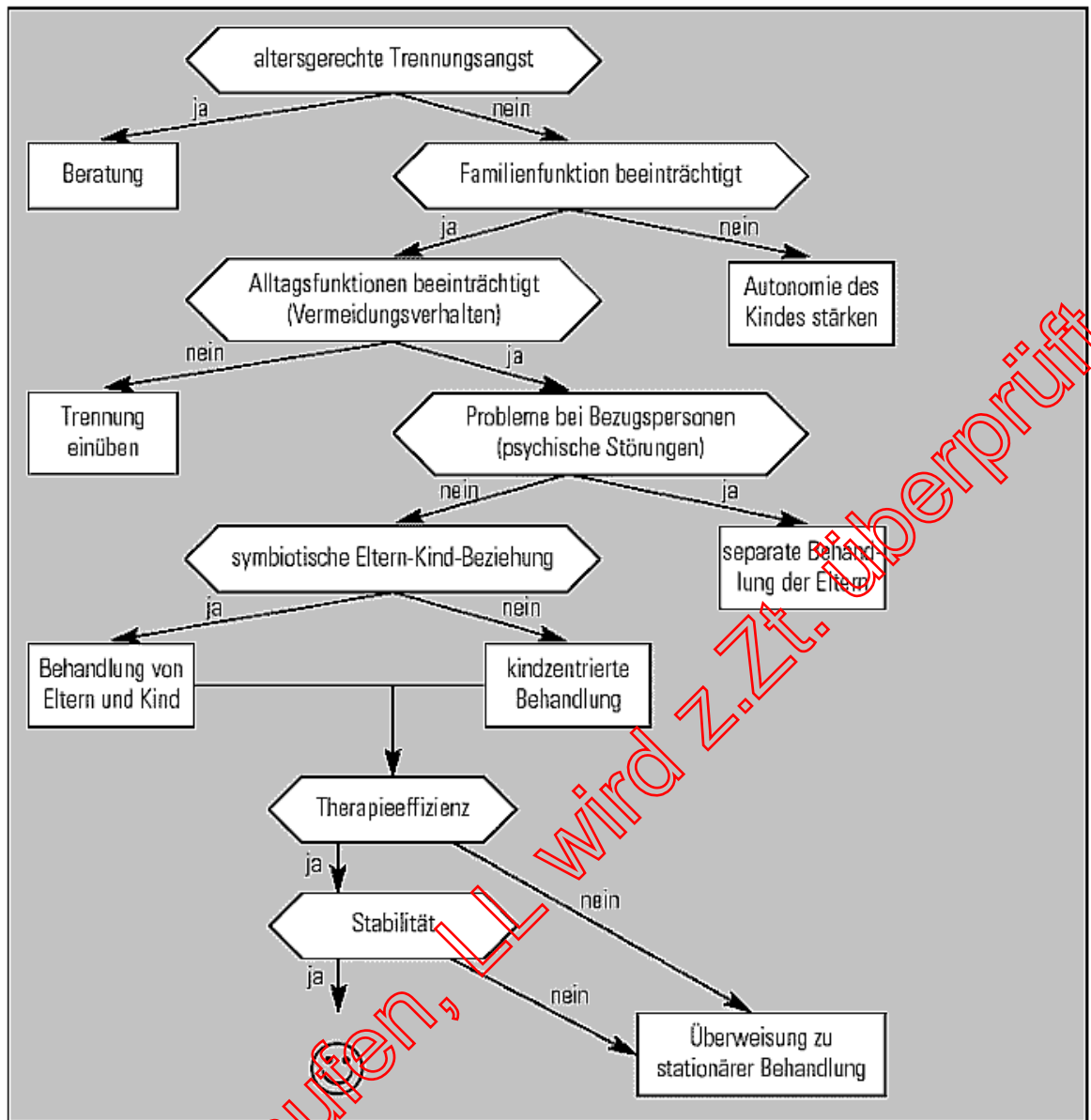
Panikstörung

- Verhaltenstherapie; Reaktionsexposition in Verbindung mit Elementen kognitiver Verhaltenstherapie
- Pharmakotherapie; Antidepressiva (bevorzugt SSRIs), Benzodiazepine (z.B. Clonazepam) oder Beta-Rezeptorenblocker (Anwendung bei vegetativer Übererregbarkeit); mehrmonatige und ggf. längerfristige Erhaltungsphase wegen hoher Rezidivgefahr, danach langsames Ausschleichen.

Generalisierte Angststörung

- Verhaltenstherapie zielt auf die Bearbeitung von Defiziten in der sozialen Kompetenz, im Problemlöseverhalten und in der Wahrnehmung; Techniken sind kognitive Umstrukturierungen und operantes Konditionieren (II).
- Psychodynamische Therapie zielt auf die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Autonomie, des Selbstbewusstseins, der sozialen Kompetenz und des altersangepassten Verhaltens des Kindes (Fokus auf Art des aktuellen Konflikts, unbewusste Befürchtungen und Ängste); Techniken sind Fokaltherapie, Imaginationsverfahren und spieltherapeutische Ansätze (IV).
- Entspannungsverfahren sind adjuvante Methoden in der Primärversorgung; sie zielen auf Entspannung und Selbstkontrolle; Techniken sind progressive Muskelrelaxation und autogenes Training.
- Pharmakotherapie kann u.U. einer Psychotherapie vorgeschaltet werden; als Präparate stehen Antidepressiva, bevorzugt SSRIs, insbesondere Fluvoxamin (II), sowie das SNRI Venlafaxin (II), Beta-Rezeptorenblocker (bei leichten Störungen), Benzodiazepine (II) und andere Anxiolytika, wie z.B. Buspiron, zur Verfügung. Ein großer Teil der Präparate ist nur im Off label use zu verordnen. Medikamentenpausen sind empfehlenswert.

Abb. 43: Entscheidungsbaum zur Therapie bei Emotionaler Störung mit Trennungsangst des Kindesalters



Angst und depressive Störung, gemischt

Das Vorgehen entspricht der Behandlung bei Angststörungen, wobei eine Beratung ausreichend sein kann, ansonsten symptombezogene Behandlung.

Sonstige gemischte Angststörungen

Der Behandlungsansatz entspricht dem Vorgehen bei generalisierter Angststörung unter Einbeziehung der übrigen Symptome.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- In der Beratung muss auf folgende Themen eingegangen werden
 - Die phobische Besetzung der Trennung muss immer wieder verdeutlicht werden.
 - Kindern Trennung zuzumuten heißt, ihre Autonomie stärken und ihnen etwas zutrauen.
 - Irrationale Erziehungsregeln bezüglich der Trennungsangst sind außer Kraft zu setzen (z.B. "Mein Kind soll angstfrei aufwachsen").
 - Mechanismen ungünstiger Symptomverstärkung erläutern
- Ziel der Verhaltenstherapie ist die Behandlung der Angst, des Vermeidungsverhaltens und der sich daraus ergebenden Funktionsbeeinträchtigungen. Techniken sind systematische Desensibilisierung (Angst-Meidungs-Management), prolongierte Exposition (Angst-Panik-Management, Reaktionsexposition), Modelllernen, Kontingenzmanagement, Selbstmanagement und kognitive Verhaltenstherapie. Kombinationen der verschiedenen Verfahren sind erprobt (II).
- Ziel der Familientherapie ist die Erkennung und Unterbrechung dysfunktionaler familiärer Interaktionsmuster, Bearbeitung Angst unterstützenden Verhaltens (sekundärer Krankheitsgewinn/überprotektives Verhalten) und ggf. Bearbeitung von Angstmodellen in der Familie. Techniken sind Rollenspiele sowie Angstmanagement (II-III).
- In der Pharmakotherapie können bei ausgeprägter antizipierter Angstproblematik und Schlafstörungen Antidepressiva (bevorzugt SSRIs) sowie Benzodiazepine (z.B. Alprazolam, Clonazepam, Chlordiazepoxid) indiziert sein, allerdings geht deren Wirkung nicht über den Placeboeffekt hinaus (II). Außerdem werden Beta-Rezeptorenblocker (z.B. Propranolol, Metoprolol) mit guter Wirkung auf die begleitenden vegetativen Phänomene angewandt.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Panikstörung/Generalisierte Angststörung

- Bei den meisten Angststörungen im Kindes- und Jugendalter ist ambulante Behandlung ausreichend, insbesondere bei

- leichter bis mäßiger Ausprägung der Störung, guter Erreichbarkeit und Kooperation der Eltern.
- Ambulante Behandlung kann dann schwierig sein, wenn ausgeprägtes Vermeidungsverhalten die Alltagsfunktionen stark einschränkt oder die Angstsymptomatik Funktion eines pathogenen Familiensystems ist.
- Bei Kindern ist ambulante Behandlung ohne Einbeziehung einer Bezugsperson in der Regel nicht aussichtsreich.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- Schulbesuch als Therapieziel formulieren
- Kind in Therapieabsprachen einbeziehen (z.B. dass, falls Ausdehnung des Schulbesuchs nicht erreicht werden kann, die Notwendigkeit von stationärer Behandlung gegeben ist)
- Bei ambulanter Betreuung keine Befreiung vom Schulbesuch, aber anfangs Reduzierung der Stundenanzahl möglich
- Stundenweisen Schulbesuch innerhalb von 4 Wochen auf die volle Stundenzahl ausdehnen
- Absprachen mit Schule: über Hintergrund der Störung informieren; kein Heimschicken des Kindes bei somatischen Beschwerden
- Stationäre Aufnahme notwendig, wenn Therapieziel Schulbesuch kurzfristig (max. 4 Wochen) nicht erreicht wird oder der stundenweise Schulbesuch nicht ausgedehnt werden kann.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

- Behandlungsform der Wahl, 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
- Alternative Verhaltensmodelle (Therapeuten, Gleichaltrige) und therapeutische Maßnahmen werden in hoher Frequenz stationär angeboten, gleichzeitig können Verhaltensmodifikationen in Alltag und Familie erprobt werden.
- Das angebotene Schulprogramm kann helfen, schulische Defizite aufzuholen.
- Notwendige familientherapeutische Maßnahmen können in der Regel leichter durchgesetzt werden.
- Wegen der täglich stattfindender Trennungssituation setzt tagesklinische Behandlung die Kooperation der Familie voraus.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- Keine Einwilligung des Kindes voraussetzen
- Elternaufklärung über den Sinn stationärer Therapie (Trennung!)
- Schulische Belastung im klinischen Rahmen
- Trennungserfahrung einüben
- Bei Trennungsbewältigung ohne Schwierigkeiten Besuchskontakte ausdehnen
- Zumutbarkeit des Schulbesuchs des Kindes familientherapeutisch erarbeiten
- Probleme bei Eltern ausschließen bzw. bearbeiten
- Externer Schulbesuch von Klinik aus (ggf. schrittweise, zunächst Vorstellung, Durchführung des Schulgangs im entspannten Zustand), Ziel: volle schulische Belastung ohne Begleitung
- Bei voller schulischer Belastung tageweiser Schulbesuch von zu Hause.
- Für die übrigen Angststörungen kommt eine stationäre Behandlung nur selten in Frage; das Vorgehen entspricht dem bei teilstationärer Behandlung.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Jugendhilfemaßnahmen sind nur in Ausnahmefällen erforderlich, wenn z.B. nach einer stationären Behandlung bei unverändert ungünstigen familiären Bedingungen ein rascher Rückfall droht bzw. es wiederholt nach stationären Behandlungen zu Rückfällen gekommen ist.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Spezifische Therapie somatischer Beschwerden
- Vorsicht bei therapeutischen Arrangements, die Vermeidung erleichtern
- Angst kann von Bezugspersonen erzeugt werden (z.B. um Leistungen zu steigern), was bei steigender Autonomie des Kindes eher verstärkt wird.
- Vorsicht bei verbaler Instruktion über mögliche Gefahren (konditionierendes Element)
- Entlassung aus stationärer Behandlung ohne definitive Wiederaufnahmevereinbarung
- Verstärkung der Angst durch Stimulantienbehandlung bei gleichzeitig vorliegendem Hyperkinetischem Syndrom.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- Ambulant: Befreiung vom Schulbesuch
- Zu langes Zulassen eines Schulbesuches mit reduzierter Stundenanzahl
- Entlassung zu ungünstigem Zeitpunkt (z.B. vor den Ferien).

Literatur:

1. AACAP Official Action, Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), 36 (Suppl.) s 69-84
2. Biederman J et al., Panic Disorder and Agoraphobia in Consecutively Referred Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), 36, 214-223
3. Castellanos D, Hunter T, Anxiety disorders in children and adolescents. Southern Medical Journal (1999), 92, 946-954
4. Chambless DL, Ollendick, TH, Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual Review of Psychology (2001), 52, 685-716

5. Nash LT, Hack S, The pharmacological treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Expert Opin Pharmacother (2002), 3 (5), 555-571
6. Schneider S, Döpfner M, Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. Kindheit und Entwicklung (2004), 2, 80-96
7. Thurner F, Tewes U (1975) Der Kinder-Angst-Test (KAT). Hogrefe, Göttingen
8. Wiczerkowski W et al. (1981) Angstfragebogen für Schüler (AFS). Hogrefe, Göttingen
9. Yorvik Ö, Birmaher B: Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescent. Bulletin of Clinical Psychopharmacology (2003), 3, 133-141

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

B. Blanz, P. Georgiewa, U.-J. Gerhard, U. Vieweg

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

B. Blanz, U.-J. Gerhard, A. Schönberg

Korrespondenz an:

Prof. Dr. B. Blanz
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Philosophenweg 3-5
07743 Jena

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; 15:13:15