

# Die Behandlung der generalisierten Angststörung: Eine Kasuistik

Hildegard Goletz und Manfred Döpfner

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters  
am Klinikum der Universität zu Köln

**Zusammenfassung.** Das Störungsbild der generalisierten Angststörung im Kindes- und Jugendalter erweist sich häufig als sehr komplex mit verschiedenen komorbiden Angststörungen und depressiven Symptomatiken. Infolgedessen ist ein individualisiertes, umfassendes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen besonders relevant. Zur Illustration einer derartigen Vorgehensweise wird das detaillierte diagnostische Vorgehen mittels einer multimodalen und multimethodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik und das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen in der Behandlung eines 13-jährigen Jungen mit einer generalisierten Angststörung beschrieben. Darüber hinaus werden allgemeine kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmöglichkeiten der generalisierten Angststörung dargestellt.

**Schlüsselwörter:** Kasuistik, generalisierte Angststörung, Kinder und Jugendliche, Komorbidität, multimodale Diagnostik, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen

The treatment of generalized anxiety disorder: A case report

**Abstract.** Generalized anxiety disorder in children and adolescents frequently turns out to be very complex with different comorbid anxiety disorders and depressive symptoms. Consequently, comprehensive individualized assessment and therapeutic procedures are particularly important. To illustrate this kind of approach, the diagnostic procedure involving a multimodal and multimethodal assessment of behavioral and emotional problems and also the cognitive-behavioral treatment approach used in the case of a 13-year-old boy with generalized anxiety disorder are described in detail here. In addition, the cognitive-behavioral interventions that can generally be used in the treatment of generalized anxiety disorder are presented.

**Key words:** case report, generalized anxiety disorder, children and adolescents, comorbidity, multimodal assessment, cognitive-behavioral interventions

Obwohl generalisierte Angststörungen im Kindes- und Jugendalter relativ häufig auftreten, ist die Therapie dieses Störungsbildes bislang wenig thematisiert worden (Essau et al., 1998; Rynn & Franklin, 2002; Wittchen et al., 1998). Bei Erwachsenen beinhaltet die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der generalisierten Angststörung eine Kombination unterschiedlicher Strategien (Becker & Margraf, 2002; Morschitzky, 2002; Turrowsky & Barlow, 1996):

- Allgemeine Informationsvermittlung über die Störung (Bedingungsmodell),
- Selbstbeobachtung zur Sensibilisierung für die Mechanismen der Angstentstehung (Angst- bzw. Sorgenagebuch),
- Hier-und-Jetzt-Wahrnehmungsübungen (Konzentration der Wahrnehmung und des Erlebens auf gegenwärtige Sinneseindrücke und Erlebnisse und nicht auf vergangene oder zukünftige befürchtete Ereignisse),
- Entspannungstechniken (wie z.B. progressive Muskelentspannung),
- Kognitive Techniken (Identifikation automatischer Gedanken; Reattribuierung; Alternative Erklärungen

(einschließlich Einschätzung kognitiver Verzerrungen); Realitätsüberprüfung; Entkatastrophisieren). Die ständige Suche nach Sicherheit erfordert die Entwicklung größerer Toleranz von Unsicherheit und Restrisiko,

- Sorgenkonfrontation in sensu (Identifikation einzelner Sorgen; Erstellung einer Sorgenhierarchie; Konfrontation in sensu (Vorstellung einer typischen Sorgensituation mit möglichst allen negativen Konsequenzen zur Verminderung der Angst bzw. der Sorgen),
- Konfrontation in vivo zum Abbau von Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten (Identifikation von Vermeidungs- und Rückversicherungssituationen; Erstellung von Vermeidungs- und Rückversicherungshierarchien; Durchführung von Konfrontationsübungen),
- Prävention von Sorgenverhalten (Selbstbeobachtung und Aufgabe von Sorgenverhaltensweisen).

Analog der Behandlung im Erwachsenenalter werden im Kindes- und Jugendalter als verhaltenstherapeutische Behandlung der generalisierten Angststörung verschiede-

dene Strategien kombiniert. Der kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansatz von Kendall et al. (1992) „Coping Cat Programm“ beinhaltet Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Expositionen in sensu und in vivo (vgl. Duda-Kirchhof & Döpfner, 2000). Barrett und Mitarbeiter (1996) kombinierten das Coping Cat Programm mit familienzentrierten Interventionen. Die Wirksamkeit des Coping Cat Programms konnte in großen klinischen Stichproben (Kinder und Jugendliche mit generalisierten Angststörungen, sozialen Phobien und Störungen mit Trennungsangst) belegt werden (Barrett et al., 1996; Flannery-Schroeder et al., 2000; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall & Southam-Gerow, 1996). Mittels der Kombination kindzentrierter und familienzentrierter Interventionen ließen sich größere Wirksamkeitseffekte erzielen.

Die vorliegende Kasuistik zeigt ein der Komplexität des Störungsbildes entsprechendes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen auf.

## Vorstellungsanlass

Der 13-jährige Florian, der von seiner Mutter zum Erstgesprächstermin begleitet wird, gibt zu Beginn der Behandlung an, unter Ängsten zu leiden, die mit körperlichen Symptomen, insbesondere mit Übelkeit, Flackern vor den Augen, dem Gefühl, als ob ein Kloß im Hals stecke oder als ob er erbrechen müsse, aber auch Bauchdruck, Bauchrumoren, innerer Unruhe, Anspannung, Augenschmerzen, Luftmangel, Kopfweh, Hitzeanfällen, Knochenschmerzen, Schwindel, Kreislaufproblemen, Müdigkeit und Schlafstörungen einhergingen. Vereinzelt trete Herzrasen auf. Die Symptomatik sei erstmalig vor sieben Monaten am Vortag einer Mathematikarbeit auf dem Weg von der Schule nach Hause aufgetreten. Diese von ihm am nachfolgenden Tag geschriebene Mathematikarbeit sei mit „sehr gut“ bewertet worden. Derzeitig trete die Symptomatik immer dann auf, wenn er etwas leisten (z.B. Schreiben einer Klassenarbeit) oder irgendwohin gehen müsse. Die Symptomatik trete mit einer etwa 15-minütigen Dauer ca. zwei- bis dreimal wöchentlich auf. Die Mutter berichtet, dass Florian seit Jahren Angst habe, krank zu werden und sich seit einigen Wochen schwach und erschöpft fühle. Laut Angaben der Mutter seien die Ängste ihres Sohnes den Lehrern in der Schule bislang nicht aufgefallen. Vor dem Erstgesprächstermin habe ihr Sohn sich „große Gedanken“ darüber gemacht, was ihn „wohl erwarte“, und er habe sehr schlecht geschlafen.

## Lebensgeschichtliche Entwicklung

Florian wurde als einziges Kind eines 46-jährigen in einem Textilunternehmen tätigen Disponenten und einer 43-jährigen Friseurin/Kosmetikerin, die stundenweise in

ihrem erlernten Beruf tätig sei, geboren. Schwangerschaft und Geburt seien unauffällig verlaufen. Laut Angaben der Mutter sei der Sohn ein „Schreikind“ gewesen, so dass sie die Sprachentwicklung sehr forciert habe, um ihm die Artikulation seines „Leidens“ zu ermöglichen. Florian wird als ein immer zurückhaltendes und ruhiges Kind beschrieben, das sich gut alleine beschäftigen könne. Nach der Einschulung habe sich etwa sechs Monate lang eine Trennungsangstsymptomatik gezeigt. Die schulischen Leistungen des Jungen, der die achte Klasse eines Gymnasiums besucht, seien immer gut gewesen, wobei er sich im Unterricht aus Angst, etwas „Falsches“ sagen bzw. „auffallen“ zu können, mündlich selten beteilige. Er mache immer seine Hausaufgaben und bereite sich intensiv auf Klassenarbeiten vor, wobei er, laut Angaben der Mutter, auch genügend Pausen mache. Seine Eltern („Er ist sehr behütet aufgewachsen. Wir können ihm aber doch nicht immer alles abnehmen.“), zu denen er eine sehr enge Beziehung habe und mit denen er häufig über seine Sorgen und Probleme spreche, reagierten meistens sehr verständnisvoll und besorgt. Manchmal könne die Mutter sein „Jammern“ jedoch nicht mehr hören. Sie sage ihm dann, dass er mit dem Jammern aufhören solle, da er keinen Grund dazu habe.

Florian „mache“ es sich „gerne vor dem Fernseher gemütlich“, lese gerne, spiele gerne Gameboy sowie Gesellschafts- und Computerspiele und surfe gerne im Internet, um sein Wissen zu erweitern. Wenn er alleine sei, könne er das tun, was er wolle. Zu Aktivitäten und zu Treffen mit seinen vier Freunden müsse die Mutter ihn anspornen, denn er initiiere keine Kontakte mit ihnen („Ich sehe sie ja in der Schule.“). Die Eltern hätten ihrem Sohn zum Beispiel ein Jahresschülerabonnement für Konzert- bzw. Opernbesuche mit seinen Freunden geschenkt, „damit er nicht immer nur mit uns zusammen ist.“ Überdies initiierten seine Eltern gemeinsame (Freizeit-) Unternehmungen mit ihm, wie beispielsweise Kinobesuch, Essen gehen, Fahrradfahren, Besuche bei Verwandten, Ausflüge, Konzertbesuche. Florian habe seit etwa fünf Jahren einmal wöchentlich Gitarrenunterricht, wobei er kaum übe.

Im Rahmen eines Urlaubs mit seinen Eltern zwei Jahre zuvor habe sich Florian nach einer ganztägigen Busfahrt entlang der kurvenreichen Küste am Abend im Hotelzimmer übergeben. Dies habe er als sehr unangenehm und schamhaft erlebt, und seitdem habe er Angst, dass er sich übergeben müsse bzw. dass ihm schlecht werden könne. So frage er beispielsweise seine Mutter, ob Bonbons noch gut seien.

## Psychischer Befund

Im Erstgesprächskontakt zeigt sich der körperlich altersgemäß entwickelte Florian freundlich, kooperativ und deutlich überangepasst. Hinter seinem verschlossenen,

scheuen Auftreten sind seine depressive Stimmungslage, seine Ängste, Anspannungen, Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle, Selbstzweifel und Unsicherheiten spürbar. Zur differenzierten Diagnostik (einschließlich der weiteren Überprüfung komorbider Auffälligkeiten) wurden in Ergänzung zur klinischen Exploration entsprechende Fragebogenverfahren eingesetzt.

Im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4–18; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a), werden von der Mutter sowohl weit überdurchschnittlich ausgeprägter *Sozialer Rückzug* (T-Wert 76) als auch *Körperliche Beschwerden* (T-Wert 82) dargelegt. Überdies wird er als weit überdurchschnittlich *ängstlich/depressiv* (T-Wert 78) sowie überdurchschnittlich *schizoid/zwanghaft* (T-Wert 70) beschrieben. Bezüglich der entsprechenden übergeordneten Skalen zeigen sich stark ausgeprägte *internale Auffälligkeiten* (T-Wert 80) sowie ausgeprägte *Gesamtauffälligkeiten* (T-Wert 67). Alle anderen Skalen erweisen sich als unauffällig.

Im Fragebogen für Jugendliche (YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998b), erhält Florian ebenfalls sehr hohe Werte auf der Skala *Körperliche Beschwerden* (T-Wert 79), hohe Werte auf der Skala *Sozialer Rückzug* (T-Wert 70) sowie erhöhte Werte hinsichtlich der Skala *ängstlich/depressiv* (T-Wert 69). In Bezug auf die entsprechenden übergeordneten Skalen zeigen sich ausgeprägte *internale Auffälligkeiten* (T-Wert 75) und grenzwertig erhöhte *Gesamtauffälligkeiten* (T-Wert 60). Alle anderen Skalen erweisen sich als unauffällig.

Im Angstfragebogen für Schüler, AFS (Wieczerkowski et al., 1979) beschreibt Florian eine deutlich erhöhte *Manifeste Angst* (T-Wert 62), jedoch keine überdurchschnittliche *Prüfungsangst* bzw. *Schulunlust*.

Das Differentielle Leistungsangst Inventar (DAI) (Rost & Schermer, 1997) zeigt bei Florian leicht erhöhte Werte hinsichtlich der *Auslösebedingungen von Leistungsängstlichkeit* (T 58) auf, die sich in Florians Einschätzung, intellektuellen Leistungsanforderungen und Bewährungssituationen nicht genügen zu können (*Wissensbezogene Angstausslösung*: T 59) und seiner großen Angst in Situationen, in denen Leistung vor anderen vorgewiesen werden muss (*Sozialbezogene Angstausslösung*: T 65), dokumentiert. Überdies liegen leicht erhöhte Werte in Bezug auf körperliche Angstindikatoren (*Physiologische Angstmanifestation*: T 58) vor. Im Hinblick auf die *Copingstrategien bei Leistungsängstlichkeit* zeigen sich deutlich erniedrigte Werte (T 37), in denen sich die stark erniedrigten Werte bezüglich der Skala *Situationskontrolle durch Vermeiden und Mogeln* (T 33) manifestieren. Die stark erhöhten Werte angststabilisierender Kognitionen (*Interne Stabilisierung*: T 65) spiegeln sich überdies in den *Stabilisierungsformen von Leistungsängstlichkeit* (T 63) wider.

Im Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI), der deutschen Fassung des Fear Survey Schedule for Children (Döpfner et al., in Vorb.) beschreibt Florian *Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichem*, *Angst vor körperlichen Gefahren, Tod und Trennung*, *Schul- und Leistungsängste* sowie *soziale Ängste*.

Sowohl Florians Einschätzungen als auch die Einschätzungen seiner Eltern in den Fragebogen zur Erfassung von Angststörungen (SBB-ANG bzw. FBB-ANG) des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, DISYPS-KJ (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) weisen auf *soziale Angst* sowie leichter ausgeprägte *Trennungsangst* und *spezifische Phobie* hin. Während Florian im Selbsturteil hohe Werte im Hinblick auf generalisierte Angst erreicht, werden diesbezüglich geringere Ausprägungen („ein wenig“) von den Eltern angegeben. Florians Einschätzung in dem Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung von Depressiven Störungen (SBB-DES) weisen auf *Dysthymia* (gemäß ICD-10) hin. Seine Eltern schätzen ihren Sohn in dem entsprechenden Fremdbeurteilungsbogen zur Erfassung von Depressiven Störungen (FBB-DES) als „ein wenig“ dysthym ein. Die übrigen Symptomgruppen (depressive Symptome, Somatisches Syndrom, Gesamtskala Depressive Störung) werden sowohl von Florian als auch von seinen Eltern als geringgradig auffällig beurteilt.

## Diagnose

Unter Einbeziehung der Fragebogenergebnisse sind anhand der Diagnose-Checkliste für Angststörungen (DCL-ANG) (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) die Kriterien für eine Generalisierte Angststörung des Kindesalters nach ICD-10 und eine Generalisierte Angststörung nach DSM-IV erfüllt. Da die Störung bei Florian inhalts- und ausprägungsbezogen erwachsenentypische Merkmale aufweist (siehe Vorstellungsanlass), wird eine *generalisierte Angststörung* (ICD-10-Nr. F 41.1) diagnostiziert. Außerdem werden die Kriterien für eine Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters nach ICD-10 erfüllt; diese Diagnose kann jedoch nicht zusätzlich zur Diagnose einer generalisierten Angststörung gestellt werden. Nach DSM-IV, das diese Einschränkung nicht macht, wird zusätzlich die Diagnose einer *sozialen Phobie* gestellt.

Anhand der Diagnose-Checkliste für Depressive Störungen (DCL-DES) werden die Kriterien für eine *mittelgradige depressive Episode* (ICD-10-Nr. F 32.1) erfüllt. Eine Dysthymia kann nicht diagnostiziert werden, da die meisten Symptome nicht bereits seit zwei Jahren bestehen.

## Funktionale Bedingungsanalyse

In Florians lebensgeschichtlicher Entwicklung zeigt sich, dass operante und respondente Konditionierungsprozesse sowie dysfunktionale kognitive Schemata zur Entwicklung und Aufrechterhaltung seines Problemverhaltens beigetragen haben. Vor dem Hintergrund seiner ruhigen und zurückhaltenden Persönlichkeit versuchte Florian seine mangelnde Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit, die durch die Umsorgung, Behütung und übermäßige Beschützung durch die Eltern (mit-) bedingt war, durch ein Vermeidungsverhalten angstbesetzter (sozialer) Anforderungssituationen zu kompensieren (negative Verstärkung, siehe auch die Trennungsangstsymptomatik beim anfänglichen Besuch der Grundschule). Florian wendet dysfunktionale kognitive Schemata an, zum Beispiel: „Was wird mich wohl erwarten?“ „Ich werde es nicht schaffen.“ „Ich werde versagen.“ „Ich kann das sowieso nicht.“ „Was mache ich, wenn mir übel wird?“ „Ich will nicht hingehen.“ Diese Selbstregulationsmechanismen vor bzw. in Situationen, in denen sein Vermeidungs- bzw. Fluchtverhalten nicht möglich ist (z.B. Schreiben von Klassenarbeiten, Kinobesuch mit Gleichaltrigen), manifestieren sich in dem Störungsbild einer generalisierten Angststörung verbunden mit sozialer Phobie und einer depressiven Symptomatik. Die Eltern reagieren darauf gehäuft mit verstärkter Zuneigung (positive Verstärkung). In diesem Zusammenhang ist auch seine Angst vor potenziellem Erbrechen mit einzubeziehen, die primär durch respondente Konditionierungsprozesse auf seine Erfahrung im Anschluss an die Küstenbusfahrt während des Urlaubs zurückzuführen ist.

Um Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit (Selbstverstärkung) zu erlangen, zieht er sich in seine Welt zurück, in der er alleine ist und das tun kann, was er will. Die während des Alleinseins verstärkt auftretenden Sorgen und Grübeleien (z.B. auch über seine Gesundheit) tragen zu einer zunehmenden Angst- und Depressionssymptomatik bei.

## Therapieziele und Prognose

Florian wünscht sich, „dass ich nicht mehr so ängstlich bin und normal alles machen kann.“ Er will gesund sein und gute Freunde haben.

Es ergeben sich folgende (mit dem Jungen und seiner Mutter vereinbarte) Therapieziele:

- Patientenzentrierte Ziele
  - Aufhellung der depressiven Symptomatik,
  - Abbau von Ängsten (insbesondere von Kritik-, Fehlschlag-, Versagens- und Ablehnungsangst) und Unsicherheiten sowie Verhinderung des Neuernens von Ängsten und Unsicherheiten (Abbau

des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens),

- Aufbau und Etablierung kommunikativer und sozialer Fertigkeiten (soziale Kompetenz) und
- Verbesserung der Selbstakzeptanz (Aufbau eines positiven Selbstkonzepts bzw. Selbstwertgefühls).

- Familienzentrierte Ziele

- Abbau familiärer Bedingungen, die zur Aufrechterhaltung und Verstärkung der Störung beitragen.

Als prognostisch günstig für den Therapieverlauf erscheinen der hohe Leidensdruck Florians und die hohe Therapiemotivation sowohl des Jungen als auch der Mutter, die ihrem Sohn unbedingt helfen wolle. Anhaltspunkte, die die Prognose ungünstig erscheinen lassen, liegen in seiner negativen und pessimistischen Grundhaltung.

## Behandlungsplan

Der Behandlungsplan umfasst im Zusammenhang mit dem Abbau der ängstlichen und depressiven Symptomatik:

- Informationen für Florian und seine Mutter hinsichtlich der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptomatik (Vermittlung des Störungsmodells gemäß der funktionalen Bedingungsanalyse) (siehe oben).
- Patientenzentrierte Interventionen
  - Kognitive Umstrukturierung zur Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen und negativer Kognitionen, die sich auf das eigene Selbstwertgefühl beziehen (Harrington, 2001; Klein-Heßling & Lohaus, 2000), mit besonderem Fokus auf die Modifikation dysfunktionaler Kognitionen (z.B. Selbstinstruktionen) bei Expositionen in sensu und in vivo mit Angst und Sorgen auslösenden Leistungssituationen und sozialen (Anforderungs-) Situationen (Kendall et al., 1992; Duda-Kirchhof & Döpfner, 2000). In diesem Zusammenhang sollen erlebte bzw. bevorstehende aktuelle Ereignisse detailliert analysiert werden und die Konfrontation mit diesen Ereignissen erfolgen, wie z.B. Schreiben oder Rückgabe einer Klassenarbeit, aktive Beteiligung am Unterricht, Veranstaltungsbesuche (Oper, Konzerte, Kino) sowie Treffen mit Freunden, und damit verbundene dysfunktionale Kognitionen, insbesondere negative Attributionsmuster, herausgearbeitet und überprüft werden (Reattribution und Generierung alternativer adäquaterer Kognitionen).
  - Aufbau und Aufrechterhaltung sozialer Aktivitäten mit Gleichaltrigen (Harrington, 2001). Dabei soll Florian regelmäßige außerschulische soziale Aktivitäten mit Freunden initiieren.



- Erfassung und Bearbeitung der Probleme in Bezug auf Umgang (Kommunikation) mit Gleichaltrigen, sozialen Rückzug und soziale Isolation mittels ausgewählter Elemente des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Harrington, 2001) und des Trainings mit sozial unsicheren Kindern (Petermann & Petermann, 2003). In diesem Zusammenhang sind für Florian schwierige soziale Situationen (z. B. Beginn und Aufrechterhaltung einer Unterhaltung) im Rollenspiel mit alternierenden Rollenfunktionen einzuüben und diese Übungen in Alltagssituationen zu transferieren.
- Entspannungstraining (Progressive Muskelrelaxation nach Klein-Heßling & Lohaus, 2000).
- Familienzentrierte Interventionen
  - Abbau positiver Verstärkungsprozesse (insbesondere verstärkte Zuneigung) in für Florian angst- und sorgenvollen Leistungssituationen und sozialen (Anforderungs-) Situationen und
  - Anleitung der Eltern zur Förderung der Selbstständigkeit des Sohnes, indem sie ihm bestimmte Aufgaben übertragen.

## Therapieverlauf

Zur Unterstützung des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Florian und Therapeutin (Abbau von Angst, Nervosität und Anspannung des Jungen bezüglich der Therapiesituation) wurde die Mutter in die anfänglichen Therapiesitzungen mit einbezogen. In der Folge einiger Einzelsitzungen mit Florian fanden im weiteren Verlauf der Therapie wöchentlich alternierend Einzelsitzungen mit ihm und Sitzungen mit ihm in Begleitung seiner Mutter statt. Nach Exploration interner und externer Angst auslösender Stimuli mithilfe von Wochenplänen und einem Angstthermometer (siehe Abb. 1) wurde gemeinsam mit Florian und seiner Mutter ein Störungskonzept erarbeitet, in dem besonders die Relevanz dysfunktionaler Grundannahmen und negativer Kognitionen (Misserfolgserwartungen, katastrophisierende Gedanken, Selbstzweifel, sehr hohes Anspruchsniveau) betont wurde.

Diesen Zusammenhang zwischen seinen Kognitionen, Emotionen und physiologischen Symptomen konnte Florian schnell erfassen. Danach wurden zunächst die Ängste vor dem Schreiben und der Rückgabe von Klassenarbeiten anhand der detaillierten Beschreibung und Analyse der (internen und externen) Leistungssituation, des Hinterfragens der herausgestellten dysfunktionalen Kognitionen mittels der in Tabelle 1 aufgeführten Fragen der Reattribution und der Generierung alternativer angemessenerer Kognitionen bearbeitet (vgl. Schneider &

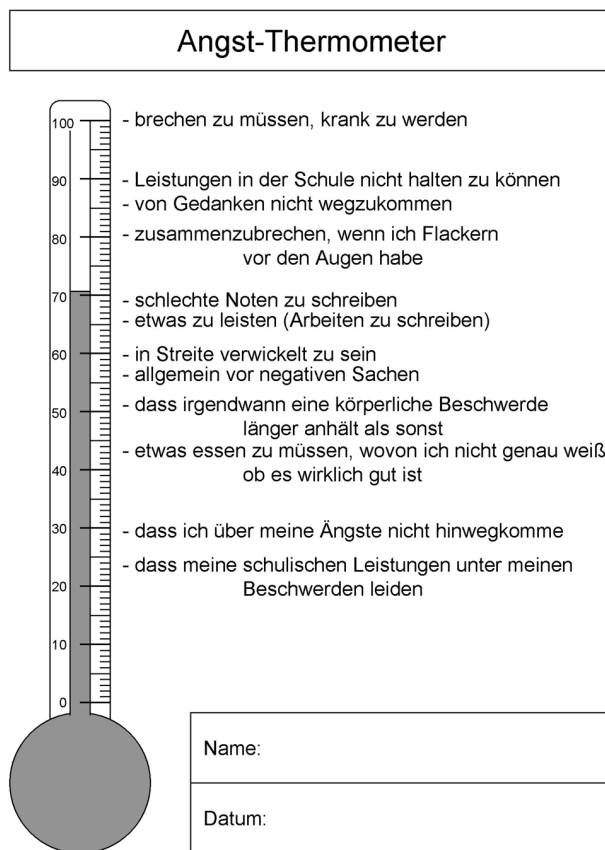


Abbildung 1. Florians Angstthermometer.

Tabelle 1. Fragen zum Umgang mit negativen, automatischen Gedanken (Sank & Shaffer, 1984; modifiziert)

Weiß ich ganz genau, dass _____ passieren wird?
Bin ich mir dieser schrecklichen Folgen hundertprozentig sicher?
Welchen Anhaltspunkt habe ich dafür, dass _____?
Muss _____ führen (zu) _____?
Was wäre das Schlimmste, das passieren könnte?
Wie schlimm wäre dies?
Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit dafür, dass _____?
Ist _____ wirklich so wichtig und folgenschwer?
Spiegelt _____ Meinung die Meinung aller anderen wider?

Döpfner, 2004). Dabei wurden beispielsweise die in Abbildung 2 dargestellten negativen Gedanken herausgearbeitet und kognitiv umstrukturiert (siehe Abb. 3).

### Was ich denke, wenn ich Ängste und Sorgen habe und grüble

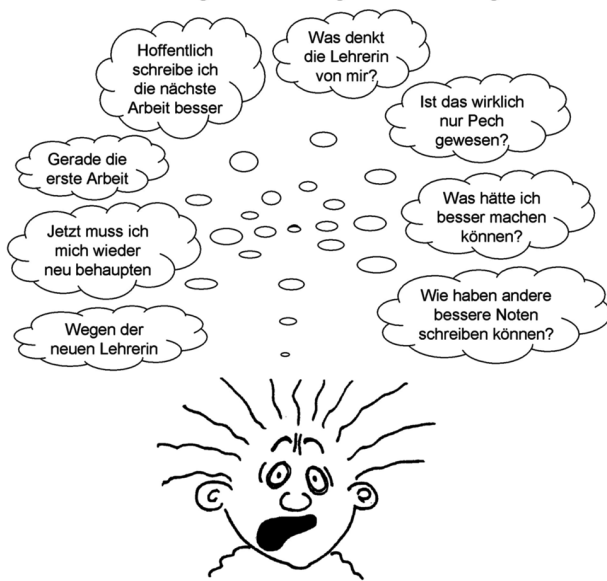


Abbildung 2. Dysfunktionale Kognitionen nach der Rückgabe einer Mathematikarbeit mit der Note „befriedigend“ (Arbeitsblatt in Anlehnung an Klein-Heßling & Lohaus, 2000).

### Was ich gegen Ängste, Sorgen und Grübeleien alles denken kann



Abbildung 3. Reattribution und Generierung alternativer adäquaterer (hilfreicher) Kognitionen nach der Rückgabe einer Mathematikarbeit mit der Note „befriedigend“ (Arbeitsblatt in Anlehnung an Klein-Heßling & Lohaus, 2000).

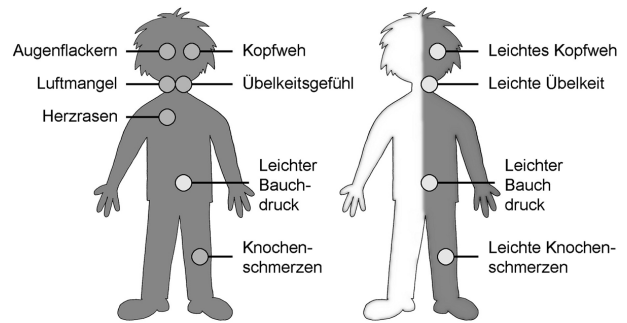


Abbildung 4. Körperliche Symptome zu Therapiebeginn und -ende. Mit den am Ende noch verbliebenen Symptomen konnte Florian mittels kognitiver Umstrukturierung und Entspannungsübungen besser umgehen (Arbeitsblatt in Anlehnung an Klein-Heßling & Lohaus, 2000).

In Rollenspielen unterschiedlicher Alltagssituationen (z. B. Angst vor Erkältung, Melden in der Klasse, Gruppenbildungen in der Klasse, Durchführung von Aktivitäten; teilweise unter Einbeziehung der Mutter) mit alternierenden Rollenfunktionen (insbesondere Selbst, Therapeut, Sohn, Vater, Mutter, Freund, [Mit-] Schüler, Lehrer) zeigte sich dann, dass Florian angemessenere Kognitionen zunehmend selbstständig generierte und internalisierte. Diese Techniken der kognitiven Umstrukturierung setzte er in weniger angstbesetzten Alltagssituationen (wie z. B. Melden in der Klasse) sowie beim Auftreten leichter körperlicher Beschwerden (siehe Abb. 4) eigenständig erfolgreich ein („Natürlich lassen die Beschwerden nach.“ „Es kann nicht passieren, dass ich zusammenbreche und mich übergebe.“). Gleichzeitig wurde mit der Mutter vereinbart, dass sie und ihr Mann auf das Klagen ihres Sohnes über körperliche Beschwerden nicht mit verstärkter Zuwendung reagieren, sondern es ignorieren. Die anhand einer Audiotassette mit Entspannungsinstruktionen (und Phantasiereise) zu Hause nahezu tägliche Durchführung der progressiven Muskelentspannung, zu der er angeleitet wurde, trug ebenfalls zur Reduktion körperlicher Beschwerden in Alltagssituationen bei.

Zur Förderung von Verantwortlichkeit und Selbstständigkeit übertrugen ihm die Eltern regelmäßige spezifische häusliche Aufgaben, wie z. B. Tisch abräumen, Abfallentsorgung, Einkaufen gehen und Eigenverantwortlichkeit für die Schul- und Spielsachen. In diesem Zusammenhang war es besonders wichtig, dass die Eltern in den Situationen, in denen Florian seine Verantwortlichkeit „vergaß“, sein Verhalten nicht positiv verstärkten. Beispielsweise kaufte ihm sein Vater Batterien für den Gameboy, als Florian diese vergessen hatte einzukaufen. Im Gespräch mit der Mutter wurde der Verstärkungsprozess dieser Interaktion aufgezeigt, die Relevanz konsequenter elterlicher Verhaltensweisen hervorgeho-

ben und vereinbart, im allgemeinen „unselbstständiges“ Verhalten des Sohnes zu ignorieren, eigenverantwortliches Verhalten hingegen positiv zu verstärken.

Die Planung und Durchführung sozialer Aktivitäten fielen ihm sehr schwer, insbesondere nach dem mit seinen Freunden gemeinsamen, laut Angabe der Mutter „katastrophalen“ Opernbesuch, der einige Wochen nach Beginn der psychotherapeutischen Behandlung erfolgte. Auf einem Balkon im Opernhaus sitzend, habe „ich die Höhe und die Enge bemerkt, und mir ist sehr schlecht geworden.“ Er sei gedanklich nur damit beschäftigt gewesen, sich nicht übergeben zu müssen. Die retrospektive Bearbeitung dieses von ihm traumatisch erlebten Ereignisses mittels Techniken der kognitiven Umstrukturierung (einschließlich einer Vorstellungsbildung, die das Erbrechen im Opernhaus als katastrophalste Konsequenz impliziert) trug zu seiner emotionalen Entlastung bei. Infolge eines mit der Therapeutin gemeinsamen Kinobesuchs (als Exposition in vivo), den Florian bezüglich Film- und Filmauswahl sowie Filmanfangszeit selbstständig plante, und dem mit seinen Eltern gemeinsamen Besuch eines Neujahrskonzertes konnten Florians Ängste vor derartigen Veranstaltungen reduziert werden. Im weiteren Verlauf der Therapie konnte er „deutlich weniger ängstlich“ und mit nur „gelegentlich“ auftretenden körperlichen Symptomen Kinobesuche mit Freunden bzw. mit seinen Eltern und Opernbesuche mit Freunden durchführen. Eine Busfahrt mit der gesamten Klasse zu einer Sportveranstaltung „verlief“ für ihn ebenfalls „ganz gut“, während es einigen anderen schlecht geworden sei.

Für die Initiierung von Treffen mit Freunden war es zunächst erforderlich, dass Florian in Rollenspielen (in sensu) mit alternierenden Rollenfunktionen (Selbst, Freunde, Mitschüler, Lehrer, Unbekannte) das Ansprechen von Personen, das Beenden von Gesprächen, sich anderen anschließen und mitzumachen, Kritik auszuhalten sowie andere zu kritisieren und sich durchzusetzen übte. In diesem Zusammenhang wurde sowohl sein nonverbales als auch sein verbales Verhalten fokussiert. Mittels der Rollenspielübungen gelang es Florian im therapeutischen Setting sein ursprünglich leises, stockendes Sprechen in ein lauterer, deutlicheres Sprechen mit festerer Stimme zu modifizieren, den Blickkontakt zu halten und eine „lockerere“ Körperhaltung zu zeigen. Er fragte im Gespräch zunehmend nach und äußerte Wünsche und Forderungen. Der Transfer dieser Übungen in Alltagssituationen fiel Florian sehr schwer. Die zunächst immer wieder als ursprüngliche Verhaltensmuster gezeigten Vermeidungsverhaltensweisen (z.B.: „Ich konnte nicht nach vorne zu der Lehrerin gehen, um sie etwas zu fragen, da ich einen Krampf im Fuß bekommen habe.“) konnten erst durch vorbesprochene spezifische Verhaltensvorgaben (z.B. Fragen nach der Uhrzeit bzw. nach dem Weg in einer Fußgängerzone sowohl in Anwesenheit als auch in Abwesenheit der Therapeutin, Unterhaltung mit der Mutter sowie aktive Beteiligung an Gesprächen

mit Klassenkameraden in öffentlichen Verkehrsmitteln) analog der Abfolge eines Problemlöseprozesses, und eigene Selbstbelohnungen (wie z.B. Fernsehgucken, Eis essen) nach und nach abgebaut werden. Daran anknüpfend wurde vereinbart, dass er sich zwei- bis dreimal wöchentlich auf seine Initiative hin mit Freunden verabredet. In den sozialen Situationen mit Gleichaltrigen trat er verbal und nonverbal zunehmend selbstsicherer auf, und er machte die Erfahrung, dass sie auch Spaß machen können.

Im Verlauf der Therapie konnte somit die Angst- und depressive Symptomatik deutlich vermindert werden, insbesondere die Angst vor sozialen Situationen und die damit zusammenhängende Angst vor Übelkeit und Erbrechen. Die Angst auslösenden bzw. sorgenvollen Situationen konnten adäquater bewältigt werden, und die körperlichen Symptome verminderten sich. Die sozialen Aktivitäten mit Gleichaltrigen und das damit zusammenhängende selbstsichere verbale und nonverbale Auftreten wurden gesteigert. Florian konnte mehr Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit übernehmen; seine depressive Stimmung reduzierte sich und er war in der Lage mehr Spaß zu haben. Die Behandlung wurde nach 27 therapeutischen Sitzungen mit der Möglichkeit einer bedarfsabhängigen Wiedervorstellung beendet.

## Diskussion

Unter Berücksichtigung, dass das Störungsbild der generalisierten Angststörung oft sehr heterogen und schwer fassbar erscheint (ihre nosologische Entität wird immer noch diskutiert) und diese Störung überdies häufig mit anderen psychischen Störungen auftritt, ist eine detaillierte diagnostische Vorgehensweise besonders relevant, wie dies mittels einer multimodalen und multimethodalen Verhaltens- und Psychodiagnostik (Döpfner et al., 2000) erfolgt. Eine solche Diagnostik erwies sich bei Florians Symptomatik als besonders nützlich, um seine, eine große Nähe zur generalisierten Angststörung aufweisende und bisweilen schwer von dieser abzugrenzende (Bandelow, 2001), depressive Symptomatik (neben der generalisierten Angststörung und der sozialen Phobie) als komorbide Störung zu diagnostizieren.

Florians psychotherapeutische Behandlung umfasste die Kombination patienten- und familienzentrierter Interventionen. Dabei waren die gemeinsam mit der Therapeutin in sensu und in vivo durchgeführten Expositionen mit Angst und Sorgen auslösenden Leistungssituationen und sozialen (Anforderungs-) Situationen, einschließlich der Umstrukturierung der jeweilig auftretenden Kognitionen, besonders relevant, da ihm die Unterlassung des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens besonders schwer fiel. Ergänzend dazu waren Interventionen in der Familie zur Förderung von Florians Selbstständig-

keit bzw. zum Abbau maladaptiver Interaktionsprozesse (als Verstärkungsprozesse seines Problemverhaltens) hilfreich. In diesem Zusammenhang wurde Florians Mutter verstärkt in den therapeutischen Prozess mit einbezogen.

Die Kasuistik verdeutlicht die Komplexität des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit generalisierten Angststörungen. Wie bereits in anderen Kasuistiken zur Diagnostik und Behandlung von Angststörungen aufgezeigt (Döpfner, 1995, 1999; Kirchhoff & Döpfner, 1999), treffen wir häufig auf komplexe Störungsbilder mit mehreren komorbiden Angststörungen und auch depressiven Symptomatiken, die ein individualisiertes Vorgehen in der Diagnostik und Therapie erfordern. Die Diagnose einer generalisierten Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit multiplen Ängsten, weist zwar auf gemeinsame Mechanismen hin; dennoch müssen in der Regel für die verschiedenen Angstsymptome auch spezifische Therapieansätze gewählt werden.

## Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 a). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers, K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998 b). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers, K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Bandelow, B. (2001). *Panik und Agoraphobie. Diagnose, Ursachen, Behandlung*. Wien: Springer.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (1996). Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.
- Becker, E. & Margraf, J. (2002). *Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M. (1995). Behandlung eines Kindes mit Phonophobie und sozialer Angst. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 248–253.
- Döpfner, M. (1999). Agoraphobie, soziale Angst, generalisierte Angst, Trennungsangst, Zwang, Depression? Die Behandlung komplexer Angststörungen im Jugendalter – eine Kasuistik. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 247–253.
- Döpfner, M. (2000). Diagnostik und funktionale Analyse von Angst- und Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – ein Leitfad. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 143–160.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)* (2. korrigierte und ergänzte Auflage). Bern: Huber.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schnabel, M. & Ollendick, T. (in Vorbereitung). *Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Duda-Kirchhoff, K. & Döpfner, M. (2000). Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen – Behandlungskonzept und Behandlungseffekte. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 161–170.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität von Angststörungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Verhaltenstherapie*, 8, 180–187.
- Flannery-Schroeder, E. C. & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251–278.
- Harrington, R. C. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R., Sessa, F. M. & Siqueland, L. (1992). *Anxiety disorders in youth: Cognitive-behavioral interventions*. New York: Macmillan.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- Kendall, P. C., Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724–730.
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2000). *Streßpräventionstraining für Kinder im Grundschulalter* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Kirchhoff, H. & Döpfner, M. (1999). Behandlung eines Kindes mit Trennungsangst durch Exposition im häuslichen Umfeld. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 111–116.
- Morschitzky, H. (2002). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Springer.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2003). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (8. erweiterte Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rost, D. H. & Schermer, F. J. (1997). *Differentielles Leistungsangst Inventar (DAI)*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Rynn, M. A. & Franklin, M. (2002). Generalized anxiety disorder in Children and Adolescents. In D. Nutt, K. Rickels & D. J. Stein (Eds.) *Generalized Anxiety Disorder. Symptomatology, Pathogenesis and Management* (pp. 155–170). New York: Dunitz.
- Sank, L. I. & Shaffer, C. S. (1984). *A Therapist's Manual for Cognitive Behavior Therapy in Groups*. New York: Plenum Press.



- Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13, 80–96.
- Turowsky, J. & Barlow, D. H. (1996). Generalisiertes Angstsyndrom. In J. Margraf (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen* (S. 87–106). Berlin: Springer.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1979). *Angstfragebogen für Schüler*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109–126.

Hildegard Goletz, Dipl.-Psych.  
Prof. Dr. sc. hum. Manfred Döpfner, Dipl.-Psych.

---

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
am Klinikum der Universität zu Köln  
Robert-Koch-Straße 10  
50931 Köln