

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

**Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines
Behandlungsprogramms im teilstationären Setting für Kinder mit
Angststörungen im Alter von 8-12 Jahren**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Katharina Heiser

aus
Berlin

2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
Mitberichterstatter:	Privatdozentin Dr. Ina Giegling Privatdozentin Dr. Claudia Nußbaum
Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin:	
Dekan:	Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel
Tag der mündlichen Prüfung:	24. September 2018

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	7
1 Theoretischer Hintergrund: Ängste und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.....	9
1.1 Definitionen von Angst und Funktion im menschlichen Organismus.....	9
1.1.1 Unterscheidung von Angst und Furcht	10
1.1.2 Dimensionen der Angst.....	11
1.1.3 Angst als Wesensmerkmal	12
1.2 Angst im entwicklungspsychologischen Kontext	13
1.3 Definition von Angststörungen	15
1.4 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Angststörungen und Risikofaktoren	16
1.4.1 Neurobiologische und neuroendokrine Aspekte	17
1.4.2 Genetischer Einfluss bei Angststörungen	18
1.4.3 Allgemeine lerntheoretische Modelle	19
1.4.4 Kognitive Verarbeitungsprozesse	21
1.4.5 Temperament und Einfluss des Bindungsstils	22
1.4.6 Einfluss des elterlichen Erziehungsstils.....	22
1.4.7 Integrative Erklärungsansätze	23
1.5 Epidemiologie, Prognose und Verlauf von Angststörungen	24
1.6 Komorbiditäten bei Angststörungen	26
1.7 Klassifikation von Angststörungen nach ICD-10	26
1.7.1 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters F93.0	27
1.7.2 Phobische Störung des Kindesalters F93.1	28
1.7.3 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters F93.2	29
1.7.4 Generalisierte Angststörung des Kindesalters F93.80	30
1.7.5 Weitere Angststörungen nach ICD-10	31
1.7.6 Soziale Phobie F40.1	31
1.7.7 Agoraphobie F40.0 und Panikstörung F41.0.....	32
1.7.8 Klassifikation von Angststörungen nach DSM-V	33
1.8 Behandlungsbedürftigkeit von Ängsten.....	33
2 Behandlungsansätze bei Angststörungen.....	36
2.1 Methoden der Verhaltenstherapie.....	36
2.1.1 Konfrontationsverfahren und kognitive Umstrukturierung	36
2.1.2 Psychoedukation.....	38
2.1.3 Soziales Kompetenztraining.....	39
2.1.4 Entspannungsverfahren.....	39
2.2 Tiefenpsychologische und psychoanalytische Therapieverfahren	40

2.3	Einfluss des Behandlungssettings	41
2.3.1	Einzelsetting/ Einzelpsychotherapeutische Angebote	41
2.3.2	Gruppensetting/ Gruppenpsychotherapeutische Angebote.....	42
2.3.3	Ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung.....	43
2.4	Rolle von Eltern- und Familienarbeit	43
2.5	Pharmakotherapeutische Behandlung bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	44
2.6	Zusammenfassende Beurteilung von Behandlungsmöglichkeiten bei Angststörungen	45
3	Therapieprogramme zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	46
3.1	Training mit sozial unsicheren Kindern.....	47
3.2	Gruppenprogramm zur Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen.....	48
3.3	Trainingsprogramm <i>Mutig werden mit Til Tiger</i>	49
3.4	Behandlung sozialer Ängste: „Sei kein Frosch“ Programm	51
3.5	Soziale Ängste und soziale Angststörungen: Ein Therapiemanual	52
3.6	Soziale Phobie bei Jugendlichen: Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie.....	52
3.7	Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) - Soziale Ängste.....	53
3.8	Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen	55
4	Die detaillierte Darstellung des Tigertrainings.....	56
4.1	Entstehungshintergrund	56
4.1.1	Zur Versorgungsstruktur der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München.....	56
4.1.2	Vorstellung der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie LMU	60
4.1.3	Entwicklung eines Behandlungsschwerpunktes der Tagesklinik.....	61
4.1.4	Namensgebung des Trainingsprogramms.....	61
4.2	Darstellung des Therapieprogramms im Detail	62
4.2.1	Zur Gruppenpsychotherapie.....	62
4.2.1.1	Ablauf und Struktur der Gruppenpsychotherapie.....	62
4.2.1.2	Zielsetzungen der Gruppenpsychotherapie	62
4.2.1.3	Inhalte und Umsetzung der Gruppenpsychotherapie.....	62
4.2.2	Zur Elterngruppe	66
4.2.2.1	Ablauf und Struktur der Elterngruppe.....	66
4.2.2.2	Zielsetzungen der Elterngruppe	66
4.2.2.3	Inhalte und Umsetzung der Elterngruppe	67
4.2.3	Zu den integrierten kreativtherapeutischen Angeboten	69
4.2.3.1	Implementierung der kreativtherapeutischen Angebote	70
4.2.3.2	Die ergotherapeutischen Elemente des Tigertrainings: Zielsetzungen und Inhalte	70

4.2.3.3 Die musiktherapeutischen Elemente des Tigertrainings: Zielsetzungen und Inhalte	72
4.2.4 Weitere Elemente des Tigertrainings	74
4.2.4.1 Das soziale Kompetenztraining	75
4.2.4.2 Psychotherapeutische Einzelgespräche	75
4.2.4.3 Elterngespräche	76
4.2.4.4 Die Abschlussfeier	76
4.3 Zur konkreten Durchführung des Programms im teilstationären Setting	76
4.3.1 Rahmenbedingungen des Tigertrainings	77
4.3.2 Auswahl der Patienten	77
4.3.3 Anpassung des Programms im Verlauf	78
4.4 Besondere Herausforderungen bei der Umsetzung des Programms	79
4.4.1 Zeitliche Limitationen	79
4.4.2 Heterogenität der Patientengruppe	80
4.4.3 Koordinierung und organisatorische Herausforderungen	81
4.4.4 Herausforderungen im Rahmen der Elterngruppe	81
4.5 Die Spezifika des Tigertrainings	82
4.5.1 Das teilstationäre Behandlungssetting	83
4.5.2 Integration unterschiedlicher therapeutischer Angebote	84
4.5.3 Einsatz kreativtherapeutischer Elemente	85
4.5.4 Fokus Alltagstransfer	85
5 Fragestellungen und Hypothesen	87
6 Methoden	88
6.1 Untersuchungsablauf	88
6.2. Untersuchungsinstrumente	90
6.3 Stichprobenbeschreibung	95
6.4 Statistische Auswertung	96
7 Ergebnisse	97
7.1 Ergebnisse zu den Hauptfragestellungen	97
7.2 Einschätzung durch die Behandler	102
7.3 Evaluation des Tigertrainings durch die Teilnehmer	103
8 Diskussion	107
8.1 Generelle Zielsetzung der Arbeit	107
8.2 Wirksamkeit des Therapieprogramms Tigertraining	109
8.3 Herausforderungen bei der Umsetzung des Studiendesigns	112
8.4 Aussagekraft der statistischen Analyse	113
8.5 Schlussfolgerungen und Ausblick	114

Literaturverzeichnis	117
Tabellenverzeichnis	130
Abbildungsverzeichnis	130
Anhang	131
Anhang I. Materialien zum Tigertraining.....	
 Danksagung	 150
Lebenslauf	151

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Entwicklung, Implementierung sowie Evaluation eines Therapieprogramms zur Behandlung von Angststörungen im Kindesalter, dem Tigertraining, welches im teilstationären Setting der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung durchgeführt wurde. Die Entwicklung des Tigertrainings erfolgte auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sowie den klinischen Erfahrungen im multidisziplinären Team. Das Behandlungsprogramm wurde für Kinder im Alter von 8-12 Jahren erstellt, welche zum Zeitpunkt der Intervention die Diagnosekriterien einer der folgenden Angststörungen nach ICD-10 erfüllten: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters, Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, Phobische Störung des Kindesalters, Generalisierte Angststörung des Kindesalters, Soziale Phobie.

Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Darstellung der Konzeption des Programms und der einzelnen Behandlungselemente. Es werden sowohl der Bezug zu bereits existierenden Behandlungsprogrammen zu Angsterkrankungen im Kindesalter hergestellt als auch die inhaltlichen Unterschiede herausgearbeitet. Dabei wird die Darstellung der einzelnen Elemente des Behandlungsprogramms im Fokus stehen und Besonderheiten bei der Durchführung der Intervention werden dargestellt.

Die Evaluation erfolgte anhand einer Stichprobe von insgesamt 9 Probanden, die mit dem dreiwöchigen Therapieprogramm in der Tagesklinik behandelt wurden. Die Haupthypothesen der Untersuchung sind die signifikante Reduktion der Angstsymptome sowie die Verbesserung des Wissens im Umgang mit Ängsten bei Kindern und bei Eltern nach Teilnahme an dem Behandlungsprogramm. Die Überprüfung der Annahmen erfolgte mittels eines Prä-Post-Vergleichs anhand verschiedener Fragebogenverfahren (Phobiefragebogen für Kinder PHOKI, Fremdbeurteilungsbögen DISYPS FBB-ANZ, Fremdbeurteilungsfragebogen Child Behaviour Checklist CBCL/4-18) und eines Evaluationsfragebogens, der für das Tigertraining konzipiert wurde.

Die Ergebnisse der Untersuchung liefern erste Hinweise auf positive Effekte, so zeigte sich im Selbst- und Fremdurteil eine Symptomreduktion auf den Gesamtskalen zur Einschätzung der Angstsymptomatik. Auch auf einigen Subskalen zeigte sich eine Abnahme

der Symptomausprägung, jedoch fanden sich Diskrepanzen im Urteil der Kinder und Eltern bzgl. der Veränderung der sozialen Ängste und der Trennungsängste. Es lassen sich daher keine eindeutigen Hinweise zur Wirksamkeit des Tigertrainings aus der statistischen Analyse ermitteln.

Deutlich wurde, dass das Tigertraining von allen Teilnehmern sehr positiv beurteilt wurde. Besonders die Angebote der Gruppentherapie und Musiktherapie wurden als sehr motivierend erlebt. Störungsspezifisches Wissen konnten die Teilnehmer vor allen in der Gruppentherapie der Kinder bzw. in der Elterngruppe erlangen, die Bewertungen fielen entsprechend positiv aus.

Für die genauere Beurteilung der Wirksamkeit des Tigertrainings werden weitere Untersuchungen nötig sein. Wünschenswert wäre eine Überprüfung der einzelnen Elemente des Tigertrainings und ihre spezifische Wirkung auf die Angstsymptomatik der Kinder. Zur Überprüfung dieser Fragestellungen wäre die Rekrutierung einer größeren Stichprobe entscheidend, um die Aussagekraft der ermittelten Ergebnisse zu erhöhen.

1. Theoretischer Hintergrund: Ängste und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Das folgende Kapitel soll einen Überblick zum Themengebiet der Angst geben. Es beinhaltet wissenschaftliche Erklärungen zu der Entstehung von Ängsten, soll die Abgrenzung zu pathologischen Angststörungen erläutern sowie die Besonderheiten der Thematik in Bezug auf das Kindes- und Jugendalter darstellen.

1.1 Definitionen von Angst und die Funktion im menschlichen Organismus

Im Allgemeinen versteht man unter Angst einen unangenehmen, spannungsreichen Zustand, der mit dem Gefühl der Beengtheit oder Beklemmung einhergeht. In der Literatur wird Angst als eine lebensnotwendige Reaktion und Erfahrung zur Bewältigung realer oder vorgestellter Bedrohungen beschrieben. Diese besteht in einer unmittelbaren psychischen und physischen Aktivierung und Einleitung individueller Lösungsstrategien, welche im Rahmen des Angsterlebens hervorgerufen werden (nach Strian, 2003). Eine weitere, differenzierte Beschreibung des Zustandes der Angst ist die kognitive, emotionale und körperliche Reaktion auf eine Gefahr bzw. auf die Erwartung einer Gefahren- oder Bedrohungssituation. Als kognitive Merkmale sind dabei die erhöhte Selbstwahrnehmung, die subjektiven Bewertungsprozesse und die auf die eigene Person bezogenen Gedanken anzuführen. Das emotionale Merkmal der Angst bezieht sich auf die als unangenehm erlebte Erregung, welche sich in physiologischen Veränderungen manifestiert und mit Verhaltensänderungen einhergehen kann (Hackfort & Schwenkmezger, 1985).

Angst hat in bedrohlichen Situationen die Funktion eines Warnsignals bzw. Schutzinstinktes. Das primäre Ziel ist dabei die Abwendung drohender Gefahren (Häcker & Stapf, 2009). Dazu werden eine Reihe physiologischer Reaktionen initiiert, welche eine Aktivierung des Organismus bewirken, wie z. B. die Erhöhung der Aufmerksamkeit, Steigerung der Leistungsfähigkeit bzw. Handlungsmotivation. Weniger wichtige Aufgaben werden unterbrochen und die Aufmerksamkeit wird auf den bedrohlichen Reiz bzw. auf die als bedrohlich wahrgenommene Situation fokussiert (Kazdin, 2000).

Angst stellt somit eine lebenswichtige Reaktion zur Identifizierung von Bedrohungen und zur Abwehr von Angriffen dar. Die vorangegangenen Definitionen stimmen dahingehend überein, dass Angst grundsätzlich als ein Gefühl bzw. affektiver Zustand angesehen wird, der explizit als „unangenehm“ erlebt wird.

1.1.1 Unterscheidung von Angst und Furcht

Die Abgrenzung der Begriffe Furcht und Angst ist im klinischen Alltag nicht immer eindeutig, in der Literatur finden sich hierzu unterschiedliche Begriffsdefinitionen. Angst wird im Allgemeinen als ein Zustand beschrieben, der mit einem negativen Gefühl der Anspannung einhergeht und sich auf eine Bedrohung richtet, die in der Zukunft bevorsteht. Angst ist weniger auf eine konkrete Gefahrenquelle ausgerichtet, der Fokus der Angst ist meist vage. Hingegen beschreibt der Begriff der Furcht eine starke emotionale Reaktion, welche sich auf eine wahrgenommene, tatsächliche Bedrohung bezieht, d. h. die Gefahrenquelle ist konkret und definierbar. Während Furchtreaktionen schnell und intensiv auftreten und mit starker physiologischer Erregung einhergehen, klingen sie nach Rückgang der Bedrohung schnell wieder ab. Angstreaktionen sind weniger intensiv, sie halten jedoch meist länger an und sind mit einer erhöhten Vigilanz verbunden, d. h. einer ständigen Wachsamkeit (Rachman, 2004).

Tabelle 1 Unterscheidung von Angst und Furcht (nach Rachman, 2004)

<i>Unterscheidung hinsichtlich</i>	Angst	Furcht
Auslöser	Erwartete Gefahr, Antizipation	Akute Gefahr
Quelle der Bedrohung	Unklar, vage	Fokussiert
Dauer und Verlauf	Meist andauernd, anhaltend	Meist episodisch
Zusammenhang zwischen Affekt und Bedrohung	Undeutliche Beziehung	Eindeutiger Zusammenhang
Physiologische Bedeutung	Vigilanz	Alarmreaktion

Beide Begriffe beinhalten die Komponente einer affektiven Reaktion auf eine reale oder vorgestellte Bedrohung. In beiden Fällen kann Vermeidungsverhalten auftreten, wobei das Vermeidungsverhalten bei der Furcht sehr konkret, d. h. auf eine bestimmte Situation bezogen ist. Obwohl es einige Gemeinsamkeiten zwischen den Konzepten von Angst und Furcht gibt, wird im psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext meist der Begriff der Angst verwendet. Eine Angstreaktion ist ein komplexerer Vorgang, wobei die Auslöser nicht immer eindeutig identifizierbar sind und das Vermeidungsverhalten oft auf mehrere Lebensbereiche generalisiert wird. Die Unterscheidung der Begrifflichkeiten ist hilfreich, um das Verständnis pathologischer Angststörungen zu verbessern, Erklärungsmodelle zur Entstehung der Angst abzuleiten und entsprechend effektive, psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Angststörungen auszuwählen (Sörensen, 1996).

1.1.2 Dimensionen der Angst

Bei der Betrachtung von Angst als Basisemotion sollten unterschiedliche Aspekte berücksichtigt werden, welche einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst haben. Diese Aspekte sollen im Folgenden ausführlicher dargestellt werden.

„Angst ist ein affektiver Zustand des Organismus, welcher durch erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems, der Selbstwahrnehmung von Erregung, dem Gefühl der Anspannung, einem Erleben des Bedrohtwerdens und verstärkter Besorgnis gekennzeichnet ist.“ (Stöber & Schwarzer, 2000). Diese Definition beinhaltet die unterschiedlichen Dimensionen der Angst, welche sich im menschlichen Organismus auf vier verschiedenen Ebenen beziehen: der subjektiven, der kognitiven, der physiologischen sowie der motorischen bzw. verhaltensbasierten Ebene (Krohne, 2010).

Auf physiologischer Ebene kommt es während einer Angstreaktion zu körperlichen Veränderungen und Hormonausschüttungen. Die Einleitung der physiologischen Prozesse soll die schnelle Reaktion des Individuums in einer lebensbedrohlichen Situation ermöglichen. Dies führt zu einer Erhöhung des Herzschlages, Verengung der peripheren Blutgefäße und Steigerung des Blutdrucks. Während die Atmung beschleunigt wird, um den Organismus mit ausreichend Sauerstoff zu versorgen, erweitern sich die Pupillen, um die Sehkraft zu verbessern (Rachman, 2004). Diese körperlichen Begleiterscheinungen können

sich äußern in Palpitationen, Tachykardie, Druckschmerzen in der Brust- und Herzgegend, erhöhter Muskelspannung, Zittern, Schwitzen, Mundtrockenheit, abdominellen Beschwerden, Harndrang, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel bis hin zu Taubheitsgefühlen, Depersonalisations- und Derealisationsempfindungen sowie Ohnmachtsgefühlen (Jacobi & Margraf, 2009).

Auf motorischer bzw. der Verhaltensebene wird die Kampf- oder Fluchtreaktion eingeleitet. Sie kann sich in einer Aktivitätssteigerung, der Einleitung von Vermeidungsverhalten oder einer Verhaltenshemmung, z. B. in Form von Erstarren, äußern (Cannon, 1975).

Die subjektive Ebene bezieht sich auf die individuellen Empfindungen einer Person. Dabei können unterschiedliche Emotionen auftreten, wie Beengungs- und Bedrohungsgefühle, Ärger, Traurigkeit aber auch Schuldgefühle, Scham oder Aggressionen. Das Zusammenspiel dieser Empfindungen prägt das subjektive „Angstgefühl“ eines Menschen (Kazdin, 2000).

Die kognitive Ebene der Angst umfasst alle Gedanken und kognitiven Prozesse des Individuums. Wie schon in Kapitel 1.1 beschrieben, sind dies eine erhöhte Selbstwahrnehmung und subjektive Bewertungsprozesse, welche in realen oder in erwarteten Gefahren- oder Bedrohungssituation aktiviert werden.

1.1.3 Angst als Wesensmerkmal

Angst kann als ein dimensionales Konstrukt verstanden werden, welches in seiner Ausprägung ein Spektrum an unterschiedlichen Erscheinungsformen beinhaltet. So kann Angst sowohl im Rahmen alltäglichen Unsicherheiten wie Scheu, Zaghaftheit, Beklommenheit auftreten, sich in Furcht oder zwanghaften Verhaltensweisen äußern als auch im pathologischen Sinn in Form einer Phobie oder Panik (Warwitz, 2016).

In der Literatur wird die Unterscheidung getroffen zwischen Angst als ein vorübergehender Zustand („State“) oder Angst als überdauerndes Wesensmerkmal („Trait“) (Spielberger, 1973). Wenn von der Zustandsangst gesprochen wird, bezieht sich dies auf einen aktuellen emotionalen Zustand. Dieser ist durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität und Sorge vor zukünftigen Ereignissen charakterisiert; das physiologische Korrelat ist die

Aktivierung des autonomen Nervensystems. Angst als Wesenszug bzw. Persönlichkeitsmerkmal bezeichnet hingegen eine zeitstabile Verhaltensdisposition. Sie beinhaltet die Neigung einer Person, eine Vielzahl von objektiv wenig gefährlichen Situationen als Bedrohung wahrzunehmen und entsprechend häufiger auf unterschiedliche Situationen mit Angst zu reagieren (Spielberger, 1972).

1.2 Angst im entwicklungspsychologischen Kontext und Abgrenzung von natürlichen Ängsten zu pathologischen Ängsten

Sich Ängsten zu stellen und diese zu überwinden, stellt einen zentralen Bestandteil vieler Entwicklungsaufgaben dar. Die Fähigkeit der Angstbewältigung ist, aus entwicklungspsychologischer Sicht, ein entscheidender Schritt für die Verselbständigung. Durch die zunehmende Exploration der Umwelt und Überwindung eigener Ängste gewinnt das Kind zunehmend mehr Unabhängigkeit von den engsten Bezugspersonen (Heckhausen, 2010). Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die natürlichen, adaptiven Entwicklungsprozesse bei der Angstbewältigung sowie die pathologischen Abweichungen, im Sinne der Entwicklung einer Angststörung, gegeben werden.

Im natürlichen Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen zeigen sich verschiedene Formen von Angst in unterschiedlichen Altersphasen. Es existieren typische Erscheinungsbilder für die entsprechenden Entwicklungsstufen (s. Tabelle 2). Angst bzw. Furcht als Primäraffekt ist bereits bei Säuglingen zu beobachten, die auf intensive Geräusche oder sensorische Reize häufig mit Irritation und körperlicher Anspannung reagieren. Kleinkinder zeigen bereits in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres unterschiedliche Formen von Furcht. Anzeichen sind z. B. die physiologische Anspannung und kurzzeitige Verhaltenshemmung beim Bewältigen von Höhenunterschieden während des Krabbelns oder die Angst vor unbekannten Erwachsenen, die auch als Fremdenangst bezeichnet wird (Bowlby, 1969). Vorschulkinder entwickeln zunehmend die Fähigkeit, logische Zusammenhänge zu erschließen, jedoch unterliegen die kognitiven Fähigkeiten noch immer logischen Irrtümern und somit inkonsistenten Überlegungen (Piaget & Inhelder, 1972). Auch gelingt den Vorschulkindern noch keine klare Trennung zwischen Phantasie und Wirklichkeit. Dadurch können vermeintlich harmlose oder imaginierte Inhalte als bedrohlich wahrgenommen werden. Typisch dafür sind z. B. Ängste vor Schatten oder Dunkelheit in

einer vertrauten Umgebung. Angst bzw. Angsterleben im Grundschulalter ist eine Erscheinung im Rahmen der natürlichen Entwicklung und phasenweise vermehrt zu beobachten. Grundschulkinder können, aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung, zunehmend konkrete Denkoperationen ausführen und fantastische Inhalte als nicht real einschätzen. Die Wahrnehmung wirkt sich in weniger starkem Maße auf die Urteilsbildung aus als in der Altersgruppe der Vorschulkinder. Die Fähigkeit des logischen Denkens wird laut Piaget dahingehend differenziert, dass Schulkinder zunehmend unterschiedliche Interpretationen für eine Situation generieren. Dadurch können sie die Frage nach Ursache und Wirkung in logisch konsistente Zusammenhänge bringen. Jedoch zeigen Kinder im Grundschulalter häufig noch Angstreaktionen in Bezug auf Informationen und Reize aus der direkten Umwelt, welche bedrohliche Aspekte beinhalten, wie z. B. aktuelle Nachrichten über Naturkatastrophen in nicht unmittelbarer Umgebung. Die weitergehende psychosoziale Entwicklung der Kinder wird verstärkt beeinflusst durch den Vergleich innerhalb der Peergruppe. So stehen bei 8- 11-Jährigen zunehmend die eigenen Fähigkeiten im Fokus und vergleichen ihre schulischen Leistungen vermehrt mit denen Gleichaltriger. Typische Quellen der Angst sind vor allem Sorge vor schlechten akademischen Leistungen und Misserfolgserfahrungen. Im Jugendalter bleibt der Leistungsaspekt als mögliche Angstquelle bestehen. Selbstbild und Selbstwert der Jugendlichen werden maßgeblich durch Rückmeldungen aus der direkten Umwelt beeinflusst. Daher treten sowohl der Vergleich mit den Peers als auch das Streben nach Gruppenzugehörigkeit in den Vordergrund. Dadurch wird die Sorge vor Ablehnung und Zurückweisung durch die Gruppe Gleichaltriger zur zentralen Quelle der Angst (Schneider & Blatter, 2006).

Im Verlauf der kindlichen Entwicklung verändern sich somit die Spezifität der Ängste bzw. die Angstinhalte. Während bei Kleinkindern noch sehr konkrete und eher aktuell wahrgenommene Reize die Quelle der Angst darstellen, zeigen sich bei Grundschulkindern und Jugendlichen zunehmend abstrakte und antizipierte Reize als Auslöser für Angst (Gullone, 2000). In Abhängigkeit der Quelle der Angst können sich unterschiedliche Angststörungen entwickeln, s. Tabelle 2. Während des Angsterlebens kommt es bei den betroffenen Patienten, neben der starken körperlichen Anspannung, zu negativen und dysfunktionalen Kognitionen. Je nach Entwicklungsstand und Alter des Kindes sind die negativen Kognitionen sehr unterschiedlich ausgeprägt; teilweise werden sie von jüngeren Kindern nur wenig differenziert wahrgenommen und können daher nur begrenzt verbalisiert

werden. Die Ausprägung zur Selbstwahrnehmung, Selbstreflexion und die verbalen Ausdrucksfähigkeiten bei Kindern haben entscheidenden Einfluss auf die Bewältigung der als bedrohlich wahrgenommenen Situation.

Tabelle 2 Ängste und Angstquellen im Entwicklungsverlauf (nach Schneider 2004)

Altersspektrum	Erworbene psychologische oder soziale Kompetenzen	Quelle phasentypischer Ängste	Häufige Angststörungen in der Altersgruppe
<i>0- 6 Monate</i>	Sensorische Fähigkeiten	Intensive sensorische Reize, laute Geräusche, Verlust von Zuwendung	-
<i>6-12 Monate</i>	Ursache- Wirkung Objektkonstanz	Fremde, Trennung von Bezugsperson	-
<i>2- 4 Jahre</i>	Imaginieren, keine Trennung von Fantasie- Realität möglich	Fantasiegestalten, Dunkelheit, Einbrecher	Trennungsangst, Phobien in Bezug auf Dunkelheit, Monster
<i>5- 7 Jahre</i>	Konkret logisches Denken	Naturkatastrophen, Verletzungen, Tiere	Phobien in Bezug auf Tiere, Blut, medizinische Eingriffe
<i>8- 11 Jahre</i>	Selbstwert durch akademische, sportliche Leistungen	Schlechte schulische und sportliche Leistungen	Leistungsangst
<i>12- 18 Jahre</i>	Fähigkeit, Gefahren zu antizipieren, Selbstwert durch Peers stark beeinflusst	Ablehnung durch Peers	Soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung

1.3. Definition Angststörung

Unter Berücksichtigung des Alters- und Entwicklungsaspekts sind die Übergänge von normaler zu pathologischer Angst fließend und somit auf einem Kontinuum zu betrachten. Den Angststörungen ist gemein, dass sich die Symptomatik, wenn auch individuell in unterschiedlichen Ausprägungen, auf den folgenden drei Ebenen widerspiegelt: in

physiologischen Veränderungen des menschlichen Organismus, einhergehend mit einer starken vegetativen Erregung, in dysfunktionalen Kognitionen und damit verbundenen, dauerhaften Veränderungen von Beurteilungen sowie in bestimmten Verhaltensweisen. Das Ausmaß der Angstreaktion unterscheidet sich grundlegend von dem normalen, entwicklungsbedingten und nichtpathologischem Angsterleben (Schneider & Döpfner, 2004).

Die Abgrenzung normaler, alterstypischer Angst von pathologischer Angst im Sinne einer Angststörung kann anhand konkreter Kriterien erfolgen. Zum einen sind die Intensität und die Angemessenheit der Emotion in Bezug zum situativen Kontext entscheidend. Falls die Ausprägung der Angst in starker Diskrepanz zur realen Gefahr der erlebten Bedrohungssituation steht bzw. die Angst völlig unabhängig von äußeren Bedingungen auftritt, kann von einer pathologischen Angst gesprochen werden. Zum anderen sind die Dauer und Intensität der Angstsymptomatik entscheidend, um die Angemessenheit oder Unangemessenheit einer Angstreaktion zu beurteilen. Dauerhaft anhaltende Angst bedeutet, dass weiterhin ein Angstepfinden besteht, obwohl der Angst auslösende Reiz entfernt oder die Situation beendet wurde. Ebenso sind die Stärke der körperlichen Reaktion oder die Bewertung des gefürchteten Objekts bzw. der Situation unangemessen (Strian, 2003). Bei Angststörungen sind die vorliegenden Ängste zudem von derart starker Ausprägung, dass die Lebensqualität der Betroffenen deutlich beeinträchtigt ist.

1.4 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Angststörungen und Risikofaktoren

Wie oben beschrieben, existieren unterschiedliche Formen der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Trotz der Unterschiede in der Symptomatik und den verschiedenen Verläufen, sind bei allen Angststörungen typische Veränderungen in den physiologischen, in den kognitiven Prozessen sowie auf Verhaltensebene zu verzeichnen. Im folgenden Abschnitt soll ein kurzer Überblick über die physiologischen und psychologischen Abläufe bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst und Angsterkrankungen im menschlichen Organismus gegeben werden.

1.4.1 Neurobiologische und neuroendokrine Aspekte

Als wesentliche zerebrale Strukturen, welche bei der Entstehung und Weitervermittlung des Angsterlebens beteiligt sind, wurden der Hirnstamm, der Hypothalamus und das limbische System mit der Amygdala identifiziert. Die Amygdala ist entscheidend an den Lern- und Gedächtnisprozessen der Angstentstehung beteiligt, weswegen sie auch als Zentrum des emotionalen Gedächtnisses betrachtet wird (Rooszendaal et al., 2009). Es existieren unterschiedliche Mechanismen, welche bei der Informationsverarbeitung involviert sind. Zum einen können Informationen auf schnellem Weg vom Thalamus zur Amygdala weitergeleitet werden, wobei kortikale Strukturen umgangen werden. Die Amygdala setzt durch ihre Verschaltung zu subkortikalen Zentren dann autonome endokrine und motorische Abwehrreaktionen in Gang (Ulrich-Lai & Hermann, 2009). Auch können die eintreffenden Informationen über den Thalamus zu den sensorischen Kortexarealen weitergeleitet werden; hier finden sowohl ein Vergleich mit den Vorerfahrungen des Individuums als auch eine kognitive Prozessierung statt. Im präfrontalen Kortex erfolgt dann die Bewertung, Planung von Verhaltensweisen und Entscheidungsfindung. Ebenso kann hier eine Regulierung der Aktivität der Amygdala erfolgen und konditionierte Angst gehemmt werden (Koenigs & Grafmann, 2009). Im Hypothalamus erfolgt eine Reaktion auf stress- und angstausslösende Situationen, indem die Ausschüttung des Corticotropin-releasing Hormons erfolgt und anschließend Cortisol und Cortison in der Nebennierenrinde ausgeschüttet werden. Über den Sympathikus wird zusätzlich die Ausschüttung von Noradrenalin im Nebennierenmark angeregt. Durch die Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin setzt eine Erregung des vegetativen Nervensystems mit Beschleunigung der Herz Tätigkeit, Erhöhung des Blutdrucks und verstärkter Durchblutung der Muskulatur ein; Denkvorgänge werden zeitgleich unterdrückt oder blockiert (Charney, 2003).

Bei der Vermittlung von Angst- und Stressreaktionen im menschlichen Organismus sind unterschiedliche Neurotransmittersysteme beteiligt. Dabei spielen vor allem das GABA-System, das Glutamatsystem sowie das noradrenerge und serotonerge System bei Angstzuständen eine entscheidende Rolle; den GABA-Rezeptoren kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu (Cortes & Phan, 2005). Es besteht die Annahme, dass frühere traumatische Ereignisse spezifische Erinnerungsspuren in der Amygdala hinterlassen. Diese

lösen eine unmittelbare Angstreaktion aus, ohne dass dieser Mechanismus dem Bewusstsein zugänglich ist. Im serotonergen System konnten zudem polymorphe Regionen identifiziert werden, in welchen spezifische Abschnitte mit Persönlichkeitsmerkmalen assoziiert werden können, wie z. B. dem Neurotizismus (Kriegebaum et al., 2010).

Die neurobiologischen Modelle zur Entstehung und Beeinflussung des Angsterlebens sind sehr komplex und können hier nur skizziert werden. Als Kernaussage kann festgehalten werden, dass bei der Vermittlung von Angst- und Furchtreaktionen komplexe Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Neurotransmittersystemen einerseits und kognitiven Faktoren andererseits bestehen, welche noch nicht endgültig erschlossen sind.

1.4.2 Genetischer Einfluss bei Angststörungen

Bei der Entstehung von Angststörungen wird ein Einfluss genetischer Faktoren angenommen. Anhand der Ergebnisse epidemiologischer Studien findet sich zunehmend Evidenz dafür, dass eine verstärkte Ängstlichkeit durch eine genetisch vermittelte Disposition entsteht. So steigt das Risiko für die Ausbildung einer Angststörung bei Verwandten 1. Grades signifikant: es findet sich ein 4,0- 6,0- fach erhöhtes relatives Risiko. Die gefundenen Ergebnisse beziehen sich vor allem auf die generalisierte Angststörung und spezifische Phobien (Hettema et al. 2001). Die Bedeutung der geteilten Umwelt wird in der Literatur häufig diskutiert und anhand von Zwillingsstudien untersucht. Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass die genetischen Faktoren ca. 30-50 % zur Entstehung einzelner Angsterkrankungen beitragen (Hettema et al., 2005; Kendler et al., 1999). Es handelt sich somit um einen moderaten Einfluss, d. h. das Vorliegen einer Disposition führt nicht unvermeidlich zum Auftreten einer Angsterkrankung. Ergebnisse einer weiteren Zwillingsstudie legen einen moderaten bis hohen genetischen Einfluss in Bezug auf das Ausbilden von Angststörungen nahe (Domschke & Deckert, 2007). Dabei wurden höhere Erbfaktoren für die Agoraphobie mit 67 % und Blut- und Verletzungssphobie mit 59 %, moderatere Erbfaktoren für die soziale Phobie mit 51 %, die Panikstörung mit 41–54 % und ein geringer Erbfaktor für die generalisierte Angststörung mit 32 % ermittelt. Im Rahmen von genomweiten Analysen konnte unterschiedliche Gene identifiziert werden, welche unter der Einwirkung von äußerer Umweltfaktoren zu einem erhöhten Risiko führen, eine Angststörung zu entwickeln. Besonders in Bezug auf die Panikstörung und die generalisierte Angststörung konnten Kandidatengene ermittelt werden, die mit entsprechenden

Persönlichkeitseigenschaften, Verhaltensmerkmalen und Veränderungen in der neuronalen Aktivität assoziiert sind. Allerdings konnten die Ergebnisse nicht einheitlich repliziert werden. Die untersuchten Populationen oft eine ausgeprägte Heterogenität der untersuchten Populationen aufweisen, wird die Identifikation von genetischen Faktoren bisher erschwert (Reischl & Erhardt, 2012).

Ein weiterer Erklärungsansatz innerhalb der genetischen Modelle zur Angstentstehung ist der Aspekt der Verhaltenshemmung, der sogenannten Behavioral Inhibition. Dieser kann als eine genetisch vermittelte Temperamenteigenschaft beschrieben werden, welche ein zurückhaltendes und scheues Verhalten in neuen, unbekannten Situationen bewirkt. Kinder, deren Eltern an einer Angststörung erkrankt sind, weisen deutlich häufiger dieses Temperamentsmerkmal auf als solche, deren Eltern nicht an einer Angststörung leiden (Kagan & Rosenberg, 1989). Kinder, bei denen das Merkmal der Verhaltensinhibition nachgewiesen werden konnte, zeigten zudem ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Panikstörung, sozialen Phobie und phobischen Störung (Smoller et al., 2008). Die Verhaltenshemmung kann somit als ein wichtiger genetischer Einfluss bei der Ausbildung einer Angststörung gesehen werden, da bei Vorliegen dieses Merkmals vermehrt Gehemmtheit, Rückzug, Vermeidung oder Unbehagen in neuen oder als unangenehm empfundenen Situationen auftreten.

1.4.3 Allgemeine lerntheoretische Modelle

Es existieren unterschiedliche Modelle im Rahmen der psychologischen Lerntheorien, welche Erklärungsansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen bieten. Generell besteht beim Menschen eine spezifische Lerndisposition, die sogenannte Preparedness (Seligman, 1971). Menschen entwickeln demnach selektiv Angst vor Reizen oder Situationen, welche aus evolutionsbiologischer Sicht eine Bedeutung für den Organismus haben.

Angst kann sowohl durch klassische als auch operante Konditionierungsprozesse erlernt werden (Merod, 2007). Bei der klassischen Konditionierung wird ein natürlicher Stimulus konsistent mit einem aversiven Stimulus dargeboten, durch eine sehr intensive oder kontinuierliche Darbietung erfolgt ein Lernvorgang. Das Ergebnis ist die Konditionierung, d. h. der zunächst neutrale Reiz wird zu einem bedingten Reiz, der bereits

bei Darbietung eine Furchtreaktion auslöst. So kann z. B. ein Kind nach einem schmerzhaften Hundebiss beim nächsten Zusammentreffen mit einem Hund bereits eine starke Angstreaktion zeigen. Operante Konditionierungsprozesse stellen eine Form des Lernens dar, bei der die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens in Abhängigkeit von den Konsequenzen, d. h. den Reaktionen aus der Umwelt, beeinflusst wird. Positive Reaktionen, im Sinne einer Verstärkung, führen mit größerer Wahrscheinlichkeit dazu, dass das Verhalten zukünftig gezeigt wird. Entsprechend führen negative Reaktionen, im Sinne einer Bestrafung, zu einer geringeren Auftrittswahrscheinlichkeit.

Eine Erweiterung des lerntheoretischen Ansatzes ist die 2-Faktoren Theorie nach Mowrer (1947). Diese postuliert, dass bei der klassischen Konditionierung ursprünglich neutrale Stimuli die Eigenschaften eines konditionierten Angststimulus erwerben, indem eine zeitliche oder räumliche Kontingenz zu einer natürlicherweise Angst auslösenden Situation besteht. Der menschliche Organismus reagiert dann mit einer Angstreaktion, welche als unangenehm empfunden wird. Das initiierte Vermeidungsverhalten bewirkt in dieser Situation eine Angstreduktion. Das Vermeidungsverhalten wird, im Sinne der operanten Konditionierung, negativ verstärkt und somit aufrechterhalten. Zukünftig wird die Konfrontation mit der Gefahrensituation unterlassen und das Vermeidungsverhalten gezeigt. Wenn ein Kind z. B. eine massive, verbale Zurechtweisung erfährt obwohl es sich im Unterricht aktiv beteiligt, wird es sich zukünftig mit einer höheren Wahrscheinlichkeit nicht mehr melden.

Auch die sozial-kognitiven Lerntheorien beschreiben Lernprozesse zur Ausbildung angemessener Selbstregulationsmechanismen. Eine zentrale Bedeutung hat das Lernen am Modell (nach Bandura, 1963). Es beschreibt die Imitation spezifischer, so auch ängstlicher, beobachteter Verhaltensweisen in Abhängigkeit von den beobachteten Konsequenzen. Dabei ist es ausreichend, wenn bestimmte, beobachtete Verhaltensweisen mit negativen oder positiven Konsequenzen gekoppelt sind. Die Auftrittswahrscheinlichkeit der Imitation des Verhaltens wird entsprechend verringert oder erhöht. In Bezug auf Ängste und Angststörungen spielen vor allem hemmende Effekte eine bedeutende Rolle. Z. B. wenn bei einem Modell bestimmte Verhaltensweisen zu beobachten sind, die trotz Konfrontation mit einem Angstreiz, negative Konsequenzen nach sich ziehen und die erwartete Abnahme der Angst nicht eintritt. Beim Lernen am Modell haben zusätzlich die individuellen Erwartungen

einen deutlichen Einfluss hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, ob ein Verhalten imitiert wird oder nicht. Modellverhalten wird vor allem nachgeahmt, wenn folgende drei Bedingungen erfüllt sind: das Auftreten einer positiven Konsequenz wird erwartet, der Beobachter fühlt sich hinsichtlich der Situation kompetent oder wenn durch die Imitation des Verhaltens eine günstige Selbstbewertung erfolgen kann. Entsprechend weniger wird das Verhalten imitiert, wenn die oben aufgeführten Bedingungen nur begrenzt oder gar nicht erfüllt sind.

1.4.4 Kognitive Verarbeitungsprozesse

Die kognitiven Modelle stellen eine weitere Differenzierung innerhalb der lerntheoretischen Erklärungsmodelle zur Angstentstehung dar. Hier werden vor allem die internen Bewertungs- und Beurteilungsprozesse des Individuums berücksichtigt. Nachdem ein Reiz von einem Individuum wahrgenommen und als bedrohlich eingestuft wurde, reagiert der Körper typischerweise mit einer starken physiologischen Erregung. Zudem erfolgt die Initiierung von Bewältigungsmechanismen, dies resultiert in der bereits beschriebenen Flucht- oder Kampfreaktion (s. Kapitel 1.1.2). Wenn die entsprechenden Verhaltensweisen eingeleitet und erfolgt sind, nimmt das Erleben von Angst üblicherweise wieder ab, eine adäquate Anpassung an die Situation ist somit erfolgt. Bei Betroffenen mit Angststörungen ist dies nicht der Fall, da Beurteilungs- und Bewältigungsprozesse in mehreren Bereichen beeinträchtigt sind.

Viele Angstpatienten legen in ambivalenten Situationen, ihren Aufmerksamkeitsfokus überdurchschnittlich häufig auf Reize, die eine mögliche Bedrohung darstellen (McNally & Reese, 2009). Angstpatienten bzw. Hochrisikopatienten interpretieren auch neutrale bzw. unbedrohliche Reize eher als bedrohlich, dies konnte in experimentellen Studien bestätigt werden (Mogg et al., 2004). Dieser Aufmerksamkeitsbias beeinflusst die Aufmerksamkeitsleistung gegenüber realistischen Informationen negativ, so dass eine emotionale Informationsverarbeitung erfolgt (Arntz et al., 1995). Häufig weisen Patienten mit Angststörungen die Überzeugung auf, nur geringe persönliche Kontrollmöglichkeiten bzgl. der Wahrnehmung und Beeinflussbarkeit von Angstreizen zu haben (Beck, 2005). Ältere Theorien befassen sich mit maladaptiven kognitiven Schemata (Eysenck, 1991), d. h. eine hohe Ängstlichkeit kann kognitive Verzerrungen begünstigen, so dass die Gefahr überschätzt und die Kontrollierbarkeit der Situationen unterschätzt wird.

Bei den Patienten mit sozialen Ängsten kommt es, neben der überproportional häufigen Beurteilung von Reizen als gefährlich oder bedrohlich, oft zu einer übermäßig starken Selbstfokussierung. Diese verhindert ein adäquates und kompetentes Handeln in den jeweiligen Situationen, da die Informationsverarbeitung auf die Bewertung der eigenen Person fokussiert ist. Es werden vor allem selbstkritische Eindrücke wahrgenommen und negative Erwartungen über die eigene Person bestätigt (Ahrens-Eipper, 2010). Insgesamt sind bei Angstpatienten, im Vergleich zu gesunden Personen, dysfunktionale Kognitionen übermäßig häufig vertreten, die kritische Selbstaufmerksamkeit ist stärker ausgeprägt und maladaptive Schemata häufiger vorhanden.

1.4.5 Temperament und Einfluss des Bindungsstils

Wie in Absatz 1.4.2 beschrieben, werden genetische Einflüsse, in Form von Temperamentsmerkmalen, bei der Entstehung von Angststörungen diskutiert. Das beschriebene Konstrukt der Verhaltenshemmung kann in Zusammenhang mit dem Bindungsmodell von Bowlby (1982) einen weiteren Erklärungsansatz für die Entstehung von Angststörungen bieten. So wird angenommen, dass bei Kindern mit entsprechender Ausprägung der Verhaltenshemmung und bei gleichzeitigem Vorliegen eines unsicheren Bindungsstils, mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Angststörung ausgebildet wird. Es handelt sich hierbei um das integrierte Behavioral-Inhibition-Attachment-Modell von Manassis und Bradley (in Manassis, 2001). In unterschiedlichen Studien konnten empirische Belege für diese Annahme gefunden werden (Schneider, 2004), obwohl die konkreten Wirkmechanismen noch nicht ausreichend untersucht werden konnten.

1.4.6 Einfluss des elterlichen Erziehungsstils

Die genauere Betrachtung des elterlichen Erziehungsstils bietet mögliche Hinweise für die Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung einer Angstsymptomatik beim Kind (Baumrind, 2005). Hier ist vor allem der Einfluss des autoritären Erziehungsstils zu berücksichtigen, dieser beinhaltet ein geringes Maß an elterlicher Responsivität sowie ein hohes Maß an Forderungen gegenüber dem Kind. Responsivität steht für die Fähigkeit und Bereitschaft der Eltern, sich auf die Interaktionsebene und Kommunikationsversuche des Kindes einzulassen, im Sinne eines entsprechenden Antwortverhaltens (Hock, 2008). Eltern mit autoritativem autoritärem Erziehungsstil gehen nur wenig auf die Bedürfnisse ihres Kindes ein, sie fordern

primär Gehorsam. Als bevorzugtes Erziehungsmittel setzen sie Bestrafungen ein, wodurch das Kind in seinem Autonomieerleben eingeschränkt werden kann (Hoppe-Graff, 1999). Der überbehütende Erziehungsstil hingegen beinhaltet die Tendenz, den Kindern in behütender Absicht, altersentsprechende Aufgaben abzunehmen und Wünsche möglichst schnell zu erfüllen. Diese Gruppe von Eltern wird generell als häufiger besorgt um ihre Kinder beschrieben (Krohne, 1985). Um die Sorgen der Kinder zu minimieren, werden ihnen Anforderungen im Alltag abgenommen, ein hohes Maß an elterlicher Kontrolle wird ausgeübt. Auch dieses Erziehungsverhalten kann für das Kind eine Einschränkung im Alltag bedeuten, da es nur wenige Gelegenheiten erfährt, soziale Kompetenzen aufzubauen. Bei hoher elterlicher Kontrolle fehlt dem Kind die Erfahrung, eigenes Verhalten zu bewerten und entsprechend anzupassen, um eine adäquate Angstreaktion sowie Stressbewältigung zu erlernen (Baumrind, 2005). Es gibt Hinweise, dass Eltern ängstlicher Kinder uneindeutige Situationen oder Ereignisse tendenziell eher als bedrohlich bewerten, zudem weisen diese Eltern häufiger einen passiv-vermeidenden Problemlösestil auf (Spence, 1996). Im Sinne des Modelllernens haben deren Kinder somit weniger Gelegenheiten, lösungsorientiertes Handeln zu beobachten und entsprechend zu imitieren. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die oben beschriebenen, ungünstigen Erziehungsstile mit dem Auftreten von Angststörungen bei deren Kindern assoziiert werden (Lieb et al., 2000). In Forschungsarbeiten der letzten Jahre wird jedoch diskutiert, ob die erhöhte Sensitivität und Unsicherheit von Angstpatienten in zwischenmenschlichen Interaktionen, wie z. B. der Sorge vor Zurückweisung oder davor, verlassen zu werden, einen stärkeren Einfluss haben als der elterliche Erziehungsstil (Bandelow et al., 2004).

1.4.7 Integrative Erklärungsansätze

In der Forschung werden mittlerweile Modellvorstellungen zur Entstehung von Angststörungen favorisiert, welche Konditionierungsprozesse im Organismus, Temperamentsmerkmale des Kindes und belastende Erfahrungen oder Umweltbedingungen integrieren (Mineka & Zinbarg, 2006). Komplexe Erklärungsansätze postulieren eine genetische Veranlagung zur Ausbildung einer Angststörung sowie das Vorliegen des Temperamentsmerkmals der Behavioralen Inhibition oder angst-assoziiierter Persönlichkeitszüge, wie z. B. hoher Stress-Reaktivität und ausgeprägter Neigung zu Sorgen und negativen Emotionen. Es wird von einer Wechselwirkung ausgegangen zwischen dieser

Prädisposition und ungünstigen Bindungserfahrungen, z. B. Stress durch perinatale Komplikationen und dem Vorliegen einer hohen elterlichen Kontrolle. Durch das Zusammenwirken dieser Faktoren erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, unter besonderen Belastungen im Alltag, eine Angststörung auszubilden. Zusätzlich wird das Fehlen protektiver Faktoren angenommen, z. B. eine geringe Feinfühligkeit auf elterlicher Seite, fehlende Möglichkeiten, positive Erfahrungen zu sammeln und ein generell geringes Selbstwirksamkeitserleben. Durch die oben beschriebenen Konditionierungsprozesse (s. Abschnitt 1.3.3) kann die Angst auf Dauer aufrechterhalten werden und sich verfestigen, was zur Ausbildung bzw. Chronifizierung einer Angststörung führen kann (Manassis & Bradely, 2002).

1.5 Epidemiologie, Prognose und Verlauf von Angststörungen

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Schneider, 2004), die Prävalenzraten sind entsprechend hoch. In neueren epidemiologischen Studien erfüllen ca. 10 % der Kinder und Jugendlichen die diagnostischen Kriterien einer Angststörung. Schon bei den Achtjährigen erfüllten insgesamt 9,5 % die Kriterien einer Angststörung (Federer et al., 2000). Somit sind Angststörungen auch der häufigste Anlass für eine kinder- und jugendpsychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychotherapeutische Vorstellung. In retrospektiven Befragungen der National Comorbidity Survey Replication aus den USA wurde bei Angststörungen das durchschnittliche Erstauftretensalter von 11 Jahren ermittelt, wobei das Vorliegen von Trennungsängsten, sozialer Phobien, spezifischer Phobien, Agoraphobie, Panikstörung und der generalisierten Angststörungen erfasst wurden (Kessler et al., 2005). Sowohl bei der emotionalen Störung mit Trennungsangst als auch bei den spezifischen Phobien wurde, als frühester Beginn, ein Alter von 7 Jahren ermittelt. Hingegen zeigte sich bei den sozialen Phobien im Mittel ein Erkrankungsalter von 13 Jahren. Weitere Angststörungen, wie die Agoraphobie und die Panikstörung, zeigen ein Erkrankungsalter zwischen 19 und 31 Jahren bei den Erwachsenen. In 80-90 % der Fälle liegt der Beginn einer Angststörung vor dem 35. Lebensjahr (Kessler et al., 2009). Dabei finden sich unterschiedliche Lebenszeitprävalenzen für die einzelnen Angststörungen, diese liegen für die Soziale und spezifische Phobie bei

etwa 10 %, für die Panikstörung und Trennungsangst bei ca. 4 % sowie für die Agoraphobie und Generalisierte Angststörung bei ca. 5 % (Michael et al, 2007).

Angststörungen treten etwa doppelt so häufig bei Frauen auf wie bei Männern (Bekker & van Mens-Verhulst, 2007). In Bezug auf Geschlechterunterschiede im Jugendalter finden sich kulturübergreifend bei Mädchen fast doppelt so häufig soziale Ängste wie bei Jungen (Müller, 2002). Während in der Vorpubertät und Adoleszenz eine Häufung beim weiblichen Geschlecht vorliegt (Essau et al., 2000), lassen sich im Kindesalter bei den sozialen Ängsten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bzgl. der Prävalenz finden (Poulton et al., 1997). Die Erklärungsansätze für die geschlechtsspezifischen Besonderheiten in der Häufigkeit von Angststörungen sind komplex und beschreiben eine Wechselwirkung von psychosozialen, biologischen und soziokulturellen Ursachen (McLean & Anderson, 2009).

Den unterschiedlichen Angststörungen ist das Vorliegen eines ausgeprägten Vermeidungsverhaltens gemeinsam. Dieses bezieht sich zunächst auf eine spezifische Situation, es kann passives und aktives Vermeiden der Reizkonfrontation beinhalten. Im Verlauf der Erkrankung kommt es häufig zur Generalisierung, d. h. das Vermeidungsverhalten wird auf andere Situationen oder Lebensbereiche ausgeweitet. Dies kann zu vermehrtem Rückzug und Einschränkungen in der Bewältigung des Alltags der betroffenen Patienten führen. Durch die damit einhergehende Symptomatik kommt es oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung in der psychosozialen und teilweise auch schulischen Entwicklung der betroffenen Kinder. Ebenso können zusätzliche Beschwerden, in Form von Schlafproblemen, körperlichen Beschwerden oder Stimmungseinbrüchen auftreten, welche über einen längeren Zeitraum bestehen können (Schneider & Blatter, 2006). In verschiedenen Längsschnittstudien finden sich empirische Hinweise, dass eine Angststörung im Kindesalter ein Risikofaktor für das Ausbilden einer weiteren Angststörung, einer affektiven Störung oder Substanzabhängigkeit im Erwachsenenalter darstellt (Woodward & Fergusson, 2001, Kaplow et al., 2001). In einer aktuellen Metaanalyse wurde ein deutlicher Zusammenhang gefunden zwischen vorausgegangener emotionaler Störung mit Trennungsangst im Kindesalter und nachfolgender Panikstörung mit Agoraphobie, dabei wurden Odds Ratios von 3.45 ermittelt (Kossowsky et al., 2013). Im Erwachsenenalter wurde ein erhöhtes Risiko nachgewiesen, an einer bipolaren Erkrankung, einer Schmerzstörung

oder einer Alkoholabhängigkeit zu leiden falls im Kindesalter eine Angststörung diagnostiziert wurde (Brückl et al., 2007). In einer britischen Längsschnittstudie über einen Zeitraum von 40 Jahren wurden persistierende oder wiederkehrende internalisierende Störungen (Angsterkrankungen und affektive Störungen) bei mehr als zwei Drittel der untersuchten Probanden festgestellt, welche in der Adoleszenz mindestens zweimalig erkrankt waren (Colman et al. 2007).

1.6 Komorbiditäten von Angststörungen

Viele Patienten mit Angststörungen erfüllen die Kriterien für weitere psychiatrische Diagnosen, im Kindes- und Jugendalter findet sich bei zwischen 51- 70.1 % der Betroffenen eine weitere psychiatrische Erkrankung (Essau et al. 2000; Petermann et al. 2002). Besonders häufige Komorbiditäten sind weitere Angsterkrankungen, hier entsprechen die Angaben bis zu 60 %. Zudem finden sich häufig folgende komorbide Erkrankungen: depressive Episoden (28- 75 %), somatoforme Störungen (26.6 %) und externalisierende Verhaltensstörungen, wie die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung oder Störungen des Sozialverhaltens (23- 69 %). Im Jugendalter und bei jungen Erwachsenen wurde zudem häufig Substanzmissbrauch (11.5 %) festgestellt (Schneider & Blatter, 2006).

1.7 Klassifikation von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10

In diesem Abschnitt sollen die häufigsten Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und ihre Kernsymptomatik, gemäß dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10, d. h. der aktuellen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, aufgeführt werden. Dabei werden zunächst die Angststörungen des Kapitels der emotionalen Störungen im Kindesalters F93 aufgeführt. Diese stellen in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends dar und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene. Die Entwicklungsbezogenheit ist somit das diagnostische Schlüsselmerkmal für die Unterscheidung der emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit.

1.7.1 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters F93.0

Die Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters ist gekennzeichnet durch eine exzessive oder unrealistische Angst des Kindes vor der Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen bzw. Angst in den Trennungssituationen. Dabei steht die Sorge im Vordergrund, dass den Bezugspersonen etwas zustoßen könnte und dadurch die Trennung dauerhaft ist.

Tabelle 3 Diagnostische Kriterien F93.0 nach ICD-10

A. Mindestens drei der folgenden Merkmale:

1. Unrealistische und anhaltende Besorgnis über mögliches Unheil, das der Hauptperson zustoßen könnte oder über den möglichen Verlust solcher Person oder anhaltende Sorge um den Tod von Bezugspersonen;
2. Unrealistische und anhaltende Besorgnis, dass ein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson trennen werde;
3. Aus Angst vor der Trennung von einer Hauptbezugsperson oder um zuhause zu bleiben, andauernde Abneigung oder Verweigerung, die Schule zu besuchen;
4. Trennungsschwierigkeiten am Abend, erkennbar an einem der folgenden Merkmale:
 - a) Anhaltende Abneigung oder Weigerung, Schlafen zu gehen, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe ist;
 - b) Häufiges Aufstehen nachts, um die Anwesenheit der Bezugsperson zu überprüfen oder bei ihr zu schlafen;
 - c) Anhaltende Abneigung oder Weigerung, auswärts zu schlafen.
5. Anhaltende oder unangemessene Angst davor, allein oder tagsüber ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein;
6. Wiederholte Alpträume zu Trennungsthemen;
7. Wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) bei Gelegenheiten, die mit einer Trennung von einer Hauptbezugsperson verbunden sind,

<p>wie bei Verlassen des Hauses, um zur Schule zu gehen oder bei anderen Gelegenheit, die mit einer Trennung verbunden sind;</p> <p>8. Extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson (zeigt sich in Angst, Schreien, Wutausbrüchen; in der anhaltenden Weigerung, von zuhause wegzugehen, in dem intensiven Bedürfnis, mit den Eltern zu reden oder in dem Wunsch, nach Hause zurückzukehren, in Unglücklichsein, Apathie oder sozialem Rückzug).</p>
B. Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80).
C. Beginn vor dem sechsten Lebensjahr.
D. Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen oder substanzbedingten Störung.
E. Dauer mindestens vier Wochen.

Eine Störung mit Trennungsangst sollte diagnostiziert werden, wenn die Furcht vor Trennung von der primären Bezugsperson den Kern der Angst darstellt. Sie unterscheidet sich von normaler Trennungsangst durch eine unübliche Ausprägung, eine abnorme Dauer über die typische Altersstufe hinaus und durch deutliche Probleme in sozialen Funktionen (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006).

1.7.2 Phobische Störung des Kindesalters F93.1

In dieser Kategorie finden sich Befürchtungen in der Kindheit, die eine deutliche Spezifität für die entsprechenden Entwicklungsphasen aufweisen und in einem gewissen Ausmaß bei der Mehrzahl der Kinder auftreten, hier aber in einer besonderen Ausprägung. Die Angst tritt in einer eindeutig definierten, allgemein ungefährlichen Situation auf und geht mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten einher. Die Ausprägung der Symptomatik reicht von Unbehagen bis zu panischer Angst. Das Ausmaß der Angst ist klinisch auffällig und einhergehend mit deutlichen Beeinträchtigungen in spezifischen Bereichen.

Tabelle 4 Diagnostische Kriterien F93.1 nach ICD-10

A. Eine anhaltende oder wiederkehrende Angst, die zwar entwicklungsphasenspezifisch ist (oder zum Zeitpunkt des Beginns war), die aber übermäßig ausgeprägt und mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist.
B. Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80).
C. Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen oder substanzbedingten Störung.
D. Dauer mindestens vier Wochen.

Typische phobische Störungen im Kindesalter beziehen sich auf Tier-, Spritzenphobien, Prüfungs- und Leistungsängste, Angst vor der Schule, z. B. Angst vor Ausgrenzung und Ablehnung, mit möglicher Schulverweigerung als Folge.

1.7.3 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters F93.2

Bei dieser Störung besteht ein Misstrauen gegenüber Fremden und soziale Besorgnis oder ausgeprägte Angst, in neuen, fremden oder sozial bedrohlich erlebten Situationen. Diese Kategorie sollte nur verwendet werden, wenn solche Ängste in der frühen Kindheit auftreten und sie ungewöhnlich stark ausgeprägt sind sowie zu deutlichen Problemen in der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

Tabelle 5 Diagnostische Kriterien F93.2 nach ICD-10

A. Anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Personen, auch Gleichaltrige, trifft, mit vermeidendem Verhalten.
B. Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorgen über die Angemessenheit des Verhaltens Fremden gegenüber.
C. Deutliche Beeinträchtigung und Reduktion sozialer Beziehungen (einschließlich zu Gleichaltrigen), die infolgedessen vermindert sind; in neuen oder erzwungenen sozialen Situationen deutliches Leiden und Unglücklichsein mit Weinen, Schweigen oder Rückzug aus der Situation.
D. Befriedigende soziale Beziehungen mit Familienmitgliedern und zu gut bekannten

Gleichaltrigen.
E. Die Störung beginnt im Allgemeinen in der Entwicklungsphase, in der diese ängstlichen Reaktionen als angemessen angesehen werden. Die übermäßige Ausprägung, das zeitliche Überdauern und die begleitenden Beeinträchtigungen müssen vor dem sechsten Lebensjahr manifest werden.
F. Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F93.80).
G. Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen oder substanzbedingten Störung.
D. Dauer mindestens vier Wochen.

1.7.4 Generalisierte Angststörung des Kindesalters F93.80

Die generalisierte Angststörung des Kindesalters ist geprägt von intensiven oder unbegründeten Sorgen und Ängsten bzgl. unterschiedlicher Situationen und verschiedener Lebensbereiche. Betroffene Kinder und Jugendliche haben häufig ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung und Rückmeldung über erbrachte Leistungen oder ihr Verhalten (Schneider & Blatter, 2006). Dabei stehen die Beschwerden und vegetativen Symptome bei betroffenen Kindern weniger im Vordergrund als im Erwachsenenalter.

Tabelle 6 Diagnostische Kriterien F93.80 nach ICD-10

A. Intensive Ängste und Sorgen (ängstliche Erwartung) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten an mindestens der Hälfte der Tage. Die Ängste und Sorgen beziehen sich auf mindestens einige Ereignisse oder Aktivitäten (wie Arbeits- oder Schulpflichten).
B. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.
C. Die Ängste und Sorgen sind mit mindestens drei der folgenden Symptome verbunden (mindesten zwei Symptome an mindestens der Hälfte der Tage): <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruhelosigkeit, Gefühl überdreht, nervös zu sein (deutlich, z. B. durch das Gefühl geistiger Anstrengung zusammen mit der Schwierigkeit, sich zu entspannen); 2. Gefühl von Müdigkeit, Erschöpfung oder Anstrengung durch Ängste und Sorgen; 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Gefühl, der Kopf sei leer;

4. Reizbarkeit; 5. Muskelverspannung; 6. Schlafstörung (Ein- und Durchschlafstörungen, unruhiger oder schlechter Schlaf wegen der Ängste und Sorgen).
D. Die vielfältigen Ängste und Befürchtungen treten in mindestens zwei Situationen, Zusammenhängen oder Umständen auf. Die generalisierte Angststörung tritt nicht in einzelnen paroxysmalen Episoden (wie eine Panikstörung) auf, die Hauptsorgen beziehen sich auch nicht auf ein einzelnes Thema (wie bei der Störung mit Trennungsangst oder der phobischen Störung des Kindesalters).
E. Beginn in der Kindheit oder in der Adoleszenz (vor dem 18. Lebensjahr).
F. Die Ängste, Sorgen oder körperlichen Symptome verursachen klinisch deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und in anderen wichtigen Lebens- und Funktionsbereichen.
G. Die Störung ist keine direkte Folge einer Substanzaufnahme (z. B. psychotrope Substanzen, Medikamente) oder einer organischen Krankheit und tritt auch nicht ausschließlich im Rahmen einer affektiven oder psychotischen Störung auf oder bei einer tiefgreifende Entwicklungsstörung.

1.7.5 Weitere Angststörungen nach ICD-10

Neben den, im Kapitel F90 des ICD-10, genannten emotionalen Störungen, welche spezifisch für das Kinder- und Jugendalter deklariert sind, gibt es weitere definierte Angststörungen, welche eine hohe Relevanz für das Kindes- und Jugendalter haben. Diese sind im Kapitel F40 des ICD-10 kodiert. Sie treten deutlich häufiger im Erwachsenenalter auf, können jedoch bereits in der Adoleszenz beginnen. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die relevanten Diagnosen gegeben werden.

1.7.6 Soziale Phobie F40.1

Die Soziale Phobie zeigt ihre Erstmanifestation oft im Jugendalter. Zentral ist die übermäßige Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen und kritisch beobachtet zu werden, so z. B. beim Essen, Sprechen in der Öffentlichkeit.

Die soziale Phobie beinhaltet folgende Kriterien:

- Übermäßige Furcht im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen
- Sorge sich peinlich zu verhalten
- Vermeidung im Mittelpunkt zu stehen
- Körperliche Symptome: Erröten, Zittern, Angst zu erbrechen, Harndrang

1.7.7 Agoraphobie F40.0 und Panikstörung F41.0

Eher selten im Kinder- und Jugendalter treten die Agoraphobie und die Panikstörung auf, im Erwachsenenalter ist diese Störung jedoch eine der häufigsten Angststörungen (Wittchen & Jacobi, 2004). Der Vollständigkeit halber sollen die Symptome dieser Angststörungen im Folgenden kurz aufgeführt werden:

Bei der Agoraphobie zeigen die Betroffenen eine starke und anhaltende Furcht vor verschiedenen Orten und Situationen. Im Falle eines körperlichen Unwohlseins, panikähnlicher Symptome oder Panikattacken wäre eine Flucht aus diesen Situationen schwierig und eine hilfreiche Person nicht unmittelbar zur Verfügung.

Kriterien der Agoraphobie:

- Stark ausgeprägte psychische oder vegetative Symptome als primäre Manifestation der Angst
- starke und anhaltende Furcht vor umschriebenen Situationen wie Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, Reisen mit weiter Entfernung oder alleine zu verreisen
- ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten in Bezug auf die oben genannten Situationen

Die Panikstörung beinhaltet als wesentliches Kennzeichen schwere Angstattacken, welche situationsunspezifisch und somit nicht vorhersehbar sind. Diese Form der Angsterkrankung geht einher mit starken körperlichen Beschwerden. Kriterien sind folgende:

- wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und somit nicht vorhersehbar sind
- wesentliche Symptomen sind plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle

- sekundär entsteht oft die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden.

1.7.8 Klassifikation von Angststörungen nach DSM-V

Der Diagnostische und Statistische Leitfaden psychischer Störungen, das DSM-V (Falkai & Wittchen, 2015), wird vor allem im angloamerikanischen Sprachraum verwendet und ist das wichtigste Instrument für die Diagnosestellung bei wissenschaftlichen Studien. In diesem Manual werden ähnliche Kategorien für die Beschreibung von Angststörungen wie im ICD-10 verwendet, es gibt jedoch einige wesentliche Unterschiede, auf welche im Folgenden nur kurz eingegangen werden soll.

Grundsätzlich unterteilt das DSM-V nicht emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter von dem Erwachsenenalter in unterschiedliche Kapitel. So finden sich alle relevanten Diagnosen unter dem Kapitel der Angststörungen. Das Kapitel folgt einer entwicklungsorientierten Gliederung, die einzelnen Störungen werden in Reihenfolge ihres typischen Erstmanifestationsalters aufgeführt. Zudem werden, neben der Beschreibung der diagnostischen Kriterien, auch Informationen zu Entwicklung und Verlauf, Risikofaktoren sowie zu kulturellen und geschlechtsspezifischen Besonderheiten der jeweiligen Störung gegeben. Die Kriterien für die Störung mit Trennungsangst und Soziale Angststörung stimmen weitestgehend mit den Kriterien des ICD-10 überein. Jedoch wird bei der sozialen Angststörung bei betroffenen Kindern die Angst vor Gleichaltrigen, also nicht nur vor Erwachsenen, als Kriterium benannt. Bei den spezifischen Phobien erfolgt eine Unterteilung in verschiedene Untertypen, je nach phobischem Stimulus (Tier-Typ, Umwelt-Typ, Blut-Spritzen- Verletzungs-Typ, Situativer-Typ). Zusätzlich bietet das DSM-V die Möglichkeit der Klassifizierung von substanz- und medikamenteninduzierten Angststörungen sowie von Angststörungen aufgrund anderer medizinischer Krankheitsfaktoren.

1.8 Behandlungsbedürftigkeit von Ängsten

Wie in Punkt 1.2 beschrieben, stellen das Erleben von Angst und der Erwerb von entsprechenden Bewältigungsmechanismen Aspekte der natürlichen menschlichen Entwicklung samt adaptiven Prozessen dar. Angst kann durchaus eine motivierende,

Leistung steigernde Wirkung haben und einen wesentlichen Beitrag zu der Verbesserung von Problemlösungsfähigkeiten leisten. Die eigenständige Bewältigung von Ängsten kann in der Entwicklung eines Kindes einen wichtigen Lernprozess im Rahmen des Selbstwirksamkeitserlebens darstellen (Sroufe, 1996). Somit bedarf nicht jedes Erleben ausgeprägter und intensiver Angst einer Behandlung. In der vorliegenden Arbeit wird die Entwicklung und Implementierung eines Interventionsprogramms für Angsterkrankungen bei Kindern dargestellt. Daher soll im Folgenden zunächst die Frage erörtert werden, ab wann die Behandlung einer diagnostizierten Angstsymptomatik indiziert ist.

Wie in Kapitel 1.3 beschrieben, erfolgt die Beurteilung einer pathologischen Angst durch Einschätzung der Dauer und Intensivität der Symptomatik sowie der Situationsunangemessenheit des Verhaltens. Bei Kindern und Jugendlichen wird zudem der Altersaspekt berücksichtigt. Erst wenn diese Kriterien erfüllt und die Symptomatik entsprechend stark ausgeprägt ist, kann in einem ersten Schritt die Diagnose einer Angststörung gestellt werden. Im zweiten Schritt ist zu prüfen, ob eine Behandlungsbedürftigkeit der Ängste vorliegt. Dies ist abhängig davon, wie stark der Betroffene subjektiv leidet und die Bewältigung des Alltags eingeschränkt ist (Schneider, 2004). Die Beeinträchtigung kann sich konkret äußern in einem vermehrten Rückzug des betroffenen Kindes, der Zunahme von Vermeidungsverhalten im Alltag, z. B. nicht mehr einkaufen oder auf andere Menschen zugehen, das Haus nicht mehr verlassen, nicht mehr in die Schule gehen. Wenn mehrere dieser Verhaltensweisen beobachtet werden und eine deutliche Beeinträchtigung in der Alltagsbewältigung vorliegt, ist eine Behandlung dringend indiziert. Ebenso sollte zur Indikationsstellung beurteilt werden, ob die psychosoziale Entwicklung gefährdet ist. Wenn ein Kind oder Jugendlicher durch die Angstsymptomatik in der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben nachhaltig beeinträchtigt ist, wird eine Behandlung dringend empfohlen (Seehagen et al., 2014).

Bei der Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen stellt sich zudem die Frage, wie stark das direkte, soziale Umfeld durch die Ängste beeinträchtigt ist. Dabei können die Eltern und Familienangehörigen einen deutlich höheren Leidensdruck haben als die betroffenen Kinder selber. Insbesondere wenn das Kind im Rahmen seines Vermeidungsverhaltens einen hohen sekundären Krankheitsgewinn erfährt, z. B. sich unangenehmen Situationen nicht mehr stellen muss, von alltäglichen Pflichten

befreit wird und vermehrt Zuwendung durch die Eltern erfährt. Die Einsicht, sich einer Konfrontation mit den als aversiv empfundenen Reizen zu stellen, besteht für das Kind meist nicht. Es wird somit keine oder nur geringe intrinsische Motivation entwickeln, sich im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung mit diesen unangenehmen Reizen zu konfrontieren (Schneider & Blatter, 2006). Besonders bei jüngeren Kindern und Betroffenen mit einer geringen Introspektionsfähigkeit wird der Behandlungswunsch daher häufiger von den Eltern und nicht von dem Kind selber formuliert.

Laut der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Behandlungsbedarf dringend gegeben, wenn die Kinder und Jugendlichen im Rahmen ihrer Angstsymptomatik weitere emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen, z. B. eine deutlich gedrückte Stimmung, häufiger als sonst auftretende Schmerzen, weitere körperliche Beschwerden oder andere psychiatrische Symptome. Zur Abklärung eines Behandlungsbedarfs werden, neben der körperlichen Untersuchung, immer auch die Durchführung einer ausführlichen Exploration mit dem betroffenen Kind und den Familienangehörigen sowie eine ausführliche testdiagnostische Untersuchung empfohlen (Warnke & Lehmkuhl, 2011).

2. Behandlungsansätze bei Angststörungen

Für die Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter gibt es verschiedene Methoden und Verfahren, deren Wirksamkeit empirisch nachgewiesen ist (Schneider & In-Albon, 2006). In diesem Kapitel soll ein kurzer Überblick über die am häufigsten eingesetzten und wirksamsten Behandlungsmethoden gegeben werden. Es existieren Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in welchen Empfehlungen für unterschiedliche Behandlungsansätze, in Abhängigkeit ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit, gegeben werden (2010). Es handelt sich dabei um systematisch entwickelte Angaben, die Bezug auf den aktuellen Erkenntnisstand in der Patientenversorgung nehmen. Als effektive Instrumente der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen haben Leitlinien zum Ziel, die medizinische Versorgung durch die Vermittlung von aktuellem Wissen entscheidend zu verbessern. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, bezüglich Diagnosestellung und Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, wird derzeit überarbeitet, die Fertigstellung der Aktualisierung ist für Juni 2019 geplant. Da momentan keine aktuelle Version der Leitlinie zur Verfügung steht, soll im Folgenden Bezug auf die bisher existierende S1-Leitlinie und den darin enthaltenen Empfehlungen, zur Diagnostik und Behandlung von Angststörung im Kindes- und Jugendalter, genommen werden.

2.1 Methoden der Verhaltenstherapie

2.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie: Konfrontationsverfahren und kognitive Umstrukturierung

Innerhalb der Verhaltenstherapie stellen die Konfrontationsverfahren, im Sinne von Expositionsübungen, neben der kognitiven Umstrukturierung, die zentralen Methoden bei der Angstbehandlung dar (Esser, 2004). Bei der Konfrontation wird, anhand eines gestuften Vorgehens, zunächst eine Angsthierarchie erstellt. Die Angsthierarchie beinhaltet alle vom Patienten gefürchteten Situationen oder Reize, diese werden in einer Rangfolge geordnet, beginnend mit dem schwächsten bis zum stärksten angstausslösenden Stimulus. Dabei legt der Patient die Reihenfolge fest, Aufgabe des Therapeuten ist es, den Patienten zu

unterstützen, eine klare Rangfolge zu bilden. Vor Durchführung der Exposition ist eine ausführliche Vorbereitung und Erklärung des Wirkmechanismus der Konfrontation wichtig, zur Veranschaulichung bietet sich der Einsatz von Angstkurven an (Schneider, 2004). Zudem muss eine ausdrückliche Zustimmung des Patienten zur Durchführung des Verfahrens vorliegen, bei Kindern und Jugendlichen sollte ebenfalls die Zustimmung der Eltern vorliegen. Im nächsten Schritt werden die Expositionsübungen durchgeführt. Zu Beginn der Konfrontation wird der Reiz ausgewählt, welcher beim Patienten eine Angstreaktion auf mittelschwerem Angstniveau hervorruft. Anschließend erfolgt die Darbietung des Reizes bzw. das Aufsuchen der angstbesetzten Situation über einen längeren Zeitraum. Der Therapeut hat dabei die Aufgabe, den Patienten zu unterstützen die Exposition durchzuhalten, d. h. sich mit der Angst zu konfrontieren und keine Vermeidungsstrategien zuzulassen. Die längere Konfrontation mit dem Reiz hat die Habituation zum Ziel, d. h. die anfangs ausgelöste psychophysiologische Erregung in der angstbesetzten Situation soll zunehmend zurückgehen, Reizmuster sollen ausgeblendet und negative Reaktionen vermieden werden, so dass die Angstreaktion abnimmt. Im Anschluss daran werden die nächsten Stufen der Angsthierarchie bearbeitet, d. h. zunehmend schwierige, stärker mit Angst besetzte Reize dargeboten, damit Habituation erfolgen kann. Die Exposition mit den aversiven Reizen sollte im Kindes- und Jugendalter stets mittels dieses graduerten Vorgehens erfolgen. Im Rahmen der Konfrontationserfahrungen werden bei dem Patienten auch die Bewertungen und Wahrnehmung der ursprünglichen angstbesetzten Reizkonstellation verändert, da die Vermeidungsreaktionen unterbunden und somit neue Verhaltensmuster aufgebaut werden können (Fliegenbaum & Tuschen, 1996).

Die Methode der kognitiven Umstrukturierung verfolgt die Veränderung von Informationsverarbeitungsprozessen, hinsichtlich individueller Einstellungen, Erwartungen und Attributionen. Dies erfolgt im therapeutischen Gespräch über die Erfassung automatischer und vor allem dysfunktionaler Kognitionen, welche im Verlauf kritisch hinterfragt und somit bearbeitet werden. Patienten mit affektiven Störungen oder Angsterkrankungen weisen vermehrt unangemessene und übertriebene Befürchtungen auf, wie übermäßige Sorge oder Fokussierung auf negative Erlebnisse und Misserfolge. Durch die Methode der kognitiven Umstrukturierung soll der Patient lernen, durch veränderte Bewertungen seiner Gedanken, einen positiven Einfluss auf die eigene Emotionswahrnehmung und -verarbeitung zu nehmen (Ellis, 1970). Bei der

psychotherapeutischen Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken von Kindern und Jugendlichen ist es besonders wichtig, den entwicklungspsychologischen Kontext zu beachten und die Vorgehensweise auf den individuellen Entwicklungsstand des Kindes anzupassen. In der Literatur finden sich daher Adaptionen für das Vorgehen der kognitiven Umstrukturierung bei Kindern (Linscott & DiGiuseppe, 1994). Die Autoren empfehlen die Erarbeitung von altersangemessenen Begriffen und Verwendung kindlicher, angemessener Sprache mit einfachen Beispielen. In Ergänzung soll ein regelmäßiges Einbeziehen der Kindeseltern zur Verbesserung des Transfers therapeutischer Strategien in den häuslichen Rahmen und zur Unterstützung bei der Umsetzung der therapeutischen Hausaufgaben erfolgen.

In randomisierten, kontrollierten Therapiestudien zur Angstbehandlung konnten Wirksamkeitsnachweise für die kognitive Verhaltenstherapie erbracht werden (Chambless et al., 2001). In einer Metaanalyse zu Therapiestudien zeigte sich eine durchschnittliche Effektstärke für den Prä-Post-Vergleich von 0.86 (In-Albon & Schneider, 2007), die Verhaltenstherapie zeigte sowohl kurzzeitige als auch langfristige Effekte. In mehreren Katamnesestudien (Barrett et. al, 2001; Kendall et al., 2004) konnte, über einen Zeitraum von bis zu 7 Jahren, die Stabilität verhaltenstherapeutischer Interventionen nachgewiesen werden. Außerdem wurden durchschnittliche Effektstärken für den Prä-Post-Vergleich von 0.83 für Trait-Angst und 0.85 für eine phobische Symptomatik gefunden, es konnte somit ein deutlicher Therapieeffekt durch Einsatz kognitiver Methoden nachgewiesen werden (In-Albon & Schneider, 2007).

2.1.2 Psychoedukation

Der Begriff der Psychoedukation beschreibt kein eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren sondern steht für eine Zusammenfassung systematischer, didaktisch-psychotherapeutischer Interventionen, welche Patienten und Angehörige über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informieren, das Krankheitsverständnis und den eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit fördern sowie Betroffene und Familien bei der Krankheitsbewältigung unterstützen sollen (Bäumel & Pitschel-Walz, 2008). Ihren Ursprung hat die Psychoedukation in der Arbeit mit schizophrenen Patienten, bei welchen das Wiedererlernen der eigenen emotionalen und sozialen Kompetenzen im Vordergrund stand (Anderson et al., 1980). Mittlerweile stellt diese Methode eine wichtige

Strategie in unterschiedlichsten Behandlungskontexten dar. Die meisten verhaltenstherapeutischen Ansätze zur Angstbehandlung beinhalten Elemente der Psychoedukation mit ausführlichen Informationen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen, zu spezifischen Symptomen sowie Interventionsmöglichkeiten. Dazu zählen die Informationsvermittlung zur Unterscheidung von normaler und pathologischer Angst, zur Angstreaktion im evolutionsbiologischen Kontext sowie zu den Komponenten der Angst auf somatischer, kognitiver und Verhaltensebene (Kendall & Ronan, 1990). Ebenso sollte die Angsterkrankung des Kindes mit ihren spezifischen Symptomen und die grundlegenden therapeutischen Interventionen zur Unterbindung des Angstkreislaufes thematisiert werden (Schneider, 2004). Häufig kommen dabei bildliche oder spielerische Materialien zum Einsatz, um die Psychoedukation angemessen kindlich bzw. ansprechend für Jugendliche sowie interaktiv zu gestalten. Das Kind soll dabei lernen, eigene Angstsymptome und dazugehörige Gedanken zu benennen. Im Sinne einer transparenten Herangehensweise ist eine ausführliche Psychoedukation die notwendige Voraussetzung für die Erarbeitung funktionaler kognitiver Strategien und Bewältigungsmöglichkeiten auf Verhaltensebene (Wittchen & Hoyer, 2011).

2.1.3 Soziales Kompetenztraining

Die verhaltenstherapeutischen Methoden integrieren häufig Elemente aus dem sozialen Kompetenztraining. Mithilfe dieser Trainings haben Patienten die Möglichkeit ihr Verhaltensrepertoire im Umgang mit anderen Menschen durch gezielte Übungen zu erweitern (Pfungsten, 1996). Dazu gehören im Wesentlichen folgende Kompetenzbereiche: eigene Forderungen anbringen und durchsetzen, Gefühle und Wünsche einbringen, Kompromisse finden sowie Kontakte zu anderen adäquat aufnehmen und gestalten. Vor allem bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen können die Kompetenztrainings sehr förderlich sein, um selbstsicheres Verhalten aufzubauen und mehr Handlungskontrolle zu gewinnen (Petermann & Groen, 2006).

2.1.4 Entspannungsverfahren

Wie in Kapitel 1.1.2 beschrieben, treten im Rahmen der Angstsymptomatik meist typische physiologische Veränderungen im menschlichen Organismus auf, welche mit einer starken vegetativen Erregung einhergehen. Verhaltenstherapeutische Methoden werden

daher bei der Behandlung von Ängsten, häufig mit Übungen zur Verbesserung der körperbezogenen Selbstwahrnehmung kombiniert, z. B. in Form von Entspannungstrainings. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren, so z. B. Elemente der progressiven Muskelentspannung (Petermann, 2005), Adaptionen des autogenen Trainings (Vaitl, 2004) oder Entspannungsgeschichten (Kossak, 2004), die zum Einsatz kommen können. Die Wirksamkeit dieser körperbezogenen Verfahren wurde im Rahmen von Einzelstudien nachgewiesen, ein empirischer Vergleich verschiedener Methoden mit Differenzierung bzgl. der Indikation steht jedoch noch aus (In-Albon et al., 2004).

2.2 Tiefenpsychologische und psychoanalytische Therapieverfahren

Die Therapieansätze der psychodynamischen Verfahren haben eine starke ätiologische Orientierung. Die Verfahren sind, entsprechend der Theorien der Psychoanalyse, auf die Bearbeitung der Ursachen der psychischen Störung ausgerichtet (Grawe, 1998). Dabei wird als Auslöser der Symptomatik das Vorliegen eines intrapsychischen Beziehungskonflikts sowie eines individuellen Entwicklungsdefizits gesehen. Je nach Art der Angststörung werden unterschiedliche psychodynamische Herangehensweisen beschrieben, um die Beziehungskonflikte zu bearbeiten und entsprechende Entwicklungsdefizite aufzuholen. Die intrapsychischen Konflikte, vor allem bei der Trennungsangst, werden zunächst innerhalb der Beziehung zwischen Kind und Therapeut in dem geschützten Rahmen der Therapie bearbeitet und sollen, aufgrund der neuen Beziehungserfahrungen, unbewusst in den Alltag übertragen werden können. Bei der generalisierten Angststörung zielen die psychodynamischen Verfahren besonders auf die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Autonomie, der sozialen Kompetenzen und des altersangepassten Verhaltens des Kindes ab. Hierbei kommen vor allem Imaginationsverfahren und spieltherapeutische Ansätze zum Einsatz (Hopf, 2009).

Es finden sich einige Wirksamkeitsnachweise für die analytischen und tiefenpsychologischen Interventionen in der Literatur. Vor allem für die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie konnten Effekte zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern nachgewiesen werden. So wiesen in einer Untersuchung z. B. 62 % der behandelten Kinder eine signifikante Verbesserung gegen Ende der Therapie auf (Kronmüller et al., 2005). In

einer Studie von Muratori et al. (2002) zur Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie bei emotionalen Störungen bei Kindern wurden, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, bei der Experimentalgruppe sowohl eine signifikante Symptomreduktion als auch Verbesserungen im Gesamtbefinden der Patienten nachgewiesen. Die untersuchten Kinder waren im Alter von 6 bis 10 Jahren, die ermittelten Effekte hielten über einen längeren Zeitraum an und konnten noch in der Katamneseerhebung, nach 18 Monaten, nachgewiesen werden. Insgesamt fehlen jedoch Metaanalysen zur Bewertung der Wirksamkeitseffekte der psychodynamischen Verfahren.

2.3 Einfluss des Behandlungssettings

Es finden sich in der Literatur unterschiedliche Angaben zum Einfluss des Behandlungssettings auf die Wirksamkeit der Intervention. Sowohl für einzeltherapeutische Angebote als auch für gruppentherapeutische Interventionen liegen signifikante Effektstärken vor, wobei die Angaben in der Literatur teilweise widersprüchlich sind (Schneider & In-Albon, 2006). Auch liegen unterschiedliche Empfehlungen bzgl. der Intensität der Behandlung vor. Die Indikation für ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Versorgungsangebote ist dabei abhängig vom Störungsbild, Ausprägung der Symptomatik und den Rahmenbedingungen. Die Frage der spezifischen Indikationsstellung und die unterschiedlichen Wirksamkeitsnachweise sollen im folgenden Abschnitt erläutert werden.

2.3.1 Einzelsetting/ Einzelpsychotherapeutische Angebote

Aufgrund der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen in Deutschland für Kinder- und Jugendliche ist der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Interventionsangebote auf das Behandlungssetting der Einzelpsychotherapie ausgelegt (Bender et al., 2017). In diesem Fall erhält das Kind bzw. der Jugendliche, in meist wöchentlichen Abständen, ein Therapieangebot im Einzelkontakt. Der Therapeut hat dabei die Möglichkeit, schrittweise auf die Bedürfnisse und Voraussetzungen des Kindes einzugehen, der Fokus der Therapie liegt auf einer individuellen Herangehensweise. Die Befundlage bzgl. der Überlegenheit von Einzeltherapien gegenüber

Gruppentherapien ist uneinheitlich. So konnte in einer einzelnen Untersuchung eine höhere Wirksamkeit des Einzelsettings gegenüber dem Gruppensetting nachgewiesen werden (Weisz et al., 1995). Dieses Ergebnis widerspricht jedoch den Studienergebnissen in folgendem Abschnitt 2.3.2. Möglicherweise sind einzeltherapeutische Interventionen bei Kindern mit Angststörungen vor allem indiziert, wenn Eltern einen überfürsorglichen Erziehungsstil aufweisen (Kendall et al., 2003) und mit den Bezugspersonen an einer Veränderung der Erziehungshaltung gearbeitet werden kann.

2.3.2 Gruppensetting/ Gruppenpsychotherapeutische Angebote

Für die Behandlung von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegen diverse verhaltenstherapeutisch-orientierte, gruppentherapeutische Trainingsprogramme vor (Schneider & Döpfner, 2004). Diese ähneln sich meist in ihrem Grundaufbau und den Kernelementen. Die Trainingsprogramme beinhalten häufig Methoden zur Herstellung einer positiven Gruppenatmosphäre in der Eingangs- und Kennenlernphase, psychoedukative Elemente zur Informationsvermittlung, konkrete psychotherapeutische Methoden für die Gruppenarbeit, mit Strategien für den Alltagstransfer sowie Elemente zur Unterstützung bei der Ablösung aus der Gruppe gegen Ende des Trainings. Beim generellen Einsatz gruppentherapeutischer Interventionen werden verschiedene Aspekte bzgl. der Wirksamkeit als vorteilhaft beurteilt (Warschburger, 2006), dazu zählen das Erleben gegenseitiger emotionaler Unterstützung durch die Gruppenmitglieder, die Gruppe als Übungsfeld zur Erprobung neuer bzw. alternativer Verhaltensweisen sowie die Funktion von Gruppenmitgliedern als Modelle, im Sinne der sozialen Lerntheorie (Bandura, 1977). Negative Effekte im Rahmen eines gruppentherapeutischen Settings sind die eingeschränkten Ressourcen und begrenzte Möglichkeiten für die individuelle Arbeit mit dem einzelnen Patienten (Warschburger, 2006).

Noch immer existieren nur wenige Befunde zur Beurteilung des Settingeinflusses auf die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen. Daher muss auf die wenigen existierenden, störungsspezifischen Metaanalysen zurückgegriffen werden. In den meisten Studien wurde kein signifikanter Unterschied zwischen Einzel- und Gruppeninterventionen gefunden bzw. es besteht eine leichte Überlegenheit von gruppentherapeutischen Angeboten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit (Southam-Gerow & Kendall, 2000). Generell

werden Gruppeninterventionen als wirksamer beurteilt, wenn folgende Empfehlungen für die Optimierung der Gruppensettings umgesetzt werden: Offenheit innerhalb der Gruppe, Schaffen einer kooperativen Arbeitshaltung, Klima eines gegenseitigen Vertrauens sowie Herstellung einer Gruppenkohäsion (Fiedler, 1996).

2.3.3 Ambulante, teilstationäre und vollstationäre Versorgung

Im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung existieren unterschiedlich intensive Behandlungsformen. Laut Leitlinien für die Therapie von Angststörungen wird eine ambulante Versorgung als ausreichend beurteilt, bei geringer oder mäßiger Krankheitsausprägung sowie einer Behandlungsmotivation bei Patient und Eltern. Bei Vorliegen einer ausgeprägten generalisierten Angststörung oder einer Panikstörung wird eine teilstationäre Behandlung empfohlen, allerdings unter der Voraussetzung einer ausreichenden Kooperation der Kindeseltern. Für die emotionale Störung mit Trennungsangst ist die teilstationäre Therapie die Behandlungsform der Wahl, falls ambulante Maßnahmen nicht mehr ausreichend sind. Eine vollstationäre Behandlung ist indiziert, wenn die Alltagsfunktionen des Kindes erheblich beeinträchtigt sind, keine ausreichende Behandlungsmotivation vorliegt oder die Trennungsängste des Kindes so stark ausgeprägt sind, dass eine vorübergehende Separierung von den Eltern für den Behandlungserfolg zwingend notwendig ist.

2.4. Rolle von Eltern- und Familienarbeit

Die Empfehlungen zur direkten Einbeziehung der Kindeseltern bei der Behandlung von Angststörungen werden in der Literatur sehr unterschiedlich diskutiert. Wie bereits in Absatz 2.1.1 beschrieben, konnte in randomisierten, kontrollierten Therapiestudien die Wirksamkeit für die kognitive Verhaltenstherapie bei der Angstbehandlung nachgewiesen werden; dies gilt sowohl für Interventionen, welche mit als auch ohne Beteiligung der Familien erfolgten (Chambless et al., 2001). In einzelnen Studien fanden sich Hinweise auf die Überlegenheit von familienzentrierten Therapien, vor allem bei jüngeren Kindern sowie bei Kindern mit einem Elternteil, der selbst an einer Angststörung erkrankt war (Cobham et al., 1998). In katamnestischen Verlaufskontrollen über einen Zeitraum von 6 Jahren, konnten diese Ergebnisse jedoch nicht längerfristig aufrechterhalten werden, die familienzentrierten

Interventionen zeigten gegenüber den kindzentrierten Maßnahmen keinerlei Überlegenheit mehr (Barrett et al., 2001). Die bisherige Ergebnislage zu den empirischen Studien ist noch sehr uneinheitlich. Kritisch angemerkt werden sollte, dass gerade durch den Vergleich sehr unterschiedlicher Interventionen eine Konfundierung verschiedener Settings stattfindet und die Aussagekraft somit begrenzt ist. Insgesamt kann festgehalten werden, dass bei jüngeren Kindern die Einbeziehung der Eltern in die Therapie sinnvoll sein kann, vor allem im Hinblick auf den Abbau des Vermeidungsverhaltens und des sekundären Krankheitsgewinns (Schneider & In-Albon, 2006).

2.5 Pharmakotherapeutische Behandlung bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Die Methode der Wahl zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter ist die psychotherapeutische Intervention mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie (Schneider & In-Albon, 2006). Eine medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka ist dann indiziert, wenn die Angstsymptomatik stark ausgeprägt sowie einschränkend und psychotherapeutische Interventionen nicht ausreichend bzw. durchführbar sind (Gerlach et al., 2016).

Es besteht eine relative Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung bei der Panikstörung, bei geringer Effizienz psychotherapeutischer Methoden sowie bei einer komorbid auftretenden depressiven Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Bei der Behandlung von Trennungsängsten mit trizyklischen Antidepressiva und Benzodiazepinen bei Panikstörungen konnten in kontrollierten Studien keine ausreichenden Effekte nachgewiesen werden. Bei der generalisierten Angststörung und Störung mit Trennungsangst ist die Wirksamkeit von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) nachgewiesen, zudem können bei fast allen Angststörungen, außer der Panikstörung, Kurzzeiteffekte durch die Gabe von SSRI nachgewiesen werden (Birmaher et al., 2003). Die Langzeiteffekte wurden jedoch noch nicht ausreichend untersucht. Für die medikamentöse Behandlung mit Serotoninwiederaufnahmehemmern bei Angststörungen von Kindern und Jugendlichen liegt in Deutschland keine Zulassung vor (Pitzer, 2014).

2.6. Zusammenfassende Beurteilung von Behandlungsmöglichkeiten bei Angststörungen

Zusammenfassend kann für die unterschiedlichen Behandlungsansätze festgehalten werden, dass die verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter die besten Wirksamkeitsnachweise aufweisen. Jedoch fehlen noch Studien, die unterschiedliche therapeutische Ansätze direkt miteinander vergleichen und somit eine differenziertere Indikationsstellung ermöglichen.

3. Therapieprogramme zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Zur Behandlung von Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen liegen im deutschsprachigen Raum bereits verschiedene, evaluierte Interventionsprogramme in manualisierter Form vor. Dabei liegt der Schwerpunkt stets auf einer verhaltenstherapeutisch-kognitiven Herangehensweise. Für den generellen Einsatz von Therapiemanualen innerhalb der Psychotherapie sprechen mehrere Vorteile. Durch den klar strukturierten Rahmen werden die wesentlichen, störungsspezifischen Elemente der Therapie fokussiert; die Durchführung und der Ablauf sind detailliert beschrieben. Besonders für weniger erfahrene Therapeuten bieten Manuale Sicherheit während der Behandlung. Allgemeine Vorteile eines manualisierten Vorgehens sind die höhere Standardisierung und Transparenz im Therapieprozess sowie die bessere Vergleichbarkeit verschiedener Manuale im Rahmen der Therapieforschung. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass Manualtreue per se auf den Therapieerfolg keinen entscheidenden Einfluss hat (Kendall & Chu, 2000; Liber et al., 2010). Nachteile beim Einsatz von Therapiemanualen können hingegen in der geringen Flexibilität während des therapeutischen Prozesses sowie in einer nicht ausreichenden individualisierten Herangehensweise gesehen werden. Hilfreich sind daher Therapiemanuale, die trotz klarer Strukturierung dennoch flexibel einsetzbar sind und damit einen individuelleren patientenbezogen Behandlungsansatz ermöglichen (Döpfner et al., 2010).

Die hier vorgestellten, störungsspezifischen Manuale wurden im deutschen Sprachraum veröffentlicht, sie wurden zur Behandlung von Angsterkrankungen im Rahmen der ambulanten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung entwickelt. Präventionsprogramme sollen keine Berücksichtigung finden. Die meisten Manuale fokussieren dabei auf die Behandlung der Sozialen Ängstlichkeit bzw. der Sozialen Phobie. Für andere Angststörungen im Kindes- und Jugendalter existieren nur weniger störungsspezifische Therapiemanuale. In ihrer Anwendung sind die Manuale für unterschiedliche Settings und Altersgruppen geeignet, ursprünglich wurden sie für die Anwendung im Rahmen der ambulanten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung entwickelt, sie sind in gewissem Maße auf die Arbeit in den stationären bzw. teilstationären klinischen Alltag übertragbar. Eine spezifische Intervention, welche explizit

zur Angstbehandlung in einem teil- oder vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungssetting entwickelt wurde, ist in der Literatur nicht zu finden bzw. uns nicht bekannt.

Im folgenden Abschnitt werden die Programme in ihren Kernelementen sowie ihre Spezifika dargestellt. Es sollen sowohl Vor- und Nachteile der einzelnen Manuale als auch die Unterschiede zu dem, in dieser Arbeit beschriebenen, neu entwickeltem Behandlungsprogramm, herausgearbeitet werden.

3.1. Training mit sozial unsicheren Kindern

Dieses Trainingsprogramm von Petermann und Petermann wurde erstmalig 1983 veröffentlicht und regelmäßig aktualisiert, zuletzt im Jahr 2015. Laut Autoren bestehen bereits viele Erfahrungswerte im Umgang mit dem Programm, auch ist es in seiner Anwendung und Wirksamkeit gut überprüft. Insgesamt handelt es sich um ein intensives Behandlungskonzept, da unterschiedliche Zielsetzungen und Herangehensweisen vereint werden. Zudem bietet das Programm Möglichkeiten einer individuellen Behandlung, da es in seiner Anwendung flexibel ist und Übungen, je nach Lernfortschritten des Kindes, wiederholt oder intensiviert werden können. Das Programm richtet sich an Kindergartenkinder sowie Schulkinder im Alter von fünf bis 12 Jahren. Es enthält sowohl mehrere Einzeltrainings als auch Gruppentrainingsmodule mit jeweils ca. vier bis sechs Trainingseinheiten. Während in den Einzeltrainings der Fokus auf der Schulung angemessener Selbstwahrnehmung und Vermittlung von Strategien zur Selbstinstruktion gelegt wird, liegt der Schwerpunkt bei den Gruppentrainings auf dem Einüben sozialer Fertigkeiten. Neben einer ausführlichen Psychoedukation zu Beginn des Trainings, werden Entspannungsgeschichten mit Übungen aus dem autogenen Training eingeführt. Es wurden vier Elternmodule integriert, die laut Autoren hilfreich für die Umsetzung der erlernten Strategien in den Alltag sowie wirksam in Bezug auf Langzeiteffekte sind (Petermann & Petermann, 2005). Inhalte der Elternberatung sind die Wissensvermittlung bzgl. des Störungsbilds, Schulung zur Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung des Kindes sowie die Vermittlung von Problemlösestrategien in Bezug auf problematisches Verhalten des Kindes.

Die Wirksamkeit des Trainings konnte von den Autoren vor allem in Hinblick auf die Gruppenintervention nachgewiesen werden, hier zeigten sich die nachhaltigsten Effekte (Möller & Petermann, 2011). Für das Einzeltraining konnten nur kurzzeitige Effekte nachgewiesen werden, welche bei Einbeziehung der Eltern weiter gestützt werden konnten (Petermann et al., 2000). Die Autoren begründen die Überlegenheit der Gruppentrainings damit, dass in diesem Setting aktiv neue Verhaltensweisen eingeübt werden, welche für die Angstbewältigung entscheidend sind (s. Kapitel 2.1.3).

3.2 Gruppenprogramm zur Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen

Des Weiteren gibt es ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm von Joormann und Unnewehr (2002a) zur Behandlung der sozialen Phobie. Das Programm wurde für die Altersgruppe der 12 bis 18-Jährigen entwickelt. Es kann bereits ab einem Alter von acht Jahren sinnvoll eingesetzt werden. Für Kinder unter 12 Jahren empfehlen die Autoren die Anpassung der Materialien durch den Therapeuten, je nach diagnostischer Einschätzung bzgl. des intellektuellen und sozialen Entwicklungsstands der Teilnehmer. Das Programm umfasst insgesamt 16 Sitzungen, die in zwei unterschiedliche Phasen unterteilt wurden, an einigen ausgewählten Sitzungen nehmen die Eltern gemeinsam mit den Kindern bzw. Jugendlichen teil. Die erste Phase umfasst Inhalte zur Psychoedukation und Übungen zum Aufbau sozialer Kompetenzen. Hier kommen vor allem Rollenspiele zum Einsatz. Innerhalb der Gruppe soll sozial kompetentes Verhalten identifiziert werden, dafür stehen theoretische Beispiele zur Verfügung. Zudem wird die Methode der kognitiven Umstrukturierung eingeführt. Die zweite Phase des Programms setzt den Schwerpunkt auf die Durchführung von Expositionsübungen. Hier werden Aktivitäten innerhalb der Gruppe durchgeführt, welche die Autoren mit dem Begriff „simulierte Expositionsübungen“ beschreiben. Dabei verbalisiert ein Teilnehmer vor der Gruppe sowohl seine Verhaltensziele als auch automatische dysfunktionale Gedanken, in Bezug auf die vorgegebene Übung. Die individuelle Zielstellung wird mit allen Gruppenteilnehmern diskutiert, die dysfunktionalen Gedanken werden, im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung, bearbeitet. Im Anschluss wird die simulierte Expositionsübung durchgeführt. Es kommen auch Videoaufnahmen zum Einsatz, welche im anschließenden Feedback Diskrepanzen in der Selbst- und

Fremdwahrnehmung aufdecken sollen und bearbeitet werden können. Gegen Ende der zweiten Phase des Programms werden zudem individuelle Expositionsübungen in Form von Hausaufgaben aufgegeben, um die erlernten Strategien zur Angstbewältigung zu festigen und den Alltagstransfer zu gewährleisten. Als abschließendes Element erhält das Programm eine gemeinsame Sitzung mit Eltern und Kindern, in der grundlegende Inhalte zur Rückfallprophylaxe thematisiert werden.

Zur Evaluation des Programms haben die Autoren einen Artikel veröffentlicht, der Hinweise auf eine stabile, störungsspezifische Wirksamkeit der Therapie für Kinder und Jugendliche mit Sozialer Phobie gibt (Joormann und Unnewehr, 2002b). Dabei wurden acht Kinder und Jugendliche mit dem Programm behandelt und sechs Kinder und Jugendliche einer Wartekontrollgruppe zugeordnet, die Verlaufskontrolle erfolgte nach einem Jahr. In der Therapiegruppe wurde, im Vergleich zur Wartekontrollgruppe, eine deutliche und signifikante Reduktion in der selbstberichteten Symptomatik sowie in der Anzahl erlebter Angstsymptome deutlich. Es liegen noch keine weiteren Wirknachweise für das Programm vor.

3.3 Trainingsprogramm *Mutig werden mit Til Tiger*

Das Training "*Mutig werden mit Til Tiger*" wurde für ängstliche und unsichere Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren entwickelt (Ahrens-Eipper, Leplow & Nelius, 2010). Die Zielgruppe sind Kinder im Vorschul- und Grundschulalter, bei welchen die Diagnose einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters gestellt wurde. Es handelt sich hier um ein verhaltenstherapeutisches Programm mit Fokus auf praktischen Übungen zur Verhaltensmodifikation. Dabei werden unterschiedliche Elemente des sozialen Kompetenztrainings (nach Lübben & Pfingsten, 1999) verwendet mit folgenden Zielstellungen: Verbesserung der Kommunikation, Schulung der Selbstwahrnehmung und Erlernen von Strategien zum Umgang mit negativen Gefühlen. In den Gruppenstunden liegt der jeweilige Fokus auf dem Einüben einer spezifischen sozialen Kompetenz im Kreise Gleichaltriger, dies wird zunächst über einen spielerischen Zugang vermittelt und eingeübt. Anschließend sollen die Kinder im Wochenverlauf diese spezifische Kompetenz gezielt im Alltag üben und in der Folgestunde darüber in der Gruppe berichten. Es sollen folgende

zentrale Kompetenzen erlernt werden: zu anderen Kontakt aufnehmen, vor der Gruppe sprechen, eine Forderung durchsetzen, etwas ablehnen, sich zur Wehr setzen sowie ein individuelles Lernziel bewältigen. Zusätzlich wird die Methode der progressiven Muskelrelaxation (nach Jacobsen, 1929) eingeführt und abwechselnd als Lang- oder Kurzform im Gruppenkontext durchgeführt. Die Besonderheit des Programms liegt in der Einführung einer Identifikationsfigur, den schüchternen Til Tiger. Diese Figur dient zum einen der Erleichterung der Kontaktaufnahme unter den teilnehmenden Kindern. Zum anderen sollen sich die Kinder an der Figur orientieren und stellvertretend, im Sinne des Modelllernens (nach Bandura, 1963), positive Verstärkung erfahren können. Laut den Autoren verstärkt die Figur des Til Tigers somit das Auftreten sozial erwünschten Verhaltens, sie motiviert und verleiht dem Training einen spielerischen Charakter. Der Umfang des Trainings liegt bei zwei Einzeltherapien und neun Gruppenstunden. Es werden keine Einheiten mit Beteiligung der Kindeseltern angeboten. Die Eltern erhalten eine generelle schriftliche Information zu Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag der Kinder während der Teilnahme am Behandlungsprogramm. Zudem erhalten die Eltern eine kurze schriftliche Information bzgl. der Inhalte der Gruppenstunde sowie eine Erinnerung für den nächsten Termin. Im Programm „Mutig werden mit Til Tiger“ wurde auf die konkrete Elternarbeit verzichtet, zeitgleich wurde im Manual jedoch die enge Einbindung der Eltern im Behandlungsverlauf empfohlen, damit die Kinder bei der Überwindung der Ängste und Einübung der sozialen Kompetenzen im Alltag angemessen unterstützt werden können.

Die Wirksamkeit des Programms wurde anhand einer Prä-post-Messung mittels Versuchs- Kontrollgruppendesigns an einer Stichprobe von 93 Kindern überprüft (Ahrens-Eipper, Lepow & Nelius, 2010). Dabei konnten eine signifikante Abnahme der sozialen Ängstlichkeit sowie eine Zunahme des Selbstwerterlebens in der Interventionsgruppe nachgewiesen werden. Die Werte bzgl. des gestiegenen Selbstbewusstseins bleiben, überprüft in einer Follow-up Untersuchung, auch über einen Zeitraum von 1 ½ Jahren stabil. Laut Autoren wurde das Programm sehr gut von den teilnehmenden Kindern aufgenommen und positiv bewertet. Insgesamt kritisch anzumerken bleibt, dass sich vor allem ältere Kinder durch die Verwendung einer Identifikationsfigur in Form einer Handpuppe, weniger durch das Material angesprochen fühlen könnten.

3.4 Behandlung sozialer Ängste „Sei kein Frosch“ Programm

Das Therapieprogramm "Sei kein Frosch" legt den Fokus auf die Behandlung sozialer Ängste bei Kindern im Alter von acht bis 12 Jahren (Melfsen & Walitza, 2012). Hier werden im Rahmen von 20 Einzeltherapiesitzungen ausgewählte Elemente der Psychoedukation, Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken, Expositionsübungen und ein Aufmerksamkeitstraining umgesetzt. Zusätzlich gibt es Sitzungen, welche gemeinsam mit den Bezugspersonen stattfinden. Auch hier wird eine Identifikationsfigur in Form einer Handpuppe, in diesem Fall ein Frosch, eingeführt. Jedoch wird die Handpuppe nicht durchgängig in allen Sitzungen verwendet. Die Figur findet sich im Verlauf des Trainings teilweise in Geschichten oder Arbeitsblättern wieder. Im Unterschied zu vielen anderen Behandlungsprogrammen werden, laut den Autoren, die Übungen zur sozialen Kompetenz hier deutlich reduziert bzw. individuell durchgeführt und in Verbindung mit den Konfrontationsübungen angewendet. Die Autoren sehen darin einen wesentlichen Vorteil, da die Verbesserung der emotionalen Kompetenz einen deutlich größeren Einfluss auf die Symptomreduktion bei sozial phobischen Kindern und Jugendlichen hat, als die der sozialen Kompetenzen (Melfsen & Florin, 2002). Neben dem Fokus auf Verbesserung der emotionalen Kompetenzen bietet das Manual den Vorteil, flexibel eingesetzt werden zu können. D. h. die Fertigungsdefizite der Kinder werden individuell erfasst und nur spezifische Kompetenzen eingeübt, welche bei dem Betroffenen gering ausgeprägt sind. Zudem ist es laut Autoren in seiner Sprache und den verwendeten Materialien stark an kindliche Bedürfnisse und den Entwicklungsstand der Zielgruppe angepasst.

Im Rahmen der Evaluation des Programms durch eine Wartekontrollgruppenstudie konnte eine signifikante Abnahme der sozial phobischen Symptome sowie der dysfunktionalen Gedanken bei den betroffenen Kindern nachgewiesen werden (Melfsen et al., 2011). Ein Drittel der Kinder in der Interventionsgruppe erfüllten nach Abschluss des Programms die Kriterien für die Diagnosestellung nicht mehr. Dagegen erfüllten weiterhin alle Kinder der Wartekontrollgruppe die Kriterien für eine emotionale Störung des Kindesalters mit Ängsten.

3.5 Soziale Ängste und soziale Angststörungen: Ein Therapiemanual

Ein weiteres störungsspezifisches, verhaltenstherapeutisches Programm wurde von Tuschen-Caffier, Köhl & Bender (2009) entwickelt. Das Programm ist für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen acht bis 14 Jahren konzipiert mit subklinischen und sozialen Ängsten. Es wurde als Gruppentraining für vier bis maximal acht Teilnehmer entwickelt. Neben den 20 Gruppensitzungen werden die Eltern in die Behandlung des Kindes einbezogen, durch die Teilnahme an drei Elternabenden. Ziele des Therapieprogramms sind die Veränderung der dysfunktionalen Gedanken, die Förderung der sozialen Kompetenz sowie die Exposition und Habituation in Bezug auf die angstausslösenden Situationen. Innerhalb der einzelnen Module können unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte gesetzt und individualisierte Übungen ausgewählt werden, abhängig von der individuellen Belastung und Symptomatik der betroffenen Kinder.

Die Wirksamkeit des Programms konnte sowohl im Rahmen einer Pilotstudie (Kühl, 2005) als auch in einer anschließenden Prä-Post-Untersuchung (Kley et al., 2012) nachgewiesen werden. Dabei konnte in der Interventionsgruppe eine deutliche Reduktion der sozialen Ängste und eine Stabilität dieses Effekts über einen Zeitraum von sechs Monaten nachgewiesen werden.

3.6 Soziale Phobie bei Jugendlichen: Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie

Das Manual von Steil, Matulis, Schreiber und Stangier gehört zu den neusten Veröffentlichungen gruppenorientierter Behandlungsprogramme von Angststörungen (2011). Das Behandlungsprogramm ist bei Jugendlichen ab einem Alter von 14 Jahre sowie bei jungen Erwachsenen anwendbar, eine direkte Beteiligung der Eltern erfolgt nicht. Die Intervention ist als Einzeltherapie konzipiert und sollte im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie von 25 Stunden umgesetzt werden. Sie ist in sechs Phasen unterteilt, in einem gestuften Vorgehen werden die Expositionsübungen vorbereitet und durchführt. In Phase 1 wird ein kognitives Erklärungsmodell zur Entstehung der sozialen Phobie vermittelt. In Phase 2 und 3 erfolgen die Veränderung kognitiver Prozesse sowie die Überprüfung sozialphobischer Überzeugungen durch gezielte Übungen (Schreiber et al., 2015). Dabei kommen als Methoden sowohl Verhaltensexperimente (s.

Bennett-Levy et al., 2004), Videofeedback als auch ein Aufmerksamkeitstraining zum Einsatz. In Phase 4 steht die Veränderung von dysfunktionalen Überzeugungen mithilfe verbaler Methoden im Vordergrund, die kognitive Umstrukturierung ist das Kernelement dieses Abschnitts. In Phase 5 werden Imaginationsübungen zur Modifikation von Vorstellungsbildern eingesetzt. In der abschließenden Phase 6 werden zentrale Inhalte zur Rückfallprophylaxe vermittelt.

Es finden sich einige Parallelen bzgl. der Inhalte und Methoden zum Therapieprogramm von Joormann et al. Besondere Beachtung bei Steil et al. erfahren jedoch die gezielten Übungen zur Reduktion der Selbstaufmerksamkeit, welche im Rahmen eines spezifischen Aufmerksamkeitstrainings zur Anwendung kommen. Die Verringerung der Selbstaufmerksamkeit von Patienten stellt bei der Behandlung von sozialen Phobien einen wichtigen Aspekt für den Therapieerfolg dar (Melfsen et al., 2011). Eine Evaluation des Trainingsprogramms liegt noch nicht vor.

3.7 Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) - Soziale Ängste

Dieses Programm wurde für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen acht und 14 Jahren entwickelt, welche die Diagnosekriterien einer sozialen Ängstlichkeit bzw. sozialen Phobie erfüllen (Büch & Döpfner, 2012). Obwohl es ursprünglich für das einzeltherapeutische Setting konzipiert wurde, kann es auch im Rahmen einer Gruppentherapie eingesetzt werden. Die wesentlichen Inhalte bestehen aus kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden, wie z. B. der Psychoedukation und der kognitiven Umstrukturierung sowie Übungen auf Verhaltensebene, wie einem Kompetenztraining und der Angstexposition. Es ist ein flexibles Vorgehen während der Behandlung möglich, da das Programm modular aufgebaut ist. Das Therapiekonzept ist somit sehr individuell, einzelne Therapiebausteine können ausgewählt und Übungen unterschiedlich kombiniert werden. Dabei werden zunächst spezifische, problematische Situationen mit dem Kind identifiziert und die problemaufrechterhaltenden Prozesse bearbeitet. Auch in diesem Programm wird eine Identifikationsfigur, „Kati Kool“, eingeführt. Neben den erwähnten kindzentrierten Interventionen ist auch das Einbeziehen der Eltern möglich, dieser wird besonders bei jüngeren Kindern empfohlen. Fokus ist dabei die Entwicklung eines gemeinsamen

Störungskonzeptes sowie die Unterstützung der Eltern im Umgang mit den Ängsten ihrer Kinder im Alltag.

Die Wirksamkeit des THAZ-Programms wurde in einer Pilotstudie untersucht, insgesamt konnten positive Effekte hinsichtlich der Reduktion der Ängste bei den Teilnehmern nachgewiesen werden (Büch & Döpfner, 2011). Während im Selbsturteil der Kinder eine signifikante Verbesserung zu finden war, konnten im Fremdurteil der Eltern keine signifikante Verbesserung nachgewiesen werden.

Tabelle 7 Übersicht der verschiedenen Behandlungsprogramme zu Angststörungen

Titel, Autor, Erscheinungsjahr	Zielgruppe	Setting	Elternmodule	Besonderheiten
<i>Mutig werden mit Til Tiger</i> Ahrens-Eipper, Leplow, Nelius 2010	Soziale Ängstlichkeit; 5-10 Jährige	Gruppensetting	Nein	Modelllernen anhand einer Identifikationsfigur
<i>Sei kein Frosch</i> Melfsen, Walitza, 2012	Soziale Phobie; 8 bis 12-Jährige	Einzelsetting	Ja: Termine Eltern-Kind gemeinsam	Fokus auf Vermittlung emotionaler Kompetenzen
<i>Das Training für sozial unsichere Kinder</i> Petermann & Petermann, 2005	Trennungsangst Soziale Phobie, Soziale Ängstlichkeit; 5 bis 12-Jährige	Einzelsetting kombiniert mit Gruppenmodulen	Ja	Geeignet für ein breiteres Spektrum an Störungsbildern; Flexibel in Anwendung, individualisierbar
<i>Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen</i> Joormann, Unnewehr, 2002	Soziale Phobie; 12 bis 18-Jährige	Gruppen-setting	Ja: Eltern nehmen an einigen, ausgewählten Sitzungen teil	Störungsspezifisches, individualisiertes Vorgehen mit Videoaufzeichnungen
<i>Soziale Ängste und soziale Angststörungen</i> Tuschen-Caffier, Kühl, Bender, 2009	Soziale Ängste; 8-14 Jahre	Gruppensetting	Ja	Individualisierbar

<i>Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie</i> Steil et al., 2011	Soziale Phobie; Jugendliche ab 14 Jahren	Einzelsetting	Nein	Schwerpunkt auf kognitiven Methoden; Aufmerksamkeitstraining
<i>Therapieprogramm bei Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)</i> Büch & Döpfner, 2012	Soziale Ängstlichkeit, soziale Phobie; 8-14 Jahre	Einzel- und Gruppensetting	Ja	Modularer Aufbau, individualisierbar und flexibel einsetzbar, Identifikationsfigur

3.8 Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen

Bei allen, in diesem Kapitel aufgeführten, Therapieprogrammen wurde eine Wirksamkeit bei der Behandlung von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen. Ein direkter Vergleich der Trainingsprogramme miteinander sowie die empirische Überprüfung der möglichen Überlegenheit von einem der Programme existieren noch nicht.

4. Die detaillierte Darstellung des Tigertrainings

Auf den folgenden Seiten soll die Entwicklung des Tigertrainings, die konkreten Inhalte und spezifischen Elemente, in Abgrenzung gegenüber den in Kapitel 3 vorgestellten Behandlungsprogrammen, dargestellt werden. Es werden die konkrete Implementierung des Tigertrainings im teilstationären klinischen Setting und die damit verbundenen Herausforderungen sowie notwendigen Modifikationen für die erfolgreiche Umsetzung im klinischen Rahmen veranschaulicht.

4.1 Entstehungshintergrund und Rahmenbedingungen

In diesem Abschnitt soll der Entstehungshintergrund des Tigertrainings vorgestellt und auf die einzelnen Phasen der Entwicklung des Programms eingegangen werden. Um den Rahmen des Behandlungssettings ausreichend darzustellen, werden zunächst allgemeine Informationen zu der Patientenversorgung innerhalb der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München (LMU) gegeben.

4.1.1 Zur Versorgungsstruktur der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München

Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie dient der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab dem Vorschulalter bis maximal zu einem Alter von 21 Jahren, welche von einer psychiatrischen oder psychosomatischen Störung betroffen sind. Neben der psychiatrischen Diagnosestellung liegen die Hauptaufgaben der Klinik in der Akutversorgung sowie der geplanten Aufnahme und einer an den Leitlinien orientierten Behandlung der Patienten. Eine weitere wichtige Versorgungsaufgabe ist die Vorbereitung einer adäquaten Nachsorge, d. h. die Vermittlung der Patienten an entsprechende Stellen zur Weiterbehandlung, die Einleitung weiterführender Hilfen und Verlaufskontrollen. Die Versorgung der bereits existierenden psychiatrischen Institutsambulanz wurde 2010 mit der Eröffnung der neuen Klinik am Standort in der Nußbaumstraße durch einen vollstationären und teilstationären Bereich komplettiert. Neben der Institutsambulanz bietet die Klinik seitdem 22 offen geführte stationäre Behandlungsplätze, 8 Behandlungsplätze auf der geschlossenen Intensivstation

sowie 10 teilstationäre Behandlungsplätze. Die Behandlungsschwerpunkte des Hauses liegen für den vollstationären Bereich auf der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Essstörungen, depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie Psychosen. Daneben können alle weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen nach ICD-10 ab dem Grundschulalter behandelt werden.

4.1.2 Vorstellung der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU

Das Profil der Tagesklinik, in welcher das Tigertraining entwickelt wurde, soll im Folgenden ausführlicher vorgestellt werden. Mit Eröffnung der Tagesklinik gab es hinsichtlich der Patientengruppe keine konkreten Altersvorgaben oder Ausschlusskriterien. Ursprünglich war geplant, Kinder ab dem Grundschulalter wie auch ältere Jugendliche in einer altersgemischten Patientengruppe zu behandeln. Innerhalb dieser Altersgruppe besteht jedoch eine hohe Heterogenität aufgrund unterschiedlicher zu bewältigender Entwicklungsaufgaben sowie entsprechend unterschiedlicher Bedürfnisse, wie z. B. lernen, mit Gleichaltrigen zurecht zu kommen vs. vermehrtes Autonomiestreben (nach Havighurst 1972). Im Verlauf der konzeptionellen Weiterentwicklung der Tagesklinik wurden die Kriterien zur Patientenaufnahme daher angepasst und eine Altersspanne zwischen 6-13 Jahren als Orientierung festgelegt. Die Versorgung im teilstationären Setting erfolgte zunächst für Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern, wie z. B. der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, meist komorbid mit einer Sozialverhaltensstörung auftretend, den emotionalen Störungen des Kindesalters, depressiven Episoden sowie psychosomatischen Beschwerden oder Entwicklungsstörungen, welche häufig in Zusammenhang mit schulbezogenen Problemen auftraten.

Das Konzept der teilstationären Behandlung beinhaltet ein integratives Angebot sowie die Versorgung durch ein multiprofessionelles Team. Folgende Berufsgruppen sind im Team der Tagesklinik tätig: ein Oberarzt, ein Assistenzarzt, eine Psychologin, ein Psychotherapeut in Ausbildung, fünf Pflegefachkräfte bzw. Heilpädagoginnen, eine Sozialpädagogin, eine Ergotherapeutin sowie eine Musiktherapeutin. Das Behandlungskonzept ist multimodal ausgelegt, d. h. die Patientenversorgung erfolgt mittels kinder- und jugendpsychiatrischer, psychotherapeutischer und heilpädagogischer Interventionen, die sich gegenseitig komplettieren sollen. Das therapeutische Vorgehen orientiert sich am Kind bzw. Jugendlichen, es ist störungsorientiert und schulenübergreifend.

Zweimal pro Woche erhalten die Kinder und Jugendlichen psychotherapeutische Einzelgespräche beim Stationsarzt bzw. Psychologen. Dabei kommen psychotherapeutische Verfahren aus der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie und der systemischen- bzw. Familientherapie zum Einsatz. Neben der Einzelpsychotherapie erhalten die Patienten zudem bewegungstherapeutische Behandlungsangebote sowie Musik- oder Ergotherapie im Einzel- und Kleingruppensetting. Durch die kreativtherapeutischen Angebote soll die Gesamtpersönlichkeit des Patienten mit seinen individuellen Stärken und Ressourcen besondere Berücksichtigung finden.

Die Betreuung der Patienten im Alltag erfolgt durch den Pflege- und Erziehungsdienst im Rahmen eines Bezugspflegesystems unter heilpädagogischer Anleitung. Die Bezugspflege ist gekennzeichnet durch eine verhaltenstherapeutisch orientierte Pädagogik im Gruppenalltag. Dabei ergänzen sich individuelle Beziehungsangebote im Kontakt mit den Kindern bzw. Jugendlichen mit Gruppenaktivitäten und Projektarbeit im klinischen Alltag. Dabei ist ein empathisches Verständnis für die Schwierigkeiten und individuellen Herausforderungen der Kinder und Jugendlichen die Grundvoraussetzung in der Arbeit. Die Patienten sollen durch dieses Umfeld einen Raum von Akzeptanz erleben, in welchem sie neue Erfahrungen machen können und positive Veränderungen ermöglicht werden. Die enge Begleitung im Alltag soll die Motivation zur Verhaltensänderung bei den Patienten fördern sowie die Erarbeitung und Verinnerlichung adäquater Problemlösestrategien unterstützen. Die Gruppe als therapeutische Gemeinschaft ist ein zentrales Konzept der klinischen Arbeit im Pflege- und Erziehungsdienst. Die Regeln des gemeinsamen Zusammenlebens sowie die Grundlagen des gegenseitigen Verständnisses, der Rücksichtnahme sowie Respekt sollen ein solidarisches Miteinander bilden. Dieses Miteinander ist eine notwendige Voraussetzung, um ein ansprechendes und tolerantes Lernfeld zu schaffen, welches die Korrektur vergangener, negativer Beziehungserfahrungen ermöglicht. Zudem sollen neue, funktionale Denk-, Erlebnis- und Verhaltensmuster aufgebaut werden, um Patienten in der Bewältigung ihrer Probleme zu stärken und den Rückgang von Symptomen zu ermöglichen. Die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes haben hier eine besondere Modellfunktion, das vorgelebte Verhalten bietet den Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten zur Orientierung und Identifikation.

Der Tagesablauf unterliegt einer klaren Strukturierung innerhalb eines festen zeitlichen Rahmens, zudem gibt es gemeinsame Mahlzeiten, tägliche Morgenrunden und Tagesabschlussrunden. Es finden regelmäßig, meist einmal wöchentlich, Gruppenaktivitäten und -angebote statt, wie z. B. das soziale Kompetenztraining SKT, eine Entspannungsgruppe, eine Sportgruppe, eine alltagspraktische Kochgruppe. Während der tagesklinischen Behandlung besuchen die Patienten zudem die integrierte Klinikschule. Im Rahmen der intensiven Familienarbeit finden wöchentlich Elterngespräche in der Klinik statt. Ergänzend ist die Teilnahme an dem modularen Training für Eltern psychisch kranker Kinder und Jugendlicher Plan E (Schwenk & Reichert, 2012) möglich. Der interdisziplinäre Austausch mit allen Berufsgruppen erfolgt im Rahmen der wöchentlichen Visiten, weiter finden regelmäßige Oberarztsupervision und externe Fallbesprechungen statt.

Voraussetzungen für eine teilstationäre Aufnahme sind das Vorhandensein einer Veränderungsmotivation und der Compliance von Kind und Eltern zur Teilnahme am kompletten Behandlungsangebot. Zudem sollte eine gewisse psychosoziale Belastbarkeit vorhanden sein, d. h. ein ausreichendes Funktionsniveau der Patienten gegeben sein, um z. B. den täglichen Wechsel zwischen tagesklinischem Setting und häuslichem Umfeld bewältigen zu können. Ausschlusskriterien für eine teilstationäre Behandlung sind die akute Selbst- oder Fremdgefährdung sowie mangelnde Absprachefähigkeit oder fehlende Verfügbarkeit der Eltern.

4.1.3 Entwicklung eines Behandlungsschwerpunktes der Tagesklinik

Wie oben erwähnt, existierten zum Eröffnungszeitpunkt am neuen Standort der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München bereits Konzepte mit spezifischen Behandlungsschwerpunkten für den vollstationären Bereich der klinischen Versorgung. Im Vorfeld der Klinikeröffnung wurden für diese Störungsbilder bereits konkrete therapeutische Angebote konzipiert, welche im Rahmen eines adaptiven Prozesses, zunehmend weiterentwickelt, modifiziert und auf den klinischen Bedarf angepasst wurden. Für den Bereich der teilstationären Versorgung lag bei Eröffnung der Klinik im Jahr 2010 allerdings noch kein spezifisches Behandlungskonzept, im Sinne einer Schwerpunktsetzung für einzelne Störungsbilder, vor.

In der klinischen Versorgung, d. h. auch im teilstationären Behandlungssetting, stellten sich seit Eröffnung der Klinik vermehrt Patienten mit der primären Behandlungsdiagnose einer Angststörung oder mit einer Angstsymptomatik im Rahmen einer komorbiden Erkrankung vor. Ein spezifisch entwickeltes Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen war im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung der Klinik noch nicht etabliert. Wie in Punkt 1.5 beschrieben, ist die Prävalenz der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter hoch und häufig treten Angststörungen komorbid mit weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen auf. Zur Verbesserung des teilstationären Behandlungsangebots in der Klinik entstand somit das Anliegen ein Therapieangebot zu schaffen, um Patienten mit Angststörungen effektiv und effizient versorgen zu können.

Die in Kapitel 3 beschriebenen, bereits vorhandenen Programme zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter bieten unterschiedliche Möglichkeiten einer Behandlung. Jedoch unterscheiden sich die Inhalte in den beschriebenen Manualen stark voneinander, auch sind die Behandlungssettings sehr unterschiedlich ausgelegt. Die bereits veröffentlichten Therapieprogramme wurden für Patienten im Vorschulbereich (Ahrens-Eipper, 2010), nur für die ambulante Versorgung bzw. als einzeltherapeutische Angebote aber konzipiert. Die meisten bereits vorhandenen Manuale beziehen die Möglichkeit einer Integration verschiedener therapeutischer Angebote kaum bzw. gar nicht ein. Der Aspekt einer multidisziplinären Versorgung wurde in keinem der Manuale berücksichtigt. Für die teilstationäre Versorgung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie München entstand daher das Anliegen, ein auf die bereits im Haus vorhandenen Therapieangebote abgestimmtes Programm zu entwickeln für die spezifische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Ein weiteres Anliegen war die kritische Prüfung der Durchführbarkeit von Therapiestudien im klinischen Kontext, deren Einleitung bzw. Etablierung im teilstationären Setting sowie die Überprüfung der Wirksamkeit des Tigerprogramms im Rahmen einer Evaluationsstudie.

4.1.4 Namensgebung des Trainingsprogramms

Das Interventionsprogramm für Kinder mit Angststörungen im Alter von 8-12 Jahren im teilstationären Setting sollte einen prägnanten und ansprechenden Titel erhalten. Entscheidend bei der Namensgebung waren zum einen die Auswahl eines Titels mit positiver

Konnotation für das Behandlungsprogramm und zum anderen eine Bezeichnung, welche sowohl jüngeren als auch älteren Kindern die Identifikation mit dem Programm ermöglicht. Im Rahmen einer Teambesprechung der Tagesklinik wurden unterschiedliche Ideen gesammelt und diskutiert. Für die praktische Durchführung wurde letztendlich die Bezeichnung "Tigertraining" gewählt. Um Verwechslungen zu vermeiden, soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass sich das Manual "Mutig werden mit Til Tiger" neben dem Titel auch in seiner Indikationsstellung und Wahl der Zielgruppe von unserem Programm deutlich unterscheidet (s. Kapitel 3.3).

4.2 Darstellung des Therapieprogramms im Detail

Das Tigertraining ist ein intensives therapeutisches Behandlungsangebot für Kinder im Alter zwischen 8 und 12 Jahren. Die Durchführung ist für insgesamt drei Wochen angesetzt. Hauptelemente der Intervention sind die Teilnahme an einer störungsspezifischen Gruppenpsychotherapie, an spezifischen Angeboten der Ergo- und Musiktherapie sowie eine Elterngruppe. Ergänzend dazu erhalten die Patienten einzelpsychotherapeutische Gespräche. Das Programm wird im tagesklinischen Setting durchgeführt, d.h. während der Intervention sind die Teilnehmer in die teilstationären Behandlungsabläufe eingebunden. Die Auswahl der psychotherapeutischen Methoden für das Interventionsprogramm erfolgte neben dem Kriterium der klinischen Umsetzbarkeit vor allem evidenzbasiert. Es wurden hauptsächlich verhaltenstherapeutische Methoden ausgewählt (s. Kapitel 2.1). Es handelt sich um ein zeitlich und inhaltlich komprimiertes Programm, welches die Möglichkeit bietet, in einem relativ überschaubaren Zeitrahmen eine hohe Dichte an Therapieeinheiten zu realisieren. Das Altersspektrum der Patienten von 8 bis 12 Jahren wurde gewählt, um eine breitere Zielgruppe anzusprechen, die in ihren kognitiven Voraussetzungen und sozialen Entwicklung jedoch eine gewisse Schnittmenge haben.

Im Folgenden sollen die einzelnen Angebote mit ihren konkreten Elementen sowie dem dazugehörigen theoretischen Hintergrund im Detail vorgestellt werden.

4.2.1 Zur Gruppenpsychotherapie

Wie in Kapitel 2.3.2 beschrieben, erweisen sich Gruppeninterventionen gegenüber Einzelinterventionen in einigen Aspekten als vorteilhaft. In ihrer Wirksamkeit sind sie

teilweise überlegen, so z. B. beim Erleben gegenseitiger emotionaler Unterstützung und bzgl. der Gruppe als Übungsfeld zur Erprobung alternativer Verhaltensweisen (Warschburger, 2006). Da der Abbau von Vermeidungsverhalten und die Einübung neuer Verhaltensweisen vor allem im Rahmen der Angststörungen zentrale Therapieanliegen sind (s. Kapitel 2.1.1), wurde auch für das Tigertraining eine Gruppenintervention konzipiert.

4.2.1.1 Ablauf und Struktur der Gruppenpsychotherapie

Das gruppenpsychotherapeutische Angebot ist für eine Gruppengröße von fünf bis sechs Kindern ausgelegt. Die Gruppentherapie wird zweimal wöchentlich durchgeführt mit einer jeweiligen Dauer von 90 Minuten. Die Einheiten der Gruppentherapien werden von je zwei Mitarbeitern des klinisch erfahrenen Fachpersonals (psychologische/r bzw. ärztliche/r Therapeut/in und einer Fachkrankenpflegekraft bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in in Ausbildung) geleitet. Die Inhalte der Sitzungen wurden zuvor festgelegt, klar strukturiert und entsprechende Arbeitsmaterialien wurden ausgearbeitet.

4.2.1.2 Zielsetzungen der Gruppenpsychotherapie

Ziele der Gruppenintervention sind die altersentsprechende Wissensvermittlung bzgl. der Symptomatik von Angststörungen im Kindesalter, um einen adäquateren Umgang mit den entsprechenden Symptomen zu fördern. Eine weitere Zielsetzung ist der Abbau der Angstsymptomatik der betroffenen Patienten durch gezielte Übungen und gemeinsame Interaktion.

4.2.1.3 Inhalte und Umsetzung der Gruppenpsychotherapie

Im Rahmen der Gruppenpsychotherapie kommen verschiedene psychoedukative und verhaltenstherapeutische Elemente und Methoden zum Einsatz. Im Rahmen der Psychoedukation werden mit den Kindern typische Symptome von Angststörungen gesammelt und entsprechende angstauslösende Bedingungen erarbeitet. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Aktivierung innerhalb der Gruppe, d. h. eine interaktive Zusammenarbeit gelegt. Es kommen vor allem anschauliche Materialien und kreative Methoden zum Einsatz, um die theoretischen Inhalte möglichst ansprechend und anschaulich zu vermitteln. So werden die Themen z. B. anhand vorbereiteter Kurzgeschichten erarbeitet, die Symptome der Angststörungen werden mittels

Körperumriss, Gedankenblasen und Sprechblasen erfasst. Diese Art der Veranschaulichung ist vor allem für jüngere Kinder sehr wichtig, da sie meist über eine geringere Aufmerksamkeitsspanne und eingeschränkte verbale Ressourcen verfügen (Berk, 2011). Ein zentrales Kernstück der Gruppentherapien ist der Einsatz von Konfrontationsverfahren, d. h. die Durchführung von Expositionsübungen. Diese haben sich bei der Behandlung von Angststörungen als besonders wirksam erwiesen (s. Kapitel 2.1). Die Übungen mit Konfrontationscharakter werden zunächst von den Therapeuten vorgeben und im Verlauf zunehmend gemeinsam erarbeitet und auf die individuelle Symptomatik der Kinder abgestimmt. Die Anleitung zu den Übungen erfolgt in enger Begleitung durch Therapeuten und Co-Therapeuten. Nach Durchführung der Expositionsübungen werden die Kinder aufgefordert, die erwartete und erlebte Angst anhand einer Skala einzuschätzen und dies entsprechend abzubilden. Anschließend findet in der gemeinsamen Runde die Reflexion statt, wobei sich die Kinder gegenseitig austauschen können und positive Erlebnisse hervorgehoben werden. Zudem werden wenn möglich oder nötig, verbale Äußerungen der Kinder aufgegriffen, falls diese Ausdruck typischer dysfunktionaler Gedanken im Rahmen der Angstsymptomatik sind. Sie können mittels der Methode der kognitiven Umstrukturierung kritisch von den Therapeuten hinterfragt bzw. in der Gruppe diskutiert werden. Neben dem Einsatz der bereits beschriebenen verhaltenstherapeutischen Methoden, bietet das Gruppensetting ein weiteres Übungsfeld für die Kinder im Umgang mit ihren Ängsten. Die Gruppensitzungen haben per se Expositionscharakter, da sich die Kinder aktiv an dem Gruppengeschehen beteiligen sollen und dazu soziale Ängste überwunden werden müssen. Zudem werden Förderung und Ausbau sozialer Kompetenzen im Rahmen des gruppenorientierten Prozesses ermöglicht, da die Kinder zur Bewältigung der Gruppenaufgaben z. B. in Kontakt gehen, eigene Ideen einbringen und sich untereinander abstimmen müssen. Am Ende jeder Stunde wird ein gemeinsames Spiel oder eine Interaktionsaufgabe angeleitet, dies soll die Gruppenkohäsion stärken. Die folgende Tabelle 8 gibt einen Überblick zu den Inhalten und Themenbereichen jeder Gruppeneinheit.

Tabelle 8 Überblick zu den Gruppenstunden des Tigertrainings

Sitzung	Inhalte/ Themenbereich	Ziele der Einheit
1	Einstieg in die Thematik, individuelle Zielformulierungen	Steigerung der Veränderungsmotivation, Förderung einer Gruppenkohäsion
2	Psychoedukation I bzgl. Angststörungen	Verbesserung des Wissens um Symptome und Auslöser von Angststörungen
3	Psychoedukation II, Einstieg in Expositionsübungen	Graduierter Abbau der Angstsymptomatik, positive Verstärkung
4	Expositionsübungen I und Reflexion	Graduierter Abbau der Angstsymptomatik
5	Expositionsübungen II und Reflexion	Graduierter Abbau der Angstsymptomatik
6	Gemeinsamer Abschluss, Blick auf Zwischenziele und Erreichtes	Festigung des Therapieerfolgs

Sitzung 1: Schwerpunkt Förderung der Gruppenkohäsion und der individuellen Zielformulierung

- Vorstellung von Aufbau und geplanter Inhalten des Trainings durch die Gruppenleiter
- Erarbeitung typischer Ängste im Kindes- und Jugendalter an Beispielen
- Formulieren individueller Programmziele
- Stärkung der Gruppenkohäsion durch gemeinsame Interaktion/ Spiel
- Förderung der Identifikation mit dem Programm und Mitarbeit in der Gruppe durch Einsatz eines Verstärkers

Sitzung 2: Schwerpunkt der Psychoedukation

- Einstieg in die Thematik typischer Angstsituationen anhand einer Geschichte
- Identifizieren von Gedanken, Gefühlen sowie körperlichen Symptomen bei Ängsten anhand allgemeiner Beispiele
- Vorstellung des Zusammenhangs von Kognitionen und vegetativen Symptomen, Erklären des Angstkreislaufs anhand eines Körperumrisses
- Erarbeitung individueller Symptome, Sammeln von Beispielen aus der Gruppe

- Erklärung des Einflusses positiver und negativer Kognitionen auf Emotionen, Sammlung von Beispielen aus dem Alltag
- Förderung der Identifikation mit dem Programm und Mitarbeit in der Gruppe durch Einsatz eines Verstärkers

Sitzung 3: Vertiefung der Psychoedukation sowie Einstieg in Expositionsübungen

- Einführung in die Thematik Angst und Vermeidungsverhalten, Erarbeiten des Zusammenhangs anhand einer Geschichte, Besprechen der Angstkurve
- Erarbeitung kognitiver und erlebnisorientierter Strategien zum Abbau der Angst, Erfahrungsaustausch bzgl. bisheriger Bewältigungsstrategien
- Vorbereitung der Exposition, Zusammenstellung konkreter Aufgaben für die Exposition und erste Übungen in der Kleingruppe
- Skalierung der befürchteten Angst zur Einschätzung der individuellen Angstintensität
- Reflexion in der Gruppe, Skalierung der erlebten Angst zur Einschätzung der individuellen Angstintensität
- Förderung der Mitarbeit in der Gruppe und Bereitschaft zu Expositionsübungen durch Einsatz eines Verstärkers

Sitzung 4: Schwerpunkt Expositionsübungen

- Wiederholung der bereits vermittelten theoretischen Inhalte
- Weitere Expositionsübungen
- Skalierung der erwarteten und empfundenen Angst während der Expositionsübung
- Selbsteinschätzung auf Ziel
- Gemeinsame Reflexion in der Gruppe, Hinterfragen dysfunktionaler Gedanken
- Förderung der Mitarbeit in der Gruppe und Bereitschaft zu Expositionsübungen durch Einsatz eines Verstärkers

Sitzung 5: Schwerpunkt Vertiefung der Expositionsübungen

- Wiederholung der bereits vermittelten theoretischen Inhalte und bisherigen Erfolge im Rahmen der Expositionsübungen
- Weiterführung der Expositionsübungen
- Skalierung der empfundenen Angst während der Expositionsübung

- Selbsteinschätzung auf Zielskala
- Gemeinsame Reflexion in der Gruppe, Hinterfragen dysfunktionaler Gedanken
- Förderung der Mitarbeit in der Gruppe und Bereitschaft zu Expositionsübungen durch Einsatz eines Verstärkers

Sitzung 6: Wiederholung und Ermittlung eines Therapiezwischenstandes

- Wiederholung und Festigung der bereits vermittelten Inhalte durch gemeinsame Reflexion
- Einschätzung des Grads der Zielerreichung mit Blick auf Fortschritte
- Gemeinsames Gruppenspiel zum Abschluss

4.2.2 Zur Elterngruppe

Obwohl die Studienlage bzgl. der Wirksamkeit der Einbeziehung der Kindeseltern bei der Behandlung von Angststörungen noch sehr uneinheitlich ist (s. Kapitel 2.4), besteht vor allem eine Empfehlung bei jüngeren Kindern, im engen Austausch mit den Familien zu arbeiten. In Hinblick auf den Abbau des Vermeidungsverhaltens sind regelmäßige Übungen und Expositionen im Alltag entscheidend für den Therapieerfolg. Für das Tigertraining wurde daher geplant, die wichtigsten Bezugspersonen im Rahmen einer Elterngruppe eng in die Behandlung mit einzubeziehen.

4.2.2.1 Ablauf und Struktur der Elterngruppe

Die Teilnahme an der Elterngruppe findet verpflichtend für alle Eltern statt, deren Kinder in das Interventionsprogramm eingeschlossen sind. Dabei sollte mindestens ein Elternteil, welcher direkt an der Erziehung des Kindes beteiligt ist, an allen Terminen teilnehmen. Die Elterngruppe findet einmal pro Woche statt, so dass insgesamt drei Termine à 90 Minuten stattfinden.

4.2.2.2 Zielsetzungen der Elterngruppe

Die Interventionen im Rahmen der Elterngruppe dienen der Vermittlung psychoedukativer Inhalte bzgl. der Angstsymptomatik im Kindesalter, der Erarbeitung aufrechterhaltender Bedingungen sowie konkreter Veränderungsmöglichkeiten im Alltag. Ferner sollen Therapieziele für das Tigertraining formuliert werden. Eine wesentliche

Zielsetzung der Elterngruppe ist es, die Kinder bei der Teilnahme am Tigerprogramm ausreichend zu unterstützen.

4.2.2.3 Inhalte und Umsetzung der Elterngruppe

Zur 1. Einheit der Elterngruppe

In der ersten Einheit liegt der Schwerpunkt auf der Verbesserung des Wissens um psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit Fokus auf den Angststörungen. Im Rahmen der Psychoedukation werden Inhalte aus der entwicklungspsychologischen Theorie vermittelt. Hierzu zählen die Thematisierung der Funktion der Angst (s. Kapitel 1.1) sowie die Abgrenzung normaler vs. pathologischer Ängste im Kindes- und Jugendalter. Dazu werden im gemeinsamen Austausch konkrete Beispiele gesammelt, sowohl von psychischen und sozialen Kompetenzen, welche Kinder im Entwicklungsverlauf ausbilden, als auch die phasentypischen Ängste (s. Kapitel 1.2, Tabelle 2) je nach Entwicklungsalter. Die Eltern sollen ihre eigenen Erfahrungen in Bezug auf die bereits durchlebten und aktuell bestehenden Entwicklungsphasen ihrer Kinder und dabei beobachteten Ängsten schildern. Zentrales Anliegen ist es, den Eltern zu vermitteln, dass viele Ängste im Kindesalter Normvarianten sind. Daraus abgeleitet wird die Erörterung der Notwendigkeit einer Behandlung von Kindern mit Angsterkrankungen. Die gemeinsame Diskussion soll die Motivation der betroffenen Eltern stärken, die Kinder im Rahmen des Tigertrainings ausreichend zu unterstützen. Dies ist besonders im Hinblick auf die Expositionsübungen entscheidend. Es wird das Modell des „Teufelskreises der Angst“ besprochen, um die Wechselwirkungen zwischen auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu verdeutlichen und Vermeidungsverhalten zu thematisieren. Außerdem werden die Eltern aufgefordert, konkrete Ziele in Bezug auf die Angstsymptomatik ihres Kindes, sowie eigene Ziele im Umgang mit ihren Kindern und deren Ängsten, zu formulieren. Die Eltern sollen diese Ziele auf Karten notieren, welche in der Gruppe vorgestellt und besprochen werden. Die Zielformulierung ist wichtig, um die elterlichen Erwartungshaltungen zu prüfen und entsprechend anzupassen, so dass spezifische, realistische und verhaltensorientierte Ziele formuliert werden können.

Zur 2. Einheit der Elterngruppe

In der zweiten Einheit der Elterngruppe liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung von Strategien zur Verbesserung der Krankheitsbewältigung der Kinder und der Aktivierung elterlicher Ressourcen. Dazu werden aktuelle Gefühle, welche die Eltern mit ihren Kindern und deren Erkrankung verbinden, notiert und am Flipchart gesammelt. Das bietet zum einen die Möglichkeit, aktuelle Belastungen zu thematisieren und zum anderen, positive Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bewusst zu machen. Ebenso werden die Wechselwirkungen von Gedanken, Gefühlen und Verhalten, im Sinne der kognitiven Verhaltenstherapie, thematisiert und der Zusammenhang in Bezug auf die Aufrechterhaltung von Angstsymptomen besprochen. Zudem wird anhand eines Arbeitsblatts das Konzept der dysfunktionalen Denkmuster erklärt und die Methode der Veränderungsmöglichkeiten, durch Veränderung der Attribuierung, vermittelt. In dieser Einheit besteht die Möglichkeit, auch eigene Ängste der Eltern und deren Auswirkungen auf die Symptomatik des Kindes zu diskutieren. Zum Abschluss der zweiten Einheit sollen die Eltern persönliche Kraftquellen und Ressourcen notieren und eine der Kraftquellen als Hausaufgabe bis zum nächsten Termin umsetzen.

Zur 3. Einheit der Elterngruppe

In der letzten Einheit der Elterngruppe wird ein Austausch in der Gruppe zu den bisherigen Therapiefortschritten der Kinder initiiert. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Überprüfung realistischer Ziele und bereits erreichter Zwischenziele im Behandlungsverlauf. Dazu sollen die Eltern Alltagsbeispiele aufzählen, bei denen die Kinder Therapieerfolge erleben konnten. Diese Beispiele werden genutzt, um in der gemeinsamen Reflexion, positive Veränderungen zu beschreiben. Der gegenseitige Austausch dient auch als Austausch und Ermutigung unter den betroffenen Eltern, im Sinne einer positiven Verstärkung untereinander. Der Fokus der letzten Einheit der Elterngruppe liegt zudem auf der Wiederholung des Wissens bzgl. Vermeidungsverhaltens im Rahmen der Angststörungen. Dazu wird das Arbeitsblatt „Angstverstärker“ vs. „Angstminimierer“ ausgefüllt, auf dem Einflussfaktoren für die Zunahme oder Abnahme der Angstsymptomatik notiert werden. Die Eltern sollen konkrete Beispiele in der Runde vorstellen, durch welche die Angstsymptomatik des Kindes positiv beeinflusst werden kann. Hier können auch

Verhaltensweisen der Eltern vorgestellt werden, welche die Angstsymptomatik aktiv beeinflussen. In der abschließenden Feedbackrunde können die Eltern schildern, was sie im Rahmen der Elterngruppe als hilfreich empfunden haben und an welchen Themen sie mit ihren Kindern weiterarbeiten möchten. Die konkreten Inhalte jeder Elternsitzung werden im Folgenden aufgeführt:

Tabelle 9 Überblick zu den Einheiten der Elterngruppe des Tigertrainings

Einheit	Schwerpunkt	Inhalte
1	Psychoedukation und Zielformulierung	Allgemeine Funktion der Angst; Typische Ängste im Kindes- Jugendalter Behandlungsbedürftigkeit von Angsterkrankungen Ziele für das Kind und Ziele für die Eltern formulieren Modell „Teufelskreis der Angst“
2	Kognitive Verarbeitungsprozesse thematisieren und Ressourcen der Eltern aktivieren	Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten Erklärung dysfunktionaler Denkmuster und Veränderungsmöglichkeiten Blick auf persönliche Ressourcen der Eltern
3	Realistische Zielstellungen/ Zwischenziele ermitteln	Austausch in der Gruppe zu Fortschritten und bisherigen Erfolgen, Sammeln von Alltagsbeispielen Möglichkeiten zum Abbau von Vermeidungsverhalten besprechen

4.2.3 Zu den integrierten kreativtherapeutischen Angeboten

Im Folgenden wird ein Überblick zu den Inhalten und der Umsetzung der ergo- und musiktherapeutischen Elemente gegeben. Durch den Einsatz der Ergotherapie und Musiktherapie im Rahmen des Tigertrainings werden folgende therapeutische Ziele verfolgt: die gezielte Ressourcenaktivierung, die Selbstwerterhöhung der Patienten sowie die

Verbesserung der sozialen Kompetenzen. Die Besonderheit der Herangehensweise liegt in der spielerisch- kreativen und gestalterischen Arbeit auf nonverbaler Ebene (Blaser & Csontos, 2014; Frohne- Hagemann & Pleß-Adamczyk, 2005). In den folgenden Abschnitten werden die Inhalte und konkreten kreativtherapeutischen Elemente, welche zum Einsatz kommen, ausführlicher dargestellt.

4.2.3.1 Implementierung der kreativtherapeutischen Angebote

Die musiktherapeutischen Angebote wurden ein- bis zweimal, die ergotherapeutischen Angebote einmal wöchentlich in der Kleingruppe, mit vier oder fünf Kindern, durchgeführt. Die Angebote umfassten einen Zeitumfang von jeweils 50 Minuten, dies entspricht der Dauer einer psychotherapeutischen Sitzung. Die Anleitung der Kinder erfolgte direkt durch die Ergotherapeutin bzw. Musiktherapeutin. Vor Beginn der ersten Einheit wurden die Regeln für den Umgang mit Mitpatienten, Therapeut und Materialien bzw. Musikinstrumenten genau festgelegt und mit den Kindern besprochen. Zudem erfolgte eine kurze inhaltliche Einführung. Mit den Kindern wurde erörtert, welche Ziele und Teilziele in der jeweiligen Kreativtherapie verfolgt werden und welche Projekte geplant sind. Die einzelnen Arbeitsschritte wurden gemeinsam mit den Kindern erstellt, um ein ausreichendes Maß an Sicherheit und Strukturierung zu vermitteln.

4.2.3.2 Die ergotherapeutischen Elemente des Tigertrainings: Zielsetzungen und Inhalte

Die Ergotherapie ist ein aktions- und erlebnisorientiertes Behandlungsverfahren, in welchem zielgerichtet, mit kreativen und handwerklichen Materialien, anhand konkreter Techniken gearbeitet wird (Scheiber, 1996). Die Patienten sollen dadurch in die Lage versetzt werden, sich als aktiven Teil der Therapie zu erleben und durch gestalterisches Handeln die Möglichkeit erhalten, unterschiedliche Ausdrucksformen für ihre Gefühle zu finden sowie auf nonverbalem Weg in Beziehung zu treten.

Die ergotherapeutischen Angebote des Tigertrainings beinhalten sowohl ausdruckszentrierte als auch kompetenzbasierte Methoden (Lagemann, 2009). Ausdruckszentrierte Methoden geben den Patienten die Möglichkeit, ihre Gefühle und ihr aktuelles Erleben durch plastische und bildnerische Medien zum Ausdruck zu bringen. Dabei tritt der Gestaltende mit dem vorhandenen Material in Beziehung und erfährt, durch die unterschiedlichen Sinnesqualitäten, eine direkte Wahrnehmungserfahrung. Ziele dieser

Herangehensweise sind u. a. die Verbesserung der Perzeption, die Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen und Bedürfnissen sowie die Stärkung der Selbstkontrolle.

Tabelle 10 Überblick zu den Angeboten des Tigertrainings: Ergotherapie

Sitzung	Schwerpunkt	Ziele	Methoden
1	Kennenlernen der Ergotherapie, Planung eines Projekts	Strukturen/ Regeln der Ergotherapie vermitteln Gegenseitiges Kennenlernen, Gruppendynamik fördern	Gemeinsame Handlungsplanung Konfrontation mit neuem Material: Ausprobieren am Speckstein Positive Reflexion
2	Projektarbeit auf kreativer Gestaltungsebene	Gemeinsame Handlungsplanung, Achtsamkeit im Umgang mit Tiger-Material	Gestaltung einer Arbeitsmappe Reflexionsrunde
3	Verabschiedung aus den Kreativtherapien	Abschluss der Projektarbeit Rückblick auf das Tigertraining	Beenden einer Arbeitsmappe Abschlussrunde mit Feedback in der Gruppe

Die kompetenzbasierten Methoden haben zum Ziel, konkrete Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, welche der Patient erlernen soll. Für den emotionalen Bereich sind dies beispielsweise die Verbesserung der Selbstständigkeit, Förderung von Selbstvertrauen und Stärkung des Selbstwertgefühls. In Bezug auf die sozialen Fähigkeiten werden vor allem Kompetenzen im Bereich der Kontaktaufnahme, Kommunikationsgestaltung und Verantwortungsübernahme geübt. Die Ergotherapie bietet einen aktivierenden und handlungsorientierten Zugang. Die ängstlichen Kinder haben die Möglichkeit, Eigeninitiative zu ergreifen und dadurch Selbstvertrauen zu entwickeln. Die Frage, welche Auswirkungen die Wahl des Materials bzw. jeweiligen Mittels im Rahmen der Ergotherapie auf den Therapieprozess und das Behandlungsergebnis haben, wurde bereits untersucht (Cicchini, 2001; Hartmann, 2002). In ersten Studienergebnissen konnte nachgewiesen werden, dass nicht die Auswahl des Materials entscheidend für eine differenzierte und gezielte Wirkung der therapeutischen Intervention ist, sondern die Art der Aufgabenstellung und Instruktionmethode. Besonders Aufgabenstellungen mit

gestaltenden Anforderungen ermöglichen mehr autonome Entscheidungen und fördern somit die Selbstständigkeit und das Selbstwirksamkeitserleben (Scheiber, 1996). Bei Patienten mit Angststörungen ist die Förderung der Selbstständigkeit ein wichtiges Therapieziel, da die Betroffenen aufgrund ihrer Ängste oft sehr eingeschränkt sind und sich wenig autonom erleben können. Der konkrete Ablauf und die ergotherapeutischen Methoden, die im Tigertraining zum Einsatz kommen, sind in Tabelle 10 aufgeführt.

4.2.3.3 Die musiktherapeutischen Elemente des Tigertrainings: Zielsetzungen und Inhalte

Die Musiktherapie ist gekennzeichnet durch die gezielte Verwendung des Mediums Musik oder einzelner musikalischer Elemente zu therapeutischen Zwecken (Decker- Voigt et al., 2012). Dabei wendet sich die Musiktherapie an Menschen mit Verhaltensstörungen oder Entwicklungsrückständen, um an der Wiederherstellung bzw. bei der Erhaltung oder Verbesserung von seelischer, geistiger oder körperlicher Gesundheit mitzuwirken (Storz & Oberegelsbacher, 2001). Im freien musikalischen Spiel kann die gesamte Persönlichkeit zum Ausdruck kommen und hörbar werden. Es bietet Ausdrucksmöglichkeiten für die Darstellung von Befindlichkeit, Emotionalität, Erfahrungen und Ressourcen der Patienten. Folgende konkrete Ziele werden durch den Einsatz von Musiktherapie verfolgt: die Anbahnung von Kommunikation und Beziehung, Veränderung sozialer Interaktionsmuster, Herstellung von Realitätsbezug sowie das Probehandeln im Sinne eines Zugangs zur Entwicklung von adäquaten Problemlösestrategien (Storz & Oberegelsbacher, 2001).

Eine Indikation für Musiktherapie besteht vor allem im Bereich der emotionalen Störungen, so z. B. bei Trennungsängsten, sozialen oder spezifischen Phobien (Frohne-Hagemann & Pleß- Adamcyk, 2005). Die therapeutische Funktion der Musik liegt zum einen in der Vermittlung von Orientierung, welche durch die klaren musikalischen Strukturen und Interaktionen erzeugt wird. Dies bietet dem Kind die Möglichkeit, eine verlässliche Realitätswahrnehmung zu entwickeln. Zum anderen hat die Musik eine haltgebende Funktion, welche zunächst emotionale Sicherheit vermitteln soll. Im Laufe des therapeutischen Prozesses können, durch musikalisches Experimentieren, Ablösungsprozesse initiiert und selbständige Verhaltensweisen geübt werden. Die Verbesserung der Patienten in diesen Bereichen ist vor allem bei der Behandlung von Trennungsängsten und sozialer Unsicherheit entscheidend. Bei den phobischen Störungen haben die Patienten über das musikalische, probehandelnde Spiel die Möglichkeit, eine

langsame Annäherung an ein angstbesetztes Objekt zu zulassen. Zudem können die Musikinstrumente auch als eine Projektionsfläche genutzt werden und emotionale Befindlichkeiten zum Ausdruck bringen (Frohne, 1989). Zudem können mittels musikalisch gestalteter Geschichten, Märchen oder Fantasiereisen ängstigende Situationen durchgespielt werden und die Kinder sich, auf konstruktive Weise, mit ihren Ängsten auseinandersetzen. Im Sinne des Modelllernens haben Patienten zudem die Möglichkeit, durch Beobachtung des Therapeuten und Identifikation mit der musikalischen Darbietung, neue Verhaltensweisen zu erlernen. Das Erleben einer unmittelbaren, positiven Wirkung der Musik stellt eine Art der Verstärkung dar, so dass die Imitation der, vom Therapeuten gezeigten, Verhaltensweisen bei den Kindern wahrscheinlicher wird (Plahl & Koch-Temming, 2005; Wigram, 2004).

Die musiktherapeutischen Angebote des Tigertrainings sind angelehnt an das Manual zum musiktherapeutischen Training für ängstliche und unsichere Kinder von Ellerkamp, Marfilus, Goldbeck (2009). Die Musikinstrumente und das musikalische Spiel werden dort als weiteres, so genanntes „drittes Element“ bezeichnet, das neben Therapeut und Patient zum Wirken kommt. Dieses dritte zusätzliche Element bietet die Möglichkeit, einen spielerischen und positiv besetzten Beziehungsaufbau zu gestalten. Da ängstliche Kinder auch in ihrem sprachlichen Ausdruck gehemmt und unsicher sein können, fühlen sich einige Betroffene in stark verbal ausgerichteten Therapiesituationen leicht unter Druck gesetzt. Ellerkamp et al. basieren ihr Therapieprogramm auf der Annahme, dass ängstliche Kinder schneller und direkter auf spielerisch-kreative Elemente, in Form von musiktherapeutischer Improvisation und gestalterischen Elementen, als auf rein verbal orientierte Verfahren, ansprechen.

Der konkrete Ablauf und die musiktherapeutischen Methoden, welche im Tigertraining zum Einsatz kommen, sind in der folgenden Tabelle 11 aufgeführt.

Tabelle 11 Überblick zu den Angeboten des Tigertrainings: Musiktherapie

Sitzung	Schwerpunkt	Ziele	Methoden
1	Kennenlernen der Musiktherapie, erste Ängste hörbar machen	Einführung: Strukturen/Regeln/ Themen der Musiktherapie vermitteln Gegenseitiges Kennenlernen, Gruppendynamik fördern	Vorstellung der Instrumente, Ausprobieren Vorstellungsrunde mit Lieblingsinstrument Trommelkreis: gemeinsamer Rhythmus/Aktion; Dynamiken ausprobieren (laut, leise, schnell, langsam) Positive Reflexion
2	Förderung der Kontaktgestaltung: Mutig sein, auf andere zugehen;	Interaktion fördern Förderung der Stärkung der Selbstwahrnehmung, Differenzierung von Selbst-/Fremdbild	Dirigenten-Spiel: eigenes Stück kreieren Musikalische Improvisationen Gemeinsames Lied singen Reflexionsrunde
3	Ängste veranschaulichen/ hörbar machen; "Nein-sagen" lernen	Emotionsidentifikation und Differenzierung; Emotionsausdruck fördern: Umgang mit unangenehmen Gefühlen von Wut und Angst	Gefühle-Ratespiel: Ausdruck, Empathie, Wahrnehmung, Kreativität üben Nein-Sagen; Stopp-Spiel im Trommelkreis
4	Sich mitteilen am Beispiel positiver Gefühle	Freude und positive Gefühle bewusst wahrnehmen und ausdrücken Rolle in Gruppe übernehmen, Selbstwertgefühl steigern	Bandspiel: sich bei einem Instrument positionieren, die eigene Rolle einnehmen Positive Gestaltungsebene mit Instrumenten

4.2.4 Weitere Elemente des Tigertrainings

Neben den spezifischen therapeutischen Angeboten, welche für das Tigertraining konzipiert und bereits ausführlich beschrieben wurden, werden im Folgenden die weiteren Elemente des Trainingsprogramms dargestellt.

4.2.4.1 Das soziale Kompetenztraining

Am ersten Tag des Tigertrainings wird, gemeinsam mit allen Kindern und zwei Mitarbeiter aus dem Pflege- und Erziehungsdienst, eine Einheit aus dem sozialen Kompetenztraining durchgeführt. Dies dient dem Einstieg in das Behandlungsprogramm sowie der Förderung eines Gruppenerlebens und stellt keine spezifische Intervention für die Behandlung von Angststörungen dar.

Zum Kennenlernen wurde ein Spiel zum sogenannten Warming-up gewählt (nach Pfingsten & Hinsch, 2007). Bei diesem Spiel sollen die Kinder zunächst in Kontakt gehen indem sie Paare bilden. Sie erhalten die Aufgabe, dem anderen Kind etwas von sich erzählen. Nach ca. fünf Minuten werden die Rollen von Interviewer und Befragtem getauscht. Im Anschluss stellen die Kinder ihren Interviewpartner vor der gesamten Gruppe vor. Besonders unsicheren oder ängstlichen Kindern werden konkrete Hilfestellungen angeboten. Zur Unterstützung und Strukturierung des Gespräches werden im Vorab Karteikarten ausgegeben, auf welchen sich Fragen mit bestimmten Themenvorschlägen befinden. Mithilfe der Erzieher werden die Kinder angeleitet, die Aufgaben vor der Gruppe zu erfüllen. Falls dies aufgrund starker Ängste zu schwierig ist, kann die Vorstellung des anderen Kindes auch gemeinsam mit einem Erzieher erfolgen.

4.2.4.2 Psychotherapeutische Einzelgespräche

Zusätzlich zu den Gruppenangeboten erhalten die Patienten, wie oben erwähnt, psychotherapeutische Einzelgespräche, welche einmal wöchentlich angeboten werden. Die Inhalte der Gespräche sind dabei therapiebegleitend ausgerichtet, störungsspezifische Inhalte werden nicht vermittelt. Jedoch bietet sich in den Gesprächen die Möglichkeit, Inhalte aus den Gruppetherapien nochmals aufzugreifen, Verständnisfragen zu klären oder weitere Themen, welche die Kinder aktuell beschäftigen, aufzugreifen. Da die Inhalte der Einzelgespräche nicht störungsspezifisch ausgelegt sind, kann dieses Angebot eher im Sinne einer supportiven Gesprächstherapie verstanden werden. Es wird daher davon ausgegangen, im Gegensatz zu den spezifischen Angeboten des Tigertrainings, dass die psychotherapeutischen Einzelgespräche keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Angstsymptomatik der Patienten haben.

4.2.4.3 Elterngespräche

Neben dem Aufnahmegespräch, das für jeden einzelnen Patienten und in Anwesenheit der Eltern stattfindet, besteht im Behandlungsverlauf die Möglichkeit, weitere Gespräche für die Eltern anzubieten. Diese werden je nach Bedarf vereinbart, so dass maximal pro Woche ein zusätzliches Elterngespräch à 60 Minuten stattfinden kann. Dieses Angebot dient der Besprechung aktueller Themen, wie z. B. bei Problemen im täglichen Umgang in der Familie, der Psychoedukation bzgl. Symptomen von komorbiden Erkrankungen oder der Vertiefung der Inhalte aus der Elterngruppe (s. 4.2.2.3).

4.2.4.4 Die Abschlussfeier

Zum Abschluss des Tigertrainings findet ein gemeinsames Fest mit den Kindern, deren Eltern, den Therapeuten sowie allen am Tigertraining beteiligten Mitarbeitern der Tagesklinik statt. Der gemeinsame Abschluss des Tigertrainings soll die Identifizierung mit dem absolvierten Programm festigen. Zunächst wird ein kurzer Überblick über das Programm gegeben und die einzelnen Behandlungssteine, welche die Kinder absolviert haben, aufgezählt. Auf Plakaten, die mit den Kindern vorbereitet wurden, sind die einzelnen Therapieetappen auf Bildern und Fotos festgehalten. Die Leistungen der Kinder sollen somit öffentlich anerkannt werden, so dass die Teilnehmer eine positive Verstärkung durch ihre Familien erfahren. Der gemeinsame Blick auf das bisher Erreichte soll Kindern und Eltern zudem in ihrem Selbstwirksamkeitserleben stärken, Zuversicht für die Bewältigung kommender Entwicklungsschritte oder Aufgaben im Rahmen einer ggf. anschließenden ambulanten Weiterbehandlung geben. Am Ende des Festes erhält jedes Kind einen Notizzettel, auf dem es ein weiteres persönliches Ziel bzw. einen Wunsch notieren darf. Die Zettel werden an einzelnen Luftballons befestigt, welche zum Abschied gemeinsam in der Gruppe steigen gelassen werden. Diese Gruppenaktivität soll nochmals die Zuversicht für mögliche Veränderungen und eine weitere positive Entwicklung geben, im Sinne einer Stärkung der Selbstwirksamkeit.

4.3 Zur konkreten Durchführung des Programms im teilstationären Setting

Der folgende Abschnitt stellt die konkreten Rahmenbedingungen zur Durchführung des Tigertrainings dar. Es werden die Auswahl der Patientengruppe und die inhaltlichen

Anpassungen des Therapieprogramms beschrieben, welche im Verlauf vorgenommen wurden.

4.3.1 Rahmenbedingungen des Tigertrainings

Die Entwicklung und Durchführung des Tigertrainings erfolgte in mehreren Phasen über einen längeren Zeitraum. Einzelne Elemente des Tigertrainings wurden erstmalig im Sommer 2013 in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie durchgeführt. Die erste Durchführung im tagesklinischen Rahmen diente zunächst einer grundsätzlichen Überprüfung der Umsetzbarkeit eines solchen spezifischen Programms, im Sinne eines Probelaufs für das Projekt. Das gesamte Behandlungsprogramm für Kinder mit Angststörungen, mit allen beschriebenen Elementen, wurde zunächst im Sommer des Jahres 2014 und modifiziert im Jahr 2015 durchgeführt.

Das Angebot wurde zunächst in den Sommerferien durchgeführt, da hier erfahrungsgemäß in der Tagesklinik häufiger freie Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. In diesem Zeitraum findet kein Unterricht in der integrierten Klinikschule statt, so dass es keinerlei Überschneidungen mit den schulischen Angeboten gab und ausreichend Zeitfenster für therapeutische Angebote vorhanden waren, um alle Elemente des intensiven Behandlungsprogramms in den Tagesablauf zu integrieren. Erfahrungsgemäß verfügen die Familien in den Ferienzeiten zudem über eine höhere Flexibilität, sich auf ein Behandlungsprogramm einzulassen. Auch ist die Teilnahme an der Elterngruppe in den Ferienzeiten für Eltern meist einfacher zu realisieren. Die Dauer des Tigertrainings wurde auf drei Wochen festgelegt, um einen für die Familien überschaubaren Zeitraum zu bieten, der dennoch genügend Zeitfenster, für die Durchführung der einzelnen Therapieangebote, beinhaltet.

4.3.2 Auswahl der Patienten

Zunächst fand die Rekrutierung geeigneter Teilnehmer über die Institutsambulanz der Klinik und unter Zugriff auf die Warteliste für die teil- und vollstationären Behandlungsanmeldungen der Klinik statt. Zur Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte im Jahr 2015 zudem die Kontaktaufnahme zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern in München. Familien, die ihre Kinder in der Ambulanz zur Diagnostik vorstellten bzw. deren Kindern bereits wegen einer Angststörung in Behandlung waren, wurden durch ein kurzes

persönliches Gespräch über das Angebot in Kenntnis gesetzt und erhielten eine Informationsbroschüre mit einer ausführlichen Beschreibung des Tigertrainings. Bei vorhandenem Interesse wurden die Eltern und Kinder im Anschluss in einem weiteren Gespräch über die Voraussetzungen und Teilnahmebedingungen informiert und zur verbindlichen Teilnahme angemeldet. Neben der Anmeldung der Kinder für das Behandlungsprogramm, musste mindestens ein Elternteil für die Teilnahme an der Elterngruppe verpflichtend zusagen.

Im den ersten Durchläufen der Jahre 2013 und 2014 wurden zunächst alle Kinder in das Programm eingeschlossen, welche im Rahmen ihrer psychiatrischen Symptomatik starke Beeinträchtigungen durch Angsterleben aufwiesen. Jedoch wiesen nicht alle Patienten die nötigen Symptome zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosestellung einer Angstsymptomatik auf. So waren einige Kinder in Behandlung wegen externalisierender Verhaltensweisen, wie z. B. einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung oder Sozialverhaltensstörung, zeigten jedoch auch Unsicherheiten im Alltag oder weniger ausgeprägte Angstsymptome, wie leichte Trennungsängste. Andere Kinder wiesen ausgeprägte Symptome emotionaler Störungen im Kindesalter aus und erfüllten alle Kriterien für eine Angststörung nach ICD-10. Im Jahr 2015, in denen das gesamte Behandlungsprogramm für Kinder mit Angststörungen durchgeführt wurde, war die Voraussetzung zur Teilnahme deutlich strenger. Bei den teilnehmenden Kindern musste im Vorab eine Angststörung nach ICD-10 diagnostiziert worden sein. Dazu zählen die emotionale Störung mit Trennungsangst, die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters bzw. die soziale Phobie, die generalisierte Angststörung des Kindesalters sowie spezifische Phobien.

4.3.3 Anpassung des Programms im Verlauf

Wie oben erwähnt, fand 2013 die erste Durchführung des gruppentherapeutischen Angebotes für ängstliche Kinder in der Tagesklinik statt. Dieses enthielt zunächst nur einzelne Elemente des später entwickelten Tigertrainings, dazu zählten die Gruppentherapie, die Elterngruppe sowie einige kreativtherapeutische Elemente im Rahmen der Ergotherapie. Nach der ersten Durchführung erfolgte eine Bewertung bzgl. der Inhalte und erlebten Herausforderungen bei Implementierung des Programms. Besonders die Interventionen der Gruppenpsychotherapie und Elterngruppe wurden von den Teilnehmern

sehr gut angenommen, die Rückmeldungen dazu waren entsprechend positiv. Bei den folgenden Durchführungen des Tigertrainings, sowohl im Jahr 2014 als auch im Jahr 2015, wurden diese Elemente weiter ausgearbeitet und das gesamte Angebot des Tigertrainings schrittweise differenziert. Im folgenden Absatz wird näher auf die Adaptation inhaltlicher Aspekte eingegangen sowie die entsprechenden Veränderungen beschrieben.

4.4 Besondere Herausforderungen bei der Umsetzung des Programms

Während der Umsetzung des Tigertrainings ergaben sich verschiedene Herausforderungen in Bezug auf die Vorbereitung sowie bei der Umsetzung und Durchführung des Programms. Im Folgenden sollen diese im Einzelnen aufgeführt und Lösungsansätze für die beschriebenen Probleme dargestellt werden.

4.4.1 Zeitliche Limitationen

Um eine Intervention durchzuführen, die für die betroffenen Kinder und deren Familien ein zeitlich ansprechendes Angebot umfasst, wurde die Dauer des Tigertrainings im teilstationären Setting auf drei Wochen festgelegt. Das Training fand jeweils kurz vor bzw. am Anfang der Sommerferien statt. Zwei Vorteile dieses kurzen Zeitraums sind seine Überschaubarkeit und Kompaktheit. Dadurch sollte die Bereitschaft zur Teilnahme sowie die Motivation zur Absolvierung des gesamten Programms bei den Kindern und Familien gesteigert werden. Die besondere Herausforderung im klinischen Setting lag jedoch in einer deutlichen Einschränkung im Tagesablauf, aufgrund der hohen Therapiedichte und engen zeitlichen Taktung. Die Vorgaben des Therapieprogramms ermöglichten wenig Spielraum für zusätzliche Angebote oder Abweichungen im Tagesablauf. Dies stellte eine große Herausforderung für alle Mitarbeiter dar, ein hohes Maß an Professionalität unter Einhaltung der zeitlichen Vorgaben war dafür erforderlich.

Des Weiteren zeichnete sich im Behandlungsverlauf bei einigen Kindern ein deutlich höherer Therapiebedarf ab, der über den dreiwöchigen Zeitraum des Tigertrainings hinausging. Dies war vor allem bei Patienten mit ausgeprägten komorbiden Störungen oder Entwicklungsauffälligkeiten der Fall. Für diese Patienten bestand die Möglichkeit, einer weiterführenden teilstationären Behandlung im Anschluss an das Tigertraining. Es willigten jedoch nicht alle Familien der betroffenen Kinder ein, da sie sich teilweise nur auf den kurzen

Zeitraum von drei Wochen eingestellt und eine anderweitige Planung im Anschluss hatten bzw. für eine weitere Behandlung im teilstationären Setting keine ausreichende Motivation vorhanden war.

4.4.2 Heterogenität der Patientengruppe

Als Eingangskriterium zur Teilnahme am Tigertraining wurde ein Altersspektrum von 8 bis 12 Jahren festgelegt, um eine möglichst heterogene Patientengruppe zu erfassen, die von ähnlichen Angeboten profitieren kann. Innerhalb der Patientengruppe zeigten sich altersabhängig deutliche Unterschiede bei der Annahme des Therapieprogramms und den Möglichkeiten zur Umsetzung einzelner Aufgaben bzw. Bewältigung von Herausforderungen. Diese Unterschiede ergaben sich durch Diskrepanzen im Entwicklungsstand der Kinder, hier vor allem im Bereich des Sprachverständnisses, der verbalen Ausdrucksmöglichkeiten oder Konzentrationsspanne bzw. Ausdauer. Auch zeigten sich bereits im Vorgespräch einige, hier vor allem die jüngeren Kinder, weniger intrinsisch motiviert.

Zur Optimierung der therapeutischen Angebote und Steigerung der Motivation zur Teilnahme erfolgte daher eine Anpassung bzgl. formaler und inhaltlicher Aspekte. So wurden die Materialien für die einzelnen Einheiten der Gruppenpsychotherapie neu zusammengestellt und kindgerechter gestaltet, so dass sie einen höheren Aufforderungscharakter hatten. Für die Version mit jüngeren Patienten wurden die therapeutischen Geschichten leicht gekürzt und in einer vereinfachten Sprache formuliert. Auch wurde jede einzelne Gruppentherapiesitzung in fünf kleinere Teilabschnitte untergliedert. Nach Absolvierung jedes einzelnen Abschnittes innerhalb einer gruppentherapeutischen Sitzung, erfolgte eine unmittelbare Verstärkung für die gesamte Gruppe. Dazu wurde eine bildliche Darstellung mit einzelnen Treppenstufen verwendet. Bei Erreichen eines Teilzieles, d. h. Absolvieren eines Elements der Gruppentherapie, durfte ein Kind die Gruppe symbolisch auf die nächste Stufe setzen. Bei Erreichen der fünften Stufe erfolgte am Ende jeder Gruppenstunde ein zusätzliches gemeinsames Spiel, welches der direkten Verstärkung diente und die Identifikation der einzelnen Teilnehmer mit der Gruppe erhöhen sollte. Für die Gruppe der jüngeren Kinder fand zudem eine zeitliche Kürzung der Gruppentherapien statt, so dass die Dauer von 90 Minuten auf 60 Minuten reduziert wurde. Durch dieses Vorgehen konnte Motivation zur Teilnahme deutlich gesteigert und die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit deutlich verbessert werden.

4.4.3 Koordinierung und organisatorische Herausforderungen

Eine besondere Herausforderung stellte die Koordinierung der einzelnen therapeutischen Angebote und Einbettung in den gesamten Behandlungskontext der tagesklinischen Versorgung dar. Dazu zählten vor allem die Planung der Aufnahmen aller teilnehmenden Kinder, welche möglichst zeitnah vor Beginn des Tigertrainings erfolgen sollte, sowie die Abstimmung der Zeitfenster für Therapien und Gruppenangebote auf die alltäglichen Abläufe des tagesklinischen Settings.

Durch den Probelauf im Jahr 2013 wurden bereits wichtige Erfahrungen dazu gesammelt, so dass die Koordination der Angebote und Abläufe optimiert werden konnte. Dadurch sollte der personelle und zeitliche Aufwand so gering wie möglich gehalten und Ressourcen optimal genutzt werden können. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung war eine detaillierte Planung bei der Vorbereitung unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der Tagesklinik. Dazu zählten die Abstimmung mit allen Beteiligten, die Optimierung der zeitlichen Taktung von Patientenaufnahmen sowie Therapie- und Gruppenangeboten. Durch regelmäßige Teamtreffen im Vorfeld, einer gezielten Abstimmung und Strukturierung anhand einer Plantafel und einem engen Austausch mit den Kollegen der Institutsambulanz konnte die Organisation und Umsetzung der Angebote so deutlich verbessert werden.

4.4.4 Herausforderungen im Rahmen der Elterngruppe

Im Rahmen der Elterngruppe wurde ein hoher Bedarf nach intensivem Austausch der Angehörigen, gegenseitiger Entlastung und ausführlicher Wissensvermittlung deutlich. Besonders die Möglichkeit zum persönlichen Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Eltern wurde von den Teilnehmern als sehr positiv bewertet. Neben diesem Aspekt, war die Vermittlung psychoedukativer Inhalte ein Schwerpunkt der Elterngruppe. Aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben für die inhaltlichen Themen, stand nur ein begrenzter Rahmen für den gegenseitigen Erfahrungsaustausch zur Verfügung. Teilweise mussten die Eltern in ihren Schilderungen von persönlichen Erfahrungen eingegrenzt bzw. auf separate Elterngespräche mit den fallführenden Therapeuten verwiesen werden, um den Rahmen für die gesamte Gruppe wahren und die geplanten Inhalte vermitteln zu können. Besonders bei stark belasteten Eltern war es wichtig, trotz nötiger Strukturierung und Eingrenzung, eine

wohlwollende Haltung zu vermitteln, um die positive therapeutische Beziehung und die Bereitschaft für die Umsetzung von Veränderungen aufrecht zu erhalten.

Eine weitere Herausforderung innerhalb der Elterngruppe war der Umgang mit eigenen Ängsten der Eltern und damit verbundenen Einschränkungen im Alltag. Durch den intensiven Austausch und die hohe Transparenz innerhalb der Gruppe wurden die Ängste einiger Eltern schnell deutlich. Zum einen konnten, im Rahmen der Psychoedukation, Ursachen und Auswirkungen von Angsterkrankungen innerhalb des familiären Umfelds offen thematisiert werden. Vor allem die Vermittlung von Wissen zur genetischen Disposition, Lernprozessen wie der operanten Konditionierung und dem Modelllernen oder dem sekundären Krankheitsgewinn empfanden viele Eltern als entlastend. Auch dienten die neu erworbenen Kenntnisse als Ansatzpunkt für die Eltern, eigene Verhaltensweisen im Umgang mit ihren Kindern selbstkritisch zu reflektieren und entsprechend anzupassen. Zum anderen wurden individuelle Herausforderungen und Schwierigkeiten jeder einzelnen Familie, durch die gemeinsamen, intensiven Gespräche in der Gruppe, schnell deutlich.

Besonders stark belastete Eltern bzw. solche, mit eigenen psychischen Belastungen oder Hinweisen auf eine psychopathologische Symptomatik, zeigten einen deutlich erhöhten Gesprächs- und Beratungsbedarf in der Gruppe. Mit diesen Eltern wurden, im Rahmen der individuell vereinbarten Elterngespräche, die besonderen Herausforderungen und Einschränkungen durch eigene, elterliche emotionale Belastung sowie deren mögliche Auswirkung auf die Kinder, im Sinne des Modelllernens, thematisiert. In diesem Kontext konnten Möglichkeiten zur Einleitung weiterführender Hilfen für die Eltern thematisiert und bei Nachfrage entsprechende Kontaktadressen bzw. Ansprechpartner vermittelt werden.

4.5 Die Spezifika des Tigertrainings

Wie in Kapitel 3 beschrieben, existieren bereits unterschiedliche Behandlungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Im Folgenden soll daher erläutert werden, durch welche Spezifika sich das Tigertraining von anderen Behandlungsprogrammen deutlich unterscheidet und abgrenzt.

4.5.1 Das teilstationäre Behandlungssetting

Die bisher veröffentlichten Manuale zur Angstbehandlung im Kindes- und Jugendalter wurden speziell für die Anwendung im ambulanten Behandlungssetting entwickelt (s. Kapitel 3). D. h. die Durchführung der therapeutischen Sitzungen erfolgt in größerem zeitlichem Abstand, meist einmal wöchentlich, entweder als Einzelpsychotherapie oder im Rahmen einer Gruppenpsychotherapie. Mit dem Tigertraining wurde erstmalig ein intensives Behandlungsangebot geschaffen, welches speziell für den teilstationären Rahmen entwickelt wurde, eine hohe Therapiedichte bietet und zeitgleich in den festen Rahmen der tagesklinischen Abläufe eingebettet ist.

Die Vorteile einer teilstationären Behandlung ergeben sich aus dem besonderen Konzept der Tagesklinik. Es enthält sowohl Elemente aus der ambulanten als auch der stationären Versorgung. Zum einen sind Patienten, anders als im stationären Setting, weiterhin in ihre Alltagsroutine eingebunden. Zum anderen erhalten die Betroffenen eine deutlich intensivere Behandlung als in der ambulanten Versorgung. So ergänzen sich die spezifischen Vorteile dieser beiden Settings und erzeugen zudem eigene Wirkfaktoren (Agarwalla & Küchenhoff 2004). Vor allem aus verhaltenstherapeutischer Sicht bieten teilstationäre Behandlungsangebote entscheidende Vorteile. Das natürliche Lebensumfeld der Kinder wird überwiegend beibehalten. Dadurch kann, im Gegensatz zum ambulanten oder stationären Setting, eine höhere Problemlöse- und Handlungsorientierung im Alltag erreicht werden (Jacobi et al., 2001). Durch den ständigen Wechsel zwischen dem klinischen und häuslichen Milieu wird eine dauerhafte Belastungserprobung initiiert und das spezifische Einüben von Problemlösestrategien, in der konkreten Alltagswelt der Familien, gefördert. Verhaltensänderungen können mit größerer Wahrscheinlichkeit unmittelbar umgesetzt, der Alltagstransfer kann zeitnah therapeutisch reflektiert und ggf. korrigiert werden. Dies gilt besonders für die verhaltenstherapeutische Methode der Reizkonfrontation. Hier bietet die teilstationäre Behandlung natürliche Übungssituationen, die spezifischer und von höherer individueller Relevanz sind. Neben der Möglichkeit zur Generalisierung positiver Lerneffekte, bieten die hohe Therapiedichte und die Erfahrungen im Gruppenkontext kontinuierliche Lernerfahrungen, im Sinne einer operanten Verstärkung.

Die bisherige empirische Befundlage zur teilstationären Behandlung ist nicht eindeutig. Für die Behandlung schwerer Angsterkrankungen und depressiver Störungen

liegen erste Hinweise auf positive Effekte vor. So hat sich in einer randomisierten, kontrollierten Studie, die teilstationäre Behandlung, im Vergleich zu ambulanter und teilstationärer Versorgung als effektiver erwiesen (Dick et al., 1991).

Insgesamt verlangt eine ambulante Behandlung ein gewisses Maß an Selbständigkeit des Patienten sowie ein ausreichendes Funktionsniveau der Familie zur Bewältigung der therapeutischen Anforderungen. Kinder mit Angststörungen, vor allem solche bei denen die Symptomatik längere Zeit besteht oder komorbide Störungen vorliegen, verfügen oft über eingeschränkte Ressourcen. Um den Alltagstransfer zu gewährleisten und die Chance auf einen Behandlungserfolg zu erhöhen, kann daher die Einbindung in ein intensiv therapeutisches Setting indiziert sein. Dies soll durch die therapeutischen Angebote des Tigertrainings realisiert werden. Obwohl das Training zunächst für die teilstationäre Versorgung entwickelt wurde, ist der Einsatz auch im vollstationären Bereich möglich.

4.5.2 Integration unterschiedlicher therapeutischer Angebote

In den beschriebenen, veröffentlichten Therapiemanualen (s. Kapitel 3), welche für ein ambulantes Behandlungssetting entwickelt wurden, werden einzelne Methoden zur Behandlung von Angststörungen eingesetzt oder miteinander kombiniert. Es kommen lediglich kognitiv- verhaltenstherapeutische Methoden zum Einsatz. Im Tigertraining hingegen wurde, aufgrund der praxisorientierten Entwicklung, eine enge Verknüpfung zwischen bereits existierenden, allgemeinen Behandlungsbausteinen aus dem klinischen Alltag und den speziell entwickelten, d. h. störungsspezifischen, therapeutischen Angeboten zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen hergestellt. Dabei wurden die generellen, tagesklinischen Abläufe, die im Rahmen des heilpädagogischen Settings etabliert waren, beibehalten und mit den störungsspezifischen Angeboten, wie der Gruppenpsychotherapie, dem sozialen Kompetenztraining und der Elterngruppe kombiniert. Die vorhandenen Versorgungsstrukturen der Klinik wurden somit optimal genutzt und das spezifische Behandlungsprogramm in diese integriert. Das Tigertraining ermöglicht eine enge Verzahnung der einzelnen therapeutischen Elemente und bietet eine große Vielfalt an therapeutischen Angeboten.

4.5.3 Einsatz kreativtherapeutischer Elemente

Eine Besonderheit des Tigertrainings ist der Einsatz der kreativtherapeutischen Gruppenangebote. Die bislang entwickelten Interventionsprogramme für Kinder mit Angststörungen enthalten vor allem psychotherapeutische Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie wie der Exposition, kognitiven Umstrukturierung oder Psychoedukation. In den bisher veröffentlichten Manualen werden Interventionen aus dem Bereich des sozialen Kompetenztrainings oder der Entspannungsmethoden mit behavioralen Methoden integriert, s. Kapitel 3. Im Tigertraining wurden zusätzlich therapeutische Angebote aus dem Bereich der Ergotherapie und Musiktherapie integriert. Diese Therapieformen bieten die Möglichkeit, über einen nonverbalen Zugang mit den Patienten in Kontakt zu treten. Die kreativtherapeutischen Interventionen besitzen einen hohen Aufforderungscharakter. Sie können die Motivation zur Teilnahme positiv beeinflussen und bei Kindern die Compliance erhöhen (Ellerkamp et al., 2009). Für die Musiktherapie gibt es bereits ein entsprechendes Therapieprogramm mit der Indikation der Behandlung von Angststörungen (s. 4.2.3.3). Hingegen ist für den Bereich der Ergotherapie bisher keine spezifische Einbettung in ein Behandlungsangebot für Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen bekannt. Das Tigertraining verbindet erstmalig ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm mit kreativtherapeutischen Elementen der Musik- und Ergotherapie, welche den Fokus auf Patienten mit Angstsymptomatik legen.

4.5.4 Fokus Alltagstransfer

Durch die festen Strukturen und geregelten Abläufe im teilstationären Behandlungsangebot, erfahren die Patienten zum einen ein hohes Maß an Zuverlässigkeit und Sicherheit im klinischen Alltag. Zum anderen haben sie ein intensives Übungsfeld zur Bewältigung ihrer Ängste, welches durch ständige, neue Herausforderungen gekennzeichnet ist. Der starke Gruppenbezug und die vorgegebene Tagesstruktur mit festen therapeutischen Angeboten sowie gemeinsamen Mahlzeiten und Aktivitäten, stellen zudem einen ausgesprochenen Alltagsbezug her. Hier ist vor allem der tägliche Wechsel zwischen dem klinischen Setting und dem eigenen Zuhause entscheidend, um die spezifischen Lerneffekte zeitnah in den Alltag der Kinder übertragen zu können. Durch das alltagsnahe Erleben in der Tagesklinik soll der Transfer neu erlernter Verhaltensweisen in den häuslichen Alltag gewährleistet werden. Ebenso ist die enge Einbindung der Kindeseltern in das

Trainingsprogramm entscheidend, damit die Eltern ihre Kinder bei der Einübung neuer Verhaltensweisen, Bewältigung von Herausforderungen und dem Abbau des Vermeidungsverhaltens ausreichend unterstützen können. In den Einheiten der Elterngruppe werden dazu konkrete Möglichkeiten besprochen und den Eltern entsprechende Aufgaben gegeben.

Nachdem das Tigertraining an dieser Stelle ausführlich vorgestellt und die einzelnen Elemente beschrieben wurden, stellt sich die Frage nach Wirksamkeit des Interventionsprogrammes. Diese Fragestellung wird in den folgenden Kapiteln genauer untersucht.

5. Fragestellung und Hypothesen

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung der Wirksamkeit des beschriebenen Interventionsprogramms Tigertraining. Es soll überprüft werden, ob es Veränderungen bzgl. der Ausprägung der Symptomatik bei den teilnehmenden Kindern gibt. In diesem Rahmen wird überprüft, ob sowohl in der Selbsteinschätzung der Kinder als auch in der Fremdbeurteilung durch die Eltern, eine Reduktion der Symptomatik beurteilt wird. Weiterhin soll überprüft werden, ob Kinder und Eltern nach der Teilnahme am Behandlungsprogramm eine Verbesserung in ihrem Wissen über Symptome der Angst und neue Bewältigungsstrategien im Umgang mit Angststörungen aufweisen. Folgende Hypothesen wurden dazu aufgestellt:

Hypothese 1: Kinder, die am Tigertraining teilgenommen haben, zeigen nach Abschluss des Therapieprogramms eine geringere Ausprägung in der Angstsymptomatik, eine signifikante Reduktion der Angstsymptome ist festzustellen. Es wird angenommen, dass vor allem die Patienten mit hoher Ausprägung in sozialen Ängsten eine deutliche Abnahme der Symptome aufweisen, da das Gruppensetting in besonderem Maße die soziale Interaktion fördert.

Hypothese 2: Die Reduktion der Angstsymptomatik, die durch das Tigertraining bewirkt wurde, ist über einen längeren Zeitraum stabil. Die Effekte des Therapieprogramms bestehen, über das direkte Interventionsprogramm hinaus weiter und können zum Zeitpunkt der Katanmeseerhebung nachgewiesen werden.

Hypothese 3: Sowohl Kinder als auch Eltern zeigen nach der Teilnahme am Tigertraining eine deutliche Verbesserung bzgl. des Wissens um die Symptome der Angst sowie verbesserte Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Angstsymptomatik.

6. Methoden

6.1 Untersuchungsablauf

In diese Studie wurden insgesamt 9 Kinder eingeschlossen. Bei allen Patienten wurde vor Beginn der Intervention eine ausführliche psychodiagnostische Untersuchung durchgeführt. Die Studie im Rahmen des Tigertrainings richtete sich an Kinder, bei denen eine der folgenden Diagnosen nach ICD-10 vorlag:

- eine soziale Phobie
- eine Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- eine generalisierte Angststörung
- eine Störung mit Trennungsangst
- eine spezifische Phobie

Die Stichprobe war über die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien definiert:

Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 8 und 12 Jahren
- Vorliegen einer Angststörung aus den o. g. Bereichen
- Intelligenz des Kindes mindestens im Durchschnittsbereich ($IQ > 85$)
- Ausreichende sprachliche Fähigkeiten des Kindes und des Elternteils (deutsch)
- Schriftliches Einverständnis sowohl des Kindes als auch der Eltern zur Teilnahme

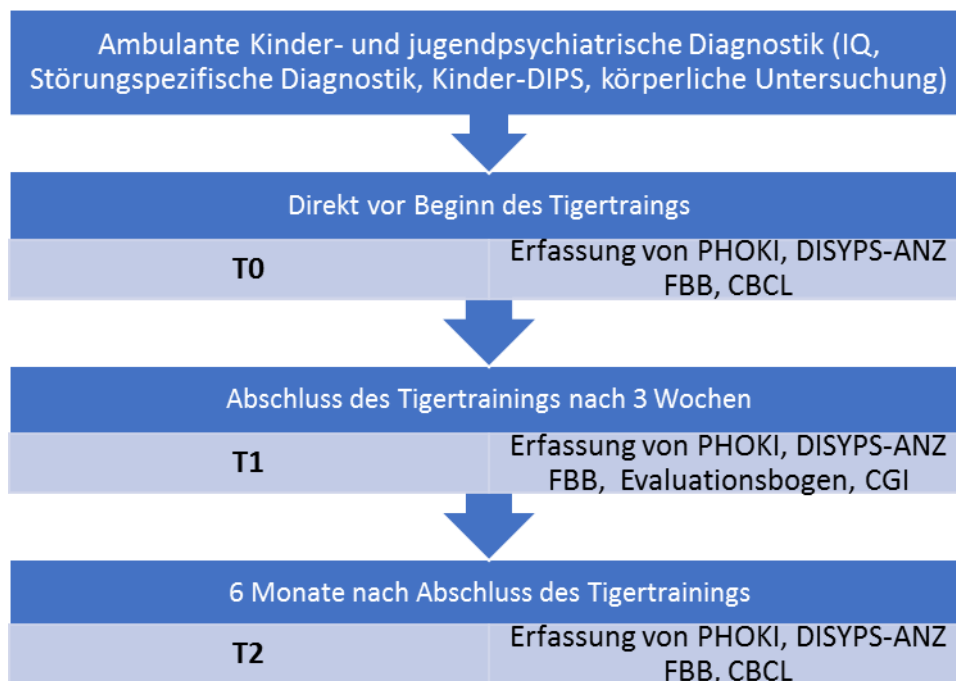
Ausschlusskriterien:

- Das Vorliegen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung
- Das Vorliegen psychotischer Symptome
- Eine direkt vorausgegangene teilstationäre oder vollstationäre Behandlung aufgrund einer Angsterkrankung
- Bei medikamentöser Behandlung der Angststörung mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

- Wenn keiner der beiden Elternteile an der Intervention im Rahmen der Elterngruppe teilnehmen konnte.

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte von Frühjahr bis Sommer 2015 über die Institutsambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München (LMU). Ebenso erfolgte eine Kontaktaufnahme zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern der Stadt München, um geeignete Patienten zu finden (s. Kapitel 4.3.2.). Im Vorfeld erfolgte eine ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, d. h. eine testpsychologische und körperlich-neurologische Untersuchung. Bei den Kindern, welche die Diagnostik in der Institutsambulanz durchliefen, wurden zusätzlich das diagnostische Interview Kinder-DIPS und eine Intelligenztestung durchgeführt. Bei allen Teilnehmern lag vor Beginn des Tigertrainings eine durch den Facharzt gestellte Diagnose vor. Alle Patienten und Familien wurden im Vorfeld über die Studie aufgeklärt. Kinder und Eltern gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme am Behandlungsprogramm und zur Datenerhebung.

Nachdem die Familien dem Einschluss in die Studie zugestimmt hatten, erfolgte die zeitgleiche Aufnahme aller Kinder in die Tagesklinik. Unmittelbar vor Beginn der Intervention wurden die Untersuchungsinstrumente zur Selbst- und Fremdeinschätzung (PHOKI, DISYPS FBB-ANZ) von Kindern und Eltern ausgefüllt (Messzeitpunkt T0). Die Eltern füllten zusätzlich den Screeningfragebogen CBCL/4-18 aus. Nach drei Wochen, d. h. nach Abschluss des Tigertrainings, wurden die störungsspezifischen Fragebögen erneut ausgefüllt (Messzeitpunkt T1). Zusätzlich füllten die Kinder und Eltern den qualitativen Fragebogen zur Evaluation des Tigertrainings aus. Katamnestisch wurde die Ausprägung der Angstsymptomatik bei den Kindern erneut mittels Selbsteinschätzung durch den PHOKI und Fremdeinschätzung mittels DISYPS- ANZ FBB nach 6 Monaten erfasst (Messzeitpunkt T2). Zusätzlich wurde von den Eltern im Rahmen der Follow-up-Untersuchung der CBCL/4-18 ausgefüllt.

Abbildung 1 Studiendesign und Untersuchungsmethoden

6.2 Untersuchungsinstrumente

1) Diagnostisches Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter Kinder-DIPS

In der Diagnostikphase wurde mit den Kindern das Diagnostische Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Unnewehr, Schneider, & Margraf, 2009) durchgeführt, um über die Einschluss- und Ausschlussdiagnosen entscheiden zu können. Das Diagnostische Interview ist eine standardgemäße Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erfasst werden die häufigsten internalisierenden und externalisierenden Störungen im Altersbereich von sechs bis 18 Jahren. Das Kinder-DIPS beinhaltet eine Version zur direkten Befragung des Kindes ab ca. 8 Jahren sowie eine Parallelversion zur Befragung der Eltern. Die Abfolge der Fragen ist eng an den Kriterien des DSM-V und ICD-10 orientiert; die Formulierung der Fragen erfolgt orientiert an den psychiatrischen Syndromen. Es können sowohl Diagnosen für den aktuellen Zustand als auch in der Vergangenheit liegend gestellt werden. Die vorläufige Diagnosevergabe erfolgt zunächst unabhängig von den Ergebnissen des Kinder- oder Elterninterviews. Im Anschluss wird die Diagnose unter Berücksichtigung der Aussagen in den Kinder- und Elterninterviews

gestellt. Zur Erfassung der Symptomausprägung werden die Häufigkeit des Auftretens oder Intensität eines Symptoms auf einer 4-stufigen Ratingskala kodiert („nie/selten“ bis „sehr oft“ bzw. „gar nicht“ bis „sehr stark“). Zudem enthält das Interview auch offene Fragen, um die Möglichkeit einer individuellen Beschreibung von problembezogenen Situationen und Symptomen zu erhalten.

Gütekriterien und Normen: Zur Ermittlung der Gütekriterien wurden mit 110 Kindern, im Alter zwischen 6 und 17 Jahren, sowie mit 110 Eltern Interviews durchgeführt. Die Interrater-Reliabilitäten lagen im mittleren bis höheren Bereich. Zur reliablen Diagnosestellung mittels Kinder-DIPS wird ein intensives Training, eine gute Vorbereitung sowie sorgfältige Durchführung des Interviews vorausgesetzt.

2) Phobiefragebogen für Kinder PHOKI

Als zentrales Outcomemaß zur Prä-Post-Erfassung der ängstlichen Symptomatik wird im Selbsturteil der Phobiefragebogen für Kinder PHOKI verwendet (Döpfner, Schnabel & Goletz, Ollendick, 2006). Der Phobiefragebogen ist die deutschsprachige Überarbeitung des Fear Survey Schedule for Children - Revised. Dieser Fragebogen, bestehend aus 96 Items, erfasst Ängste vor verschiedenen Objekten und Situationen auf einer dreistufigen Antwortskala und ist ab einem Alter von 8 Jahren einsetzbar. Anhand zweier Zusatzitems können andere, im Fragebogen nicht aufgeführte Ängste, beschrieben und beurteilt sowie das Ausmaß der Ängste im Vergleich zu Gleichaltrigen eingeschätzt werden. Es liegen sieben Subskalen vor: *Angst vor Gefahren und Tod*, *Trennungsängste*, *Soziale Ängste*, *Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichem*, *Tierphobien*, *Angst vor medizinischen Eingriffen* und *Schul- und Leistungsängste*. Alle Items werden zu einer Gesamtskala zusammengefasst und bilden entsprechend einen Gesamtwert.

Gütekriterien und Normen: Die internen Konsistenzen der Subskalen und der Gesamtskala werden im Bereich zwischen $\alpha = 0,70$ und $\alpha = 0,93$ angegeben. Zur Normierung liegt eine Stichprobe aus dem deutschsprachigen Raum vor, bei der 277 Kinder und Jugendliche eingeschlossen wurden.

3) Fragebogen zur Fremdbeurteilung DISYPS FBB-ANZ

Das Diagnostik-System DISYPS (Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10/DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II; DISYPS-II, Döpfner et al., 2008) ermöglicht sowohl eine klinische als auch kategoriale Diagnostik. Es eignet sich zudem zur Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung. Es können insgesamt folgende Merkmale in der Fremd- bzw. Selbstbeurteilung (ab 11 Jahren) erfasst werden: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, Angst- und Zwangsstörungen, Depressive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Tic-Störungen, Störungen sozialer Funktionen und tiefgreifende Entwicklungsstörung. Durch den zusätzlichen Einsatz des DISYPS FBB-ANZ Beurteilungsbogens, der von den Eltern ausgefüllt werden soll, wird ein Fremdbeurteilungsmaß berücksichtigt. Die Beurteilungsbögen DISYPS FBB-ANZ beinhalten 33 Items zur Erfassung der emotionalen Störung mit Trennungsangst, der generalisierten Angststörung des Kindesalters, der spezifischen oder sozialen Phobie nach ICD-10.

Gütekriterien und Normen: Es liegen u. a. geschlechtsspezifische Normen im Alter von 7 bis 10 und von 11 bis 13 Jahren vor (Prozentränge und Stanine- Werte). Es liegt eine repräsentative Stichprobe zur Normierung vor, die Konstruktvalidität und interne Konsistenz wird als zufriedenstellend bezeichnet ($0,70 < \alpha < 0,90$).

4) Child Behaviour Checklist CBCL/4-18

Seitens der Eltern wird eine Fremdbeurteilung zu internalisierenden und externalisierenden Problemen des Kindes durch die Child Behaviour Checklist CBCL/4-18 (Döpfner, Plück & Kinnen, 2014) erhoben. Die CBCL/4-18 erfasst die elterlichen Einschätzungen hinsichtlich der psychosozialen Kompetenzen und konkreten Probleme der Kinder und Jugendlichen. Der Fragebogen ist für das Alter von 4 bis 18 Jahren einsetzbar und enthält insgesamt 118 Items. Dazu zählen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden. Die Items des ersten Teils des Fragebogens werden auf drei Kompetenzskalen abgebildet, diese umfassen Aktivitäten, soziale und schulische Kompetenzen. Die Items zu den konkreten Problemen der Kinder und Jugendlichen werden verschiedenen Problembereichen zugeordnet, aus welchen sich acht Skalen ableiten. Dabei bilden die Subskalen *Sozialer Rückzug*; *Körperliche Beschwerden*; *Ängstlich/Depressiv* die übergeordnete Skala Internalisierende Auffälligkeiten ab. Die Skalen *Dissoziales Verhalten* und *Aggressives Verhalten* werden auf der übergeordneten Skala

Externalisierende Auffälligkeiten zusammengefasst. Weiterhin gibt es die drei Skalen *Soziale Probleme*, *Schizoid/Zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsprobleme*, die keiner übergeordneten Skala zugeordnet sind.

Gütekriterien und Normen: Die internen Konsistenzen für die übergeordneten Skalen internalisierende Störungen und externalisierende Störungen weisen Werte von $\alpha > 0,85$ auf. Für die untergeordneten Skalen aggressives Verhalten, dissoziales Verhalten, Aufmerksamkeitsstörungen und Angst/Depressivität liegen die internen Konsistenzen zwischen 0,80 und 0,90. Im Rahmen von Faktorenanalysen wurde die Skalenbildung durch klinische Stichproben bestätigt. Es liegen geschlechtsspezifische Normen im Alter von 4 bis 11 bzw. von 12 bis 18 Jahren vor (Prozentränge und T-Werte). Es liegt eine repräsentative Stichprobe von ca. 2900 Kindern und Jugendlichen zur Normierung vor.

5.) Clinical Global Impression Improvement Score

Über den Einsatz eines globalen Outcomemaßes soll die Gesamtveränderung der Störung abgebildet werden. Anhand des Clinical Global Impression Improvement Score CGI-I erfolgt die Beurteilung auf einer 7-stufigen Skala (Guy, 1976). Von den Behandlern wird jeweils eingeschätzt, in wie weit sich der Krankheitszustand des Patienten im Vergleich zur Anfangsmessung verbessert hat. Die Beurteilung basiert auf dem Hintergrund der therapeutischen Erfahrung, welche der Behandler mit anderen Patienten mit derselben Diagnose gemacht hat. Diese Skala ist ein gebräuchliches Maß zur Bewertung der Effektivität in Therapiestudien. Für das Tigertraining soll die Einschätzung durch zwei Behandler erfolgen, so dass für jeden Patienten jeweils zwei Bewertungen abgegeben werden. Es wird eine Beurteilung von einer Fachkraft des Pflege- und Erziehungsdienstes und einer psychologischen Kollegin abgegeben.

6.) Qualitative Befragung zum Wissenszuwachs und Beurteilung des Tigertrainings

Es liegen keine spezifischen bzw. normierten Fragebögen für die Überprüfung der Wissenszunahme, speziell im Hinblick auf störungsspezifisches Wissen über Angsterkrankungen bei Kindern, vor. Die Einschätzung des Wissenszuwachses der Teilnehmer erfolgt daher mittels Selbsteinschätzung. Kinder und Eltern erhalten zum

Abschluss des Tigertrainings einen entsprechenden Evaluationsbogen, der im Vorfeld entworfen wurde.

Der Bogen für die Kinder enthält insgesamt 8 Fragen, während der Bogen für die Eltern aus nur 5 Fragen besteht. Im ersten Teil soll die Einschätzung der Wirksamkeit des Trainings erfasst und eine Gesamtbeurteilung des Programms abgegeben werden. Dazu steht eine 4-stufige Beurteilungsskala von "gar nicht", "weniger gut/ ein wenig", "gut/ viel" bis "sehr gut/ sehr viel" zur Verfügung. Konkret wurde von jedem Kindern erfragt, wie hilfreich es das Tigertraining beurteilt bzgl.:

- 1.) der Überwindung von Ängsten/ sich mehr zu trauen durch die Teilnahme am Training.
- 2.) mehr Wissen über die Angst erhalten zu haben.
- 3.) neuer Fähigkeiten, die für den Umgang mit der Angst erlernt wurden.
- 4.) Zuversicht für die Zukunft, Ängste zu überwinden zu können.

Die Eltern beurteilen die Elterngruppe des Tigertrainings bzgl. folgender Aspekte:

- 1.) des Wissenszuwachs, d. h. der Erhalt von Informationen über Angsterkrankungen im Kindesalter, zum besseren Verständnis der Erkrankung.
- 2.) Möglichkeiten, ihr Kind bei der Überwindung der Angst besser zu unterstützen.
- 3.) dem Erlernen neuer Fähigkeiten für den Umgang mit der Angst ihres Kindes.
- 4.) der Zuversicht, durch die Teilnahme an der Elterngruppe, ihr Kind auch zukünftig bei der Überwindung seiner Ängste ausreichend unterstützen zu können.

Im zweiten Teil des Fragebogens wird ausschließlich von den Kindern erfragt, welche Angebote innerhalb des gesamten Behandlungsprogramms sie als besonders hilfreich erlebt haben: a) in Bezug auf die Überwindung ihrer Ängste, b) in welchen Angeboten besonders viel über Ängste gelernt wurde und c) welche Angebote besonders gerne wahrgenommen wurden. Für alle drei Fragen werden als Antwortmöglichkeiten aufgelistet: Gruppentherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Soziales Kompetenztraining, Einzelgespräche und Teilnahme

am Gruppenalltag. Mehrfachnennungen sind dabei möglich. Als weitere Antwortmöglichkeit besteht für die Kinder unter "Sonstiges" die Option, Angaben zu weiteren Elementen zu machen, die sie als hilfreich erlebt haben. Am Ende des Evaluationsfragebogens werden die Teilnehmer gebeten, eine Rückmeldung in Form eines Freitextes zu geben, wobei positive Aspekte sowie Verbesserungsvorschläge zum Tigertraining erfragt werden.

6.3 Stichprobenbeschreibung

Die untersuchte Stichprobe bestand aus 5 Jungen und 4 Mädchen im Alter zwischen 8,0 und 12,8 Jahren (Durchschnittsalter 9,65 Jahre, Standardabweichung $\pm 1,5$). Die intellektuellen Leistungsvoraussetzungen lagen im durchschnittlichen Bereich, der Intelligenzquotient der Kinder lag zwischen 86 und 110, der Mittelwert entsprach 96,78 IQ-Punkten (Standardabweichung $\pm 7,36$). 8 Kinder waren Grundschüler, ein Mädchen besuchte die 5. Klasse einer Förderschule mit Schwerpunkt emotionaler und sozialer Entwicklung.

Als Hauptdiagnose lag bei fünf Kindern die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2), bei zwei Kindern die emotionale Störung mit Trennungsangst (F93.0), bei einem Kind die generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80) und bei einem Kind die phobische Störung des Kindesalters (F93.1) vor. Als weitere kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder lag komorbid bei zwei Patienten eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) vor, einmalig komorbid wurden eine vorübergehende Ticstörung (F95.0) sowie eine Enuresis (F98.0) erfasst. Zudem waren bei drei der Patienten zusätzlich umschriebene Entwicklungsstörungen vordiagnostiziert. Zwei Kinder wiesen eine Lese- und Rechtschreibstörung (F81.0) auf, bei einem Kind lag eine Rechenstörung (F81.2) vor.

Vier Kinder waren aufgrund einer komorbiden Erkrankung bereits länger in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (durchschnittliche Behandlungsdauer 10,25 Monate, Standardabweichung $\pm 3,5$). Zwei Kinder hatten bereits eine ambulante Psychotherapie begonnen bzw. vorzeitig beendet. Für drei Kinder war die Vorstellung in unserer Institutsambulanz der erste Kontakt mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungseinrichtung.

6.4 Statistische Auswertung

Für die statistische Analyse wurde die Software SPSS Version 24.0 für Windows verwendet. Da im klinischen Setting nur eine kleine Stichprobe ($n=9$) gewonnen werden konnte, werden die Daten einer konservativen Analyse mittels nonparametrischer Tests unterzogen. Eine Normalverteilung der Messwerte wird dafür nicht vorausgesetzt. Das Hauptinteresse der Untersuchung liegt zunächst in der Bestimmung der Veränderung der Symptomausprägung, d. h. der Abnahme der Angstsymptomatik. Die statistische Analyse der mittels standardisierter Verfahren (Fragebogen PHOKI, DISYPS FBB ANZ) erhobenen Variablen, soll durch den Friedman-Test für verbundene Stichproben erfolgen. Der Friedman-Test ist die zweifaktorielle Rangvarianzanalyse für abhängige Stichproben, er stellt das nichtparametrische Gegenstück zur einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung dar. Für den paarweisen Vergleich der verschiedenen Messzeitpunkte wurde der Vorzeichen-Rang-Test von Wilcoxon durchgeführt. Um den Anstieg der Irrtumswahrscheinlichkeit bei Mehrfachtestungen zu berücksichtigen wurden anschließend post hoc Tests nach Bonferroni bzw. Bonferroni-Holm durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde zunächst bei 0,05 festgelegt, eine Tendenz wird bei 0,051 bis 0,1 beschrieben. Die Effektstärken wurden nach Cohen (1988) berechnet. Sie wird angegeben in Cohen's d. Ein kleiner Effekt wird ab 0,2 an, ein mittlerer ab 0,5 und ein großer ab 0,8 angezeigt.

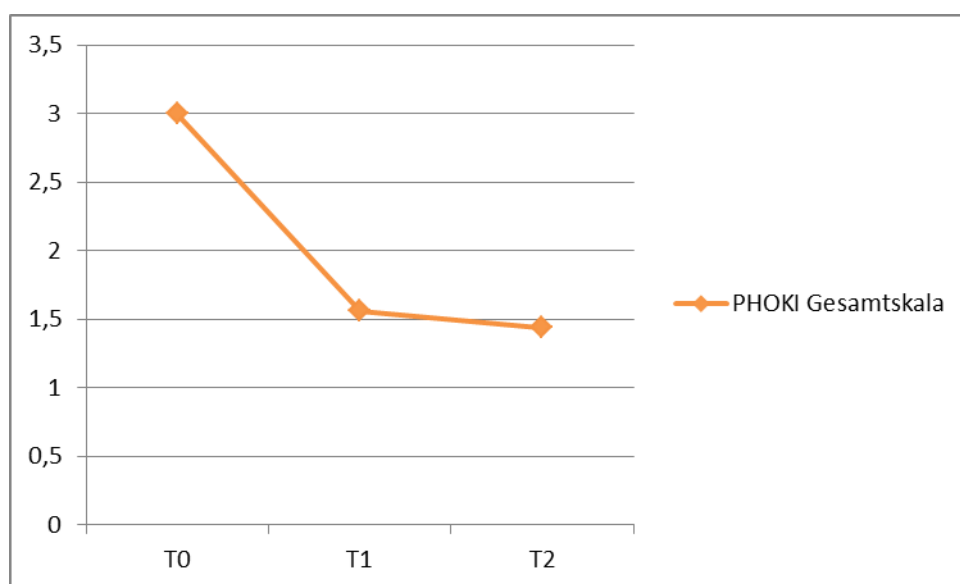
7. Ergebnisse

7.1 Ergebnisse zu den Hauptfragestellungen

Ergebnisse für die Gesamtskala PHOKI

Bei Überprüfung des Selbsturteils der Kinder zu den drei Messzeitpunkten konnte auf der Skala PHOKI Gesamt ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden (Friedman-Test: Chi-Quadrat (2) = 13.56, $p = 0,001$, $n = 9$). Die anschließend durchgeführten, paarweisen Vergleiche mittels Wilcoxon-Test, unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur, wiesen signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten T0 und T1 ($z = 3,064$, $p_{angepasst} = 0,007$; Effektstärke nach Cohen: $d = 1,09$) sowie zwischen T0 und T2 ($z = 3,300$, $p_{angepasst} = 0,003$; Effektstärke nach Cohen: $d = 1,18$) auf. Die Ergebnisse beschreiben jeweils einen starken Effekt. Dabei nahm T0 den höchsten Wert (*Mittlerer Rang* = 3,0) und T2 den geringsten Wert (*Mittlerer Rang* = 1,44) an. Der Wert für T1 liegt dazwischen (*Mittlerer Rang* = 1,56). Das bedeutet, die Symptomausprägung wurde vor Beginn der Intervention am höchsten beurteilt, nach der Intervention wurde eine deutliche Abnahme festgestellt. Die Ausprägung wurde zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung am geringsten beurteilt. Es lässt sich eine Abnahme der Symptomausprägung über die Zeit hinweg erkennen.

Abbildung 2 Verlauf der Symptomausprägung Gesamtskala PHOKI



Anmerkung: Werte beziehen sich auf *mittlere Ränge* nach Wilcoxon Vorzeichen-Rang-Test

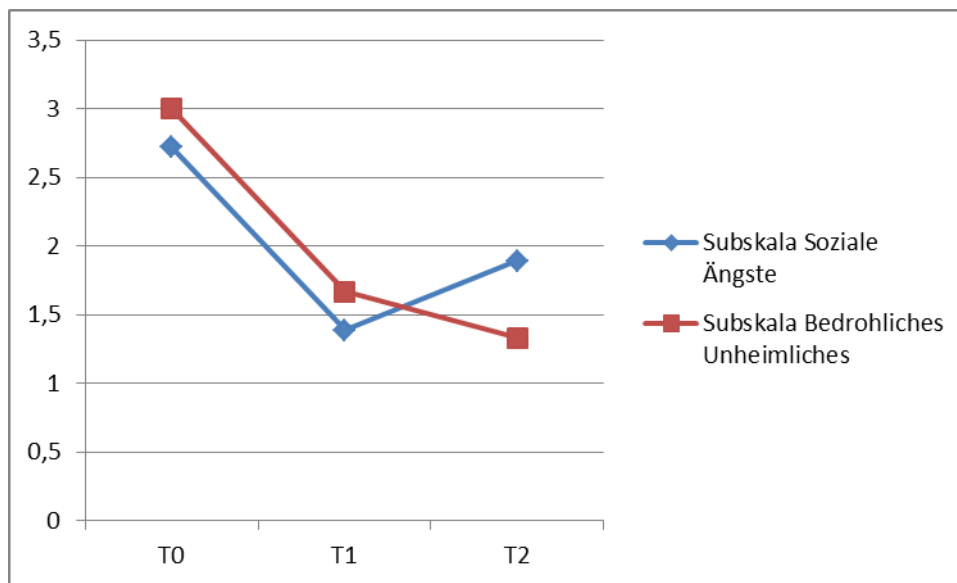
Ergebnisse für die Subskalen PHOKI

Neben dem statistisch bedeutsamen Unterschied auf der Gesamtskala fanden sich weitere signifikante Unterschiede auf zwei Subskalen des Untersuchungsinstruments PHOKI. Für die Skala PHOKI Soziale Ängste konnte ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ermittelt werden (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 10,138, $p = 0,006$; korrigierter p-Wert nach Bonferroni-Holm $p = 0,036$, $n = 9$). Auch hier ließ sich eine Abnahme der Symptomausprägung über die Zeit hinweg erkennen. Die anschließend durchgeführten paarweisen Vergleiche zeigten unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Zeitpunkten T0 und T1 ($z = 2,828$, $p_{angepasst} = 0,014$, Effektstärke nach Cohen: $d = 0,98$) gab. Dies entspricht einem starken Effekt. Hingegen konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen T1 und T2 gefunden werden ($z = -1,061$, $p_{angepasst} = 0,867$). Für T0 wurde der höchste Wert für die Ausprägung sozialer Ängste ermittelt (*Mittlerer Rang* = 2,72) und der niedrigste für T1 (*Mittlerer Rang* = 1,39). Für T2 wurde ein erneuter, leichter Anstieg der Werte ermittelt (*Mittlerer Rang* = 1,89). Somit konnte im Selbsturteil der Kinder eine deutliche Symptomreduktion direkt nach Abschluss der therapeutischen Intervention festgestellt werden. Über den weiteren Verlauf kam es zu einem leichten Anstieg der Symptomatik, siehe Abb. 3. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass durch die Intervention eine Reduktion der sozialen Ängste erfolgte.

Beim Vergleich der drei Messzeitpunkte der Subskala PHOKI Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichen zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 14.824, $p = 0,001$; korrigierter p-Wert nach Bonferroni-Holm $p = 0,007$, $n = 9$). In den anschließend durchgeführten paarweisen Vergleichen unter Einsatz Bonferroni-Korrektur, zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten T0 und T1 ($z = 2,828$, $p_{angepasst} = 0,014$, Effektstärke nach Cohen: $d = 0,98$) sowie T0 und T2 ($z = 3,536$, $p_{angepasst} = 0,001$, Effektstärke nach Cohen: $d = 1,3$). Es konnten jeweils starke Effekte nachgewiesen werden. T0 wies den höchsten Wert (*Mittlerer Rang* = 3,0) auf, T2 den geringsten (*Mittlerer Rang* = 1,33). Etwas höher war der Wert bei T1 ausgeprägt (*Mittlerer Rang* = 1,67). Die Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichen war direkt nach Beendigung des Therapieprogramms laut Selbsturteil der Kinder geringer ausgeprägt als zu Beginn. Eine weitere Abnahme der Symptomausprägung erfolgte bis zum Zeitpunkt der Anamnese. Aufgrund der deutlichen Unterschiede zwischen T0 und T1 kann von einer direkten Wirkung

des Tigertrainings auf die spezifischen Ängste vor bedrohlichen und unheimlichen Inhalte ausgegangen werden. Die Abnahme im weiteren Verlauf kann als Hinweis auf eine Nachhaltigkeit der Interventionseffekte gesehen werden.

Abbildung 3 Verlauf der Symptomausprägung Subskalen PHOKI



Anmerkung: Werte beziehen sich auf *mittlere Ränge* nach Wilcoxon Vorzeichen-Rang-Test

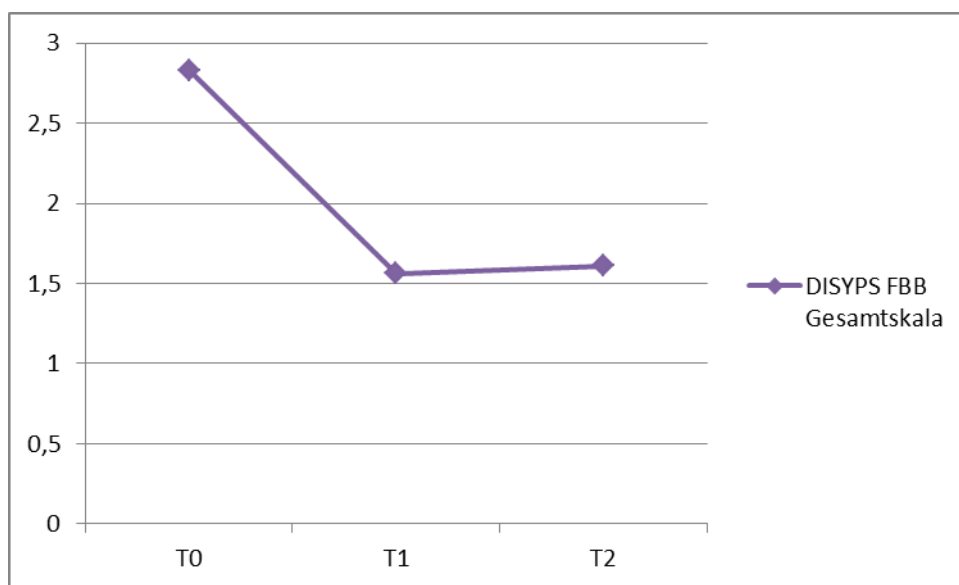
Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zu den verschiedenen Messzeitpunkten zeigten sich für die Subskalen PHOKI Trennungsängste (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 8,467, korrigierter Wert nach Bonferroni-Holm $p = 0,075$, $n = 9$), PHOKI Medizinische Eingriffe (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 7,625, korrigierter Wert nach Bonferroni-Holm $p = 0,088$, $n = 9$) und PHOKI Tierphobien (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 7,444, korrigierter Wert nach Bonferroni-Holm $p = 0,088$, $n = 9$). Ebenso konnten für die Subskalen PHOKI Angst vor Gefahren und Tod (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 2,364, korrigierter Wert nach Bonferroni-Holm $p = 0,528$, $n = 9$) sowie PHOKI Schul- und Leistungsängste (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 2,667, korrigierter Wert nach Bonferroni-Holm $p = 0,528$, $n = 9$) keine statistisch bedeutsamen Effekte nachgewiesen werden.

Ergebnisse für die Gesamtskala DISYPS FBB ANZ

Beim Vergleich der Ausprägung des Fremdurteils der Eltern mittels DISYPS FBB ANZ Gesamt konnte ein signifikanter Unterschied bzgl. der drei Messzeitpunkte nachgewiesen werden (Friedman-Test: Chi-Quadrat (2) = 9,941, $p = 0,007$, $n = 9$). Der anschließend

durchgeführte Wilcoxon-Test zum paarweisen Vergleich unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur zeigte, dass es signifikante Unterschiede gab zwischen den Zeitpunkten T0 und T1 ($z = 3,064$, $p_{angepasst} = 0,007$; Effektstärke nach Cohen: $d = 0.94$) wie auch T0 und T2 gibt ($z = 3,300$, $p_{angepasst} = 0,003$; Effektstärke nach Cohen: $d = 0.87$). Dies entspricht jeweils einem starken Effekt. Dabei zeigte T0 den höchsten Wert an (*Mittlerer Rang* = 2,83) und T1 den geringsten Wert (*Mittlerer Rang* = 1,56). Im Elternurteil lässt sich somit eine Abnahme der Symptomausprägung, direkt nach Beendigung des Therapieprogramms erkennen, dieser Effekt bleibt über die Zeit stabil bis zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung.

Abbildung 4 Verlauf der Symptomausprägung Gesamtskala DISYPS FBB ANZ



Anmerkung: Werte beziehen sich auf *mittlere Ränge* nach Wilcoxon Vorzeichen-Rang-Test

Ergebnisse für die Subskalen DISYPS FBB ANZ

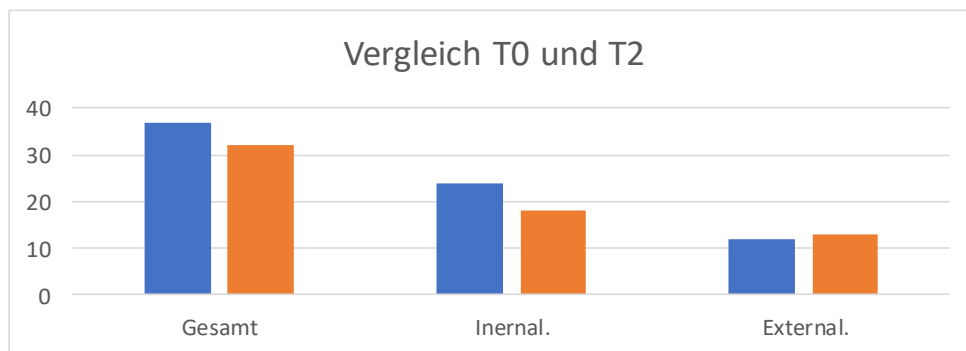
Im Anschluss erfolgte die Überprüfung der Subskalen. Beim Vergleich zwischen den drei Messzeitpunkten DISYPS FBB ANZ Trennungsangst konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden (Friedman-Test: Chi-Quadrat (2) = 7,714, $p = 0,021$, $n = 9$). Ebenso ließ sich ein signifikantes Ergebnis ermitteln für die Subskala DISYPS FBB ANZ Generalisierte Angst (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 6,333, $p = 0,042$, $n = 9$). Bei den anschließend durchgeführten Tests zum paarweisen Vergleich konnten für die zwei Subskalen, zwischen den Messzeitpunkten T0, T1 und T2, keine signifikanten Unterschiede mehr festgestellt werden.

Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede für die drei Messzeitpunkte auf den Subskalen DISYPS FBB ANZ Soziale Angst (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 6,000, $p = 0,05$, $n = 9$) und DISYPS FBB ANZ Spezifische Angst (Friedman-Test: Chi-Quadrat(2) = 0,095, $p = 0,953$, $n = 9$). Das Ergebnis DISYPS FBB ANZ Soziale Angst steht im Widerspruch dem Ergebnis PHOKI Soziale Ängste, dies wird im nachfolgenden Ergebnisteil ausführlicher diskutiert.

Ergebnisse für Fremdbeurteilung Screeningverfahren CBCL/ 4-18

Beim Vergleich der Bewertungen zu den Messzeitpunkten T0 und T2 mittels CBCL/ 4-18 zeigte sich für die Gesamtskala ein signifikantes Ergebnis. Die Werte des Fragebogens waren zum Zeitpunkt T0 deutlich höher (*Median* = 37) als zu T2 (*Median* = 32; asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -2.680$, $p_{\text{exakt}} = 0,004$, $n = 9$). Die Effektstärke nach Cohen liegt bei $d = 0,89$ und entspricht einem starken Effekt. Die Beurteilung der allgemeinen Symptomausprägung fiel somit vor Durchführung der Intervention deutlich höher aus als zum Katamnesezeitpunkt.

Beim Vergleich der Subskala des CBCL/ 4-18 *Internalisierende Auffälligkeiten* konnte zwischen den Messzeitpunkten T0 und T2 ebenfalls ein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Die Rohwerte zeigen vor der Intervention eine signifikant höhere Ausprägung (*Median* = 24) als in der Follow-up- Untersuchung (*Median* = 18; asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -2.675$, $p_{\text{exakt}} = 0,004$, $n = 9$). Die Effektstärke nach Cohen liegt bei $d = 0,89$ und entspricht einem starken Effekt. Bei Überprüfung der Subskala des CBCL/ 4-18 *Externalisierende Auffälligkeiten* zeigten sich zwischen den Messzeitpunkten T0 und T2 keine signifikanten Unterschiede. Es liegen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in den Rohwerten vor der Intervention (*Median* = 12) und zum Zeitpunkt der Follow-up- Untersuchung (*Median* = 13; asymptotischer Wilcoxon-Test: $z = -1.121$, $p_{\text{exakt}} = 0,281$, $n = 9$), vor.

Abbildung 5 Verlauf der Symptomausprägung CBCL/ 4-18

Anmerkung: Angegeben sind *Mediane* für die Messzeitpunkt T0 (blau) und T2 (orange)

Die Kompetenzskala des CBCL/ 4-18 zum Messzeitpunkt T2 wurde bei 2 Kindern unvollständig und bei 3 Kindern nicht ausgefüllt. Aufgrund der Unvollständigkeit der Daten wurde daher auf die Auswertung verzichtet.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass bei der Überprüfung der Symptomreduktion sowohl im Selbsturteil mittels PHOKI als auch im Fremdurteil mittels DISYPS FBB ANZ signifikante Veränderungen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten festgestellt werden konnten. Die Symptomreduktion konnte zwar für die Gesamtskalen jedoch nicht für alle Subskalen nachgewiesen werden. Zudem gab es Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdurteil bzgl. der Ausprägung der sozialen Ängste und Trennungsängste. Im Screeningurteil CBCL/4-18 wurde eine Symptomreduktion in Bezug auf die Gesamtsymptomatik sowie die Subskala der internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten festgestellt. Die Ausprägung der Subskala der externalisierenden Verhaltensweisen blieb unverändert.

7.2 Einschätzung durch die Behandler

Die Einschätzung zur Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung bei den Patienten erfolgte von zwei unabhängigen Behandlern. Zum Messzeitpunkt T1 wurde bei allen Patienten eine Verbesserung bzgl. der Ausprägung der Symptomatik beurteilt s. Tabelle 12. Der Mittelwert der Beurteilungen auf der CGI-I-Skala lag bei 1,78 (Standardabweichung $\pm 0,732$). Dabei wurde bei 3 Patienten der Zustand als übereinstimmend "sehr viel besser", bei

3 Patienten als “viel besser” und bei einem Patienten übereinstimmend als “nur wenig besser” eingeschätzt. Bei zwei Patienten gab es bzgl. der Einschätzung leichte Unterschiede. Insgesamt war die Übereinstimmung der Beurteilungen hoch (88,9%). Bei der Mehrheit der Patienten wurde der Zustand nach der Teilnahme am Therapieprogramm als verbessert beurteilt. Zudem wurde keine Verschlechterung beobachtet bzw. beurteilt.

Tabelle 12 Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung durch CGI-I nach Teilnahme am Tigertraining

Fallnummer	Score im CGI Beurteiler 1	Score im CGI Beurteiler 2	Zustandsverbesserung	Mittelwert der Beurteilung
1	3	3	Zustand nur wenig besser	3
2	2	2	Zustand viel besser	2
3	3	2	Zustand nur wenig/ viel besser	2,5
4	1	1	Zustand sehr viel besser	1
5	1	1	Zustand sehr viel besser	1
6	2	2	Zustand viel besser	2
7	2	2	Zustand viel besser	2
8	2	1	Zustand viel/ sehr viel besser	1,5
9	1	1	Zustand sehr viel besser	1

7.3 Evaluation des Tigertrainings durch die Teilnehmer

Zur Beurteilung des Behandlungsprogramms füllten alle teilnehmenden Kinder (n=9) den Evaluationsbogen aus. Hingegen wurde von einem Elternteil kein Fragebogen zur Beurteilung der Elterngruppe ausgefüllt, da die Teilnahme hier vorzeitig beendet wurde (n=8).

In der Gesamtbewertung “*Das Tigertraining/ die Elterngruppe hat mir gut gefallen*” wurden Mittelwerte von 3,67 (Einschätzung Kinder) bzw. von 3,88 (Einschätzung Eltern) erreicht. Dies bedeutet, dass die Gesamteinschätzung in Bezug auf das Interventionsprogramm sehr positiv ausfiel, die Erwachsenen beurteilten die Elterngruppe etwas besser als die Kindern das Tigertraining.

Der *Zuwachs von Wissen bzgl. Angststörungen* wurde ebenfalls positiv und überwiegend mit “sehr viel” bewertet. Dabei fiel die Bewertung der Kinder etwas geringer

(Mittelwert von 3,56) als die der Eltern aus (Mittelwert von 3,88). Bei der Einschätzung durch die Kinder, *sich mehr zu trauen* (Mittelwert von 3,44) bzw. durch die Eltern, *ihr besser Kind bei der Überwindung der Angst zu unterstützen* (Mittelwert von 3,75) gab es leichte Unterschiede in der Bewertung. Dabei gaben Eltern eine etwas bessere Einschätzung ab. Sie antworteten tendenziell mit "sehr viel" während Kinder eher "viel" angaben. Ähnlich fiel die Beurteilung der Kinder zum *Erlernen neuer Fähigkeiten* (Mittelwert von 3,33) gegenüber der Einschätzung der Eltern zum *verbesserten Umgang mit der Erkrankung* (Mittelwert von 3,71) aus. Die *Zuversicht für die zukünftige Bewältigung der Angsterkrankung* wurde von den Kindern (Mittelwert von 3,11) wie auch von den Eltern (Mittelwert von 3,25) überwiegend mit "viel" beurteilt. Die Ergebnisse sind detailliert in den Tabellen 13 und 14 dargestellt.

Tabelle 13 Beurteilungsfragebogen zur Gruppentherapie des Tigertrainings: Auswertung Kinder

	<i>n</i>	<i>Range</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Beurteilung des Trainings Gesamt	9	3-4	3,67	0,5
Wissenszuwachs	9	3-4	3,56	0,527
Expositionen	9	3-4	3,44	0,527
Neue Fähigkeiten	9	2-4	3,33	0,707
Zuversicht	9	2-4	3,11	0,928

Anmerkungen: MW=Mittelwert, *n*=Gruppengröße, SD=Standardabweichung

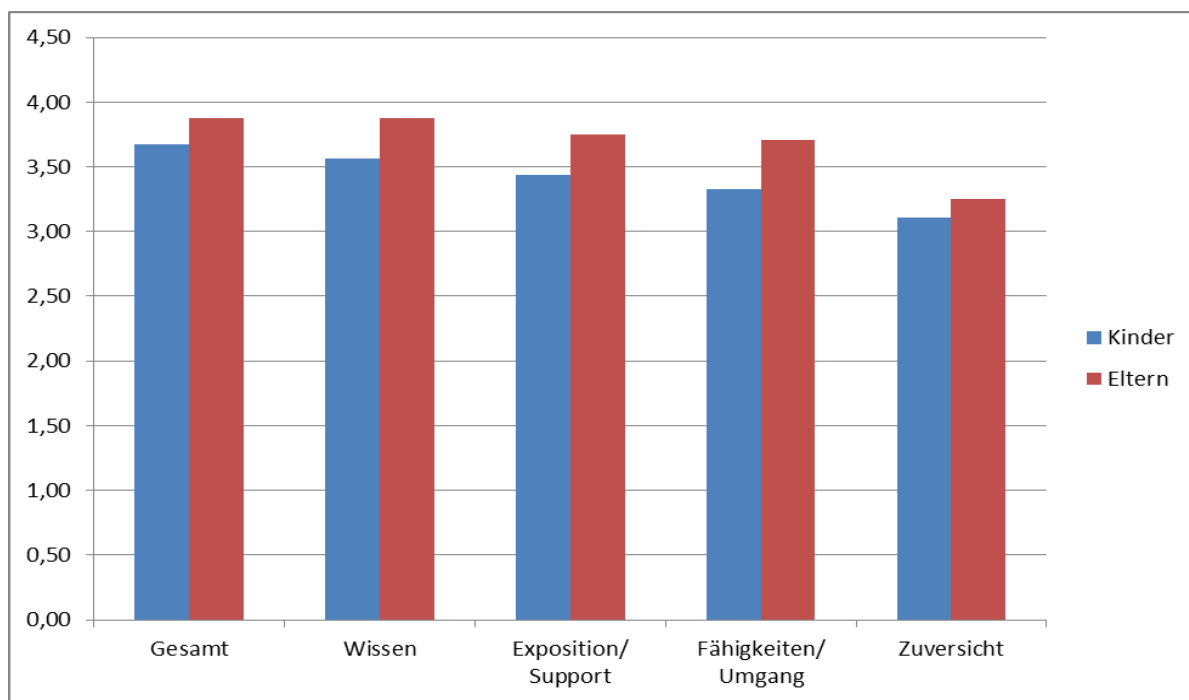
Tabelle 14 Beurteilungsfragebogen zur Elterngruppe: Auswertung Eltern

	<i>n</i>	<i>Range</i>	<i>MW</i>	<i>SD</i>
Beurteilung des Trainings Gesamt	8	3-4	3,88	0,354
Wissenszuwachs	8	3-4	3,88	0,354
Support	8	3-4	3,75	0,463
Umgang mit Erkrankung	8	3-4	3,71	0,488
Zuversicht der Eltern	8	2-4	3,25	0,707

Anmerkungen: MW=Mittelwert, *n*=Gruppengröße, SD=Standardabweichung.

Die beste Einschätzung erfolgte für die Gesamtbewertung des Tigertrainings, diese war sowohl in der Gruppe der Kinder als auch der Eltern hoch. Am geringsten fiel die Bewertung des Items der *Zuversicht für die Zukunft* aus, hier waren die Einschätzungen der Kinder und Eltern ähnlich ausgeprägt. Über alle Fragen hinweg war die Einschätzung der Eltern etwas positiver als Einschätzung der Kinder. Die Ergebnisse werden in in Abb. 5 veranschaulicht.

Abbildung 6 Inhaltliche Beurteilung der Gruppenangebote von Kindern und Eltern



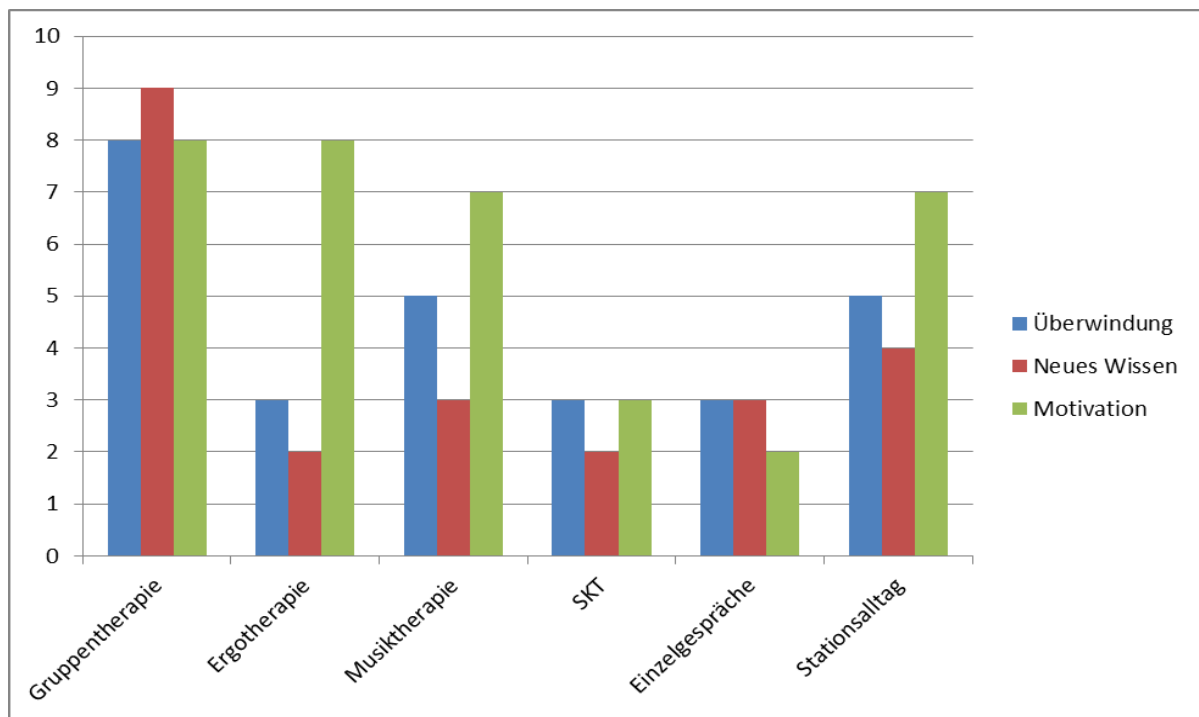
Anmerkung: Angaben beziehen sich auf Mittelwerte der Beurteilungen

Im zweiten Teil des Fragebogens sollten die Kinder beurteilen, welche konkreten Angebote innerhalb des Tigertrainings sie als besonders hilfreich erlebt haben, sowohl bei der Überwindung von Ängsten als auch für den Erwerb von störungsspezifischem Wissen. Es wurden jeweils die Häufigkeiten der Bewertungen ermittelt.

Als besonders hilfreich zur Überwindung der Ängste wurde die Teilnahme an der Gruppentherapie bewertet (8 von 9), danach wurden die Teilnahme an der Musiktherapie und Beteiligung im Gruppenalltag genannt (jeweils 5 von 9). In Bezug auf den Zugewinn von Wissen wurden von allen Teilnehmern die Gruppentherapie als besonders hilfreich beurteilt (9 von 9), gefolgt von der Beteiligung im Gruppenalltag (4 von 9). Ein Kind nannte unter "Sonstiges" die Gespräche mit den Betreuern als besonders hilfreich für die Überwindung

der eigenen Ängste. Als besonders motivierend und positiv beurteilten die Kinder die Gruppentherapie (8 von 9), die Ergotherapie (8 von 9), die Musiktherapie (7 von 9) sowie die Gruppenangebote im Stationsalltag (7 von 9). Des Weiteren wurde von vier Kindern im Freitext die Abschiedsfeier des Tigertrainings als besonders positiv genannt. Ein Überblick der Ergebnisse findet sich in Abb. 6.

Abbildung 7 Beurteilung der einzelnen Elemente des Tigertrainings durch Kinder



Anmerkung: Angaben in Häufigkeiten mit Mehrfachnennungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass von den Teilnehmern des Tigertrainings die spezifischen Gruppenangebote für Kinder und Eltern als sehr positiv wahrgenommen wurden. Bei der Bewertung der einzelnen Therapieelemente wurde vor allem die Gruppentherapie als hilfreich für die Bewältigung der Ängste wahrgenommen. Bei der Gesamtbetrachtung des Tigertrainings wurden neben der Gruppentherapie auch die Ergotherapie, die Musiktherapie sowie die Teilnahme am Stationsalltag von den Kindern als besonders motivierend erlebt.

8. Diskussion

8. 1 Generelle Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Entwicklung und Implementierung eines Behandlungsprogramms für Kinder mit Angststörungen, im teilstationären Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU, darzustellen. Dabei sollten die konkreten Inhalte und einzelnen Behandlungsbausteine des Tigertrainings sowie die Spezifika des Programms ausführlich dargelegt werden. Weiterhin sollte untersucht werden, ob die beschriebene Intervention einen positiven Effekt hatte, d. h. ob bei den Kindern, nach der Teilnahme am Behandlungsprogramm, eine Reduktion der Angstsymptomatik festgestellt werden konnte. Die im Kapitel 7 ausführlich dargestellten Ergebnisse der Untersuchung sollen im Folgenden interpretiert werden. Anschließend werden die Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Studie diskutiert sowie Möglichkeiten zur Verbesserung und Optimierung dargestellt.

Insgesamt zeigte sich bei allen Patienten und deren Familien eine hohe Akzeptanz gegenüber dem Therapieprogramm. Es gab keine Behandlungsabbrüche auf Seiten der Kinder, die Teilnahme an der Elterngruppe wurde von nur einem Elternteil vorzeitig beendet. Grund dafür waren organisatorische Probleme dieser Familie, die im Vorfeld des Tigertrainings nicht bekannt waren und somit nicht berücksichtigt werden konnten. Generell zeigte sich bei den Eltern ebenfalls eine hohe Compliance. Weiterhin waren die Rückmeldungen von den teilnehmenden Eltern und Kindern, zu der Durchführung sowie den einzelnen Behandlungsbausteinen und konkreten Inhalten des Tigertrainings, sehr positiv. Die gruppentherapeutische Intervention bzw. Elterngruppe sowie die kreativtherapeutischen Angebote wurden besonders gut angenommen. Ebenfalls wurden von den Kindern die enge Einbindung in den Stationsalltag und die damit verbundene Teilnahme an den begleitenden Gruppenangeboten (s. Kapitel 4.1.2) als unterstützend wahrgenommen. Die Befunde zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Gruppeninterventionen bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter wurden bereits in Kapitel 2.3.2 beschrieben, die Befundlage in der Literatur ist nicht eindeutig. Die hohe Akzeptanz und positive Bewertung der Gruppentherapie im Tigertraining lassen

schlussfolgern, dass das Gruppenangebot gut angenommen und entsprechend als hilfreich empfunden wurden.

Ebenso wurden bereits Nachweise zur Wirksamkeit der Einbeziehung der Kindeseltern bei der Behandlung von Angststörungen diskutiert (s. Kapitel 2.4). Bei der Konzipierung des Tigertrainings wurde, trotz der aktuellen Befundlage, gezielt eine Beteiligung der Eltern eingeplant. Diese war zwar zeitlich stark begrenzt, dafür jedoch im Rahmen der Elterngruppe inhaltlich komprimiert, wurde jedoch durch das tagesklinische Setting mit täglichem Wechsel zwischen der Klinik und Zuhause entsprechend gefördert. So hatten die Eltern die Möglichkeit, bei Unsicherheiten oder Problemen im Umgang mit den Kindern, je nach Bedarf telefonisch Kontakt aufzunehmen und Rückfragen an die Therapeuten oder Pflegekräfte zu stellen. Die hohe Akzeptanz des Tigertrainings bei den Eltern und die positive Beurteilung bzgl. der Wirkung der spezifischen Inhalte, z. B. hinsichtlich des Wissenszuwachs und dem Erwerb neuer Kompetenzen im Umgang mit der Angsterkrankung ihrer Kinder, geben Hinweise darauf, dass die teilnehmenden Eltern von diesem spezifischen Angebot der Elterngruppe profitieren konnten. Neben der Vermittlung psychoedukativer Inhalte und der Stärkung der Eltern in der Funktion als Co-Therapeuten, empfanden die Teilnehmer vor allem den gemeinsamen Austausch und die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Elterngruppe als besonders hilfreich. Vor allem die Aktivierung der Ressourcen und die Formulierung angemessener und realistischer Ziele waren wichtige Elemente der Elterngruppe innerhalb des Tigertrainings. In der Literatur wird die Funktion der gegenseitigen Unterstützung und Entlastung unter Betroffenen zur Bewältigung psychischer Erkrankungen ausführlich diskutiert (Ihle & Jahnke, 2005). Es finden sich generell positive Effekte bei familienbezogenen Interventionen, vor allem wenn eine zielgerichtete Zusammenarbeit möglich ist, familiären Ressourcen aktiviert werden können und eine konkrete Anleitung zur Bewältigung aktueller Probleme erfolgt (Mattejat, 2006). Bei der Behandlung von Angststörungen gibt es eher für jüngere Kindern die Empfehlung zur Beteiligung der Eltern an den therapeutischen Interventionen (s. Kapitel 2.4). Vermeidungsverhaltens soll dadurch besser abgebaut und der sekundäre Krankheitsgewinn minimiert werden (Schneider, 2004). Bei der vorliegenden Stichprobe lag der Altersdurchschnitt der Teilnehmer bei 9,65 Jahren, d. h. es handelt sich vor allem um Kinder im Grundschulalter. Die positiven Rückmeldungen geben Hinweise darauf, dass die Kinder vom Einbezug ihrer Eltern in das Tigertraining profitieren konnten.

Die ursprüngliche Zielsetzung dieser Arbeit, d. h. die Entwicklung eines Behandlungsprogramms für Angststörungen mit den spezifischen Elementen und Integration der bereits vorhandenen Angebote der Tagesklinik, auch in Abgrenzung zu den bereits veröffentlichten verhaltenstherapeutischen Manualen (s. Kapitel 3), konnte somit umgesetzt werden. Trotz der hohen Akzeptanz des Trainings bei den Teilnehmern, zeigten sich im klinischen Alltag jedoch Herausforderungen bei der Umsetzung der Intervention. So waren Anpassungen bei der Durchführung der gruppenpsychotherapeutischen Intervention nötig. Vor allem die jüngeren Kinder zeigten eine eingeschränkte Ausdauerleistung, die Gruppenstunden wurden daher im Verlauf zeitlich und leicht gekürzt und inhaltlich vereinfacht. Darüber hinaus wurde von Seiten der Eltern ein hoher Bedarf an weiteren Gesprächen und gegenseitigem Austausch unter den Betroffenen deutlich. Eine Intensivierung des Elternangebotes und die Ermöglichung eines intensiveren Austauschs wäre wünschenswert gewesen, sie waren im vorgegebenen Setting und dem zeitlich limitierten Rahmen von 3 Wochen jedoch nicht realisierbar.

8.2 Wirksamkeit des Therapieprogramms Tigertraining

Neben der inhaltlichen Darstellung des Tigertrainings sollte in dieser Arbeit die Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention anhand der statistischen Analyse erfolgen. Im Selbsturteil der Kinder zeigten sich eine Reduktion für die Gesamteinschätzung der Angstsymptomatik sowie für die Subskalen Soziale Ängste und Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichen nach der Teilnahme am Tigertraining. Die Eltern sahen eine Reduktion der Angstsymptomatik bzgl. der Gesamteinschätzung sowie für die Subskalen Trennungsangst und generalisierte Angst. Hingegen fand sich im Fremdurteil keine signifikante Veränderung der sozialen Ängste der Kinder. Die anfangs aufgestellte Hypothese konnte somit nicht für alle erfassten Symptome bestätigt werden. Es stellt sich die Frage nach der Diskrepanz im Fremdurteil der Eltern und Selbsturteil der bzgl. der sozialen Ängste. Möglicherweise erlebten die Kinder durch die aktive Teilnahme am Tigertraining und den damit verbundenen sozialen Herausforderungen (vergl. Kapitel 4.2.1.3) eine direkte Verbesserung der Symptomatik während die Eltern diese im Alltag noch nicht beobachten konnten. Die Zunahme der sozialen Ängste im weiteren Verlauf könnten Hinweise dafür sein. Zeitgleich

beurteilten die Kinder keine Veränderung in bzgl. der Symptomatik der Trennungsängste während die Eltern positive Effekte beschrieben.

Die anfangs aufgestellte Hypothese zur Stabilität der erzielten Effekte über die Zeit kann für die Beurteilungen der Gesamturteile der Eltern (DISYPS FBB ANZ) und der Kinder (PHOKI) bestätigt werden. Jedoch konnte nicht bei allen erfassten Symptomreduktionen eine Stabilität in der Verlaufsmessung bestätigt werden. So zeigte sich im Selbsturteil der Kinder bei den sozialen Ängsten eine leichte Zunahme der Symptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese. Wie in Kapitel 1.2 beschrieben, werden soziale Unsicherheiten und Ängste durch Rückmeldungen aus der direkten Umgebung beeinflusst. Das Streben nach Gruppenzugehörigkeit nimmt zunehmend eine zentrale Rolle in der Alltagsgestaltung der Kinder ein. Je älter die Kinder werden, desto größer wird der Einfluss der kognitiven Verarbeitungsprozesse und Attribuierungen, die Sorge vor der Art der Zurückweisung wird differenzierter. Möglicherweise spielen hier Entwicklungsaspekte eine Rolle. Für die Überprüfung dieser Hypothese in der Stichprobe wäre eine differenzierte Erfassung der Symptome der sozialen Ängste wünschenswert.

Im Screeningurteil CBCL/4-18 zeigte sich zum Zeitpunkt der Follow-up-Untersuchung eine Abnahme der Gesamtsymptomatik. Ebenso konnte eine Symptomreduktion der internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten ermittelt werden. Hingegen zeigte sich keine Veränderung in der Beurteilung der externalisierenden Verhaltensweisen. Dies könnte einen Hinweis auf die Wirksamkeit des Tigertrainings geben. Jedoch erfasst die Skala Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten neben Ängsten auch den sozialen Rückzug, körperliche Beschwerden und depressive Symptome (Döpfner et al., 1994). Da keine weitere Überprüfung der emotionalen Symptomatik im Rahmen der Katamneseerhebung erfolgt ist, kann somit kein direkter Rückschluss auf die Effekte des Tigertrainings gezogen werden.

Die subjektive Wahrnehmung des Tigertrainings war bei den Teilnehmern insgesamt sehr positiv. Vor allem wurde ein deutlicher Wissenszuwachs bzgl. Angsterkrankungen nach Abschluss des Tigertrainings beschrieben. Die Eingangshypothese kann somit bestätigt werden. Allerdings handelt es sich bei den Beurteilungen um subjektive Einschätzungen. Eine Überprüfung von konkreten Inhalten und faktischem Wissen der Teilnehmer ist nicht erfolgt, dies bzgl. fehlen objektivierbare Daten.

Von den teilnehmenden Kindern wurde vor allem die Gruppentherapie als positiv bewertet. Sie wurde als hilfreich beurteilt bzgl. des Wissensgewinns und bei der Überwindung von Ängsten. Diese Beurteilung deckt sich mit der Konzeption und den Zielen des Tigertrainings, da die Kernelemente der Gruppentherapie die Psychoedukation sowie die Expositionsübungen darstellen. Dadurch haben die Kinder Möglichkeit, ausreichend Wissen und Verständnis bzgl. des Störungsbildes zu gewinnen, um anschließend Expositionsübungen erfolgreich durchführen zu können. Diese unmittelbare Erfahrung kann die Selbstwirksamkeit der Kinder fördern und wiederum als Verstärker wirken, um weiteren Konfrontationsübungen zu stellen (Mohr & Schneider, 2015).

Trotz der positiven Bewertungen der Teilnehmer zeigten sich jedoch keine eindeutigen Effekte zur Wirksamkeit des Tigertrainings. Es stellt sich die Frage, wie diese Diskrepanz zwischen subjektivem Urteil und statistischen Daten erklärt werden kann. Wie in Kapitel 3 beschrieben, existieren bereits unterschiedliche Therapieprogramme in manualisierter Form für die Behandlung von Angststörungen im Kinder- und Jugendalter. Die meisten Manuale wurden als gezielte Intervention für die Behandlung einer spezifischen Angststörung entwickelt. Vor allem für die soziale Ängstlichkeit des Kindesalters und die soziale Phobie existiert eine Vielzahl von Behandlungsprogrammen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde versucht, ein übergreifendes Behandlungsangebot für diese unterschiedliche Patientengruppen zu entwickeln. Hintergrund für diese Herangehensweise waren vor allem Erkenntnisse aus dem klinischen Alltag, da im voll- oder teilstationären Setting meist Patientengruppen mit unterschiedlichen Störungsbildern zeitgleich behandelt werden. Das Zusammenfassen von Patienten mit unterschiedlicher Angstsymptomatik in ein gemeinsames Training erwies sich daher bei der Umsetzung der Studie als sinnvoll bzw. praxisorientiert, stellte jedoch eine Herausforderung dar. Es wurden daher vor allem die Elemente der Psychoedukation und Expositionen eingesetzt, welche sich bei der Behandlung von Angststörungen generell als besonders wirksam erwiesen haben (Ollendick, 2009; Mohr & Schneider, 2015). Auch wurde versucht, mit den Kindern trotz der unterschiedlichen Angststörungen verschiedene Herangehensweisen im Umgang mit ihrer individuellen Symptomatik und dem konkreten Angsterleben zu erarbeiten. Dabei wurde der Schwerpunkt auf den gegenseitigen Austausch nach den Expositionsübungen und der anschließenden

Reflexion gelegt. Auch wurden Möglichkeiten besprochen, mit negativen Gefühlen, die im Rahmen des Angsterlebens auftreten, angemessen umzugehen. Die Fähigkeit zur adäquaten Emotionsregulation ist eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung psychischer Störungen im Allgemeinen sowie für die Reduktion von Angstsymptomen im Sinne einer aktiven Krankheitsbewältigung (Kullik & Petermann, 2015). Es wurden somit verschiedene Elemente in die Gruppentherapie des Tigertrainings integriert, damit auch unterschiedliche Patientengruppen von dem Angebot profitieren können.

Die Konzipierung eines Therapieprogramms zur Behandlung verschiedener Angststörungen innerhalb eines Interventionsprogramms kann jedoch kritisch hinterfragt werden. Auf Symptomebene existieren zwar viele Übereinstimmungen bei den unterschiedlichen Angststörungen, vor allem hinsichtlich der dysfunktionalen Gedanken, intensiven körperlichen Reaktionen und dem ausgeprägten Vermeidungsverhalten (vergleiche Kapitel 1.7). Nach bisherigem Kenntnisstand ist jedoch noch unklar, welche ätiologischen Modelle den einzelnen Angststörungen zu Grunde liegen bzw. werden unterschiedliche Prozesse bei der Aufrechterhaltung der Angst diskutiert. Während z. B. bei der sozialen Phobie besonders die kognitiven Bewertungsprozesse und der soziale Vergleich eine zentrale Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Angst einnehmen (Stangier & Fydrich, 2002), wird der Verlauf der emotionalen Störung mit Trennungsangst vor allem durch die Art der elterlichen Einbindung beeinflusst (Schneider & Blatter, 2009; Mohr & Schneider, 2014). Aufgrund der Unterschiede der einzelnen Angststörungen in den auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen, wird in der Literatur eine differenzierte therapeutische Herangehensweise empfohlen. Der Einsatz symptomspezifischer Interventionen für die einzelnen Angststörungen wird aktuell favorisiert (Pflug et al., 2012).

8.3 Herausforderungen bei der Umsetzung des Studiendesigns

Das Studienprojekt war ursprünglich als größere Studie geplant, zur Evaluation des Tigertrainings wäre eine Gesamtstichprobengröße von $n=40$ notwendig gewesen, um eine minimal akzeptable Teststärke von $1-\beta=.80$ zu erreichen. Die Stichprobengröße ergibt sich sowohl aus vorherigen Studien mit vergleichbarer Fragestellung, welche Fallzahlen von $n=32$ (Monga et al., 2013) bis $n=44$ (Melfsen et al., 2011) hatten, als auch aus der statistischen

Poweranalyse. Aufgrund der begrenzten Anzahl von Therapieplätzen, die in der Tagesklinik zur Verfügung stehen, war eine kontinuierliche Rekrutierung mit mehreren Durchgängen geplant. Dabei sollten die Probanden jeweils per Zufall entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet werden und eine nach Alter und Geschlecht geschichtete Randomisierung erfolgen. Die Interventionsgruppe sollte zuerst für 3 Wochen das beschriebene Tigertraining durchlaufen. Die Kontrollgruppe sollte zunächst keine spezifische Intervention, in einem Zeitraum von 3 Wochen erhalten sondern das Treatment-as-usual, d. h. das reguläre tagesklinische Behandlungsangebot wie in Kapitel 4.1.2 beschrieben, durchlaufen. Das Vorgehen in der Interventions- und Kontrollgruppe sollte einem A-B-A-B-Design folgen. Diese Herangehensweise hat zum Ziel hat, durch Alternieren von A und B, einen Interventionseffekt bei derselben Untersuchungseinheit zu replizieren. Durch den Vergleich der A-Phasen mit den B-Phasen sollte ein valider Rückschluss auf die Wirkung der Intervention ermöglicht werden.

Das ursprünglich geplante Studiendesign konnte aufgrund verschiedener Probleme bei der Rekrutierung der Probanden nicht umgesetzt werden. So wollten einige Familien ausschließlich einmalig am Tigertraining teilnehmen und sahen nicht die Notwendigkeit, im Anschluss an das Interventionsprogramm, ihre Kinder in die Kontrollgruppe zu integrieren. Andere Familien wünschten sie eine zeitlich limitierte Teilnahme bzw. konnten aus organisatorischen Gründen nicht an dem ursprünglich geplanten, 6-wöchigen Versuchsdurchlauf teilnehmen. In einigen Fällen gab es generelle Vorbehalte seitens der Eltern oder Kinder gegenüber der Teilnahme an einer Studie. Durch diese Schwierigkeiten musste das Studiendesign angepasst und konnte nur in eingeschränktem Umfang, wie in Kapitel 6.1 beschrieben, durchgeführt werden. Daraus ergeben sich Schwierigkeiten bei der statistischen Analyse. Dies soll im folgenden Abschnitt näher ausgeführt werden.

8.4 Aussagekraft der statistischen Analyse

Durch das methodische Vorgehen in der vorliegenden Arbeit ergaben sich mehrere Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Ergebnisse. Aufgrund der kleinen Stichprobe sind die Ergebnisse in ihrer Aussagekraft eingeschränkt, d. h. sie können nur Hinweise auf die

Wirksamkeit des eingesetzten Behandlungsprogramms geben bzw. einen möglichen Trend abbilden.

Es konnte nur eine begrenzte Anzahl an psychodiagnostischen Verfahren zur Erfassung und Beurteilung der kinder- und jugendpsychiatrischen Symptomatik eingesetzt werden. Zum einen existieren nur wenige Instrumente zur Selbsteinschätzung von Angststörungen für jüngere Kinder, zum anderen waren die personellen Ressourcen, zur diagnostischen Einschätzung der Probanden und für die Umsetzung des Tigertrainings, begrenzt. Es musste daher eine genaue Auswahl der Testverfahren erfolgen und auf Untersuchungsinstrumente zurückgegriffen werden, die ausreichend bzgl. ihrer Aussagekraft und möglichst effizient einsetzbar waren. Die Erfassung weiterer spezifischer Variablen, wie z. B. die individuellen Stärken und Schwächen, Lebenszufriedenheit und Attributionsstile der Kinder sowie das Erziehungsverhalten der Eltern, wäre ebenfalls von großem Interesse gewesen. Wünschenswert wäre zudem, zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung, die vollständige Wiederholung der Eingangsdiagnostik gewesen, vor allem die erneute Durchführung des diagnostischen Interviews. Jedoch zeigten sich nicht alle Familien bereit für eine erneute Durchführung des Interviews bzw. waren einige Eltern nicht erreichbar. Aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen innerhalb der Studie war die komplette Wiederholung der psychodiagnostischen Untersuchungen somit nicht möglich. Die ermittelten Daten zur Evaluation des Tigertrainings weisen somit eine begrenzte Aussagekraft auf.

8.5 Schlussfolgerungen und Ausblick

Wie oben geschildert, ist die Aussagekraft der vorliegenden Untersuchungsergebnisse eingeschränkt, da nur eine kleine Stichprobe untersucht werden konnte. Die generelle Frage nach der Wirksamkeit des Therapieprogramms kann nur auf die untersuchte Population beantwortet werden.

Es stellt sich die Frage, ob die einzelnen Interventionen, die innerhalb des Tigertrainings durchgeführt wurden, eine spezifische Wirkung auf die Zielsymptomatik hatten. Dabei wäre es sinnvoll zu prüfen, welche Behandlungsangebote und -elemente, wie z. B. die Gruppentherapie, die Elterngruppe oder die einzelnen kreativtherapeutischen

Angebote, entscheidend zur Reduktion der Angstsymptomatik beitragen können. Aufgrund der Komplexität des Trainings mit Integration verschiedener gruppentherapeutischer und kreativtherapeutischer Angebote, konnte dies nicht im Einzelnen erfasst werden und ist aktuell nicht beurteilbar. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wäre eine erneute Durchführung des Tigertrainings mit separater Überprüfung der Wirksamkeit der einzelnen Behandlungselemente nötig. Besonders für die kreativtherapeutischen Angebote der Ergo- und Musiktherapie müssten spezielle Erhebungsinstrumente ausgewählt bzw. entwickelt werden, um eine differenziertere Beurteilung der nonverbalen Verfahren zu ermöglichen. Methoden für die Evaluation genereller musiktherapeutischer Interventionen existieren bereits (Gold et al., 2004; Ellerkamp et al. 2008), die spezifische Wirkung im Rahmen des Tigertrainings ist noch zu prüfen. Von weiterem Interesse wäre es, zu untersuchen, für welche Patienten das Tigertraining besonders geeignet ist. Zum Beispiel bei welchen Diagnosen, Altersgruppen oder welchem Schweregrad der Erkrankung besonders starke Effekte erzielt werden können. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen sind weitere Untersuchungen des Tigertrainings mit entsprechendem Studiendesign nötig, welches die Rekrutierung größerer Stichproben und die Umsetzung eines randomisierten kontrollierten Vorgehens ermöglicht.

Insgesamt ist festzuhalten, dass Therapieevaluation im klinischen Setting generell mit besonderen Herausforderungen verbunden ist, da neben der bestmöglichen Patientenversorgung auch wissenschaftliche Standards und methodische Vorgaben erfüllt werden sollen, um entsprechend repräsentative und statistisch signifikante Ergebnisse zur Wirksamkeit von Interventionen zu erhalten (Remschmidt & Mattejat, 2003). In Settings mit multimodalen und integrativen Behandlungsansätzen sowie interdisziplinärer Zusammenarbeit, wie sie vor allem in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vertreten sind, werden Evaluationsstudien vor diverse Probleme gestellt. Es existieren vielfältige Einflussfaktoren auf den Verlauf der Erkrankung, dazu zählen z. B. die spezifischen Behandlungsangebote, die Art der Beziehungsgestaltung zu Mitarbeitern und Mitpatienten oder natürliche Remissionseffekte, welche zueinander in Wechselwirkung stehen können (Garlipp, 2008). In der teilstationären Versorgung kommt der Einfluss struktureller Aspekte hinzu, wie dem täglichen Wechsels zwischen Klinik und dem häuslichen Umfeld (Zeeck et al., 2011).

Zur Verbesserung der Behandlungskonzepte und spezifischen Interventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind daher weiterführende Interventionsstudien nötig. Diese stellen das klinische Personal und Untersucher vor besondere Herausforderungen, können jedoch einen wertvollen Beitrag für die Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Patientenversorgung liefern und müssen daher dringend weiterhin Gegenstand der aktuellen Forschung sein.

Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. (1991). Manual for the child behavior checklist/4-18 and Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ahrens-Eipper, S., Leplow, B. & Nelius, K. (2010). Mutig werden mit Til Tiger: Ein Trainingsmanual für sozial unsichere Kinder Taschenbuch. Hogrefe.

Anderson C. M., Hogarty G. E. & Reiss D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin* 6, 490-515.

Angold, A., Costello J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (1), 57-87.

Agarwalla, P. & Küchenhoff, J. (2004). Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut*, 49 (4), 261-271.

Arntz, A., Rauner, M. & van den Hout, M. (1995). "I fell anxious, there must be danger": Ex-consequencia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research Therapy*, 33, 917-925.

Bäumel, J. & Pitschel-Walz, G. (2008). Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 39-44.

Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G. & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254 (6), 397-405.

Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. A. (1963). Vicarious reinforcement and imitative learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 601-607.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavior treatment of anxiety disorders in children: long-term (6 year) follow up. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.

Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. In J. Smetana (Ed.), *New directions for child development: Changes in parental authority during adolescence*. San Francisco: Jossey-Bass, 61-69.

Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy: a 40 year retrospective. *Archive of General Psychiatry*, 62, 953-959.

Becker, E. (2011). Angst. UTB-Profile, 7-15.

- Bekker, M. H. & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background but gender neutral treatment. *Gender Medicine Journal*, 4, 178-193.
- Bender, C., Berner, B., Best, D., Dilling, J., Schaff, C. & Uhlemann, T. (2017). Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung. Medhochzwei-Verlag.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (2004). Oxford Guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Oxford University Press, Oxford.
- Berk, A. (2011). Entwicklungspsychologie. Pearson Studium - Psychologie, 406-413.
- Birmaher, B., Axelson, D. A., Monk, K., Kalas, C., Clark, D. B., Ehmann, M., Bridge, J., Heo, J. & Brent, D. A. (2003). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 415-423.
- Blaser, M. & Csontos, I. (2014). Ergotherapie in der Psychiatrie. Verlag Hans Huber, 123-166.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1 Attachment. New York: Basic.
- Bowlby, J. (1982). Epilogue. The Place of Attachment in Human Behaviour, Colin Murray Parkes and Joan Stevenson-Hinde, (Eds.). New York: Basic Books, 310-13.
- Büch, H. & Döpfner, M. (2011). Behandlung sozialer Ängste im Kindesalter mit einem individualisierten kognitiv-behavioralen Therapieprogramm (THAZ- Soziale Ängste). Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*, 21, 41-47.
- Büch, H. & Döpfner, M. (2012) Soziale Ängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Band 2. Göttingen: Hogrefe.
- Brückl, T., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S. & Lieb, R. (2007). Childhood Separation Anxiety and the Risk of Subsequent Psychopathology: Results from a Community Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 47-56.
- Cannon, W. B. (1975). Wut, Hunger, Angst und Schmerz: eine Physiologie der Emotionen. München: Urban und Schwarzenberg.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R. & Spence, S. H. (1998). The role of the parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893-905.
- Charney, D. S. (2003). Neuroanatomical circuits modulating fear and anxiety behaviors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 38-50.

- Colman, I., Ploubidis, G. B., Wadsworth, M. E. J., Jones, P. B. & Croudace, T. J. (2007). A Longitudinal Typology of Symptoms of Depression and Anxiety Over the Life Course. *Biological Psychiatry* 62 (11), 1265-1271.
- Cortes, B. M. & Phan, K. L. (2005). The role of glutamate in anxiety and related disorders. *CNS Spectrums* 10, 820-830.
- Decker-Voigt, H. H., Oberegelsbacher, D. & Timmermann, T. (2012). Lehrbuch Musiktherapie. Reinhardt-Verlag, 17-104.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes-, Jugendalter. Deutscher Ärzteverlag, 3. überarb. Auflage, 291-302.
- Dick, P. H., Sweeney, L. & Crombie, I. K. (1991). Controlled comparisons of day-patient and outpatient treatment for persistent anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 158, 24-27.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II). Bern: Huber.
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. (2014). Arbeitsgruppe für die Deutsche Child Behavior Checklist. Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von T. M. Achenbach (Hrsg.). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/ 6-18R).
- Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H. & Ollendick, T.H. (2006). Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Domschke, K. & Deckert, J. (2007). Genetik der Angsterkrankungen: Stand der klinischen und molekularen Forschung. *Der Nervenarzt* 78, 7, 825–835.
- Hartmut O. Häcker, H. O. & Stapf, K. H. (Hrsg.). (2009). Dorsch psychologisches Wörterbuch, Huber, 15. Aufl. 40.
- Ellerkamp, T., & Goldbeck, L. (2008). Musiktherapie für ängstliche und unsichere Kinder. *Musiktherapeutischen Umschau*, 29, 1, 26-33.
- Ellerkamp, T., Marfilus, T. & Goldbeck, L. (2009). Musiktherapeutisches Training für ängstliche und unsichere Kinder.
- Ellis, A. (1970). The essence of rational psychotherapy. A comprehensive approach to treatment. New York: Institute for rational living.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263–279.

- Esser, G. (2004). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 1. Wissenschaftliche Grundlagen. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. K. Sulz (Hrsg.). CIP Medien, 163-176.
- Eysenck, M. W. (1991). Cognitive factors in clinical anxiety: Potential relevance to therapy. In M. Briley, S. E. File (Eds.). *New concepts in anxiety*. CRH Press, Boca Raton/ FL, 418-433.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Federer, M., Markgraf, J. & Schneider, S. (2000). Leiden schon 8-jährige an Panik? Prävalenzuntersuchungen mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, 28 (3), 5-14.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim. Beltz.
- Fliegenbaum, W. & Tuschen, B. (1996). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1. Grundlagen- Diagnostik- Verfahren- Rahmenbedingungen. Berlin, Heidelberg, New York, 301-313.
- Frohne, I. (1989). Beziehung und Deutung in kreativen Therapien. In T. Reinelt & W. Datler (Hrsg.). *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß*, 358-370.
- Frohne- Hagemann, I. & Pleß-Adamcyk, H. (2005). Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Ein Musiktherapeutische Diagnostik und Manual. Vandenhoeck und Ruprecht Verlag, 93-227.
- Garlipp, P. (2008). Evaluation allgemeinspsychiatrisch-tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes. Springer, 1-45.
- Gerlach, M., Mehler-Wex, C., Walitza, S., Warnke, A. & Wewetzer, C. (Hrsg.). (2016). *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie*. Springer-Verlag.
- Gold, C., Voracek M., Wigram, T. (2004): Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1054-1063.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe.
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review* 20, 429-451.
- Hackfort, D. & Schwenkmezger, P. (1985). Angst und Angstkontrolle im Sport: Sportrelevante Ansätze und Ergebnisse theoretischer und empirischer Angstforschung. Köln: bps-Verlag.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York; London: Longman.

Heckhausen, J. (2010). Motivation and development. In J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.), *Motivation and action*, 2nd Edition. New York: Cambridge University Press, 391-450.

Hettema, J. M., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568- 1578.

Hettema, J. M., Prescott, C. A. & Myers, J. M. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 62, 182-189.

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. 5. Auflage. Weinheim: PVU.

Hock, M. (2008). Erziehungsstile und ihre Auswirkungen. Parenting Styles and their Effects. In Schneider W. & Hasselhorn M. (Hrsg.) *Handbuch der Pädagogischen Psychologie*, Band 10. Göttingen: Hogrefe Verlag, 491-499.

Hopf, H. (2009). Angst und Angststörungen. In F. Leichsenring (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie. Psychoanalytische und tiefenpsychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 273-290.

Hoppe-Graff, S. (1999). Erziehungsstile und Erziehungsprozesse: Eine Einführung in ausgewählte Teilbereiche der Pädagogischen Psychologie. In P.R. Zimbardo (Hrsg.), *Psychologie*. Berlin: Springer, 683-718.

Ihle, W. & Jahnke, D. (2005). Die Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 12-20.

In-Albon, T., Wilhelm, W. H. & Schneider, S. (2004). Phobien. In T. Veitl & F. Petermann (Hrsg.). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*, 3. vollst. überarb. Auflage, Weinheim: Beltz, 419-428.

In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy und Psychosomatics*, 76, 15-24.

Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University Press.

Jacobi, C. & Margraf, J. (2009). Somatische Differenzialdiagnose. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmbedingungen*. 3. Aufl. Springer. 454.

Jacobi, F., Poldrack, A., & Hoyer, J. (2001). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie - Probleme, Strategien, Optionen. In J. Sturm & R. T. Vogel (Hrsg.). *Neue Entwicklungen in Psychotherapie und Psychosomatik*. Lengerich: Pabst, 161-185.

Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002a). *Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe.

- Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002b). Eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Sozialer Phobie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 284-290.
- Kagan, J. & Rosenberg, A. A. (1989). Physical and physiological correlates of behavioral inhibition. *Developmental Psychobiology*, 22 (8), 753-70.
- Kaplow, J. B., Curran, P. J., Angold, A. & Costello, E. J. (2001). The prospective relation between dimensions of anxiety and the initiation of adolescent alcohol use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 316-32.
- Kazdin, A. E. (2000). Encyclopedia of psychology. Washington, D.C.: American Psychological Association, Oxford, New York: Oxford University Press, 209-210.
- Kendall, P. C. & Ronan, K. R. (1990). Assessment of children's anxieties, fears, and phobias: cognitive-behavioral models and methods. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behaviour, and context, 223-244.
- Kendall, P. C. & Chu, B. C. (2000). Retrospective self-reports of therapist flexibility in a manual-based treatment for youths with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 209-220.
- Kendall, P. C., Aschenbrand, S. G. & Hudson, J. L. (2003). Child-focused treatment of anxiety. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), Evidence based psychotherapies for children and adolescents. New York: Guilford Press, 81-100.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schröder, E. & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance abuse and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M. & Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychological Medicine*, 29, 539-553.
- Kendler, K. S., Myers, J. M., Prescott, C. A. & Neale, M. C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58, 257-265.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K. & Wittchen, H. U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. In M. M. Anthony M. B., Stein (Eds.). Oxford handbook of anxiety and related disorders. Oxford Library of Psychology. Oxford University Press, Oxford, 19-33.
- Kley, H., Heinrichs, N., Bender, C. & Tuschen-Caffier, B. (2012). Predictors of outcome in a cognitive-behavioral group program for children and adolescents with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 79-87.

Koenigs, M. & Grafmann, J. (2009). Posttraumatic stress disorder: the role of medial prefrontal cortex and amygdale. *Neuroscientist* 15, 540-548.

Kossak, H. C. (2004). Hypnose: Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Beltz Verlag, 323-350.

Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C., Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 170 (7), 768-781.

Kriegebaum, C., Gutknecht, L., Schmitt, A., Lesch, K. P. & Reif, A. (2010). Serotonin kompakt, Teil 2. Verhaltensgenetik und Psychopathologie. *Fortschritt Neurologie Psychiatrie*, 78, 1-11.

Krohne, H. W. (1985). Entwicklungsbedingungen von Angst und Angstbewältigung: Ein Zwei-Prozess-Modell elterlicher Erziehungswirkung. In H. W. Krohne (Hrsg.). *Angstbewältigung in Lebenssituationen*, Weinheim, 135-160.

Krohne, H. W. (2010). *Psychologie der Angst*. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Kronmüller, K. T., Postelnicu, I., Hartmann, M., Stefinin, A., Geiser-Elze, A., Gerhold, M., Horn, H. & Winkelmann, K. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiater*, 54, 559-577.

Kühl, S., Bender, C., Kley, H., Krämer, M., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Prävention sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: Notwendig oder überflüssig? *Verhaltenstherapie*, 20, 239-246.

Kullik, A. & Petermann, F. (2015). Die Rolle der Emotionsdysregulation für die Genese von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 165-175.

Lagemann, H. (2009). Ergotherapeutische Arbeitsweisen in der Psychiatrie. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Thieme. 107-191.

Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B. & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57 (9), 859-66.

Linscott, J. & DiGiuseppe, R. (1994). Rational Emotive Therapy with Children. In C. W. LeCroy, (Edit.): *Handbook of Child and Adolescent Treatment Manuals*. New York: Lexington Books, 5-39.

Lübben, K. & Pfingsten, U. (1999). Soziales Kompetenztraining als Intervention für sozial unsichere Kinder. In: J. Markgraf & K. Rudolf (Hrsg.). *Soziale Kompetenz- soziale Phobie. Anwendungsfelder, Entwicklungslinien, Erfolgsaussichten* (2. Aufl.) Baltmannsweiler: Schneider, 145-169.

Mattejat, F. (2005). Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 3-11.

Manassis, K. (2001). Child-parental relations: Attachment and anxiety disorders. In Silverman, W. K., Treffers, P. D. (Hrsg.). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention*. New York: Cambridge University Press, 255-272.

Manassis, K. & Bradely, S. K. (2002). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15 (3), 345-366.

McLean, M. & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 496–505.

McNally, R. J. & Reese H. E. (2009). Information-processing approaches to understanding anxiety disorders. In: *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*, 136-152.

Melfsen, S. & Florin, I. (2002). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? *Journal of Nonverbal Behavior*, 26 (2), 109-126.

Melfsen, S. Kuehnemund, M., Schwieger, J., Warnke, A., Stadler, C. Poustka, F. & Stangier, U. (2011). Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 5.

Melfsen, S. & Walitza, S. (2012). Behandlung sozialer Ängste bei Kindern. Das „Sei kein Frosch“-Programm. Hogrefe.

Merod, R. (2007). Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1. DGVT Verlag, 23-58.

Michael, T., Zetsche, U. & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 6, 136-142.

Mineka, S. & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychology*, 61, 10-26.

Mogg, K., Baldwin, D. S., Brodrick, P. & Bradley, B., P. (2004). Effect of short-term SSRI treatment on cognitive bias in generalised anxiety disorder. *Psychopharmacology*, 176, 3–4, 466–470.

Mohr, C. & Schneider, S. (2014). Intensive Treatments for Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Psychopathology Review*, 1, 201-208.

Mohr, C. & Schneider, S. (2015). Zur Rolle der Exposition bei der Therapie von Angststörungen. *Verhaltenstherapie*, 25, 32–39.

Monga, S., Young, A. & Owen, M. (2009). Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: a pilot study, 243-250. doi: 10.1002/da.20551. Zugriff am 22.09.2016.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning- a reinterpretation of conditioning and problem solving. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.

Müller, N. (2002). Die soziale Angststörung bei Jugendlichen und Erwachsenen. Erscheinungsformen, Verlauf und Konsequenzen. Münster: Waxmann.

Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A. & Patarnello, M. G. (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 28-38.

Ollendick, T. H., Göran Öst, L., Reuterskjöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C., Jarrett, M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 504–516.

Petermann, U. (2000). Soziale Phobien und Unsicherheiten. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2., überarbeitete Auflage.

Petermann, U. (2005). *Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche*. 4., akt. Auflage. Weinheim, Beltz.

Petermann, F. & Groen, G. (2006). Soziale Kompetenztrainings. In: *Lehrbuch der Psychotherapie. Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Band 4, CIP, 319-329.

Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern* (11. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz PVU.

Petermann, F. & Petermann, U. (2011). *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition (WISC-IV)*. Frankfurt: Pearson.

Petermann, U. & Petermann, F. (2015). *Training mit sozial unsicheren Kindern. Behandlung von sozialer Angst, Trennungsangst und generalisierter Angst*.

Pfingsten, U. (1996). Training sozialer Kompetenzen. In Magraf, J. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer. Bd. 1, 361-370.

Pflug, V., Seehagen, S. & Schneider, S. (2012). Nichts Neues seit dem „kleinen Hans“ und dem „kleinen Peter“? Eine Übersichtsarbeit. *Psychotherapie der Angststörungen des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 21–28

Piaget, J. & Inhelder, B. (1972). *Die Psychologie des Kindes*. Walter Verlag.

Pitzer, M. (2016). Kinder- und jugendpsychiatrische Pharmakotherapie- Was sollten Kinder- und Hausärzte davon wissen. In *Arzneiverordnung in der Praxis* Band 43, 3, 133-135.

Plahl, C. & Koch-Temming, H. (Hrsg.). (2005). *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen - Methoden - Praxisfelder*. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 119-189.

Poulton, R., Trainer, P., Stanton, W., McGee, R., Davis, S. & Silva, P. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 159-163.

Quinn, M. M., Kavale, K. A., Mathur, S. R., Rutherford, R. B., & Forness, S. R. (1999). A Meta-Analysis of Social Skill Interventions for Students with Emotional or Behavioral Disorders. *Journal of Emotional Behavioral Disorders*, 7, 54-64.

Rachman, S. (2004). Fear and courage: A psychological perspective. *Social Research*, 71, 149-176.

Reischl, H.-P. & Erhardt, A. (2012). Genetik der Angsterkrankungen. In: *Psychotherapie*, 17. Jahrgang, Bd. 17, Heft 1. CIP-Medien, München, 74-86.

Remschmidt, H. & Matthejat, F. (2003). Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A1066–1072.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.). (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (6. akt. Aufl.)*. Bern: Huber.

Roozendaal, B., McEwen, B. S. & Chattari, S. (2009). Stress, memory, and the amygdale. *National Review Neuroscience* 10, 423-433.

Scheiber, I. (1996). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Bildungsverlag, 107-192.

Schneider, S. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer, 133-164.

Schneider, S. & Blatter, J. (2006). Angststörungen. In *Lehrbuch der Psychotherapie. Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Band 4, CIP, 531-538.

Schneider, S. & Blatter, J. (2009). Trennungsangst. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer, 481-502.

Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Angst- und phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 80-96.

Schneider, S. & In-Albon, T. (2006). Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter- Was ist evidenzbasiert? In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (3), 191-202.

Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C. & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy for social anxiety disorder: the impact of the "self-focused attention and safety behaviours experiment" on the course of treatment. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43 (2), 158-166.

Schwenk, C. & Reichert, A. (2012). Plan E - Eltern stark machen! Modulares Training für Eltern von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Beltz-Verlag.

Seehagen, S., Schneider, S. & Margraf, J. (2014). Developmental psychopathology. In P. Emmelkamp, & T. Ehring. *The Wiley handbook of anxiety disorders. Volume II: Clinical assessment and treatment*. Chichester: Wiley-Blackwell, 148-171.

Seligman, M. E. P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-321.

Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E. & Covino, J. (2008). The genetic basis of panic and phobic anxiety disorders. *American Journal of Medical Genetics*. Part C, Seminars in Medical Genetics, 148C, 118-126.

Sörensen, M. (1996). Einführung in die Angstpsychologie. Ein Überblick für Psychologen, Pädagogen, Soziologen und Mediziner, Weinheim, 4. Auflage.

Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. (2000). Cognitive behavior therapy with youth: Advances, challenges and future directions. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 7, 343-366.

Spence, S. H. (1996). The prevention of anxiety disorders in childhood. In P. Cotton & H. Jackson (Eds.). *Early intervention and prevention in mental health*. Carlton South VIC, Australian Psychological Society Ltd., 87-107.

Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an Emotional State. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (1), 23-49.

Spielberger, C.D. (1973) *The state-trait anxiety inventory for children (STAIC)*. The Psychological Corporation, San Antonio.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

Stangier, U. & Fydrich, T. (Hrsg.). (2002). *Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*, 10-180.

Steil, R., Matulis, S., Schreiber, F. & Stangier, U. (2011). *Soziale Phobie bei Jugendlichen: Behandlungsmanual für die Kognitive Therapie*. Beltz.

Stöber, J., & Schwarzer, R. (2000). Angst. In J. H. Otto, H. A. Euler & H. Mandl (Hrsg.), *Emotionspsychologie. Ein Handbuch*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 189-198.

Storz, D. & Oberegelsbacher, D. (2001). Wiener Beiträge zur Musiktherapie Band 3. Theorie und Klinische Praxis. Wien: Edition Praesens.

Strian, F. (2003). Angst und Angstkrankheiten. 5. Auflage, C. H. Beck, 7-33.

Tuschen-Caffier, B., Kühl, S. & Bender, C. (2009). Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter: Ein Therapiemanual. Hogrefe.

Ulrich-Lai, Y. M. & Hermann, J. P. (2009). Neurological regulation of endocrine and autonomic stress responses. *National Review Neuroscience*, 10, 397-409.

Unnever, S., Schneider, S. & Margraf, J. (2009). Kinder DIPS-II. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes und Jugendalter. Berlin: Springer.

Vaitl, D. (2004). Autogenes Training. In D. Vaitl & F. Petermann (Hrsg.). Entspannungsverfahren. Ein Praxishandbuch. 3. vollst. überarb. Auflage. Weinheim: Beltz, 87-106.

Warnke, A. & Lehmkuhl, G. (2011). Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Herausgegeben von: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. et al., 4. Aufl. Stuttgart, Schattauer.

Warschburger, P. (2006). Gruppentherapeutische Methoden mit Kindern und Jugendlichen. In F. Mattejat (Hrsg.). Lehrbuch der Psychotherapie. Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien; Bd.4. München: CIP-Medien-Verlag, 383-390.

Warwitz, S. A. (2016). Das Feld der Angstgefühle. In: Sinnsuche im Wagnis. Leben in wachsenden Ringen. 2., erw. Auflage. Verlag Schneider, Baltmannsweiler.

Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin* 117, 450-468.

Weisz, J. R., Hawley, K. M. & Doss, A. J. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13 (4), 729-815.

Weisz, J. R., Doss A. J., Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology*, 56, 337-363.

Wigram, T. (2004). Improvisation- Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 81-112.

Wittchen, H. J. & Jacobi, F. (2004). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 21- Angststörungen. Robert-Koch-Institut.

Wittchen, H. J. & Hoyer, J. (2011). Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer Verlag, Berlin, 543-552.

Woodward, L. J. & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 1086-1093.

Zeeck, A., Wenning, K. & Harmann, A. (2011). Psychosomatische Tagesklinik. Verarbeitung und Bewertung der Therapieelemente. In U. Schultz-Venrath (Hrsg.). *Psychotherapien in Tageskliniken: Methoden, Konzepte, Strukturen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 97-107.

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Unterscheidung von Angst und Furcht.....	10
Tabelle 2 Ängste und Angstquellen im Entwicklungsverlauf	15
Tabelle 3 Diagnostische Kriterien F93.0 nach ICD-10	27
Tabelle 4 Diagnostische Kriterien F93.1 nach ICD-10	29
Tabelle 5 Diagnostische Kriterien F93.2 nach ICD-10	29
Tabelle 6 Diagnostische Kriterien F93.80 nach ICD-10	30
Tabelle 7 Übersicht der verschiedenen Behandlungsprogramme zu Angststörungen	54
Tabelle 8 Überblick zu den Gruppenstunden des Tigertrainings	64
Tabelle 9 Überblick zu den Einheiten der Elterngruppe des Tigertrainings.....	69
Tabelle 10 Überblick zu den Angeboten des Tigertrainings: Ergotherapie.....	71
Tabelle 11 Überblick zu den Angeboten des Tigertrainings: Musiktherapie	74
Tabelle 12 Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung durch CGI-I	103
Tabelle 13 Beurteilungsfragebogen zur Gruppentherapie: Auswertung Kinder	104
Tabelle 14 Beurteilungsfragebogen zur Elterngruppe: Auswertung Eltern.....	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Studiendesign und Untersuchungsmethoden.....	90
Abbildung 2 Verlauf der Symptomausprägung Gesamtskala PHOKI	97
Abbildung 3 Verlauf der Symptomausprägung Subskalen PHOKI	99
Abbildung 4 Verlauf der Symptomausprägung Gesamtskala DISYPS FBB ANZ	100
Abbildung 5 Verlauf der Symptomausprägung CBCL/ 4-18.....	102
Abbildung 6 Inhaltliche Beurteilung der Gruppenangebote von Kindern und Eltern	105
Abbildung 7 Beurteilung der einzelnen Elemente des Tigertrainings durch Kinder.....	106

Anhang

Arbeitsblätter Elterngruppe

- AB 1** Übersicht zu den Inhalten der Elterngruppe
- AB 2** Ziele des Tigertrainings
- AB 3** Meine aktuelle Gefühlslage
- AB 4** Die Bewertung macht das Gefühl
- AB 5** Denkmuster
- AB 6** Kraftquellen für die Eltern
- AB 7** Angstverstärker und Angstminimierer

Geschichten zu Mut und Angst

Geschichte 1 *Eine Mutprobe*

Geschichte 2 *Der erste Schultag*

Arbeitsblatt Gruppentherapie

- AB 1** Ziele für das Tigertraining

Ablauf Gruppentherapien

- AB** Übersicht und Planung Sitzung 1
- AB** Übersicht und Planung Sitzung 2
- AB** Übersicht und Planung Sitzung 3
- AB** Übersicht und Planung Sitzung 4
- AB** Übersicht und Planung Sitzung 5
- AB** Übersicht und Planung Sitzung 6

Feedbackbögen

Bogen Bewertung Tigertraining Eltern

Bogen Bewertung Tigertraining Kinder



TIGER-ELTERNTRAINING

Eine Gruppe für Eltern ängstlicher Kinder- Übersicht zu den Inhalten

Einheit 1

Inhalt/ Schwerpunkt: Positive und negative Aspekte der Angst, Ziele der Eltern für ihre Kinder und Psychoedukation

- Vorstellungsrunde, Hinweis Schweigepflicht
- Einleitend: „Wozu ist Angst da?“, „Wozu ist sie nützlich und gut?“
- Typische Ängste im Kindes- und Jugendalter
- Ziele für das eigene Kind, AB 2
- Erwartungen an das Tigerprogramm, Thema: Behandlungsbedürftigkeit
- Ihre Erfahrung ist gefragt: „Wie entsteht die Angst?“, „Was erhält diese aufrecht?“
- Hausaufgabe: „Wo kann ich mein Kind unterstützen/ bei der Bewältigung helfen?“

Einheit 2

Inhalt/ Schwerpunkt: Ressourcen der Eltern

- Besprechung der Hausaufgaben
- Gefühlsarbeit, AB 3
- Thema: Gefühle beeinflussen unsere Sichtweise und unser Denken
- Zusammenhang von Gedanken, Gefühlen und Verhalten erschließen, AB 4
- Erklärung von Denkmustern und den Einfluss auf unser Erleben, AB 5
- Blick auf Kraftquellen für die Eltern, AB 6
- Hausaufgabe: „Erschließen einer persönlichen Kraftquelle!“

Einheit 3

Inhalt/ Schwerpunkt: Zwischenstand, Zwischenziele und weitere Ziele

- Wie erleben Sie ihr Kind aktuell? Wo gab es Fortschritte? Wo gab es Erfolge während der letzten Wochen? Blick auf Erfolgstreppe
- Gemeinsam an Beispielen aus dem Alltag erarbeiten: „Was verstärkt die Angst? Was verringert die Angst? Wie kann das Kind unterstützt werden?“, s. AB 7
- Fokus: Weiteres Üben und Abbau von Vermeidung

ZIELE – TIGERTRAINING

Im Rahmen des Tigertrainings soll Ihr Kind lernen, mutiger zu werden. Welche weiteren/ konkreten Ziele haben Sie im Zusammenhang mit unserem Training/ der Elterngruppe?

WELCHE ZIELE HABE ICH FÜR MEIN KIND?

1.
2.
3.

WELCHE ZIELE HABE ICH FÜR MICH?

1.
2.
3.



Meine aktuelle Gefühlslage

Mit Ihrem Kind verbinden Sie ganz unterschiedliche Gefühle. Wir möchten Sie bitten, eine kurze Momentaufnahme zu machen und die aktuellen Gefühle, die Sie mit Ihrem Kind verbinden, zu notieren. Dazu können Sie zunächst einfach alle Gedanken und Emotionen notieren, die Ihnen durch den Kopf gehen.

Anschließend werden wir diese Übung in der Elterngruppe besprechen.

Welche Gefühle verbinde ich momentan mit meinem Kind?

-

Die Bewertung macht das Gefühl

Bitte beschreiben Sie in Stichworten eine Situation in den letzten Wochen mit Ihrem Kind, die Sie als schwierig erlebt haben. Wie haben Sie sich gefühlt? Welcher Gedanke hat das Gefühl bei Ihnen ausgelöst?

Im nächsten Schritt überlegen Sie, welche Gedanken Sie stattdessen hätten denken können und welches Gefühl dadurch hervorgerufen worden wäre.

SITUATION	Eigene Bewertung/ Interpretation	Eigenes Gefühl in dieser Situation	Alternative Bewertung	<i>Gefühl, das alternativ hätte daraus entstehen können</i>

Denkmuster		
Art des Denkmusters	Beschreibung	Beispiel
Verallgemeinerung	Ein einziges, negatives Ereignis wird verallgemeinert.	Tobi hat sich heute nicht getraut, er kann es einfach nicht!
Geistige Filter	Nur ein negatives Detail wird beachtet, auch wenn alles andere positiv war.	Der Kindergeburtstag war <u>eine</u> Katastrophe, Sophia hat mit keinem anderen Kind gesprochen!
Über- und Untertreibung	Manche Dinge werden über- (z.B. eigene Fehler), andere unterschätzt (z.B. eigene Stärken).	Mein Kind hat <u>vor allem</u> Angst. Mein Kind traut sich <u>gar nichts</u> .
Dinge persönlich nehmen	Der Glaube, für alle möglichen Dinge persönlich verantwortlich zu sein.	Das ist <u>alles</u> meine Schuld!
Alles- oder- Nichts – Denken bzw. Schwarz-Weiß-Denken	Es werden nur die Extreme betrachtet.	Wenn der 1. Schultag nicht klappt, ist das ganze Schuljahr gelaufen.
Schuld-Irrtum	Andere sind schuld an meinen Problemen oder aber ich bin für alles verantwortlich.	Wenn mein Kind unglücklich ist, bin ich schuld.
Erwartungsdruck	Sich selbst mit Normen, Werten und Erwartungen unter Druck setzen.	Wenn ich <u>nicht immer</u> interessiert bin, bin ich kein guter Vater.
Katastrophisieren	Sich schlimme Folgen des (eigenen) Handelns ausmalen, die unrealistisch sind.	Wenn mein Kind sein Abi nicht schafft, wird es in der Gosse landen.
<i>Sicher</i> und <i>möglich</i> als Synonym betrachten	Die Zukunft in negativer Weise festlegen, obwohl Sie noch gar nicht fest steht.	Ich bin <u>mir sicher</u> , dass morgen wieder ein schlechter Tag wird.

Achtung: Worte wie „immer“, „nie“, „ständig“ usw. sind **Alarmzeichen** für verzerrte Denkmuster!

Kraftquellen für die Eltern

Bitte überlegen Sie für sich: Welche Personen, Aktivitäten etc. geben mir persönlich Kraft?
Was tut mir gut? Was habe ich schon lange nicht mehr für mich getan?



Hausaufgabe: Wählen Sie aus der Liste eine Aktivität aus und **planen** Sie ihre Umsetzung fest in der kommenden Woche ein!

ANGSTVERSTÄRKER- ANGSTMINIMIERER

Beschreiben Sie möglichst genau eine Situation aus dem Alltag, in der ihr Kind in letzter Zeit Angst hatte.

- Wurde die Angst im Verlauf stärker oder schwächer?
- Was hätte die Angst verstärken bzw. verringern können?

Situation	Was verstärkt die Angst?	Was reduziert die Angst?

Jedes Kind reagiert verschieden bei Angst und jede Familie ist individuell...

Überlegen Sie, wodurch bei Ihrem Kind die Angst verstärkt oder verringert wird:



Angstverstärker:

.....

.....

.....

.....

.....



Angstminimierer:

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Ziele möchte ich mit Hilfe
des Tigertrainings erreichen?



Ich möchte Folgendes schaffen:

1.....

2.....

3.....



Sitzung 1

Schwerpunkt: **Förderung der Gruppenkohäsion und der individuellen Zielformulierung**

Ablauf:

- Vorstellung von Aufbau und Inhalten des Trainings durch die Gruppenleiter.
 - Das gemeinsame Ziel des Tigertrainings wird benannt: Lernen Ängste, zu überwinden und mutiger zu werden.
 - Dazu soll innerhalb der 6 Gruppenstunden über Ängste gesprochen werden. Es werden Möglichkeiten und Lösungen im Umgang mit den einzelnen Ängsten besprochen und Übungen durchgeführt.
- Erarbeitung typischer Ängste im Kindes- und Jugendalter an Beispielen.
 - Die Kinder werden gefragt, wovor Menschen Angst haben können bzw. welche Ängste sie selber haben. Dies wird von den Kindern, ggf. mit Unterstützung, auf vorbereitete Karten geschrieben.
 - Anschließend werden die Karten von den Kindern sortiert, ggf. mit Unterstützung der Gruppenleiter. Dazu werden die Karten an einer Stellwand befestigt und verschiedenen Kategorien zugeordnet (dafür wurden Bilder vorbereitet, die beispielhaft eine Kategorie darstellen (Bsp. Spinne, Bilder von Menschen/ Gruppen, Unheimliches).
 - Es wird herausgearbeitet, dass es verschiedene Ängste und verschiedene Gruppen von Ängsten gibt, z. B. soziale Ängste, Phobien, Angst vor Leistungsanforderungen.
- Formulieren individueller Ziele, s. AB 1. Jedes Kind notiert diese Ziele einzeln für sich. Die Gruppenleiter unterstützen die Kinder dabei. Wenn sich die Kinder trauen, können sie ihr Ziel vor den Anderen in der Gruppe vorlesen.
- Stärkung der Gruppenkohäsion durch eine gemeinsame Interaktion/ Spiel. Bsp. Deckenspiel.
- Förderung der Identifikation mit dem Tigertraining und Mitarbeit in der Gruppe durch Einsatz eines Verstärkers, Stempel mit Tigerpfote

Sitzung 2

Schwerpunkt: **Vermittlung von Psychoedukation zu Angststörungen im Kindesalter**

Ablauf:

- Einstieg in die Thematik typischer Angstsituationen von Kindern anhand einer Geschichte. AB Geschichte 1
- Identifizieren von Gedanken, Gefühlen sowie körperlichen Symptomen bei Ängsten anhand allgemeiner Beispiele: „Wo fühlt das Kind Angst in der Geschichte?“
- Vorstellung und Erklärung des Zusammenhangs von Kognitionen und körperlichen Symptomen, Erklären des Angstkreislaufs anhand eines Bilds mit Körperumriss.
- Erarbeitung individueller Symptome.
 - Sammeln von Beispielen aus der Gruppe.
 - Diese werden in Form von Gedankenblasen und Gefühlskarten an den entsprechenden Stellen des Körperumrisses platziert.
- Erklärung des Einflusses positiver und negativer Kognitionen auf Emotionen, Sammlung von Beispielen aus der Geschichte und aus dem Alltag.
- Förderung der Identifikation mit dem Tigertraining und Mitarbeit in der Gruppe durch Einsatz eines Verstärkers, optional ein Gruppenspiel, Stempel mit Tigerpfote.

Sitzung 3

Schwerpunkt: **Vertiefung der Psychoedukation sowie Einstieg in die Expositionsübungen**

Ablauf:

- Einführung in die Thematik der Angst und Vermeidungsverhalten.
 - Erarbeiten des Zusammenhangs anhand einer Geschichte, AB Geschichte 2.
 - Besprechen der Angstkurve, Zusammenhang von erwarteter Angst, tatsächlicher Angst und Vermeidung, gemeinsam am Flipchart.

- Erarbeitung kognitiver und erlebnisorientierter Strategien zum Abbau der Angst, Erfahrungsaustausch bzgl. bisheriger Bewältigungsstrategien: „Was ist hilfreich, wie kann man Angst überwinden?“.
- Vorbereitung der Exposition, Zusammenstellung konkreter Aufgaben für die Exposition.
 - Diese Aufgaben werden formuliert und schriftlich festgehalten von einem Gruppenleiter.
 - Auf einer Skala erfolgt bei jedem Kind die Selbsteinschätzung der befürchteten Angst, d. h. der erwarteten individuellen Angstintensität. Dazu verwenden die Kindern Klammern, auf denen ihr Name steht.
- Es folgt die Durchführung erster konkreter Übungen in der Kleingruppe unter Anleitung durch den Gruppenleiter.
 - Zunächst werden vor allem Übungen zur Überwindung der sozialen Ängstlichkeit durchgeführt.
- Im Anschluss finden sich alle Kinder wieder zusammen. Auf einer Skala erfolgt bei jedem Kind die Einschätzung der Höhe der erlebten Angst.
- Gemeinsame Reflexion in der Gruppe, was ist gelungen, was hat geholfen, die Angst zu überwinden. Blick auf Positives und Ressourcen.
- Auf einer Wanderkarte können sich die Kinder einschätzen, wo sie sich gerade erleben, d. h. noch am Anfang oder schon näher an ihrem Ziel.
- Am Ende der Stunde: Förderung der Mitarbeit in der Gruppe und Bereitschaft zu weiteren Expositionsübungen durch Einsatz eines Verstärkers, verbale Verstärkung durch die Gruppenleiter und Stempel mit Tigerpfote.

Sitzung 4

Schwerpunkt: **Fortführung der Expositionsübungen**

Ablauf:

- Wiederholung der bereits vermittelten theoretischen Inhalte zur Thematik der Angst und Vermeidungsverhalten. Interaktives Abfragen, woran sich die Kinder noch erinnern. Als Erinnerungstütze: AB Geschichte 2 zusammenfassen, wiederholen lassen.
- Blick auf bisherige Erfolgserlebnisse der letzten Gruppenstunde sowie im Gruppenalltag.
- Es folgt die Durchführung weiterer Expositionsübungen in der Kleingruppe unter Anleitung durch den Gruppenleiter, Ablauf in Anlehnung Gruppenstunde 3.
- Im Anschluss finden sich alle Kinder wieder zusammen. Auf einer Skala erfolgt bei jedem Kind die Selbsteinschätzung der Höhe der erlebten Angst.
- Gemeinsame Reflexion in der Gruppe. „Was ist gelungen, was hat geholfen, die Angst zu überwinden?“ Blick auf Positives und Ressourcen.
- Am Ende der Stunde: Förderung der Mitarbeit in der Gruppe und Bereitschaft zu weiteren Expositionsübungen durch Einsatz eines Verstärkers, verbale Verstärkung durch die Gruppenleiter und Stempel mit Tigerpfote.

Sitzung 5

Schwerpunkt: **Weitere Vertiefung der Expositionsübungen**

Ablauf:

- Erneutes Wiederholen der bereits vermittelten theoretischen Inhalte.
- Aufgreifen der bisherigen Erfolge im Rahmen der Expositionsübungen.
 - Dabei können sich die Kinder gegenseitig positive Rückmeldungen geben. „Was ist gelungen? Was wurde beobachtet?“
- Weiterführung der Expositionsübungen, Ablauf s. Gruppenstunde 3.
- Im Anschluss finden sich alle Kinder wieder zusammen. Auf einer Skala erfolgt bei jedem Kind die Selbsteinschätzung der Höhe der erwarteten und erlebten Angst.
- Gemeinsame Reflexion in der Gruppe, was ist gelungen, was hat geholfen? Hinterfragen dysfunktionaler Gedanken, moderiert durch Gruppenleiter.

- Förderung der Mitarbeit in der Gruppe und Bereitschaft zu Expositionsübungen durch Einsatz eines Verstärkers, optional gemeinsames Spiel, Stempel mit Tigerpfote.

Sitzung 6

Schwerpunkt: **Wiederholung der Psychoedukation und Ermittlung des Therapiezwischenstandes**

Ablauf:

- Wiederholung und Festigung der bereits vermittelten Inhalte durch gemeinsame Reflexion.
 - Blick auf Stellwand mit Bildern zu Ängsten, s. Sitzung 1.
 - Blick auf Körperriss, s. Sitzung 2.
 - Frage an die Kinder: Was wissen sie noch von den ersten Stunden? Welche Ängste gibt es? Welche Gefühle und Gedanken sind typisch?
 - Wiederholung der Wirkweise von Angsterleben, Vermeidung und Überwindung in der Gruppe.
- Einschätzung des Grads der individuellen Zielerreichung mit Blick auf die anfangs notierten Ziele und bisherigen Fortschritte.
- Einschätzung auf Wanderkarte, individuell schätzt sich jedes Kind selber ein.
- Formulieren und notieren weiterer Ziele und Übungen für zuhause/ nach Abschluss des Tigertrainings.
 - Die Ziele werden auf Notizzettel geschrieben, die anschließend an Federn befestigt werden, die die Kinder mit nach Hause nehmen können.
- Gemeinsames Gruppenspiel zum Abschluss: Der Gordische Knoten.
- Abschluss: Stempel mit Tigerpfote als Verstärker.

Bewertung Tigertraining Elterngruppe

Bitte beurteilen Sie im Folgenden und kreuzen Sie an...

Wie sehr hat Ihnen das Elterntaining insgesamt gefallen?

GAR NICHT GUT	WENIGER GUT	GUT	SEHR GUT
--	-	+	++

Wie sehr hat Ihnen das Tigertraining geholfen...

Informationen über Angsterkrankungen im Kindesalter zu erhalten und die Erkrankung besser zu verstehen...

1	2	3	4
Gar nicht	ein wenig	viel	sehr viel

Ihr Kind bei der Überwindung seiner Angst besser zu unterstützen...

1	2	3	4
Gar nicht	ein wenig	viel	sehr viel

Neue Fähigkeiten zu erlernen, um mit der Angst ihres Kindes besser umzugehen...

1	2	3	4
Gar nicht	ein wenig	viel	sehr viel

Wie viel Zuversicht haben Sie, dass Sie durch die Teilnahme an der Elterngruppe, Ihr Kind auch zukünftig bei der Überwindung seiner Ängste gut unterstützen können

1	2	3	4
Gar keine	ein wenig	viel	sehr viel

+ Besonders positiv fand ich:

.....

.....

.....

.....

.....

- Nicht so gut hat mir gefallen/ folgende Vorschläge zur Verbesserung:

.....

.....

.....

.....

.....



Vielen Dank für die Rückmeldungen!

Bewertung Tigertraining

Bitte fülle diesen Bogen aus. Schätze ein und kreuze zu jeder Frage eine Antwort an...

Wie sehr hat dir das Tigertraining gefallen?

GAR NICHT GUT

NICHT GUT

GUT

SEHR GUT



Wie sehr hat dir das Tigertraining geholfen...

dass du mehr über deine Angst weißt:

1

2

3

4

Gar nicht

ein wenig

viel

sehr viel

Wie sehr hat dir das Tigertraining geholfen...

dass du deine Angst besser überwinden konntest:

1

2

3

4

Gar nicht

ein wenig

viel

sehr viel

Wie sehr hat dir das Tigertraining geholfen...

dass du neue Fähigkeiten gelernt hast, um mit der Angst besser umzugehen/ dich mehr zu trauen:

1

2

3

4

Gar nicht

ein wenig

viel

sehr viel

Wie sehr hat dir das Tigertraining geholfen...

dass du dich auch in Zukunft mehr traust, deine Angst zu überwinden/ mutiger zu sein:

1	2	3	4
Gar nicht	ein wenig	viel	sehr viel

Bitte beantworte die nächsten Fragen (du darfst immer mehrere Kästchen ankreuzen)...

Welche Therapien haben dir besonders geholfen, deine Angst zu überwinden, dich mehr zu trauen?

- ☐ Gruppentherapie ☐ Ergotherapie ☐ Musiktherapie
- ☐ SKT ☐ Gespräche mit Therapeut/ in
- ☐ Gruppenalltag (Mahlzeiten, Spiele) ☐ etwas anderes (*bitte aufschreiben*):
-

Bei welchen Therapien hast du besonders viel über deine Angst gelernt, was dir helfen kann?

- ☐ Gruppentherapie ☐ Ergotherapie ☐ Musiktherapie
- ☐ SKT ☐ Gespräche mit Therapeut/ in
- ☐ Gruppenalltag (Mahlzeiten, Spiele) ☐ etwas anderes (*bitte aufschreiben*):
-

Bei welchen Therapien im Tigertraining hast du besonders gerne mitgemacht?

- ☐ Gruppentherapie ☐ Ergotherapie ☐ Musiktherapie
- ☐ SKT ☐ Gespräche mit Therapeut/ in
- ☐ Gruppenalltag (Mahlzeiten, Spiele) ☐ etwas anderes (*bitte aufschreiben*):
-

☺ Gibt es noch andere Dinge, die dir am Tigertraining gut gefallen haben?

(bitte aufschreiben):

.....

.....

.....

.....

.....

☹ Gibt es Dinge, die dir am Tigertraining nicht gut gefallen haben?

(bitte aufschreiben):

.....

.....

.....

.....

.....



Vielen Dank für das Ausfüllen!

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Schulte-Körne bedanken, der den Impuls für diese Doktorarbeit gegeben, mir die Umsetzung des Projekts ermöglicht und mich dabei sehr unterstützt hat.

Mein weiterer Dank gilt meinem Team und den Oberärztinnen Frau Weninger und Dr. Elisabeth Lingenfelder für die Unterstützung und Offenheit, welche die Umsetzung dieses Projekts ermöglicht haben. Des Weiteren danke ich all meinen Kollegen der Tagesklinik: den Therapeuten und Kollegen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst. Ganz besonders gilt mein Dank Kerstin Grimm, geb. Guter, Lisa Geiger, Lisa Silberhorn, geb. Werner und Jasmin Reusch, die sich engagiert und kreativ bei der Entwicklung und Durchführung des Tigertrainings eingebracht und es so deutlich bereichert haben. Ohne eure große Unterstützung wäre dies nicht möglich gewesen- ein herzliches Dankeschön!

Dr. Belinda Platt hat mir vor allem bei den methodischen Überlegungen, der Planung des Studiendesigns und der Beantwortung meiner statistischen Fragestellungen sehr geholfen.

Ganz besonders bedanke ich mich bei Nikolas, für die ständige Unterstützung, die aufbauenden Worte und seine Motivierung, die entscheidend waren, um dieses Projekt erfolgreich umzusetzen- das bedeutet mir sehr viel!

Schließlich danke ich meiner Familie, meinen Eltern und meiner Schwester, die immer an mich glauben und meine Vorhaben im Leben stets unterstützen sowie all meinen Freunden, die stets für mich da sind.

Eidesstattliche Versicherung

Heiser, Katharina

Ich erkläre hiermit Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Behandlungsprogramms im teilstationären Setting für Kinder mit Angststörungen im Alter von 8-12 Jahren

selbständig verfasst, mich außer den angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorliegende Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung des akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 14.02.2018

Katharina Heiser