

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln  
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. G. Lehmkuhl

**Konzeption und Evaluation eines  
kognitiv-behavioralen Therapieprogramms zur  
Behandlung von Trennungsängsten im Kindesalter**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung  
der Würde eines doctor rerum medicinalium  
der Hohen Medizinischen Fakultät  
der Universität zu Köln

**vorgelegt von  
Kristina Wulf  
aus Bottrop**

Promoviert am

19. Januar 2011

Gedruckt von Copy team cologne GmbH, Köln  
Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln  
im Jahre 2011

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. J. Klosterkötter

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner

2. Berichterstatter: Professor Dr. rer. nat. Dr. rer. medic. R. Pukrop

### Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von Herrn Universitätsprofessor Dr. sc. hum. Manfred Döpfner erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, den 20.05.2010

Unterschrift

Die Erarbeitung des Konzeptes dieser Dissertation erfolgte unter Anleitung von Herrn Universitätsprofessor Dr. sc. hum. Manfred Döpfner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden von mir selbst erhoben und ausgewertet. Die Probanden der Studie wurden von mir selbst behandelt.

## Danksagung

An erster Stelle danke ich Herrn Univ-Prof. Dr. Manfred Döpfner für die Überlassung des Themas und die Betreuung.

Und ich danke meinen Freunden und meiner Familie, die unverdrossen an den Abschluss dieser Arbeit geglaubt haben.



# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Trennungsängste – Einleitung und Stand der Forschung</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Störungsbild</b>	<b>2</b>
1.1.1 Symptomatik	2
1.1.2 Klassifikation	5
1.1.3 Epidemiologie	7
1.1.4 Verlauf	10
1.1.5 Komorbidität	13
1.1.6 Beeinträchtigung	15
<b>1.2 Pathogenese</b>	<b>16</b>
1.2.1 Anlagefaktoren	18
1.2.1.1 Genetische Transmission	18
1.2.1.2 Alter	20
1.2.1.3 Geschlecht	21
1.2.1.4 Temperamentsfaktoren	21
1.2.1.5 Physiologische Auffälligkeiten	24
1.2.1.6 Wahrnehmung und kognitive Stile	24
1.2.2 Umweltfaktoren	27
1.2.2.1 Bindung	27
1.2.2.2 Trennungserfahrungen	29
1.2.2.3 Elterlicher Erziehungsstil	31
1.2.2.4 Einfluss von Geschwistern	36
1.2.2.5 Einfluss von Peers	37
1.2.2.6 Einfluss von Schule/Kindergarten	39
1.2.2.7 Sozioökonomischer Status	39
1.2.3 Pathogenetisches Modell	40
<b>1.3 Diagnostik</b>	<b>41</b>
<b>2. Therapeutische Interventionen bei Trennungsängsten</b>	
<b>– Stand der Forschung</b>	<b>45</b>
<b>2.1 Therapiemanuale</b>	<b>45</b>
<b>2.2 Therapeutische Interventionsmechanismen</b>	<b>49</b>
2.2.1 Psychoedukation	56
2.2.2 Kognitive Interventionen	57
2.2.3 Reizkonfrontation	58

2.2.4 Entspannungsverfahren	60
2.2.5 Rückfallprophylaxe	61
2.2.6 Interventionen im Umfeld	62
2.2.7 Medikamentöse Therapie	62
<b>3. Entwicklung eines Behandlungskonzeptes</b>	<b>66</b>
<b>3.1 Behandlungskonzept</b>	<b>66</b>
<b>3.2 Behandlungsindikation</b>	<b>69</b>
<b>3.3 Behandlungsmodule</b>	<b>74</b>
3.3.1 Psychoedukation	75
3.3.2 Kognitive Interventionen	79
3.3.3 Kompetenzaufbau	81
3.3.4 Exposition	84
3.3.5 Rückfallprophylaxe	88
<b>3.4 Behandlungsplanung</b>	<b>90</b>
<b>4. Methodik</b>	<b>92</b>
<b>4.1 Fragestellung und Ziel der Studie</b>	<b>92</b>
<b>4.2 Aufbau der Studie</b>	<b>92</b>
4.2.1 Definition der Stichprobenkriterien	92
4.2.2 Ablauf der Studie	93
4.2.3 Messinstrumente	97
4.2.4 Hypothesen	107
4.2.5 Auswertung	108
<b>5. Ergebnisse</b>	<b>110</b>
<b>5.1 Beschreibung der Stichprobe</b>	<b>110</b>
5.1.1 Alter und Geschlecht	110
5.1.2 Intelligenz und Schulbesuch	110
5.1.3 Komorbide Störungen	111
<b>5.2 Beschreibung des Studienablaufs</b>	<b>112</b>
<b>5.3 Kasuistiken</b>	<b>114</b>
5.3.1 Fall 1	114
5.3.2 Fall 2	120
5.3.3 Fall 3	127
5.3.4 Fall 4	133

5.3.5 Fall 5	139
5.3.6 Fall 6	144
5.3.7 Fall 7	150
5.3.8 Fall 8	156
5.3.9 Fall 9	162
5.3.10 Fall 10	168
<b>5.4 Primäre Analysen</b>	<b>175</b>
5.4.1 Hypothese 1 – Verminderung Trennungsängste	178
5.4.2 Hypothese 2 – Verminderung komorbider Ängste	190
5.4.3 Hypothese 3 – Anstieg Kompetenz	195
<b>5.5 Sekundäre Analysen</b>	<b>200</b>
5.5.1 Ängste und Kompetenz	200
5.5.2 Andere Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	205
5.5.3 Elterliche Trennungsängste	206
5.5.4 Allgemeine familiäre und elterliche Belastung	208
5.5.5 Patientenzufriedenheit und Compliance	209
<b>6. Diskussion</b>	<b>212</b>
<b>6.1 Diskussion des Studienaufbaus und der Studienergebnisse</b>	<b>212</b>
6.1.1 Studienaufbau	212
6.1.2 Studienergebnisse	215
<b>6.2 Diskussion des entwickelten Behandlungskonzeptes</b>	<b>219</b>
<b>6.3 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand</b>	<b>227</b>
<b>6.4 Ausblick</b>	<b>229</b>
<b>7. Zusammenfassung</b>	<b>231</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b>	<b>233</b>
<b>9. Anhang</b>	<b>254</b>
9.1 Messinstrumente	254
9.2 Therapeutische Materialien	281
9.3 Ergebnisse	317
<b>10. Lebenslauf</b>	<b>318</b>



# 1. Trennungsängste – Einleitung und Stand der Forschung

Trennungsängste sind eine im Kindesalter häufig auftretende Angststörung. Bei bekannter Chronifizierungsgefahr für Angststörungen sowie einer hohen Eigendynamik von Trennungsängsten ergibt sich eine hohe Behandlungsnotwendigkeit. Eine störungsspezifische Behandlung dieser Angststörung erscheint durch mehrere Faktoren notwendig: Zum einen sind die Patienten sehr jung und benötigen daher spezifische Interventionszugänge. Weiterhin ist eine enge Einbindung der Eltern in die Therapie durch das Störungsbild selbst vorgegeben. Es bestehen hohe Komorbiditäten sowohl mit anderen Angststörungen als auch mit Aufmerksamkeits- und oppositionellen Störungen, so, dass beim Aufbau der therapeutischen Beziehung aber auch bei der Planung der Expositionsübungen spezifische Ansprüche an die Gestaltung der Therapie gestellt werden. Trotz dieses Bedarfs liegt im deutschsprachigen Raum noch kein spezifisches Manual zur Behandlung von Trennungsängsten vor. Mit der vorliegenden Arbeit ist versucht worden, aufbauend auf der Entwicklung eines spezifischen pathogenetischen Störungsmodells, die Grundzüge eines Behandlungskonzeptes zu entwickeln und die Wirksamkeit dieses Konzeptes an einer ersten Stichprobe zu evaluieren.

Im theoretischen Teil der Arbeit (Kapitel 1 und 2) wird in Kapitel 1 zunächst ein Überblick über das Störungsbild Trennungsängste, seine Pathogenese und seine diagnostische Erfassung gegeben. Kapitel 2 umfasst die Darstellung bestehender Behandlungsmanuale sowie des Forschungsstandes zu therapeutischen Interventionen bei Trennungsängsten. Auf der Basis des Forschungsstandes wird dann die Entwicklung des vorliegenden Behandlungsmanuals für Trennungsängste hinsichtlich des Konzeptes, seiner Indikation sowie der einzelnen Module und der Behandlungsplanung vorgestellt.

Der empirische Teil der Arbeit umfasst die Kapitel 4 und 5. In Kapitel 4 wird die Methodik hinsichtlich Fragestellung, Ziel und Aufbau der Studie dargestellt. Kapitel 5 umfasst die Darstellung der Studienergebnisse. Hier werden neben der Beschreibung der Stichprobe und des Studienablaufs die Kasuistiken sowie die Ergebnisse der primären und sekundären Analysen aufgeführt.

Kapitel 6 umfasst abschließend die Diskussion der Studienergebnisse sowie des entwickelten Manuals sowie eine Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand

und einen Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsfragen zum behandelten Thema.

Abschließend sei eine Anmerkung zum Sprachgebrauch in dieser Arbeit gemacht: Ich verwende bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die männliche Form. Inhaltlich soll hiermit keine Diskriminierung ausgedrückt werden sondern diese Regelung wurde nur aus Gründen der Sprachökonomie gewählt. Inhaltlich ist die weibliche Form in allen Fällen impliziert.

## **1.1 Störungsbild**

### **1.1.1 Symptomatik**

Trennungsängste werden zunächst einmal ganz allgemein als Ängste vor der Trennung von vertrauten Personen definiert. Sie treten im Kindesalter vor allem in zwei Zusammenhängen auf. Zunächst zeigen sich Trennungsängste ungefähr ab dem sechsten Lebensmonat und ist auch als „Fremdeln“ bekannt. Kognitiv beruht diese Angst auf der Fähigkeit, zwischen vertrauten und fremden Menschen zu unterscheiden, wobei das Kind bzgl. der vertrauten Person noch über keine ausreichende Objektpermanenz verfügt (Oerter & Montada, 1998). Entwicklungsbezogen tritt das Fremdeln in einer Phase auf, in der der Säugling seinen Radius motorisch ständig erweitert und sich damit räumlich zunehmend weiter von seiner Bezugsperson entfernt. In Trennungssituationen zeigen die Kinder „Absinken der Erkundungs- und Spielaktivität, Absinken der Stimmung, mitunter bis hin zum Weinen und verzweifelten Schreien“ (Oerter & Montada, 1998, S. 239). Das Fremdeln tritt bei verschiedenen Kindern in sehr unterschiedlicher Stärke auf und nimmt meist um das 2. bis 3. Lebensjahr wieder ab. Ängste vor Trennungen sind jedoch auch bei älteren Kindern noch häufig vertreten. So fanden Bell-Dolan, Last und Strauss (1990) klinische oder subklinische Ängste vor dem Verlust einer Bezugsperson bei 16,1% der von ihnen untersuchten Normalpopulation von 62 Kindern zwischen 5 und 18 Jahren. Auch Muris, Merckelbach, Mayer und Prins fanden bei fast 15% der von ihnen untersuchten Stichprobe von Schulkindern subklinische Symptome einer Störung mit Trennungsangst.

Die Grenze zu Trennungsängsten im klinischen, psychopathologischen Sinn wird überschritten, wenn Symptome von Trennungsängsten nach dem 3. Lebensjahr in so starkem Ausmaß auftreten, dass sie die Entwicklung des Kindes behindern und seinen

Alltag und den Alltag der Familie behindern. In diesem Zusammenhang sind Trennungsängste definiert als „starke, über einen langen Zeitraum anhaltende Angst vor einer dauerhaften Trennung von wichtigen Bezugspersonen“ (Schneider & In-Albon, 2004, S. 109). Husain und Kashani (1992, S. 57) definieren Störung mit Trennungsangst als „excessive, persistent, and unrealistic worry about separation from either the mother or primary attachment figure to the extent that the anxiety symptoms are very painful and cause a significant impairment or disability in one or more important areas of the child’s functioning“.

Die Ängste beziehen sich meist auf die Trennung von der Mutter, da sie häufig die engste Bezugsperson darstellt; sie können sich aber generell auf alle Personen beziehen, die wichtige Bezugspersonen für das Kind sind. Die Ängste treten situationsübergreifend auf, werden aber häufig besonders stark in einem Bereich berichtet. Die Ängste beziehen sich dabei auf Situationen, in denen das Kind ohne die Hauptbezugsperson alleine zu Hause oder allein bzw. ohne Hauptbezugsperson in einem anderen Kontext bleiben soll. Ein solcher anderer Kontext können Großeltern, Freunde, Schule, Kindergarten oder auch das Schlafen im eigenen Bett sein.

Auf der Symptomebene gehen Trennungsängste mit der für Ängste typischen Symptomtriade aus einer starken emotionalen Komponente, Angstgedanken und somatischen Beschwerden einher. Bei Kindern dominieren im klinischen Bild aber vor allem die Reaktionen, die mit der Angst einhergehen. Im direkten Vorfeld einer Trennung tritt häufig massives Weinen, Schreien und Anklammern auf (Schneider & In-Albon, 2004), um die Trennung, z. B. vor der Klassentür, zu verhindern. Dabei wirken die Kinder oft wie außer sich und zeigen Verhaltensweisen, die die Bezugspersonen von ihnen nicht kennen. Bei sehr starken Trennungsängsten kann es vorkommen, dass sich Kinder selbst innerhalb der Wohnung nur schwer von ihren Eltern trennen und diese wie ein Schatten durch das Haus verfolgen, wodurch die Privatsphäre der Eltern massiv eingeschränkt ist (Jellinek & Kearns, 1995). Insgesamt verursacht das Verhalten der Kinder meist eine sehr hohen Belastung für alle Mitglieder der Familie sowie für die Eltern-Kind-Beziehung. Auf kognitiver Ebene werden von Kindern Angstgedanken geschildert, die sich auf die Möglichkeit beziehen, dass der Bezugsperson oder ihnen selbst etwas passiert, z. B. dass sie gekidnappt werden könnten. Ausschlaggebend ist dabei die Befürchtung, für immer von den Bezugspersonen getrennt zu werden. Häufig sind auch Alpträume mit Trennungsinhalten, wobei neben Alpträumen auch die Probleme alleine oder auswärts zu schlafen zu einem erhöhten Maß an Schlafproblemen bei trennungsängstlichen Kindern führen. Alfano, Ginsburg und Kingery (2007) fanden bei trennungsängstlichen Kindern gegenüber einer Gruppe mit anderer Angststörungen neben Problemen

alleine oder nicht zu Hause zu schlafen auch signifikant höhere Werte in Ein- und Durchschlafproblemen sowie bei der Häufigkeit von Alpträumen. Auf somatischer Ebene werden von Kindern mit Trennungsängsten nach einer Studie von Ginsburg, Riddle and Davies (2006) vor allem Ruhelosigkeit, Bauchschmerzen und Herzklopfen benannt. Diese Symptome zeigten sich bei Kindern mit Trennungsängsten signifikant häufiger als bei Kindern mit anderen Angststörungen. Livingston, Taylor and Crawford (1988) fanden in einer stationären Gruppe (N=95) bei Kindern mit Trennungsängsten, Somatisierungsstörung und Psychosen signifikant mehr somatische Symptome als bei anderen Störungsbildern (ADHS, Zwangsstörungen, Überängstlichkeit, Major Depression). Dabei wurden von trennungsängstlichen Kindern Bauchschmerzen und Herzklopfen signifikant häufiger angegeben als von Kindern ohne Trennungsängste. Bauchschmerzen zeigten sich bei den Diagnosen Trennungsängste, Depressionen und Psychosen, Herzklopfen bei Trennungsängsten und Psychosen; alle anderen Symptome zeigten sich nur bei psychotischen Patienten häufiger als bei Kontrollpersonen. Auch in einer Studie von Last (1991) zeigte sich, dass die Anzahl angegebener somatischer Beschwerden bei Kindern mit Panikstörung und Trennungsängsten signifikant höher waren als in allen anderen Gruppen (Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Zwangsstörungen, Major Depression). In den Studien von Ginsburg, Riddle and Davies (2006) sowie von Last (1991) zeigten sich eine signifikante Zunahme berichteter somatischer Symptome mit dem Alter über alle Angststörungen hinweg (unter vs. über 12 Jahre bzw. unter vs. über 13 Jahre).

Die geschilderten Symptome zeigen sich in der Trennungssituation selbst aber häufig auch schon vorher in der Erwartung der Situation (Husain und Kashani, 1992). Letzteres gilt in besonderem Maße für Angstgedanken und somatische Symptome.

Einen Spezialfall und das gleichzeitig für ein Familiensystem belastendste Ausmaß nehmen Trennungsängste häufig in den Fällen an, in denen Kinder den Schulbesuch verweigern. Eine durch Trennungsängste bedingte Schulverweigerung wird dabei als Schulphobie bezeichnet (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2004). Diese muss abgegrenzt werden von Schulverweigerungen aus Angst vor der Schule (Leistungssituationen, Angst vor Mitschülern) sowie von Schulverweigerungen, die vor einem dissozialen Hintergrund bestehen. In der von Lehmkuhl und Lehmkuhl (2004) aufgestellten Klassifikation wird erstere als Schulangst, letztere als Schuleschwänzen bezeichnet. Eine Studie von Last & Strauss (1990) zeigten in einer Stichprobe von 67 Schulverweigerern zwei Subgruppen – Kinder mit Trennungsängsten und Kinder mit Phobien. Die trennungsängstlichen Kinder zeigten dabei einen früheren Beginn der

Schulverweigerung und eine insgesamt leichtere Symptomatik als die phobischen Schulverweigerer.

### 1.1.2 Klassifikation

In die gängigen Klassifikationssysteme International classification of mental and behavioral disorders (ICD) und Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) wurde die Diagnose Trennungsängste erstmals 1974 (ICD 8) (WHO, 1997) bzw. 1980 (DSM-III) (American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen. Dabei waren mit kleineren Abweichungen dieselben diagnostischen Kriterien wie in den jetzigen Ausgaben aufgeführt. In den aktuellen Ausgaben dieser Klassifikationssysteme ICD 10 (WHO, 1993) und DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wird die Störung als emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (ICD 10, F 93.0) bzw. als Störung mit Trennungsangst (DSM-IV, 309.21) aufgeführt. Dabei zeigen sich in den Diagnosekriterien keine deutlichen Unterschiede (Tab. 1), allerdings verlangt das ICD-10 in den Forschungskriterien einen Beginn der Störung vor dem 6. Lebensjahr, während das DSM-IV einen frühen Beginn vor dem 6. Lebensjahr und einen späten Beginn vor dem 18. Lebensjahr einschließt. Beide Klassifikationssysteme verlangen eine Dauer der Störung von mindestens vier Wochen.

Im Rahmen einer Überprüfung der Struktur von Angstsymptomen bei Kindern konnte Spence (1997) mit einer konfirmatorischen Faktorenanalyse die im DSM-IV aufgeführte Diagnoseklassifikation für Angststörungen bestätigen. Die beste Lösung bestand in einer sechsfaktoriellen Struktur, deren sechs Faktoren den Kategorien Panik-Agoraphobie, Soziale Phobie, Trennungsangst, Zwang, Generalisierte Angst und Angst vor körperlichem Schaden zugeordnet werden konnten.

Tab. 1: Diagnosekriterien für Trennungsängste nach DSM-IV und ICD 10

<b>DSM IV Störung mit Trennungsangst (309.21)</b>		<b>ICD 10 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0) (Forschungskriterien)</b>	
A	Eine entwicklungsmäßig unangemessene und übermäßige Angst des Kindes vor der Trennung von zu Hause und von seinen Bezugspersonen. Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:	A	Mindestens 3 der folgenden Merkmale müssen erfüllt sein: 1. Unrealistische, anhaltende Besorgnis über mögliches Unheil, das Hauptbezugspersonen (Hbp) zustoßen könnte oder über den möglichen Verlust

1	Wiederholter übermäßiger Kummer bei einer möglichen oder tatsächlichen Trennung von zu Hause oder von wichtigen Bezugspersonen.	solcher Personen oder anhaltende Sorge um den Tod von Bezugspersonen.
2	Andauernde und übermäßige Besorgnis, dass sie wichtige Bezugspersonen verlieren könnten oder dass diesen etwas zustoßen könnte.	2. Unrealistische, anhaltende Besorgnis, dass ein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hbp trennen werde, z.B. dass das Kind verloren geht, gekidnappt, ins Krankenhaus gebracht oder getötet wird.
3	Andauernde und übermäßige Besorgnis, dass ein Unglück sie von einer wichtigen Bezugsperson trennen könnte (z.B. verloren zu gehen oder entführt zu werden).	3. Aus Angst vor Trennung von einer Hbp oder um zuhause zu bleiben andauernde Abneigung oder Verweigerung, die Schule zu besuchen.
4	Andauernder Widerwillen oder Weigerung, aus Angst vor der Trennung zur Schule oder an einen anderen Ort zu gehen.	4. Trennungsschwierigkeiten am Abend, erkennbar an einem der folgenden Merkmale: a. anhaltende Abneigung oder Weigerung, Schlafen zu gehen, ohne dass eine Hbp 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	Ständige und übermäßige Furcht oder Abneigung, allein oder ohne wichtige Bezugspersonen zu Hause oder ohne wichtige Erwachsene in einem anderen Umfeld zu bleiben.	5. Anhaltende, unangemessene Angst davor, allein oder tagsüber ohne eine Hbp zu Hause zu sein.
6	Andauernder Widerwillen oder Weigerung, ohne die Nähe einer wichtigen Bezugsperson schlafen zu gehen oder auswärts zu übernachten.	6. Wiederholte Alpträume zu Trennungsthemen.
7	Wiederholt auftretende Alpträume von Trennungen.	7. Wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Erbrechen) bei Gelegenheiten, die mit einer Trennung von einer Hbp, wie beim Verlassen des Hauses, um zur Schule zu gehen oder bei anderen Gelegenheiten, die mit einer Trennung verbunden sind (Urlaub, Ferienlager).
8	Wiederholte Klagen über körperliche Beschwerden (wie z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Erbrechen), wenn die Trennung von einer wichtigen Bezugsperson bevorsteht oder stattfindet.	8. Extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hbp (es zeigt sich in Angst, Schreien, Wutausbrüchen; in der anhaltenden Weigerung, von zu Hause wegzugehen; in dem intensiven Bedürfnis,
B	Dauer der Störung beträgt mindestens 4 Wochen.	
C	Der Störungsbeginn liegt vor dem 18. Lebensjahr. Möglich ist die Klassifikation eines frühen Störungsbeginns vor dem 6. Lebensjahr.	
D	Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder	

<p>E Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen (beruflichen) oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung auf und kann bei Jugendlichen und Erwachsenen nicht besser durch eine Panikstörung mit Agoraphobie erklärt werden.</p>	<p>mit den Eltern zu reden oder in dem Wunsch nach Hause zurückzukehren, in Unglücklichsein, Apathie oder sozialem Rückzug).</p> <p>B Fehlen einer generalisieren Angststörung des Kindesalters.</p> <p>C Beginn vor dem sechsten Lebensjahr.</p> <p>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 Störung oder einer substanzbedingten Störung.</p> <p>E Dauer mindestens vier Wochen.</p>
---	--

### 1.1.3 Epidemiologie

Epidemiologische Studien zu Angststörungen zeigen eine insgesamt hohe Prävalenz im Kindes- und Jugendalter eine Angststörung zu entwickeln. Essau, Conradt und Petermann (2000) zeigten für eine Bremer Stichprobe von 12 – 17-Jährigen Jugendlichen eine Lebenszeit-Prävalenz von 18,6%, eine Angststörung zu entwickeln. In der Studie von Federer, Margraf und Schneider (2000) zeigte sich für eine ebenfalls deutsche Stichprobe eine 6-Monats-Prävalenz von 9,5% in einer Stichprobe von 8-Jährigen. Shaffer et al. (1996) zeigte in einer Stichprobe amerikanischer Kinder zwischen 9 und 17 Jahren eine Prävalenzrate von 21% für die Entwicklung einer Angststörung im Elternurteil und eine Prävalenzrate von 39,5% im Kinderurteil. Ähnliche Ergebnisse zeigte mit 23,5% eine Studie von Verhulst, van der Ende, Ferdinand und Kasius (1997) für eine niederländische Stichprobe von 13 bis 18-Jährigen. In einer Stichprobe an 290 8- bis 13-Jährigen fanden Muris, Merckelbach, Mayer und Prins (2000) bei 49% der Kinder Ängste auf subklinischem Level, wobei Trennungsängste mit 14,8% den höchsten Prozentsatz aufwiesen. Unter den zehn am häufigsten genannten Ängsten in der Frage nach der größten Angst, finden sich vier Trennungsangstsymptome.

Die Prävalenzen für die Störung mit Trennungsangst liegen in den meisten Studien zwischen 3 und 4% (Tab. 2). Dabei hängen die Schwankungen vor allem mit dem

gewählten Kriterium (Diagnose und Beeinträchtigung oder nur Diagnose) sowie mit dem Alter der Stichprobe zusammen. Breton et al. (1999) zeigten in ihrer Studie deutlich abnehmende Prävalenzen mit ansteigendem Alter der untersuchten Stichprobe. Während in der Gruppe der 6 - 8-Jährigen noch 4,9% der Kinder und 2,1% der Eltern Trennungsängste angeben, sinken diese Werte in der Gruppe der 9 – 11-Jährigen auf 1,8 bzw. 1,4% und bleiben in der Gruppe der 12 – 14-Jährigen mit Werten von 1,3 und 1,5% weitgehend stabil. Diese Ergebnisse befinden sich in Übereinstimmung mit signifikant abnehmenden Prävalenzraten zwischen 9 und 11 Jahren bzw. 10 und 20 Jahren in den Studien von Costello et al. (1996) und Cohen et al. (1993). Ein weiteres häufig gefundenes Ergebnis ist die Abhängigkeit der ermittelten Prävalenzrate vom Beurteiler. So zeigen die Studien von Breton et al. (1999) und Benjamin, Costello und Warren (1990) deutlich höhere Prävalenzraten im Kinderurteil verglichen mit dem Elternurteil.

Neben Phobien haben Trennungsängste im Kindesalter damit die höchste Prävalenzrate aller Angststörungen. Im Jugendalter geht die Häufigkeit deutlich zurück.

Tab. 2: Prävalenzraten der Störung mit Trennungsangst

Studie	N	Alter	Art der Stichprobe	Erhebung/ Def. Störung	Prävalenz	Prävalenzart
Anderson et al. (1987) Neuseeland	792	11	regionale Feldstichprobe	CBQ, DISC-C/ DSM-III	3,5%	1-Jahres
Benjamin et al. (1990) USA	789	7-11	klinische Stichprobe	DISC-C u. P	4,1%	1-Jahres
Bergeron et al. (1992) Kanada	68	6-11	regionale Feldstichprobe	DISC-2/ DSM-III-R	Eltern: 4.4% Kind: 4.4%	6-Monats
Bird et al. (1988) USA	386	4-16	regionale Feldstichprobe	CBCL, TRF; DISC-C u. P/ DSM-III	4,7%	6-Monats
Bolton et al. (2006) England	932 4	6-6;6	regionale Feldstichprobe	ADIS-C/P/ DSM-IV	2,8%	3-Monats
Bowen et al. (1990) USA	129 9	12- 16	regionale Feldstichprobe	CBCL, OCHS Checklist / DSM-III-R	3,6%	k. A.
Boyle et al. (1993) USA	114	6-11	regionale Feldstichprobe	DICA-R C u. P/ DSM-III-R	Eltern: 1,5% Kinder: 8,5%	3-Monats
Breton et al. (1999) Kanada	240 0	6-14	regionale Feldstichprobe	DISC-C u. P, Dominic Questionnaire / DSM-III-R	Eltern: 2,6% Kinder: 1,6%	6-Monats
Briggs-Gowan et al.	106	5-9	regionale	DISC-Rev. P/	3.6%	k. A.

(2000) USA	0		Feldstichprobe	DSM-III-R		
Cohen et al. (1993) USA	149 5	10- 20	regionale Feldstichprobe	DISC-C u. P/ DSM-III-R	6,1%	k. A.
Costello (1989) USA	300	7-11	regionale Feldstichprobe	DISC-C u. P/ DSM-III	4.1	1-Jahres
Costello et al. (1996) USA	450 0	9, 11, 13	regionale Feldstichprobe	CBCL; CAPA/ DSM-III-R	3,5%	3- Monats
Costello et al. (2003) USA	? (1. Stufe 389 6)	9 10 11 12 13 14 15 16	regionale Feldstichprobe	CAPA/ DSM-IV	4,1% 1,2% 0,6% 0,5% 0,2% 0,3% <0,1%	3-Monats
Federer et al. (2000) Deutschland	230	8	regionale Feldstichprobe	Kinder-DIPS/ DSM-IV	2,8%	6-Monats
Fergusson et al. (1993) Neuseeland	965	15	regionale Feldstichprobe	DISC (erweiterte Fassung)/ DSM-III-R	Eltern: 0,5% Kinder: 0,1%	Punkt
Lavigne et al. (1996) USA	510	2-5	regionale Feldstichprobe	Klinisches Urteil/ DSM-III-R	0,5%	k. A.
Lewinsohn et al. (1993) USA	171 0	9.- 11. High school Klasse	regionale Feldstichprobe	K-SADS/ DSM-III-R	0,18 4,21	Punkt Lebenszeit
Follow Up nach 1 Jahr: s. o.	150 8	s.o.	s.o.	s.o.	0,07 4,31	Punkt Lebenszeit
McGee et al. (1990) Neuseeland	943	15	regionale Feldstichprobe	RBPC, DISC-C (gekürzte Fassung) / DSM-III	2,0%	k. A.
Velez et al. (1989) USA	776	11- 14 15- 20	regionale Feldstichprobe	DISC-C u. P / DSM-III-R	15,3% 4,4%	2-Jahres
Verhulst et al. (1997) Niederlande	780	13- 18	regionale Feldstichprobe	CBCL, TRF, YSR; DISC-C u. P/ DSM-III-R	1,8%	6-Monats

ADIS: Anxiety Disorders Interview Schedule (C: Child version, P: Parent version)

CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment

CBCL: Child Behavior Checklist

CBQ: Children's Behavior Questionnaire

DICA: Diagnostic interview for children and adolescents (C: Child version, P: Parent version, R: revised version)

DISC (NIMH-DISC): The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children (C: Child version, P: Parent version, R: revised version, 2: 2nd edition)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (III: 3rd edition; III-R: 3rd. edition revised, IV: 4th edition)

K-SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children  
Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter  
OCHS Checklist: Ontario Child Health Study Checklist  
RBPC: Revised Behavior Problem Checklist  
TRF: Teacher's Report Form  
YSR: Youth Self-Report

Während zahlreiche Studien einen deutlichen Geschlechtereffekt im Sinne einer höheren Erkrankungswahrscheinlichkeit für Angststörungen bei Mädchen gezeigt haben (Essau, Conradt & Petermann, 2000; Fergusson, 1993), trifft diese Wendigkeit für Trennungsängste nach der aktuellen Studienlage eher nicht zu. Zahlreiche Studien konnten für Trennungsängste in verschiedenen Altersstufen keine Wendigkeit zeigen (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; Benjamin, Costello & Warren, 1990; Bird et al. 1988; Bolton et al., 2006; Breton et al., 1999; Briggs-Gowan, Horwitz, Schwab-Stone, Leventhal, & Leaf, 2000; Cohen et al., 1993; Costello et al., 2003; Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001; Verhulst et al., 1997). Lediglich in 3 Studien mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen fand sich eine deutliche Mädchenwendigkeit. Lewinsohn et al. (1993) fanden in ihrer Studie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine signifikante Mädchenwendigkeit, ebenso Bowen, Offord und Boyle (1990) mit einem Verhältnis von 6:1 bei jugendlichen Mädchen gegenüber Jungen. McGee et al. (1990) fanden ein Geschlechterverhältnis von 1,8:1 Mädchen gegenüber Jungen, treffen jedoch keine Aussagen über die Signifikanz dieser gefundenen Differenz.

### **1.1.4 Verlauf**

Der Onset der Störung mit Trennungsangst liegt nach Ergebnissen der meisten Studien im mittleren Kindesalter. So finden Bird et al. (1988) in einer Untersuchung mit Probanden in den drei Altersgruppen 4-5 Jahre, 6-11 Jahre und 12-16 Jahre den höchsten Anstieg von Trennungsängsten in der mittleren Altersgruppe. Damit übereinstimmend fanden Last, Perrin, Hersen und Kazdin (1996) ein mittleres Onset-Alter von 9;2 Jahren (Stichprobe von 5 – 18 Jahre). Ein Onset-Alter von 8 Jahren zeigte sich in einer Studie von Keller, Lavori, Wunder, Beardslee, Schwartz und Roth (1992). In einer klinischen Stichprobe fanden Last et al. (1992) mit einem Onset-Alter von 7;4 das niedrigste Onset-Alter aller untersuchten Angststörungen. In einem anderen Ansatz wurde von Weems und Costa (2005) die Transmission von Angstsymptomen im Verlauf der kindlichen Entwicklung untersucht. Verglichen wurden drei Altersgruppen (6-9 Jahre, 10-13 Jahre und 14-17 Jahre). In der Altersgruppe mit

den jüngsten Probanden zeigten sich dabei die meisten Trennungsangstsymptome im Kinder- sowie im Elternurteil. In dieser Altersgruppe waren im Kindesurteil Trennungsängste vorherrschend vor allen anderen Angstsymptomen.

Im Verlauf zeigt sich für die Störung mit Trennungsangst neben den spezifischen Phobien die höchste Remissionsrate im Kindesalter (Last et al., 1996). Last et al. (1996) ermittelten in einer prospektiven Längsschnittstudie über 3 bis 4 Jahre bei 5-18-Jährigen Probanden eine Remissionsrate von 95,7% für die Störung mit Trennungsangst. Bei einer Stichprobe von 8-17-Jährigen fanden Foley, Pickles, Maes, Lilberg und Eaves (2004) eine Remissionsrate von 80% nach einem Follow-Up Zeitraum von 18 Monaten. Auch Kearney, Sims, Pursell and Tillotson (2003) zeigten in einer prospektiven Längsschnittuntersuchung bei Kindern im Alter von durchschnittlich 3,5 bis 7 Jahren eine signifikante Verminderung klinischer Fälle sowie auch eine Abnahme der subklinischen Fälle. Costello et al. (2003) zeigten in ihrer Stichprobe einen Rückgang der Störung mit Trennungsangst von einer Prävalenzrate von 4.1% bei der Gruppe der 9-Jährigen bis zu einer Prävalenz von <0.1 bei der Gruppe der 16-Jährigen. Die stärkste Verminderung zeigt sich dabei zwischen der Gruppe der 9- und der Gruppe der 10-Jährigen von 4,1 auf 1,2% (Tab. 2). Bei der Untersuchung des Verlaufs einzelner Symptome von Kindern mit der Diagnose Störung mit Trennungsangst zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich Albträumen, die in der jüngsten Altersgruppe von 5- bis 8-Jährigen am signifikant häufigsten vertreten waren. Starkes Leiden sowie Rückzug und Traurigkeit zeigten sich signifikant stärker in den Altersgruppen 5- bis 8-Jähriger und 9- bis 12-Jähriger. Eine signifikante Zunahme zeigte sich in den somatischen Beschwerden in der Gruppe der 13- bis 16-Jährigen.

Trotz der hohen Remissionsrate zeigen sich in einigen Studien Trennungsängste auch bei Erwachsenen. So zeigte eine Studie von Shear, Jin, Ruscio, Walters und Kessler (2006) eine Lebenszeitprävalenz von 6,6% für das Erwachsenenalter. Dabei handelte es sich bei einem Drittel der Probanden um persistierende Trennungsängste seit der Kindheit, 77, 5% gaben einen Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter an. Vor allem für die Stichprobe der Collegestudenten wurde in mehreren Studien das Vorliegen von Trennungsängsten nachgewiesen (Ollendick, Lease & Cooper, 1993; Seligman & Wuyek, 2007). Eine Studie von Wijeratne und Manicavasagar (2003) gibt Hinweise auf die Existenz von Trennungsängsten in einer Stichprobe von 62 bis 87-Jährigen.

Untersuchungen zum Verlauf von Trennungsängsten waren lange Zeit vor allem an der Überprüfung der von Klein (1964) aufgestellten Trennungsangsthypothese ausgerichtet, die besagt, dass der Störung mit Trennungsangst und der Panikstörung der gleiche Dysregulationsmechanismus zugrunde liegt und damit ein Zusammenhang

zwischen Trennungsängsten in der Kindheit und einer späteren Entwicklung von Panikstörungen besteht. Für diese Hypothese haben sich seitdem sowohl übereinstimmende als auch widersprechende Studienergebnisse gezeigt. Einen Zusammenhang von kindlichen Trennungsängsten und Panikstörung im Erwachsenenalter zeigte sich dabei aber sowohl in retrospektiven Studien als auch in prospektiven Studien. Manicavasagar, Silove und Hadzi-Pavlovic (1998) fanden in einer retrospektiven Studie eine erhöhte Rate für Panikstörung mit Agoraphobie im Erwachsenenalter bei Vorliegen einer hohen Ausprägung einer Störung mit Trennungsangst im Kindesalter. In einer Stichprobe 7-18-Jähriger fanden sich in einer anderen Studie bei 73% der Patienten mit einer Panikstörung einer vorhergehende oder aktuell bestehende Störung mit Trennungsangst (Masi, Favilla, Mucci & Millepiedi, 2000). In einer Studie von Biedermann et al. (2005) zeigten sich die Störung mit Trennungsangst sowie die Störung mit Überängstlichkeit als beste Prädiktoren für das Auftreten einer Panikstörung und umgekehrt signifikant mehr Fälle von Störungen mit Trennungsangst bei der retrospektiven Befragung von Patienten mit einer Panikstörung. Eine differenzierte Analyse zeigte als Prädiktor für eine früh, d. h. vor dem 18. Lebensjahr, beginnende Panikstörung sogar nur die Störung mit Trennungsangst.

Der Trennungsangsthypothese widersprechende Befunde fanden keine Häufung retrospektiv erfasster Trennungsängste bei bestehenden Panikstörungen (Last, Hersen & Kazdin, 1996; van der Molen, van den Hout, van Dierbn, & Griez, 1989). Andere Studien zeigten eine homotypische Kontinuität von Trennungsängsten im Kindesalter zu Trennungsängsten im Jugendalter (Bittner et al., 2007; Costello et al., 2003) bzw. vom Jugend- ins Erwachsenenalter (Silove, Manicavasagar & Drobny, 2002; Manicavasagar, Silove, Rapee, Waters & Momartin, 2001). Andere Studien zeigen eine eher heterotypische Kontinuität. So zeigt eine über 7 Jahre durchgeführte prospektive Studie bei vorliegender Störung mit Trennungsangst, verglichen mit generalisierter Angststörung oder sozialer Phobie keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Panikstörung aber eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung spezifischer Phobien, Zwangsstörungen und Belastungsstörungen (Aschenbrand, Kendall, Webb, Safford & Flannery-Schroeder, 2003). Eine Studie von Lipsitz et al. (1994) zeigt in einer retrospektiven Befragung Erwachsener mit multiplen Angststörungen eine signifikante Erhöhung von Trennungsängsten in der Kindheit, so dass die Autoren eine Störung mit Trennungsangst als Risikofaktor für die Entwicklung multipler Angstsyndrome interpretieren. In anderen Studien zeigen sich höhere Prävalenzraten für die Entwicklung von Störungen mit Überängstlichkeit und Major Depression (Foley et al., 2004) bzw. Hinweise auf eine erhöhte Psychopathologie bei

Störungen mit Trennungsangst in der Vergangenheit (van der Molen et al., 1989). Andere Studien zeigten sowohl erhöhte Wahrscheinlichkeiten für eine Panikstörung als auch für andere Angststörungen und Depressionen (Biederman et al., 2007, Brückl et al., 2007). In einer Studie von Ferdinand, Dieleman, Ormel, und Verhulst (2007) zur Frage der Kontinuität von Angststörungen vom Kindes- ins frühe Jugendalter etwa gleichgroße Anteile homotypischer und heterotypischer Kontinuität für die Störung mit Trennungsangst. Hohe Korrelationen fanden sich mit generalisierter Angststörung, sozialer Phobie, Panikstörung und Zwangsstörungen. Insgesamt zeigt sich damit in der Tendenz eine generell erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung von Angststörungen aber auch Depressionen. Ob eine stärkere Kontinuität homotypischer oder heterotypischer Art vorliegt, ist nach aktueller Studienlage nicht sicher zu beantworten.

### **1.1.5 Komorbidität**

Insgesamt zeigen sich in Studien immer wieder hohe Komorbiditäten für Angststörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. So zeigt eine Studie von Keller et al. (1992) hohe Komorbiditäten zu Depression (37%), phobischen Störungen (29%) und ADHS (16%) in einer Stichprobe von 6- bis 19-Jährigen. Die Studie von Essau, Conradt und Petermann (2000) zeigte für eine deutsche Stichprobe von 12- bis 17-Jährigen hohe Komorbiditätsraten mit anderen Angststörungen, Depressionen, somatischen Störungen sowie Alkohol- und Cannabismissbrauch. Geringere Komorbidität mit Depression, aber ebenfalls hohe Komorbiditäten mit phobischen Störungen und erhöhte ADHS-Komorbidität (sign. für Jungen) fand auch eine Studie von Benjamin, Costello und Warren (1990). Spezifische Ergebnisse zu Trennungsängsten bei Kindern zeigen im Vergleich zu anderen Angststörungen erhöhte Komorbiditäten (Verduin & Kendall, 2003). Bezüglich des Komorbiditätsmusters zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei anderen Angststörungen. Es zeigen sich Komorbiditäten mit anderen Angststörungen (Bolton et al., 2006), vor allem spezifischen Phobien, sowie mit Depressionen. Hinweise zeigen sich jedoch auf eine, im Vergleich zu anderen Angststörungen, eher niedrigere Komorbidität mit Angststörungen und Depression, dafür eine erhöhte Komorbidität zu externalisierenden Verhaltensstörungen (ADHS, oppositionelle Störung) (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992). Vergleichbare Ergebnisse zeigen auch eine ältere Studie von Last, Hersen, Kazdin, Finkelstein und Strauss (1987), die im Vergleich zur Störung mit

Überängstlichkeit des Kindesalters niedrigere Komorbidität mit anderen Angststörungen fand und erhöhte Komorbiditäten mit Depression, ADHS und oppositionellen Störungen. In der oben bereits zitierten Studie von Verduin und Kendall (2003) zeigten sich bei Trennungsängsten im Vergleich zu generalisierter Angststörung und sozialer Phobie niedrigere Komorbiditäten mit emotionalen Störungen (Depression, Dysthymia) aber höhere Komorbiditäten mit spezifischen Phobien und Schlafstörungen. Keine erhöhten Komorbiditätsraten zeigten sich in dieser Studie dagegen zu externalisierenden Verhaltensstörungen. In einer von Brückl et al. (2007) durchgeführten Studie wurde die Lebenszeit-Komorbidität zwischen der Störung mit Trennungsangst und anderen psychischen Störungen erhoben. Dabei zeigten sich bei den Fällen mit klinisch bedeutsamer Ausprägung von Trennungsängsten im Vergleich zu sub- oder nicht klinischen Fällen signifikant erhöhte Komorbiditäten zu allen Angststörungen bis auf soziale Phobie sowie zur Gesamtgruppe der emotionalen Störungen und zu Schmerzstörungen und Alkoholmissbrauch. Störungen, die spezifische Komorbiditäten zu anderen Angststörungen untersuchten fanden teilweise konträre Ergebnisse. In einer Studie von Federer, Herrle, Margraf und Schneider (2000) fanden sich keine erhöhten Komorbiditätsraten zwischen der Störung mit Trennungsangst und Agoraphobien bei Achtjährigen. Zur Komorbidität zwischen der Störung mit Überängstlichkeit bzw. der generalisierten Angststörung und der Störung mit Trennungsangst gibt es Ergebnisse zu hohen Komorbiditätsraten (Last et al., 1987; Verduin & Kendall, 2003) sowie zu eher geringen Komorbiditäten (Keller et al., 1992). Zwischen Trennungsängsten und sozialen Ängsten fanden sich ebenfalls in einigen Studien hohe Komorbiditätsraten (Ferdinand et al., 2006) in anderen eher niedrige (Brückl et al., 2007). In einer Studie von Last, Perrin, Hersen und Kazdin (1996) zeigen sich die höchsten Komorbiditätsraten von Trennungsangst mit spezifischen Phobien. In einer in Eltern- und Kinderurteil differenzierenden Analyse von Benjamin, Costello und Warren (1990) zeigten sich jedoch für alle Komorbiditäten, ähnlich wie für einige Prävalenzstudien, deutliche Komorbiditäten zu allen anderen Angststörungen im Kinderurteil während sich im Elternurteil keine Komorbiditäten abbildeten.

Die Studienlage zur Komorbidität von Trennungsängsten zeigt ein uneinheitliches Bild, wobei hier auch die Wahl des Beurteilers einen Einfluss auf das Ergebnis haben könnte.

### 1.1.6 Beeinträchtigung

Trotz intensiver Recherche finden sich nur wenige Studien, die den Grad der Beeinträchtigung von Kindern mit Trennungsängsten untersucht haben. Die einzige Studie, die den Zusammenhang von Trennungsängsten und Beeinträchtigung untersucht hat, ist eine Studie von Foley, Rowe, Maes, Silberg, Eaves and Pickles (2008). Die Autoren fanden ein relativ geringes Ausmaß an Beeinträchtigung, allerdings gab es einen deutlichen Trend für den Zusammenhang zwischen stärkerer Symptomatik und stärkerer Beeinträchtigung. Keinen Unterschied gab es im Ausmaß der Beeinträchtigung zwischen Jungen und Mädchen. Die Beeinträchtigung stellte keinen unabhängigen Prädiktor für das Vorliegen von Trennungsangstsymptomen 18 Monate später dar. Einschränkend muss bemerkt werden, dass es sich nicht um eine klinische Stichprobe handelte sondern um eine epidemiologische Zwillingsstudie. Es ist daher möglich, dass die Gesamtsymptomstärke eher geringer war und sich die Zusammenhänge in einer klinischen Stichprobe etwas anders darstellen würden. In einer Studie von Strauss, Frame und Forehand (1987) wurden durch Lehrerurteile 24 Kinder mit starken Ängsten identifiziert. Anschließend wurden Urteile von Lehrern, den Kindern selbst sowie Eltern über die Beeinträchtigung der Kinder im Sozialkontakt und ihre Peer-Kontakte sowie das Ausmaß von Depression, Aufmerksamkeitsproblemen, Schulleistungs- und Selbstwertproblemen erhoben. Es zeigte sich, dass die Kinder signifikant weniger beliebt waren als die Vergleichsgruppe der nicht-ängstlichen Kinder. Im Peer-Urteil wurden die Kinder außerdem als schüchtern und sozial zurückgezogen eingeschätzt. Die ängstlichen Kinder selbst schätzten sich als nicht auffällig im Sozialkontakt ein, allerdings zeigten sich in ihrer Selbsteinschätzung höhere Ausprägungen von Traurigkeit und ein negativeres Selbstkonzept. Die Lehrer schätzten die Schulleistungsprobleme der ängstlichen Kinder als höher ein als die der nicht-ängstlichen Kinder. Darüber hinaus beurteilten sie die Aufmerksamkeit als geringer und die Unreife der ängstlichen Kinder als höher im Vergleich mit der Gruppe der nicht-ängstlichen Kinder. Als Nebenergebnis einer Prävalenzstudie von Bowen, Offord und Boyle (1990) zeigte sich, dass Jugendlichen mit Trennungsängsten und generalisierter Angststörungen ebenso beeinträchtigt sind wie Jugendliche mit externalisierenden Störungen und Depressionen. Im Vergleich mit diesen Gruppen fanden sich allerdings eine weniger starke soziale Isolation und eine geringere Beeinträchtigung der Schulleistungen.

Obwohl aufgrund einer solch geringen Anzahl von Studien keine sicheren Aussagen möglich sind, zeigen sich doch Tendenzen von deutlichen Beeinträchtigungen von

Kindern mit Angststörungen in vielen Bereichen wie Selbstwert, Leistungen, Sozialkontakte im Vergleich zu nicht-ängstlichen Kindern. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass diese Beeinträchtigungen insgesamt nicht geringer einzuschätzen sind als die Beeinträchtigungen von Kindern mit externalisierenden Störungen.

## 1.2 Pathogenese

Als pathogenetisches Modell für psychische Störungen werden sowohl Wirkfaktoren auf der Ebene des Individuums, sog. Anlagefaktoren berücksichtigt, als auch Umweltfaktoren, die im Sinne einer negativen Beeinflussung die Entwicklung einer psychischen Störung begünstigen. Die Aufteilung einzelner Wirkfaktoren in Anlage und Umwelt ist dabei jedoch immer nur tendenziell, da sich durch Interaktionen zwischen den Variablen nur selten reine Beeinflussungen durch einen der beiden Faktoren finden lassen. Besonders schwierig ist diese Einteilung bezüglich der familiären Einflüsse auf die Ausbildung von Störungen, da neben der Möglichkeit einer vererbten und damit genetischen Transmission auch die Weitergabe von Verhaltens- und Denkstilen innerhalb von Familien zu einer Transmission von ängstlichen Verhaltensweisen führen kann. Familiäre Einflussfaktoren finden sich daher sowohl bei den Anlage- als auch bei den Umweltfaktoren.

Für die vorliegende Arbeit wurde folgende Einteilung von Wirkfaktoren gewählt: Unter Anlagefaktoren werden Forschungsergebnisse zu genetischer Transmission, Alter und Geschlecht, Temperamentsfaktoren, physiologischen Einflussfaktoren sowie zu Wahrnehmung und kognitiven Stile dargestellt und interpretiert. Im Kapitel Umweltfaktoren werden Bindung, Trennungserfahrungen, elterlicher Erziehungsstil, Einfluss von Geschwistern, Einfluss von Peers sowie Einfluss von Kindergarten/Schule und sozioökonomischer Status erörtert. Im Folgenden wird anhand der aktuellen Studienlage versucht, die einzelnen Wirkfaktoren im Hinblick auf die Störung mit Trennungsangst zu spezifizieren und abschließend zu einem pathogenetischen Modell zusammenzufügen.

Bevor auf Studienergebnisse zu den einzelnen Wirkfaktoren differenzierter eingegangen wird, soll hier jedoch zunächst eine Darstellung der Studien erfolgen, die sich mit der Frage des jeweiligen Anteils von genetischen und Umwelteinflüssen bei der Störung mit Trennungsangst bzw. allgemein bei Angststörungen beschäftigt haben. Zu dieser Fragestellung liegen aktuell einige Studien vor, die den Einfluss von Anlage- und Umweltfaktoren bei Trennungsängsten untersucht haben. Die Studien zeigen dabei zum Teil deutlich voneinander abweichende Ergebnisse, die sich jedoch

bei Hinzunahme moderierender Variablen in ein vorläufiges Modell integrieren lassen. In einer Zwillings-Studie von Feigon, Waldmann, Levy und Hay (2001) bei einer Stichprobe 3- bis 18-Jährigen zeigte sich ein genetischer Einfluss von 47% gegenüber einem Einfluss der geteilten Umwelt von 21%. Dabei waren die genetischen Einflüsse bei der weiblichen Stichprobe signifikant größer als in der männlichen (50% ggü. 14%) und die Einflüsse der geteilten Umwelt bei der männlichen Stichprobe größer als bei der weiblichen (51% ggü. 21%). Darüber hinaus zeigte sich, dass die genetischen Einflüsse mit steigendem Alter signifikant zunahmten und die Einflüsse der geteilten Umwelt abnahmen. Dieser Befund wird von einer Studie von Bolton et al. (2006) gestützt, die für eine Stichprobe 6- bis 6;6-Jähriger Kinder einen geschätzten genetischen Einfluss von 73% fand, wobei die verbleibende Varianz in dieser Studie durch die Einflüsse nicht-geteilter Umwelt aufgeklärt wurde. Von Feigon et al. (2001) wird dieser Befund durch die von Scarr und McCartney (1983) aufgestellte Hypothese einer aktiven Genotyp-Umwelt Korrelation erklärt, nach der die Einflüsse der Veranlagung durch eine zunehmend passender gewählte Umwelt mit dem Alter stärker werden. Auch in einer Studie von Cronk et al. (2002) fand sich in einer weiblichen Stichprobe 11- bis 23-Jähriger Zwillinge eine hohe Erblichkeit und geringe Einflüsse der geteilten Umwelt für die Störung mit Trennungsangst. Eine differenzierte Analyse nahmen Cronk et al. (2004) vor. An einer Stichprobe 13- bis 23-Jähriger weiblicher Probanden untersuchten sie die genetischen bzw. Umwelteinflüsse auf vier verschiedene Kategorien von Trennungsangstausprägungen: Trennungsangstsymptome (drei oder mehr Symptome), Cluster (drei oder mehr Symptome wenigstens einen Monat), Beeinträchtigung (drei oder mehr Symptome mit Funktionsbeeinträchtigung), Vollbild (drei oder mehr Symptome mindestens einen Monat mit Funktionsbeeinträchtigung). Die Ergebnisse zeigten mittlere bis starke genetische Einflüsse für alle vier Kategorien. Die Einflüsse geteilter Umwelt hatten jedoch nur prädiktiven Wert für die Kategorien Symptome und Beeinträchtigung. Diese Unterschiede sprechen möglicherweise für eine differenziertere Betrachtung der Ausprägungsgrade von Trennungsängsten bei der Analyse genetischer und umweltbezogener Einflüsse. Im Gegensatz zu den bisher aufgeführten Ergebnissen fanden zwei Studien, die an derselben Stichprobe 8- bis 16-Jähriger Zwillinge durchgeführt wurden, keinen genetischen Einfluss (Topolski et al., 1997) bzw. einen nur für Mädchen existierenden Einfluss genetischer Faktoren (Eaves et al., 1997). Letzterer Befund steht in Übereinstimmung mit dem von Feigon et al. (2001) Befund eines deutlich höheren genetischen Einflusses für den weiblichen Teil der Stichprobe (s. o.). Die Studie von Topolski et al. (1997) fand einen moderaten Einfluss geteilter Umwelteinflüsse jedoch keinen Geschlechtereffekt. Ihre Studie unterscheidet sich von

den anderen Studien durch die Verwendung des Kinderurteils, während alle anderen Studien die Trennungsängste im Elternurteil erhoben haben. Dies könnte eine mögliche Erklärung für die deutlich von den anderen Studien abweichenden Ergebnisse zum genetischen Einfluss darstellen. In einer retrospektiv angelegten Studie, in der eine Stichprobe 17- bis 66-Jähriger Zwillinge nach Trennungsängsten in ihrer Kindheit befragt wurden. Auch hier zeigte sich ein substantieller Einfluss genetischer Faktoren auf Trennungsängste in der Stichprobe der Frauen, jedoch nicht in der Stichprobe der Männer.

Insgesamt weist die aktuelle Studienlage damit auf einen substantiellen Anteil genetischer und umweltbezogener Einflüsse hin, der durch Alter und Geschlecht moderiert wird. Während die Befunde für die Variable Geschlecht alle in eine Richtung zeigen, nach der bei Mädchen bzw. Frauen der genetische Einfluss deutlich höher ist als bei Jungen und deutlich höher als der Umwelteinfluss, zeigen sich für die Variable Alter sowohl hohe genetische Einflüsse im Kindesalter als auch Hinweise auf eine Zunahme des genetischen Einflusses mit zunehmendem Alter.

## **1.2.1 Anlagefaktoren**

### **1.2.1.1 Genetische Transmission**

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass eine familiäre Häufung von Angststörungen besteht. Zahlreiche Studien fanden bei Eltern ängstlicher Kinder deutlich mehr Angststörungen, als bei Eltern nicht-ängstlicher Kinder (Kearney et al., 2003). Cooper, Fearn, Willetts, Seabrook und Parkinson (2006) zeigten dies in ihrer Studie sowohl für die aktuellen Diagnosen der Eltern als auch für die Lebenszeitdiagnosen. Merikangas, Avenevoli, Dierker und Grillon (1999) schätzen auf Basis der von ihnen analysierten Studien, dass die Wahrscheinlichkeit von Kindern ängstlicher Eltern für die Entwicklung einer Angststörung etwa 3,5mal erhöht ist. Beidel und Turner (1997) konnten zeigen, dass Kinder von Eltern mit Angststörungen mit signifikant erhöhter Wahrscheinlichkeit ebenfalls eine Angststörung entwickeln. Hier zeigte sich ein engerer Transmissionsrahmen als bei Eltern mit Depressionen, deren Kinder eine breitere Psychopathologie aufwiesen. In einer Studie über Hochrisiko-Patienten zeigte sich eine familiäre Häufung von Angststörungen sowohl in der ursprünglichen Studie (Merikangas, Dierker, & Szatmari, 1998) als auch im Follow-Up nach sechs bis acht Jahren (Merikangas, Avenevoli, Dierker, & Grillon, 1999). Die Mehrzahl der Studien

weist dabei vor allem auf das Vorhandensein von Angststörungen bei den Müttern hin, während väterliche Angststörungen bei ängstlichen Kindern nicht signifikant erhöht sind (McClure, Brennan, Hammen, & Le Brocque, 2001).

Es liegen nur wenige Studien vor, die Trennungsängste spezifisch betrachten. Die oben bereits genannte Studie von Cooper et al. (2006) zeigte bei Kindern mit Trennungsängsten in der Lebenszeitdiagnose der Mütter signifikant mehr Angststörungen als bei den Müttern nicht-ängstlicher Kinder. Die spezifische Betrachtung zeigte besonders hohe Werte für Trennungsängste im Kindesalter, soziale Phobien und spezifische Phobien. Ebenfalls eine Erhöhung der Rate mütterlicher spezifischer Phobien bei Kindern mit Trennungsängsten zeigte eine Studie von Bernstein, Layne, Egan und Nelson (2005). Dieses Ergebnis zeigte sich dabei über verschiedene Instrumente und verschiedene Beurteiler (Kinder und Mütter) hinweg. Eine spezifische Analyse der Daten zeigte jedoch die Gültigkeit dieser Korrelation nur für hohe Angstwerte bei den Müttern. Bei niedrigen und mittleren Angstwerten zeigte sich im Vergleich zum Kinder- und Expertenurteil eine Überschätzung der trennungsängstlichen Symptome durch die Mütter. In einer Studie von Biederman et al. (2006) zeigte sich eine homotypische Transmission für Sozialphobie und Trennungsängste, während Agoraphobien und Zwangsstörungen in den Kindern durch elterliche Panikstörungen erklärt wurden. Ein gegenteiliges Ergebnis liefert die Studie von Biederman et al. (2005). Hier wiesen Kinder von Eltern mit Panikstörung und Major Depression ein signifikant erhöhtes Risiko für Trennungsängste und multiple Ängste auf im Vergleich zu Kindern von Eltern ohne Panikstörung und Major Depression. Dies galt für die beiden Störungen getrennt und in noch höherem Maße für die Kombination beider Störungen bei den Eltern. Im Vergleich zu anderen Angststörungen zeigte sich die Störung mit Trennungsangst als häufigste kindliche Angststörung bei diesem Störungsmuster der Eltern. Die Studie von Martin, Cabrol, Bouvard, Lepine, und Mouren-Simoni (1999), die Eltern von Schulverweigerern mit phobischer und trennungsängstlicher Krankheitsgenese verglich, zeigte bei Eltern von Kindern mit trennungsängstlichem Hintergrund der Schulverweigerung signifikant mehr Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie sowohl in den Lebenszeitraten väterlicher als auch mütterlicher psychischer Störungen. Bei den Vätern war außerdem die Lebenszeirate für Agoraphobien in der Gruppe der trennungsängstlichen Schulverweigerer signifikant höher als in der Gruppe der phobischen Schulverweigerer.

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, ist aufgrund dieser Studien nicht geklärt, inwiefern die gefundene Häufung von Angststörungen auf eine genetische Transmission oder auf elterliche Erziehungs- bzw. Modelleinflüsse zurückgeht.

Aufschluss darüber geben indirekt lediglich die bereits in der Einleitung aufgeführten Studien, die die Anteile von genetischen und Umwelteinflüssen bei der Entstehung von Angststörungen untersucht haben. Danach kann man von einer genetischen Transmission ausgehen, die jedoch für Mädchen deutlich stärker ist als für Jungen und auch nur für die Mädchen über dem Anteil des Umwelteinflusses liegt.

### **1.2.1.2 Alter**

Wie bereits ausführlich im Kapitel über den Verlauf von Trennungsängsten (Kap. 1.1.4) dargestellt, finden sich Trennungsängste weit häufiger im Kindesalter mit einer hohen Remissionsrate in und nach der Pubertät. Damit bedeutet ein jüngeres Alter eine höhere Vulnerabilität für die Entwicklung einer Störung mit Trennungsangst. Dies wird von verschiedenen Autoren vor allem auf der Basis der Entwicklungsstufe interpretiert. In einer Studie zur Untersuchung des Zusammenhangs von kindlichen Ängsten und ihrer Beziehung zu Alter und psychosozialer Reife überprüften Westenberg, Siebelink, Warmenhoven und Treffers (1999) die von Loevinger aufgestellte Theorie zur Ich-Entwicklung (vgl. Westenberg, Siebelink, Warmenhoven & Treffers, 2001). Nach dieser Theorie durchläuft ein Mensch mehrere Stufen der Ich-Entwicklung. Die Entwicklung von Angststörungen und Phobien siedelt Loevinger in der impulsiven Stufe an (zwischen 5. und 9. Lebensjahr). Kinder in dieser Stufe leben in der Gegenwart. Sie haben die Erwartung, von ihren Bezugspersonen beschützt zu werden und verfügen noch nicht über von anderen Menschen unabhängige Coping-Stile. Sie sind insgesamt gehorsam, immer wieder kann es aber zu impulsiven Durchbrüchen und damit zur Verletzung des Gehorsams kommen. Damit besteht eine doppelte Abhängigkeit von den Bezugspersonen, weil sowohl die Gefahreinschätzung als auch der Schutz vor der Gefahr nicht durch das Kind selbst erfolgen kann. In ihrer Studie konnten Westenberg et al. (1999) zeigen, dass sich die Zuordnung ihrer Probanden (Alter 8 bis 18 Jahre) zu den Gruppen Trennungsangst und Überängstlichkeit besser durch die Zugehörigkeit zu ihrer Ich-Entwicklungsstufe als durch ihr Alter vorhersagen ließ. Während trennungsängstliche Kinder der impulsiven Ich-Entwicklungsstufe zuzuordnen waren, fanden sich die überängstlichen Kinder in der sog. konformistischen Entwicklungsstufe, in der sich Kinder an dem sozialen Umfeld orientieren und ihre Leistungen und ihre Wertigkeit durch die Bewertung der sozialen Gruppe vornehmen. Kinder mit beiden Störungsbildern fanden sich, sowohl bezüglich ihres Alters als auch bezüglich ihrer Ich-Entwicklung zwischen

diesen beiden Gruppen. In einer Studie über kindliches Sorgen („worry“) zeigten Vasey, Crnic und Carter (1994), dass sich die Themen kindlicher Sorgen über verschiedene Altersgruppen hin unterscheiden. Während bei 5- bis 6-Jährigen selbstbezogene Sorgen und die Sorge um körperliche Unversehrtheit dominieren, sorgen sich die 8- bis 9-Jährigen um ihre eigenen Verhaltenskompetenzen. In der Gruppe der 11- bis 12-Jährigen fanden sich dagegen vor allem Sorgen um die soziale Bewertung und um das psychische Wohlbefinden. Auch hier ist das Thema der Sorge um körperliche Unversehrtheit, übereinstimmend mit Loevingers Theorie, kompatibel mit den in dieser Altersstufe vorherrschenden Ängsten vor Trennungen sowie vor Verletzungen, Tieren etc. im Rahmen der spezifischen Phobien.

Die Variable Alter hat damit einen deutlichen Einfluss auf die Ausbildung von Ängsten vor Trennung von der Hauptbezugsperson als spezifischer Angstinhalt.

### **1.2.1.3 Geschlecht**

Wie im Kapitel über Epidemiologie (Kap. 1.1.3) bereits ausführlich dargestellt, liegt für Trennungsängste, im Unterschied zu anderen Angststörungen, nach aktueller Studienlage keine Wendigkeit zu einem Geschlecht vor. Die in zwei Studien gefundene Mädchenwendigkeit bestand jeweils in Stichproben Jugendlicher bzw. junger Erwachsener, so dass für dieses Alter möglicherweise eine Mädchenwendigkeit besteht. Geschlecht muss damit als unwesentlicher Einflussfaktor auf die Entwicklung einer Störung mit Trennungsangst im Kindesalter eingeschätzt werden.

### **1.2.1.4 Temperamentsfaktoren**

Im Rahmen der Forschung zu Ängsten bei Kindern wurden vor allem zwei Temperamentsfaktoren untersucht, das Konzept der behavioralen Hemmung bzw. das Konzept der Angstsensitivität. Im Folgenden soll zunächst ein Überblick über die Forschung zur behavioralen Hemmung gegeben und anschließend die, noch jüngere und nicht so zahlreiche, Forschung zum Konzept der Angstsensitivität vorgestellt werden.

Manassis und Bradley (1994, S. 348) definieren behaviorale Hemmung wie folgt: „When encountering an unfamiliar situation, such a child experiences discomfort due to intense arousal of the sympathetic nervous system. The child withdraws from the

situation in response to the discomfort. If such withdrawal from unfamiliar situations occurs repeatedly, it becomes habitual.”. Dieses Konzept wurde von einer Arbeitsgruppe um Kagan in Zusammenhang mit der Untersuchung internalisierender und externalisierender kindlicher Verhaltensstörungen aufgestellt. In einer Studie zum Zusammenhang von Physiologie und behavioraler Hemmung bei Kindern fanden Kagan, Reznick und Snidman (1987) deutliche Verhaltens- sowie physiologische Unterschiede zwischen zwei Extremgruppen, die im 3. Lebensjahr als sehr scheu und vorsichtig bzw. als sehr furchtlos und kontaktfreudig eingeschätzt wurden. Die erhobenen physiologischen Parameter zeigten für die gehemmten Kinder Kennzeichen eines hohen sympathischen Erregungsniveaus; unter Stress zeigten diese Kinder massive Anstiege in der Herzrate. Dies wurde von den Autoren durch eine niedrige Response-Schwelle auf Neues im limbischen System erklärt. Im Verhalten zeigten diese Kinder Rückzug und Vermeidung. Dieses Verhalten verhindert langfristig den Aufbau von Coping-Strategien sowie die Habituation an neue Situationen. Eine neue Situation könne, nach den Autoren, dadurch mit höherer Wahrscheinlichkeit zur Auslösung einer Angststörung führen. Das Konzept der behavioralen Hemmung wurde von Kagan und seiner Arbeitsgruppe sowie von Biederman in den 80er und 90er Jahren durch die Untersuchung zweier zugrunde liegender Stichproben beforscht. Dabei fanden sich Unterschiede in der Verhaltenshemmung von Kindern, die multiple Angststörungen zeigten, sowie in Kindern mit spezifischen Phobien und sozialen Ängsten. Nur eine Follow-Up Studie von Biederman et al. (1993) untersuchte eine spezifische Gruppe trennungsängstlicher Kinder, für die ebenfalls eine signifikant erhöhte Verhaltenshemmung gegenüber der Gruppe der nicht-trennungsängstlichen Kinder gefunden wurden. In einer späteren Studie von Biederman et al. (2001) an einer anderen Stichprobe zeigten sich erneut Unterschiede zwischen gehemmten und ungehemmten Kindern bezüglich multipler Angststörungen. Eine differenzierte Analyse der einzelnen Angststörungen zeigte jedoch keine Unterschiede zwischen den Gruppen für die Störung mit Trennungsangst. Von allen untersuchten Angststörungen wurde nur in der Gruppe der sozial ängstlichen Kinder ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen mit bzw. ohne Verhaltenshemmung gefunden.

In ihrem Überblicksartikel stellen Manassis und Bradley (1994) zusammenfassend fest, dass trotz der vielen positiven Befunde, die das Modell der behavioralen Hemmung stützen, das Modell die Entwicklung von Angststörungen nur unzureichend erklären kann. Dabei führen sie sowohl Untersuchungen zur Instabilität der Verhaltenshemmung im Entwicklungsverlauf an als auch die Gruppe der Kinder, die trotz einer stabilen Verhaltenshemmung keine Angststörung entwickeln. Darüber

hinaus ist noch unklar, wie der Zusammenhang zwischen dem Konzept der Verhaltenshemmung und der Entwicklung einer Angststörung aussehen könnte (Turner, Beidel & Wolff, 1996).

Während man für einige Angststörungen, z. B. soziale Ängstlichkeit und umschriebene Phobien deutlichere Hinweise auf die Mitwirkung der behavioralen Hemmung an der Entstehung der Angststörung hat, bleiben klare Hinweise für die Gruppe der trennungsängstlichen Kinder bisher aus. Möglicherweise ist für diese Gruppe die verstärkte Komorbidität mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (Kap. 1.1.5) ein Grund für den unklaren Zusammenhang, da externalisierende Verhaltensauffälligkeiten eher auf eine zu geringe behaviorale Hemmung zurückgeführt werden. Für gesicherte Aussagen über den Zusammenhang der behavioralen Hemmung und Trennungsängstlichkeit müsste es eine größere Anzahl spezifischer Studien geben.

Ein deutlicherer Zusammenhang zwischen Trennungsängstlichkeit und einem Temperamentsfaktor konnte in Studien zum Konzept der Angstsensitivität gefunden werden. Federer, Schneider, Margraf und Herrle (2000, S. 241) definieren Angstsensitivität als „Die Tendenz, Körpergefühle, die oft im Zusammenhang mit Angst erlebt werden, als bedrohlich zu interpretieren, [...]“. Diese Tendenz führe zu einer automatischen Verstärkung und damit zu einer Konditionierung der Ängste (Federer et al., 2000, S. 241). Das Konzept der Angstsensitivität als „[...] fear of fear [...]“ wurde von Reiss (1981, S. 141) entwickelt und vor allem an erwachsenen Panikpatienten untersucht. In einer Studie von Rabian, Peterson, Richters und Jensen (1993) zeigten sich in einer Studie 6- bis 18-jähriger Kinder signifikante Unterschiede in der Angstsensitivität zwischen ängstlichen Kindern und Kindern ohne diagnostizierte psychische Störung. Allerdings fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der ängstlichen Kinder und der Gruppe der Kinder mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten. Kritisch ist bezüglich der Qualität der Studie der signifikante Unterschied zwischen der Größe der Angstgruppe (N=18) und der Gruppe ohne diagnostizierte Störungen (N=62) anzumerken. In einer weiteren Studie fanden Federer et al. (2000) hochsignifikante Zusammenhänge zwischen Angstsensitivität und panischen Ängsten, agoraphobischen Ängsten sowie Trennungsängstlichkeit bei 8-Jährigen. Ein geringerer Zusammenhang zeigte sich zwischen Angstsensitivität und spezifischen Phobien (ohne agoraphobische Situationen), kein Zusammenhang fand sich zu sozialen Ängsten. Eine Studie von Eley, Gregory, Clark und Ehlers (2007) fand hingegen die höchsten Zusammenhänge zwischen Angstsensitivität und der Skala panic/somatic des SCARED (Birmaher et al., 1997).

Insgesamt scheint das Konzept der Angstsensitivität eng mit dem Panikstörungen bei Kindern und Erwachsenen zusammenzuhängen, so dass, aufgrund des vermuteten hohen Zusammenhangs zwischen Panikstörungen und Trennungsängsten (Kap. 1.1.4) auch ein möglicher Einfluss der Variable Angstsensitivität auf trennungsängstliche Kinder vermutet werden kann. Die zwei bisher durchgeführten Studien zeigen unterschiedliche Ergebnisse.

### **1.2.1.5 Physiologische Auffälligkeiten**

In der Forschung zu neurobiologischen bzw. physiologischen Auffälligkeiten von Kindern mit Angststörungen zeigte sich für die Störung mit Trennungsangst lediglich eine Sensitivität bezüglich erhöhter CO<sup>2</sup>-Inhalation (Pine et al., 2000). Diese führt zu einer erhöhten Ausschüttung von Catecholaminen durch den Locus coeruleus. Andere spezifische Auffälligkeiten für Kinder mit Trennungsängsten konnten bisher nicht gezeigt werden bzw. stehen in Zusammenhang mit anderen erhobenen Konstrukten, z. B. eine erniedrigte Response-Schwelle im limbischen System bei erhöhter behavioraler Hemmung.

### **1.2.1.6 Wahrnehmung und kognitive Stile**

Die Forschung zu Wahrnehmung und kognitiven Faktoren bei der Entwicklung von Angststörungen kann in mehrere Unterbereiche gegliedert werden. Zum einen wurden Studien durchgeführt, die die Wahrnehmung und Interpretation bestimmter Inhalte bei ängstlichen Kindern- und Jugendlichen untersucht haben. Diese Studien untersuchen entweder den inhaltlichen Umgang der Kinder mit diesen Informationen oder das Muster physiologischer Parameter, das bei der Verarbeitung dieser Inhalte ausgelöst wird. Darüber hinaus wurden Studien zum Coping durchgeführt. Ein weiterer Forschungsbereich zur Kognitionen ängstlicher Kinder besteht in der Untersuchung des Einflusses, den Eltern ängstlicher Kinder auf die Kognitionen ihrer Kinder haben. Dieser Bereich wird im Rahmen dieser Arbeit unter dem Kapitel Elterlicher Erziehungsstil (Kap. 1.2.2.3) behandelt.

Im Bereich der inhaltlichen Beschäftigung mit bedrohlichen Reizen zeigte eine Studie von Perrin und Last (1997), dass Kinder mit Angststörungen sich insgesamt mehr Sorgen machen als Kinder ohne Angststörungen. Darüber hinaus konnten mehrere

Studien zeigen, dass bei ängstlichen Kindern ein Interpretationsbias besteht, der ängstliche Kinder uneindeutige Situationen als gefährlicher einschätzen lässt als nicht ängstliche Kinder. Chorpita, Albano und Barlow (1996) sowie Barrett, Rapee, Dadds und Ryan legten ängstlichen Kindern sowie Vergleichsgruppen uneindeutige Geschichten vor, die hinsichtlich ihrer Bedrohung eingeschätzt werden sollten. Dabei zeigte sich in beiden Studien ein Interpretationsbias im Sinne einer höheren Bedrohung bei ängstlichen im Vergleich zu klinisch unauffälligen Kindern. In der Studie von Barrett et al. (1996) fanden sich dagegen keine Unterschiede in der Bedrohlichkeitseinschätzung zwischen ängstlichen und oppositionellen Kindern. In einer differenzierteren Analyse zu dysfunktionalen Kognitionen ängstlicher Kinder verglichen Bögels und Zigterman (2000) in einer Stichprobe von Kindern zwischen 9 und 18 Jahren eine Gruppe ängstlicher Kinder (Diagnosen Störung mit Trennungsangst, generalisierte Angststörung, Sozialphobie) mit einer Gruppe von Kindern mit externalisierenden Störungen sowie einer klinisch unauffälligen Gruppe von Kindern. Die Kinder sollten uneindeutige Geschichten auf ihre Gefahr hin bewerten. Dabei zeigten sich in einer offenen Antwortkategorie bei der Gruppe ängstlicher Kinder mehr negative Gedanken sowie die Einschätzung eines geringeren Einflusses auf die Situation im Vergleich zu den übrigen Kindern. Ebenfalls das Gefühl von weniger Einfluss als auch eine Einschätzung der Situation als gefährlicher fand sich bei den ängstlichen Kindern in einer geschlossenen Antwortkategorie. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich hingegen in der Anzahl der positiven Gedanken bezüglich der geschilderten uneindeutigen Situation. In einer Studie von Muris et al. (2000) wurde die Abhängigkeit der Interpretation uneindeutiger Geschichten von spezifischen Angstdiagnosen (Störung mit Trennungsangst, Soziale Phobie, generalisierte Angststörung) überprüft. Dabei zeigte sich, dass das Störungsbild keinen Einfluss auf die Wahrnehmung von Bedrohung spezifischer Angstreize in einer Geschichte (eher soziale Bedrohung, Bedrohung durch Trennung, Bedrohung durch allgemeine Sorgen) hatte. In der Gruppe der trennungsängstlichen Kinder zeigte sich eine sehr starke Korrelation zwischen den durch Fragebögen gemessenen Angstsymptomen und der Wahrnehmung von Bedrohung über alle Geschichten hinweg. In der weiteren Analyse zeigte sich eine signifikante Varianzaufklärung an der wahrgenommenen Bedrohung über alle Geschichten hinweg durch die Ausprägung von Trennungsängsten auf den eingesetzten Fragebogenverfahren. Bei der Ableitung verschiedener physiologischer Parameter zeigt sich in allen gefundenen Studien ein deutlicher Hinweis auf einen Wahrnehmungsbias hin zu bedrohlichen Stimuli bei stärkerer Ängstlichkeit von

Kindern (Taghavi, Neshat-Doost, Moradi, Yule & Dalgleish, 1999; Vasey, Daleiden, Williams & Brown, 1995; Waters, Lipp & Cobham, 2000).

Im Rahmen des Copings konnte, trotz intensiver Literaturrecherche, nur eine Studie gefunden werden, die Unterschiede im wahrgenommenen Einfluss auf eine bedrohliche Situation bei ängstlichen Kindern im Sinne einer Kontrollüberzeugung untersucht hat. In dieser, oben bereits erwähnten Studie von Bögels und Zigterman (2000) zeigte sich die Einschätzung des eigenen Einflusses auf die Situation in der Gruppe der ängstlichen Kinder als geringer als in der Gruppe klinisch unauffälliger Kindern. Die oben bereits erwähnten Studie von Barrett et al. (1996) untersuchte die Fähigkeit zur Aufstellung von Handlungsplänen. Während sich der Studie keine Unterschiede in der Bedrohlichkeitseinschätzung zwischen ängstlichen und oppositionellen Kindern fanden, zeigten sich Unterschiede in der Entwicklung von Handlungsplänen. Hier entwarfen die ängstlichen Kinder eher vermeidende Pläne, die oppositionellen hingegen eher aggressive. Zwei Studien der Arbeitsgruppe um Houston und Fox (Fox, Houston & Pittner, 1983; Houston, Fox & Forbes, 1984) untersuchten das Coping-Verhalten hoch Trait-ängstlicher Kinder in Testsituationen mittels lauten Denkens. Dabei fanden die Autoren in beiden Studien eine Korrelation zwischen der Angstausprägung der Kinder auf Angstfragebögen und der Verwendung von Preoccupation-Gedanken während der Durchführung der Testaufgaben. Mehrere Studien fanden signifikant mehr als Coping eingesetzte Selbstgespräche bei hochtestängstlichen im Vergleich zu niedrigtestängstlichen Kindern (Prins, Groot & Hanewald, 1994; Zatz & Chassin, 1983). Dabei zeigte sich jedoch in beiden Studien, dass diese Selbstgespräche negativ mit der Leistung korreliert waren, also keine sinnvolle Coping-Strategie darstellen.

Insgesamt zeigen sich damit im Rahmen der Kognition deutliche Hinweise auf einen Interpretationsbias bei ängstlichen Kindern. Im Vergleich zu nicht-ängstlichen Kindern werden uneindeutige Reize von ängstlichen Kindern eher als Bedrohung interpretiert. Eine stärkere Hinwendung zu emotionale bedrohlichen Stimuli konnte bei ängstlichen Kindern auch auf physiologischen Parametern in mehreren Studien gezeigt werden. Keine Hinweise im Sinne eines Interpretationsbias zeigen dagegen sich in der Äußerung positiver Einschätzungen. Inwiefern dieser Interpretationsbias nur für ängstliche Kinder gilt ist fraglich, allerdings gibt es Hinweise auf einen angstspezifischen Umgang in der anschließenden Handlungsplanung. Sehr wenige Studien wurden bisher zu Coping-Stilen ängstlicher Kinder durchgeführt. Hier gibt es erste Hinweise, dass ängstliche Kinder ihren Einfluss auf die Situation eher gering einschätzen und eher vermeidende Handlungspläne entwerfen als nicht-ängstliche Kinder. Ängstliche Kinder zeigten außerdem eine, sich negativ auf die Leistung

auswirkende Coping-Strategie in Form von verstärkten Selbstgesprächen. Studien, die die Coping-Strategien trennungsängstlicher Kinder spezifisch untersuchen liegen noch nicht vor.

## **1.2.2 Umweltfaktoren**

### **1.2.2.1 Bindung**

Historisch ist die Erforschung der Trennungsängstlichkeit bei Kindern eng mit der Forschung von John Bowlby verbunden, der Bindung und damit auch die Trennung zwischen Müttern und ihren Kindern intensiv erforscht und beschrieben hat. Bowlby (1973) geht dabei davon aus, dass Trennungsängste bei Kindern durch das Lernen einer Assoziation zwischen mütterlicher Abwesenheit und Unbehagen bzw. Leiden im Säuglings- und frühen Kindesalter entstehen. Durch die Abwesenheit der Mutter werden die kindlichen Bedürfnisse nicht sicher und nicht kontingent erfüllt. Dies führt zu einem stärkeren Maß an Aufmerksamkeit suchendem Verhalten beim Kind sowie zu einem geringeren Ausmaß an explorativem Verhalten. Ergänzend erklären Manassis und Bradley (1994), dass die Nicht-Beachtung dieses Verhaltens des Kindes zu einem Zustand der Unsicherheit führt, wodurch langfristig eine Angststörung entwickelt werden kann. Das Bindungskonzept ist von Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) mit dem Strange Situation Test untersucht worden. Aufgrund ihrer Ergebnisse nahmen Ainsworth et al. (1978) eine Klassifizierung von Bindung in drei verschiedene Bindungstypen vor: unsicher-vermeidend (A), sicher (B), unsicher-ambivalent (C). Eine ängstliche Bindung besteht nach den Autoren bei Kindern mit den Bindungsmustern A und C, wobei nur Kinder der Gruppe C ihre Ängste zeigen. Warren, Huston, Egeland und Sroufe (1997) gehen in ihrer Forschung nur von einer ängstlichen Bindung bei den Kindern mit Bindungstyp C aus, da nur diese Kinder ihre Angst zeigen.

Neben der Aufstellung theoretischer Modelle liegen nur wenige Studien zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Angststörungen bei Kindern und unsicherer Bindung vor. Angststörungen und ihr Zusammenhang mit Bindung wurden vor allem in retrospektiven Studien mit Erwachsenen Angstpatienten untersucht. In einer Studie von Lutz und Hock (1995) wurde dabei der Zusammenhang von mütterlicher Trennungsangst und Bindungserfahrungen der Mutter im Rahmen einer Längsschnittstudie an 49 Probanden untersucht. Dabei fanden sich bei den Müttern,

die retrospektiv über unsichere Bindungsrepräsentationen berichteten, mehr mütterlich Trennungsängste, wenn ihre Kinder zwei Monate alt waren. In zwei ähnlichen Studien untersuchten Manassis, Bradley, Goldberg, Hood und Swinson (1994, 1995) 18 Mütter mit Angststörungen und fanden 16 unsicher gebundene Kinder. Nur bei zwei Kindern fanden sich kurzfristige, nach der Untersuchung auftretende spezifische Phobien. Kein Zusammenhang wurde gefunden zwischen unsicherer Bindung und Verhaltenshemmung. Kritisch angemerkt werden müssen hier die geringe Stichprobengröße, das Alter der Kinder, die mit einem Durchschnittsalter von drei Jahren für die Diagnose von Angststörungen noch sehr jung waren sowie mögliche andere Transmissionswege von Angststörungen neben der Bindung (v. a. genetische Transmission). Neben solchen, wenig Aufschluss gebenden Studien konnten in der Literatur nur zwei prospektive Längsschnittstudien gefunden werden, die die Ängstlichkeit von Kindern und ihren Zusammenhang mit mehreren Wirkfaktoren, u. a. auch mit dem Bindungstyp untersuchten. In einer Hochrisikostudie sagten Warren et al. (1997) Angst des Kindes im Alter von 12 Jahren durch mütterliche Angst im 8. Schwangerschaftsmonat und im 3. Lebensmonat des Kindes sowie durch das Temperament des Kindes (Urteil der Mutter und der Krankenschwester) und durch den Bindungstyp im 12. Lebensmonat des Kindes (erfasst durch den Strange Situation Test) vorher. Die Autoren fanden bei den Kindern mit Angststörungen signifikant mehr unsicher-ambivalent gebundene als unsicher-vermeidend gebundene Kinder. In mehreren durchgeführten linearen Regressionen blieb von den vorher korrelieren Faktoren nur der Bindungstyp als Prädiktor für Angststörungen bei den untersuchten Kindern übrig. Dabei war egal, in welcher Reihenfolge die Faktoren in die Regressionsanalyse aufgenommen wurden. Die Autoren schlussfolgerten, dass die mit den Angststörungen korrelierte Einschätzung des kindlichen Temperaments geteilte Varianz mit dem Faktor Bindungstyp besitzt. In einer weiteren prospektiven Längsschnittstudie untersuchten Dallaire und Weinraub (2005) die prädiktive Kraft der Variablen Bindungstyp, mütterliche Sensitivität und mütterliche Trennungsangst für die Vorhersage kindlicher Trennungsängste im Alter von 6 Jahren (erfasst im Kindesurteil). In der von den Autoren durchgeführten Regressionsanalyse erwiesen sich die Faktoren Bindungstyp und mütterliche Sensitivität als durchgängig substantielle Prädiktoren für die Ängste des Kindes mit 6 Jahren.

Insgesamt weisen die beiden zitierten prospektiven Längsschnittstudien auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Bindung und Ängsten bzw. Trennungsängsten hin. Inwieweit auch andere Variablen eine Rolle spielen und die verschiedenen Einflüsse sich gegenseitig moderieren, kann nach dem derzeitigen Stand der Forschung nicht beantwortet werden.

### 1.2.2.2 Trennungserfahrungen

Die im Rahmen der normalen Entwicklung auftretenden Trennungsängste werden, wie die Ängste vor Höhe und Wasser zu den sogenannten nicht-assoziativen Ängsten gezählt (Menzies & Harris, 2001). Aber auch in der Genese von Phobien nehmen Menzies und Clarke (1995) einen solchen nicht-assoziativen Pfad an, nach dem evolutionär angelegte Ängste nicht durch traumatisierende Ereignisse, im Sinne einer klassischen Konditionierung, hervorgerufen werden. Dies konnte für Ängste vor Höhe und Wasser auch in prospektiv angelegten Studien gezeigt werden (Poulton, Davies, Menzies, Langley & Silva, 1998; Poulton, Menzies, Craske, Langley, & Silva, 1999). In Bezug auf Trennungsängste stellte bereits Bowlby (1973) fest, dass Trennungsängste nicht mit Trennungserfahrungen verbunden sind, sondern bei allen Kindern auftreten - unabhängig von vorherigen Trennungserfahrungen. Studien, die den Zusammenhang von Trennungserfahrungen und diagnostizierter Störung mit Trennungsangst in jüngerer Vergangenheit überprüft haben, bestätigten die Hypothese, dass zwischen Erlebnissen und der Entwicklung des Störungsbildes kein Zusammenhang besteht. Bandelow et al. (2001) erhoben bei einer Stichprobe von Panikpatienten retrospektiv das Vorliegen von Trennungsängsten sowie Trennungserlebnissen in der Kindheit. Dabei fanden sich die erwarteten signifikanten Erhöhungen von Trennungsängsten und Anzahl erlebter Trennungserlebnisse bei den Panikpatienten im Vergleich zu einer klinisch unauffälligen Kontrollstichprobe. Differenzierte Analysen zeigten jedoch, dass kein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß von Trennungsängsten und der Anzahl der erlebten Trennungserlebnisse bestand. Eine Längsschnittstudie von Poulton, Milne, Craske und Menzies (2001) soll hier ausführlicher dargestellt werden, da sie eine differenzierte Analyse der Wirkung verschiedener Trennungserlebnisse erlaubt. Die Autoren untersuchten eine Stichprobe von über 900 Kindern im Alter von 3, 11 und 18 Jahren mit der Frage, ob Trennungserlebnisse geplanter oder ungeplanter Art einen Zusammenhang mit der späteren Entwicklung von Trennungsängsten zeigen. In den verschiedenen Altersstufen wurden dabei Trennungsängste als abhängige Variable (durch Beobachtung bzw. Fragebögen) erfasst sowie mehrere unabhängige Variablen in den unterschiedlichen Altersstufen: Trennungen von der Mutter im 3. Lebensjahr, Krankenhausaufenthalte, Trennung der Eltern, Tod der Eltern, mütterliche Ängste, mütterliche Trennungsängste, mütterliche Überbehütung, Drohungen mit Trennung als erzieherisches Mittel, Besuch der Vorschule vor dem 5. Lebensjahr, geplante vs. ungeplante Trennungen von der Mutter sowie sozioökonomischer Status. Dabei zeigten sich im Alter von 3 Jahren kein Zusammenhang von unabhängigen und

abhängiger Variable mit Ausnahme eines Interaktionseffektes von hohem sozioökonomischen Status und Trennungserfahrungen, die mit niedrigerer Trennungsangst bei den 3-Jährigen korreliert war. Im Alter von 11 Jahren fanden sich vor der Korrektur für die Anzahl der unabhängigen Variablen ein Zusammenhang zwischen Angst der Mutter, das Haus zu verlassen und kindlichen Trennungsängsten. Dieser Zusammenhang verschwand nach der Korrektur. Es zeigten sich darüber hinaus signifikant höhere Trennungsangstwerte bei Kindern, die vor dem 3. Lebensjahr eine Einrichtung („preschool“) besucht haben als bei den Kindern, die zwischen dem 3. und 4. bzw. ab dem 4. Lebensjahr in eine solche Einrichtung gekommen sind. Eine erhöhte Anzahl von Besuchstagen in einer solchen Einrichtung führte ebenfalls zu signifikant höheren Trennungsangstwerten im Alter von 11 Jahren. Im Alter von 18 Jahren fanden sich signifikante Zusammenhänge von niedrigem sozioökonomischen Status und hoher Trennungsangst sowie von Tod der Eltern und hoher Trennungsangst. Auch diese Zusammenhänge waren jedoch nach der Korrektur für die Anzahl der aufgenommenen unabhängigen Variablen nicht mehr signifikant. Ein negativer Zusammenhang fand sich zwischen Krankenhausaufenthalten im Alter von 3 und 9 Jahren und Trennungsängsten mit 18 Jahren. Dabei waren jedoch bei akuten Krankenhausaufenthalten die Trennungsangstwerte signifikant höher als bei weniger akuten, vorbereiteten Krankenhausaufenthalten. Insgesamt zeigen damit als belastend eingeschätzte Trennungserfahrungen geringe, mehrheitlich nicht signifikante Zusammenhänge mit Trennungsängsten in einem späteren Entwicklungsalter. Problematisch erscheinen vielmehr regelmäßige Trennungen vor dem 3. Lebensjahr durch einen Besuch des Kindergartens oder einer ähnlichen Einrichtung. Dagegen sind einzelne Trennungserlebnisse bei einem hohen sozioökonomischen Status der Familie sogar mit niedrigeren Trennungsangstwerten verbunden, was für eine protektive Wirkung von geplanten und angemessen durchgeführten Trennungen sprechen könnte. Zu einem anderen Ergebnis kommt die Studie von Cronk, Slutske, Madden, Buchholz & Heath (2004), in der unter anderem der Einfluss väterlicher Abwesenheit auf Trennungsängste untersucht wurde. Die Variable väterliche Abwesenheit (nicht kontrolliert wurde die Art bzw. Ursache der Abwesenheit) konnte dabei alle Formen von Trennungsängsten, von subklinischen bis zum Vollbild der Störung, vorhersagen. Unklar bleibt auch in dieser Studie, über welche Wege dieser Zusammenhang vermittelt wird. Zu vermuten ist hier eher ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Familie (Kap. 1.2.2.7). Eine Aussage über Kausalitäten ist auf der Basis dieser Studie nicht möglich, insgesamt zeigen sich jedoch keine deutlichen Zusammenhänge zwischen als traumatisch erlebten Trennungserfahrungen und der Entwicklung von Trennungsängsten. Hinweise auf die Bedeutsamkeit von

frühem Kindergarten- oder Hortbesuch weisen vielmehr auf die Bedeutung chronischer Belastungen hin.

### 1.2.2.3 Elterlicher Erziehungsstil

Zur Untersuchung von elterlichem Erziehungsstil und kindlicher Ängstlichkeit wurden von Rapee (1997) sowie von Wood, McLeod, Sigman, Hwang und Chu (2003) Metaanalysen durchgeführt. Die Analyse von Rapee (1997) muss dabei aus zwei Gründen als problematisch angesehen werden. Eingeschlossen in die Analyse wurden zahlreiche Studien, die eine retrospektive Einschätzung des Erziehungsstils der eigenen Eltern durch erwachsene Angstpatienten vornehmen. Darüber hinaus stammt der große Teil der einbezogenen Studien aus den 70er und 80er Jahren und muss daher als veraltet betrachtet werden, da der Erziehungsstil und die Einschätzung erzieherischer Faktoren einem starken Wandel unterliegen. Die in den zitierten Studien gefundenen Korrelationen zwischen Angst und den am häufigsten gefundenen Erziehungsstilen Kontrolle und Ablehnung, die durchschnittlich zwischen 0.2 und 0.3 liegen, konstatiert der Autor als gering und damit nicht als wesentliche Faktoren, die zur Varianzaufklärung der Angstsymptomatik beitragend. Wood, McLeod, Sigman, Hwang und Chu (2003) führen in ihrer Metaanalyse zum Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsstil und kindlichen Ängsten lediglich Studien auf, die zwischen 1990 und 2002 durchgeführt wurden. Dabei unterteilen sie die untersuchten Studien nach den von ihnen als zentrale Wirkfaktoren konstatierten Variablen: elterliche Kontrolle im Sinne einer exzessiven Regulation; elterliche Akzeptanz im Sinne eines positiven und fördernden Umgangs; das Formen von Ängsten durch die Eltern im Sinne einer Vermittlung ängstlicher Denkstile und einer Verhinderung von Coping-Mechanismen. Ausgeschlossen wurden Studien, die den elterlichen Erziehungsstil retrospektiv erfassen.

Effekte zu **mütterlicher Akzeptanz** zeigen sich in den meisten Studien, in denen elterlicher Erziehungsstil durch das Kinderurteil erhoben wurde; die Mehrzahl der Effekte wurde jedoch nicht signifikant. Eine deutliche Varianzaufklärung von 21% für den Faktor mangelnde mütterliche Akzeptanz bei ängstlichen Kindern zeigte sich in einer Studie von Siqueland, Kendall und Steinberg (1996). Durchgängig wenige und sehr geringe Korrelationen zwischen elterlichem Erziehungsstil und Ängsten bei Kindern fanden sich in Studien, die den Erziehungsstil im Elternurteil erfassten. Eine weitere Gruppe bildeten Beobachtungsstudien. Vier der fünf hier aufgeführten Studien

zeigen signifikante Ergebnisse in der vermuteten Richtung von weniger Wärme und Akzeptanz bei Müttern ängstlicher Kinder im Vergleich zu Müttern nicht-ängstlicher Kinder. Einen Hinweis auf eine mögliche Differenzierung dieser Ergebnisse durch die Berücksichtigung der mütterlichen Ängstlichkeit zeigt dabei eine Studie von Whaley, Pinto und Sigman (1999), in der Interaktionen zwischen ängstlichen Müttern und ängstlichen Kindern beobachtet und analysiert wurden. Dabei zeigte sich, dass die Mütter weniger warm und positiv sondern kritischer und katastrophisierender in der Interaktion waren sowie ihre Kinder weniger autonom handeln ließen. Dabei zeigte sich bei ängstlichen Müttern nicht-ängstlicher Kinder ein ebenfalls wenig warmes und positives jedoch nicht so kritisierendes Verhalten. In einer Folgestudie (Moore, Whaley & Sigman, 2004) zeigte sich bei Müttern ängstlicher Kinder, unabhängig von ihrer eigenen Ängstlichkeit, ebenfalls weniger Wärme und ein geringeres Zugeständnis von Autonomie. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass die Variable warmes und positives Verhalten damit eher mit der Ängstlichkeit der Mütter zusammenhängt, das kritisierende, weniger Autonomie zugestehende Verhalten eher mit der Ängstlichkeit der Kinder. Neben einem Haupteffekt für die Ängstlichkeit des Kindes zeigte sich bei der Variable katastrophisierendes Verhalten auch ein Interaktionseffekt von Angst des Kindes und der Mutter. Insgesamt lassen die Studien damit eine Interaktion zwischen kindlichen und mütterlichen Ängsten vermuten.

Studien zur **elterlichen Kontrolle und Regulation** zeigen im Falle erhobener Kinderurteile in der Metaanalyse ein unklares Bild. Dabei weisen die Autoren vor allem auf darauf hin, dass in den meisten Studien sowohl die kindlichen Ängste als auch die Einschätzung des Erziehungsverhaltens im Kinderurteil vorgenommen wurde, wodurch Einschränkungen der Aussagekraft entstehen. In zwei Studien, in denen die kindliche Angst durch ein klinisches Urteil bzw. über eine Beurteilung des Lehrers erhoben wurde, fanden sich keine bzw. geringe Effekte im Sinne der Hypothese. Auch zu diesem Faktor liegt nach Recherche der Autoren nur eine sehr geringe Zahl von zwei Studien vor, die die elterliche Kontrolle im Elternurteil erfassen. Dabei zeigt eine Studie keine signifikanten Effekte, die zweite zeigt einen geringen Zusammenhang zwischen erhöhter kindlicher Schüchternheit und hoher Kontrolle im elterlichen Erziehungsverhalten. Beobachtungsstudien liegen in größerer Zahl von sechs Studien vor, in denen kontrollierendes Verhalten vs. autonomieförderndes Verhalten von Eltern in Zusammenhang mit Ängsten bzw. Schüchternheit der Kinder untersucht wurde. Die Studien zeigten mit deutlicher Übereinstimmung bei acht von zehn durchgeführten statistischen Tests mittlere bis hohe und nur in einem Fall einen niedrigen Effekt. Einen Hinweis darauf, dass auch bei kontrollierendem Verhalten die Eltern-Kind-Interaktion eine wichtige Rolle spielen könnte, gibt eine Studie von Dumas, LaFreniere

und Serketich (1995). In einer Laborstudie untersuchten die Autoren Kinder zwischen 2;6 und 6;6 Jahren bezüglich der in der Interaktion ausgetauschten kontrollierenden Verhaltensweisen. Dabei zeigten sich im Verhalten ängstlicher Kinder und ihrer Mütter die höchsten Anteile negativer Interaktion. Während die Mütter versuchten ihre Kinder über Zwang und wenig Reaktion auf Verhalten ihres Kindes zu steuern, zeigten die Kinder stures Verhalten und ebenfalls Versuche, über Zwang ihre Mütter zu steuern. Einschränkend muss zu dieser Studie allerdings gesagt werden, dass die Rekrutierung der Probanden sowie die Gruppeneinteilung auf der Basis von Erzieherratings erfolgte und keine Diagnose eines Klinikers umfasste.

Die einzige Studie, die den Zusammenhang elterlichen Erziehungsverhaltens und kindlichen Ängsten an einer spezifischen Gruppe trennungsängstlicher Kinder untersucht, ist eine nicht in die Metaanalyse eingeschlossene Studie von Wood (2006). Die Studie zeigt für die Variable elterliche Kontrolle („intrusiveness“), eingeschätzt von Eltern, Kindern und Beobachtern, hohe Korrelationen mit kindlicher Störung mit Trennungsangst jedoch nicht mit generalisierter Angststörung und sozialer Phobie auf verschiedenen Fragebögen. Der Autor vermutet durch die Übernahme vieler Handlungen durch die Eltern in Trennungssituationen ein Ansteigen einer ohnehin durch Veranlagung vorhandenen Ängstlichkeit der Kinder, Dinge nicht bewältigen zu können.

Geringe oder keine Zusammenhänge zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen Ängsten fanden die folgenden Studien. In einer nicht in die Metaanalyse eingeschlossenen Studie von McClure, Brennan, Hammen und Le Brocque (2001) schätzten Kinder in einem Fragebogen über elterliches Verhalten mütterliche Akzeptanz, überkontrollierendes Verhalten der Mütter auf Verhaltensebene und überkontrollierendes Verhalten auf psychischer Ebene (z. B. alles über sein Kind wissen wollen) ein. Diese Variablen hatten keine moderierende Wirkung auf den Zusammenhang von mütterlicher und kindlicher Angst. In einer weiteren Studie zeigten Hudson und Rapee (2001) in einer Beobachtungsstudie von ängstlichen, oppositionellen und klinisch unauffälligen Kindern einen signifikanten Unterschied in mütterlicher Einmischung in die Aufgabe des Kindes und in der Negativität der Interaktion zwischen Mutter und Kind. Dabei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der ängstlichen und der Gruppe der klinisch unauffälligen Kinder, jedoch keine Unterschiede zwischen den beiden klinisch auffälligen Gruppen. Die Autoren zweifeln in ihren Schlussfolgerungen daher an der Spezifität der Auffälligkeiten im elterlichen Erziehungsstil für ängstliche Kinder und nehmen einen eher unspezifischen Effekt von psychischen Störungen bei Kindern auf den elterlichen

Erziehungsstil an. Einen geschlechtsspezifischen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsstil und kindlicher Sorge („worry“) fanden Muris et al. (2000) in einer Stichprobe 9- bis 13-Jähriger Kinder. Dabei fanden sich Korrelationen vor allem in der Gruppe der Jungen für die Variablen ängstliches Moderieren (Mutter und Vater), Kontrolle (Mutter) und Ablehnung (Mutter und Vater) mit den von den Kindern angegebenen Sorgen. Die Variable Ablehnung zeigte als einzige Variable auch eine signifikante Korrelation mit Sorge in der Gruppe der Mädchen.

Die hier beschriebene Metaanalyse von Wood, McLeod, Sigman, Hwang und Chu (2003) führt nur wenige Studien auf, die den **Einfluss ängstlich moderierenden Verhaltens** von Eltern auf die Ängste ihrer Kinder untersuchen. Lediglich zwei Studien, die das Erziehungsverhalten aber auch die Ängstlichkeit im Kindesurteil erhoben, fanden deutliche Effekte im Sinne einer höheren Ängstlichkeit bei den Kindern, die ihre Eltern als ängstlich moderierend wahrnahmen. Keine Studien wurden gefunden, die das Erziehungsverhalten im Elternurteil erhoben. Die bezüglich elterlicher Akzeptanz bereits ausführlich darstellten Studien von Whaley, Pinto und Sigman (1999) bzw. Moore, Whaley & Sigman (2004) zeigten eine Varianzaufklärung von 47% am diagnostischen Status des Kindes durch mütterliches Katastrophisieren bei der Diskussion verschiedener Probleme zwischen Mutter und Kind. Wie bereits beschrieben, zeigte die Studie von Muris et al. (2000) ebenfalls einen Einfluss eines elterlichen ängstlich-modellierenden Erziehungsstils, jedoch nur in der Gruppe der Jungen. Andere Studien untersuchen die Variable elterlichen Erziehungsstil im Sinne einer ängstlichen Modellierung im Kontext von Studien zur Kognition ängstlicher Kinder. Studien, die speziell dieser Fragestellung im Kontext der Untersuchung von Kognitionen ängstlicher Kinder untersuchten, werden daher in diesem Kapitel aufgeführt und nicht im Kapitel Wahrnehmung und kognitive Stile. In der bereits unter dem Faktor Kognition aufgeführten Studie von Barrett et al. (1996) wurde in einem zweiten Teil an die jeweiligen Einschätzungen ambivalenter Situationen durch ängstliche, aggressive und klinisch unauffällige Kinder und ihre Eltern eine Diskussion zwischen Kind und Eltern über die eingeschätzten ambivalenten Situationen durchgeführt. Im Anschluss an die Diskussion hatten sich die vermeidenden Pläne der ängstlichen Kinder und auch die aggressiven Verhaltenspläne signifikant verstärkt. Dies spricht für einen Einfluss der Eltern auf das ängstlich-vermeidende Verhalten ihrer Kinder. In einer genaueren Analyse der Eltern-Kind-Interaktion fanden Dadds, Barrett, Rapee und Ryan (1996) in den Gruppen der ängstlichen und aggressiven Kinder weniger mütterliche Übereinstimmung mit den Aussagen ihrer Kinder und weniger elterliche Prognosen positiver Konsequenzen für das geplante Verhalten als

in der Gruppe der klinisch unauffälligen Kinder. Eine Tendenz elterlichen Einflusses auf die Interpretation uneindeutiger Situationen durch ihre Kinder zeigte auch die Studie von Chorpita, Albano und Barlow (1996), wobei die Ergebnisse aufgrund der geringen Power in dieser Studie nicht durchgängig signifikant und von den Autoren daher nicht differenziert interpretiert wurden.

Zusammengenommen zeigen sich in den untersuchten Studien für alle drei untersuchten Variablen Hinweise auf den Einfluss elterlichen Erziehungsverhaltens auf kindliche Ängste. Dabei zeigen sich Hinweise, dass dieser Einfluss auf Jungen stärker wirken könnte als auf Mädchen. Nur eine einzige Studie macht dabei spezifische Aussagen für Kinder mit Trennungsängsten, so dass keine sicheren Aussagen für diese Gruppe möglich sind. Die Studie weist jedoch auf einen hohen Zusammenhang von elterlichem Erziehungsverhalten und Trennungsängsten hin. Insgesamt sind unterschiedliche Wege eines Einflusses von Erziehungsverhalten auf kindliche Ängste möglich. Neben Haupteffekten, die das kindliche Verhalten bzw. das elterliche Verhalten als Auslöser für Verhalten des jeweils anderen betrachten, zeigen sich in einigen Studien Hinweise auf gegenseitige Beeinflussungen von kindlichen Ängsten und elterlichem Erziehungsverhalten, im Sinne eines Interaktionseffektes. Weiterhin könnte der Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen Ängsten durch weitere Umweltfaktoren moderiert werden. Da nur zwei der oben aufgeführten Studien mögliche Interaktions- oder moderierende Variablen miteinbezogen, kann die Frage der Art des Zusammenhangs zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und kindlichen Ängsten auf der Basis der aktuellen Studienlage nicht beantwortet werden. Darüber hinaus werfen einige Studien die Frage auf, ob der Einfluss von Erziehungsverhalten auf einzelne psychische Störungen spezifisch wirkt, oder ob es einen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsstil und kindlichen psychischen Störungen im Sinne eines allgemeinen, negativen und kindliche psychische Störungen fördernden Einfluss bestimmter elterlicher Erziehungsstile gibt. Dass ein Einfluss elterlichen Erziehungsverhaltens auf die Entwicklung kindlicher Ängste existiert, erscheint nach aktueller Datenlage wahrscheinlich. Ob dieser auch für Trennungsängste besteht bzw. ob es spezifische Eigenschaften dieser Stichprobe gibt, die einen Effekt moderieren, ist aufgrund der minimalen Datenlage aktuell nicht zu beantworten.

Durch die oben genannte Forschung nicht beantwortet wird die Frage, ob es neben dem Erziehungsstil andere familiäre Faktoren gibt, die einen Einfluss auf die Entwicklung kindlicher Ängste haben. Denkbar wären hier Faktoren wie Geschwisterrivalität, familiäre Kohärenz, Probleme in der Paarbeziehung der Eltern

sowie Faktoren, die aus der Forschung zu Resilienz- bzw. Risikofaktoren als allgemein die psychische Gesundheit von Kindern gefährdende Faktoren bekannt sind, wie zum Beispiel Alkoholismus der Eltern oder niedriger sozioökonomischer Status (Holtmann & Schmidt, 2004). Zu diesem Bereich konnte neben der Forschung zu Trennungserfahrungen, in deren Rahmen auch Variablen wie Tod eines Elternteils untersucht wurden, in der Literatur nur sehr wenige Studien gefunden werden. In einer Studie von Dadds und Powell (1991) wurde der Zusammenhang zwischen elterlichen Konflikten bzw. Erziehungsproblemen und Aggression bzw. Angst bei klinisch auffälligen und unauffälligen Kindern untersucht. Die Autoren fanden keine Korrelation zwischen elterlichen Konflikten oder Erziehungsproblemen und Ängsten bei Mädchen aber deutliche Zusammenhänge zwischen beiden Variablen und den Ängsten von Jungen. Dies galt dabei sowohl für die Gruppe der klinisch auffälligen als auch für die Gruppe der klinisch unauffälligen Jungen. Einige Studien, die den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status untersucht haben, sind in Kapitel 1.2.2.7 aufgeführt.

#### **1.2.2.4 Einfluss von Geschwistern**

Zum Einfluss von Geschwisterbeziehungen auf Kinder mit Ängsten finden sich in der Literatur lediglich zwei Studien.

In der Studie von Dunn, Slomkowski, Beardsall und Rende (1994) handelt es sich um eine Stichprobe von Kindern, die erhöhte Werte auf der Skala internalisierende Auffälligkeiten der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991a) zeigten, jedoch in überwiegender Mehrheit nicht klinisch auffällig waren. Die Forscher fanden bei diesen Kindern Beschreibungen der Geschwisterbeziehung, die weniger Nähe und Wärme angaben, als Kinder mit nicht erhöhten Werten auf der Skala internalisierender Auffälligkeiten. Insgesamt muss die Studie in ihrer Aussagekraft für ängstliche Kinder kritisch beurteilt werden, da die Skala internalisierender Auffälligkeiten der Child Behavior Checklist neben Angststörungen noch zahlreiche andere internalisierende Verhaltensauffälligkeiten erfragt und damit von einer sehr heterogenen Stichprobe ausgegangen werden muss.

Eine Studie, die die Geschwisterbeziehungen ängstlicher Kinder spezifisch untersucht wurde von Fox, Barrett, und Shortt (2002) durchgeführt. In der Kontrollgruppenstudie mit insgesamt 51 Geschwisterpaaren erfüllten 25% der klinischen Gruppe die Diagnose einer Störung mit Trennungsangst nach DSM-IV. Das Durchschnittsalter lag

bei 10;1 (Patient) bzw. 10;4 (Geschwisterkind) Jahren für die klinische Gruppe und bei 9;9 bzw. 10;3 Jahren für die Kontrollgruppe, das Maximum der Differenz zwischen dem Alter der Geschwister lag bei vier Jahren. Neben Fragebögen für Eltern und Kinder wurde eine 5-minütige Diskussion zwischen den Geschwistern durchgeführt, die bezüglich der Variablen Wärme, Feindlichkeit, Kontrolle des Geschwisterkindes sowie Verfolgung der Aufgabenstellung ausgewertet wurde. Erwartungsgemäß fanden sich signifikant höhere Werte auf einem von den Kindern ausgefüllten Angstfragebogen sowie auf der Skala internalisierender Auffälligkeiten der Child Behavior Checklist bei den Index-Patienten der klinischen Gruppe gegenüber den Index-Patienten der Kontrollgruppe. Keine Unterschiede fanden sich zwischen den Geschwisterkindern. Für die Einschätzung der Geschwisterbeziehung zeigte sich, dass Geschwister ängstlicher Kinder ihre Beziehung als signifikant konfliktreicher einschätzten als die Geschwister der Kontrollgruppe. Für die anhand der Diskussionsaufgabe kodierten Variablen fanden die Autoren in einer Diskriminanzanalyse Hinweise auf mehr Kontrolle durch die Geschwister ängstlicher Kinder, sowie umgekehrt mehr Kontrolle durch die ängstlichen Kinder und weniger Wärme der ängstlichen Kinder gegenüber ihren Geschwistern. Auffällig ist hier die Ähnlichkeit zu Variablen, die in der Eltern-Kind-Beziehung ängstlicher Familien eine Rolle spielen.

Für den Einfluss von Geschwisterbeziehungen auf die Ängstlichkeit von Kindern kann aufgrund der Studienlage keine Aussage getroffen werden. Die vorliegende Studie deutet aber darauf hin, dass es in diesem Bereich Auffälligkeiten geben könnte, die zur Erklärung des pathogenetischen Modells von Ängsten beitragen könnten. In welche Richtung eine Kausalität besteht und inwiefern die Ergebnisse auch auf trennungsängstliche Kinder übertragbar sind, ist unklar. Bei Kindern mit Trennungsängsten könnte die höhere Komorbidität mit externalisierenden Störungen zu einem Muster von Geschwisterinteraktionen führen, das sich von anderen Angststörungen unterscheidet.

### **1.2.2.5 Einfluss von Peers**

Ähnlich wie zum Einfluss von Geschwisterbeziehungen finden sich nur sehr wenige Studien zum Zusammenhang zwischen Peer-Group und Angststörungen bei Kindern. Während im Bereich sozialer Ängste einige Studien durchgeführt wurden, existiert

keine Studie, die diese Fragestellung in Bezug auf Trennungsängste untersucht hat und fast keine Studien, die gemischte Gruppen von Angststörungen untersucht haben. Eine prospektive Studie von Grover, Ginsburg und Ialongo (2005) untersuchte den Einfluss zahlreicher Faktoren auf die Entwicklung einer Angststörungsdiagnose im Abstand von sechs Jahren bei Erst- und später Siebtklässlern. Dabei zeigte sich nur für die Gruppe der Mädchen und für den ersten Messzeitpunkt ein Zusammenhang zwischen Ablehnung durch Peers und dem elterlichen Urteil über die Angst des Kindes. In einer Studie von Puig-Antich et al. (1985) zeigte sich beim Vergleich depressiver mit ängstlichen und klinisch-unauffälligen Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren schlechtere Peer-Beziehungen bei den klinisch auffälligen im Vergleich zu den klinisch unauffälligen Kindern. Darüber hinaus zeigen die ängstlichen Kinder die niedrigsten Raten aller drei Gruppen bezüglich des Faktors Verabredungen mit Freunden. Strauss, Lahey, Frick, Frame und Hynd (1988) untersuchten in ihrer Studie explizit den sozialen Status ängstlicher Kinder bei ihren Peers. Verglichen wurden dabei Kinder mit Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und klinisch unauffällige Kinder zwischen sechs und dreizehn Jahren. Als abhängige Variable bewerteten die Probanden jeweils drei Kinder ihrer Klasse, die sie am meisten mochten, am wenigsten mochten und mit denen sie am meisten stritten. Dabei zeigte sich, dass ängstliche Kinder im Vergleich zu Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens und klinisch unauffälligen Kindern von ihren Peers signifikant weniger benannt wurden, als die Kinder der anderen Gruppen, ihnen also die geringsten soziale Bedeutsamkeit zugeschrieben wurde. Darüber hinaus zeigte sich, dass die klinisch auffälligen Kinder (beider Störungsbilder) signifikant weniger gemocht wurden als die klinisch unauffälligen Kinder. Allerdings zeigten sich bei 63% der Kinder mit Angststörungen keine Auffälligkeiten in den soziometrischen Einschätzungen durch die Peers. Einschränkend ist bei dieser Studie festzuhalten, dass die Stichprobe der ängstlichen Kinder mit  $N = 16$  sehr klein war und Verzerrungen der Kinderurteile vermutet werden müssen, da die Bewertungen an die Lehrer und nicht an unabhängige Personen gegeben wurden. In einer Studie zur Erhebung der Prävalenz von Bowen, Offord und Boyle (1990) fanden sich bei der Analyse angegebener Beeinträchtigungen für die Gruppe der ängstlichen Kinder (Trennungsängste und Überängstlichkeit) signifikant weniger soziale Isolierung als bei depressiven Kindern. Insgesamt gilt damit auch im Bereich der Peer-Einflüsse, dass aufgrund der aktuellen Studienlage keine Aussagen für trennungsängstliche Kinder gemacht werden können. Für die Gesamtgruppe der ängstlichen Kinder ergeben sich Hinweise auf negativere soziale Beziehungen zu Peers bzw. auf eine geringere soziale Bedeutsamkeit. Eine Beeinflussung der Peer-Beziehungen bei trennungsängstlichen Kindern erscheint

theoriegeleitet am ehesten bei den Kindern möglich, die den Schul- oder Kindergartenbesuch vermeiden. Untersuchungen sollten dabei jedoch nicht nur negative Interaktionen, sondern auch mögliche protektive Einflüsse untersuchen.

### **1.2.2.6 Einfluss von Schule/Kindergarten**

Trotz intensiver Literaturrecherche konnten keine Studien zum Einfluss von Schule / Kindergarten auf Ängste bei Kindern oder spezifisch auf trennungsängstliche Kinder gefunden werden. Einen Hinweis gibt die Studie von Grover, Ginsburg und Ialongo (1999), bei der neben zahlreichen Faktoren auch Leistungsschwierigkeiten als Risikofaktoren bei der Entwicklung von Angststörungen bei Kindern untersucht wurden. Die Ergebnisse zeigten für Leistungsschwierigkeiten eine substantielle Varianzaufklärung bei der Vorhersage der Entwicklung von Ängsten zwischen der ersten und siebten Klasse. Allerdings fand sich dieser Zusammenhang nur im Eltern- aber nicht im Kindurteil und eine spezifische Interpretation der Ergebnisse für Kinder mit Trennungsängsten ist nicht möglich. Dagegen fanden Bowen, Offord und Boyle (1990) in ihrer Studie nur bei 2,5% der befragten Eltern Hinweise auf durch die Ängste beeinträchtigte Schulleistungen und damit einen niedrigeren Wert als für depressive Kinder, Kinder mit externalisierenden Störungen sowie Kinder ohne psychische Störungen.

Im Bereich des Einflusses von Schule wäre, neben der Untersuchung möglicher Risikofaktoren jedoch auch die Untersuchung von Schutzfaktoren bzw. von möglichen auslösenden Faktoren im Sinne einer chronischen Überforderung durch z. B. Fehlbesuchung, ADHS, Mobbing etc. denkbar. Zu diesen Interaktionen konnten in der Literatur jedoch keine Studien gefunden werden.

### **1.2.2.7 Sozioökonomischer Status**

Obwohl in vielen Studien der sozioökonomische Status als mögliche Einflussvariable erhoben wird, liegen nur wenige Studien vor, die den sozioökonomischen Status in seinem möglichen Zusammenhang mit Ängsten untersuchen. In der bereits im Kontext von Trennungserfahrungen zitierten Studie von Cronk et al. (2004) wurde der sozioökonomische Status einer Familie zunächst signifikant (besserer Status, weniger Ängste), diese Signifikanz verschwand jedoch bei Hinzunahme des Faktors

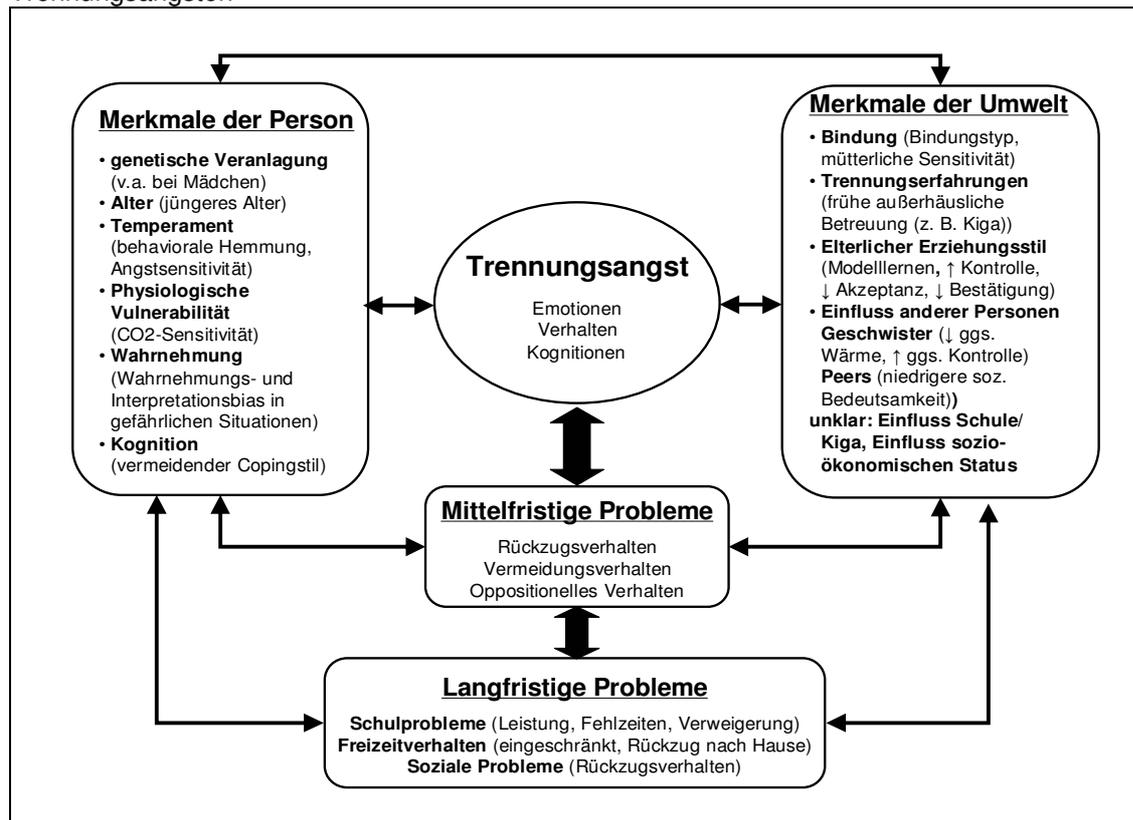
Abwesenheit des Vaters. Damit muss davon ausgegangen werden, dass in dieser Studie der Zusammenhang zwischen Ängsten und sozioökonomischem Status durch die übergeordnete Variable väterliche Abwesenheit verursacht wird. In einer Studie von Bird, Gould, Yager, Staghezza, und Canino (1989) zeigte von zahlreichen untersuchten Risikofaktoren (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Krankenhausaufenthalte, akademische Misserfolge, alleinerziehendes Elternteil, eheliche Probleme, familiäre Dysfunktion, Anzahl belastender Lebensereignisse, mütterliche psychische Vorgeschichte, väterliche psychische Vorgeschichte) nur die Variable sozioökonomischer Status einen signifikanten Zusammenhang mit der Diagnose Störung mit Trennungsangst (nach DSM-III). Dabei wurde nur der Unterschied zwischen niedrigem und mittlerem sozioökonomischen Status signifikant, kein signifikanter Unterschied zeigte sich zwischen mittlerem und hohem sozioökonomischen Status. In der bereits in der Einleitung beschriebenen Studie von Grover, Ginsburg und Ialongo (2005), klärte bei der Vorhersage des zweiten durch den ersten Messzeitpunkt neben der Variable Leistungsschwierigkeiten (s. Einfluss von Schule / Kindergarten) nur die Variable negative familiäre Umgebungsfaktoren einen substantiellen Teil der Varianz auf der abhängigen Variable Angststörungen auf. Dabei wurde die Variable negative familiäre Umgebungsfaktoren durch folgende Faktoren operationalisiert: Beziehungsschwierigkeiten in der Ehe, schwere Erkrankungen, Konflikte mit dem Gesetz, Alkohol- und / oder Drogenprobleme und psychische Störungen der Eltern. Da diese Faktoren auf den sozioökonomischen Status einer Familie einwirken, werden die Ergebnisse dieser Studie an dieser Stelle aufgeführt. Auch bezüglich des sozioökonomischen Status können auf der Basis der aktuellen Datenlage keine ausreichend sicheren Schlüsse über den Zusammenhang mit Trennungsängsten gezogen werden. Fraglich ist, nach den Ergebnissen der Studie von Cronk et al. (2004) auch, ob ein möglicher Zusammenhang zwischen kindlichen Ängsten und sozioökonomischem Status nicht auch von anderen, übergeordneten Faktoren moderiert werden könnte.

### **1.2.3 Pathogenetisches Modell**

Das im Folgenden abgebildete psychopathogenetische Modell (Abb. 1) fasst die Ergebnisse der oben ausführlich erläuterten aktuellen Studienlage zu Einflussfaktoren von Trennungsängsten zusammen. Da es in keinem Bereich eine Datenlage gibt, die als gut gesichert angesehen werden kann, werden in das Modell zunächst alle Faktoren aufgenommen, für die es Hinweise auf bestehende Wirkmechanismen gibt.

Das Modell ist somit als ein vorläufiges und hypothetisches Modell zu verstehen, da es noch nicht ausreichend durch Studienergebnisse abgesichert ist. Zusätzlich zu den direkten Wirkfaktoren wurde theoriegeleitet mögliche mittelfristige und langfristige Folgen in das Modell aufgenommen, die wiederum durch Wechselwirkungen mit der Symptomatik bzw. den direkten Einflussfaktoren auf die Symptomatik verbunden sind.

Abb. 1: Pathogenetisches Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung von Trennungsängsten



### 1.3 Diagnostik

Zur Erfassung von Trennungsängsten bei Kindern liegen keine spezifischen Instrumente vor. Zur Diagnostik verwendet werden daher vor allem Interviews und Fragebögen, die Trennungsangstsymptomatik mit einem Teil der Items, die zu einer Skala zusammengefasst werden können, erheben.

Als Interviews werden im deutschsprachigen Raum vor allem solche Verfahren verwendet, die sich an den Klassifikationssystemen orientieren, wie das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS) (Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995) oder das Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) (Döpfner, Berner, Flechtner,

Lehmkuhl, & Steinhausen 1998). Das Kinder-DIPS liegt in einer Eltern- sowie in einer Kinder-Fassung vor, das CASCAP-D eignet sich ebenfalls für die Befragung unterschiedlicher Beurteiler. Ein Verfahren zur Erfassung eines klinischen Urteils von psychischen Störungen existiert in Form von Diagnosechecklisten für Angststörungen innerhalb des Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II) (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008). Eine detaillierte Beschreibung der Diagnosechecklisten findet sich in Kapitel 4.2.3.

Die Erfassung von Trennungsängsten durch Selbst- oder Fremdbeurteilungsfragebögen ist im deutschsprachigen Raum mit mehreren Verfahren möglich, die neben anderen Angststörungen auch Trennungsängste erfassen. Eins der beiden im deutschsprachigen Raum normierten Verfahren stellen dabei die Fremd- und (ab 11 Jahren einsetzbaren) Selbstbeurteilungsbögen aus dem DISYPS-II (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) dar. Auch diese Fragebögen werden in Kapitel 4.2.3 näher beschrieben. In diesen Fragebögen wird die Skala Trennungsängste mit Items erfragt, die sich an den Kriterien des ICD-10 (WHO, 1993) orientieren. An den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) orientieren sich die Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1998) (Kap. 4.2.3) und der Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher et al., 1997). Beide Verfahren sind nicht an deutschen Stichproben normiert sondern wurden bisher nur in einer Studie auf ihre Reliabilität und Validität in deutschen Stichproben hin untersucht (Essau, Muris & Ederer, 2002). Für beide Verfahren liegen Kinder-Versionen vor, die in der Studie von Essau, Muris und Ederer (2002) auch bereits bei 8-Jährigen Kindern eingesetzt wurden. Die SCAS wurde für die vorliegende Studie eingesetzt und wird daher ebenfalls in Kapitel 4.2.3 genauer beschrieben. Ein weiteres, an einer deutschsprachigen Stichprobe normiertes Verfahren, mit einer Subskala Trennungsängste ist der Phobiefragebogen für Kinder (PHOKI) (Döpfner, Schnabel, Goletz & Ollendick, 2006). Der Fragebogen erfasst mit 96 Items phobische Ängste vor verschiedenen Objekten und Situationen. Da es sich bei diesem Instrument um einen reinen Selbstbeurteilungsfragebogen handelt, wurde er für die vorliegende Studie nicht verwendet.

Standardisierte Rating- oder Beobachtungsverfahren zur Erfassung von Trennungsängsten liegen nicht vor. Verfahren zur Erfassung der Bindung zwischen Mutter und Kind können nicht als diagnostische Instrumente zur Erfassung des Störungsbildes angesehen werden, da die Existenz einer unsicheren Bindung weder als notwendiger noch als hinreichender Faktor für das Vorliegen einer Störung mit Trennungsangst angesehen werden kann (Kap. 1.2.2.1).

Im Folgenden soll ein Überblick über Studien gegeben werden, die sich mit der Frage der Stabilität sowie der Übereinstimmung von verschiedenen Beurteilerebenen bei der Erfassung von Trennungsängsten bzw. Angststörungen beschäftigt haben.

Studien von Ialongo, Edelsohn, Werthamer-Larsson, Crockett und Kellam (1994; 1995) zur Stabilität des Kindurteils zeigen eine hohe Stabilität des Kindurteils bei Angststörungen in einem Zeitraum von vier Monaten bzw. fünf Jahren. Bei der Betrachtung des Vergleichs von Kind- und Elternurteil fällt, entgegen der bei anderen Angststörungen häufig erhöhten Elternurteile, eine stärkere Benennung von Trennungsangstsymptomen im Kindurteil auf. Dies führt zu höheren Prävalenzen für Trennungsängste, wenn die Beurteilung auf Kinder- und nicht auf Elternebene erfolgt (Tab. 2). In einer Studie von Safford, Kendall, Flannery-Schroeder, Webb und Sommer (1995) zeigten sich Übereinstimmungen von  $\kappa = .64$  für die Beurteilung des Vorliegens einer Trennungsangstdiagnose im Kind- und Elternurteil. Auch hier zeigten sich nicht die bei anderen Angststörungen häufig gefundenen signifikanten Erhöhungen im Elternurteil sondern es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Kind- und Elternurteil. Eine Übereinstimmung von nur  $\kappa = .07$  fand sich in der Studie von Foley et al. (2004) für das Kind- und Elternurteil von Trennungsängsten. Dieser Wert erhöhte sich leicht auf  $\kappa = .10$  bei Kindern mit hoher Beeinträchtigung durch die Symptomatik. In einer Differenzierung des Urteils nach Symptombeurteilung und Beurteilung der Diagnose zeigten sich in einer Studie von Comer und Kendall (2004) höhere Übereinstimmungen im Eltern-Kind-Urteil bei den Beurteilungen auf Symptomebene ( $\kappa = .25$ ) als auf Diagnostikebene ( $\kappa = -.44$ ), wobei auch die Übereinstimmung auf der Symptomebene als niedrig zu betrachten ist.

Bezüglich des Lehrerurteils konnten trotz umfangreicher Literaturrecherche keine Untersuchungen gefunden werden, die sich speziell mit der Einschätzung von Trennungsängsten befassen. In einer Studie, die die generelle Lehrerwahrnehmung für Angstsymptome bei Kindern untersuchte, fanden Layne, Bernstein und March (2006) unter den von Lehrern als ängstlich eingeschätzten Kindern signifikant erhöhte Werte in genereller Ängstlichkeit, physiologischer Ängstlichkeit, sozialer Ängstlichkeit und Trennungsängstlichkeit im Kindurteil gegenüber den als nicht-ängstlich eingeschätzten Kindern. Dabei wurden nur von den Kindern Werte in Angstfragebögen erhoben, die Lehrer sollten die drei ängstlichsten Kinder ihrer Klasse benennen. Inwiefern die Fragebogenurteile von Lehrern mit denen von Eltern oder Kindern übereinstimmen, kann daher auf der Grundlage dieser Studie nicht beurteilt werden.

Zwei englischsprachige Fragebögen, die in der Forschung eingesetzt wurden, sind die Maternal Separation Anxiety Scale (MSAS; Hock, McBride & Gnezda, 1989) sowie das Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI; Silove et al., 1993). Die MSAS erfasst

mütterliche Trennungsängste, während das SASI retrospektiv Trennungsängste in der Kindheit erhebt. Beide Fragebögen wurden im Kontext von Forschung zu familiärer Transmission eingesetzt. Im diagnostischen Alltag sind beide Fragebögen höchstens orientierend einzusetzen, da sie bisher nicht normiert wurden und für beide Fragebögen keine deutschsprachige Übersetzung vorliegt. Da auch diese Fragebögen in der vorliegenden Studie eingesetzt wurden, finden sich detaillierte Beschreibungen in Kapitel 4.2.3.

## **2. Therapeutische Interventionen bei Trennungsängsten – Stand der Forschung**

### **2.1 Therapiemanuale**

Während, vor allem im Bereich Sozialphobien, mittlerweile einige Behandlungsmanuale vorliegen (z.B. Mutig werden mit Til Tiger, Ahrens-Eipper & Leplow, 2004; Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen, Joormann & Unnewehr, 2002), findet sich im deutschsprachigen Raum bisher kein spezifisches Therapieprogramm zur Behandlung von Trennungsängsten. In der Entwicklung ist ein familienbezogenes Programm zur Behandlung von Trennungsängsten (Taff – TrennungsAngstprogramm Für Familien; Schneider, in Vorbereitung) sowie das auf dieser Arbeit beruhende Therapieprogramm Trennungsängste in der Reihe THAZ - Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen, dessen erster Band „Leistungsängste“ bereits erschienen ist (Suhr-Dachs & Döpfner, 2005). Im englischsprachigen Raum liegt ein Manual von Eisen und Schaefer (2005) vor, das speziell auf die Behandlung von Trennungsängsten bei Kindern und Jugendlichen ausgelegt ist. Da es aktuell das einzige veröffentlichte Behandlungsmanual zur Behandlung von Trennungsängsten darstellt, soll es in diesem Kapitel kurz vorgestellt werden (s. u.), auch wenn bisher weder Evaluationen noch eine deutsche Adaptation existieren.

Darüber hinaus existieren vor allem im englischsprachigen Raum Manuale, die sich unspezifisch auf die Behandlung aller Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen beziehen. Von Kendall liegt mit dem Coping-Cat-Programm (Kendall & Hedtke, 2006a; Kendall & Hedtke, 2006b) ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm vor, dessen Wirksamkeit für Kinder mit Angststörungen in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte (Kendall, 1994; Kendall & Southam-Gerow, 1996; Kendall et al., 1997; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall, Safford, Flannery-Schröder & Webb, 2004). Eine vollständige Übersetzung dieses Manuals für den deutschsprachigen Raum existiert nicht. Erschienen ist ein, an das Coping-Cat Programm angelehntes Basismodul (Duda-Kirchhof & Döpfner, 2000). Eine Adaptation des Coping-Cat Programms für den australischen Raum ist das Coping-Koala-Programm (Barrett, 1995). Auch die Wirksamkeit dieses Programms konnte in mehreren Evaluationsstudien gezeigt werden (Barrett, Rapee & Dadds, 1996; Barrett, 1998; Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001). Eine Weiterentwicklung von Barrett ist das FRIENDS-Programm, das, anders als die Coping-Cat/ bzw. Coping-Koala

Programme, zwei getrennte Formen für Kinder von 6 bis 11 Jahren (Barrett, Lowry-Webster, & Turner, 2000a) und Jugendliche von 12 bis 16 Jahren (Barrett, Lowry-Webster & Turner, 2000b) beinhaltet. Außerdem sind zusätzliche familienzentrierte Komponenten sowie ein Training sozialer Fertigkeiten in das Programm integriert. Auch dieses Programm wurde bereits durch eine Studie von Shortt, Barrett, Dadds und Fox (2001) evaluiert und zeigte sich wirksam für die Reduktion von Angststörungen bei Kindern. Eine Weiterentwicklung für den deutschsprachigen Raum liegt in Form des Trainingsprogramms „Freunde für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression“ (Essau & Conradt, 2003) vor. Die Wirksamkeit der unspezifischen Therapiemanuale wurde in den o. g. Therapiestudien sowie in weiteren Studien gezeigt (s. dafür Meta-Analysen von Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill & Harrington, 2004 sowie von In-Albon & Schneider, 2007) gezeigt, jedoch ist daraus keine Aussage auf eine spezifische Wirksamkeit für die Störung mit Trennungsangst abzuleiten. Alle Studien wurden mit Gruppen durchgeführt, in denen Kinder mit verschiedenen Angststörungen vertreten waren ohne, dass differenzierte Auswertungen für die einzelnen Angststörungen durchgeführt wurden. Mögliche differentielle Effekte der Programme auf bestimmte Angststörungen lassen sich damit nach dem aktuellen Stand der Forschung nicht bestimmen. Auf eine differenzierte Darstellung der Studien wird aufgrund der zu geringen Spezifität der Ergebnisse daher an dieser Stelle verzichtet. Stattdessen wird in Folge das Manual für Trennungsängste von Eisen und Schaefer (2005) differenzierter dargestellt.

Das von Eisen und Schaefer (2005) entwickelte Manual ist in folgende Teile gegliedert:

- Einleitung mit Informationen über das Störungsbild
- Beschreibung des Behandlungsansatzes der Autoren
- Vermittlung von Coping Skills an Kind und Eltern
- Exposition
- Umgang mit Störungsbild-spezifischen Problemen im Behandlungsverlauf

Der Behandlungsansatz der Autoren zeichnet sich vor allem durch eine theoretische Aufteilung der Symptome in 5 Symptomdimensionen aus. Unterschieden werden die Angst vor dem Alleinsein, die Angst, verlassen zu werden, die Angst vor physischer Krankheit, die Sorge um das Eintreten unheilvoller Ereignisse sowie individuelle Sicherheitssignale. Die Funktionen dieser Symptomdimensionen sind dabei unterschiedlich: während die Angst vor dem Alleinsein und dem Verlassenwerden die Vermeidung bedingen, wirken die Angst vor physischer Krankheit und vor unheilvollen

Ereignissen die Aufrechterhaltung der Störung. Die Einhaltung der individuellen Sicherheitssignale hingegen bewirkt nach Einschätzung der Autoren vor allem die Einschränkung der sozialen und leistungsbezogenen Funktionsfähigkeit.

Im Unterschied zu vielen deutschen Manualen beinhaltet das Manual von Eisen und Schaefer keinen gesonderten Psychoedukationsteil. In Ihrem Behandlungsprogramm werden Psychoedukation, kognitive Interventionen sowie Entspannungsverfahren und die Vorbereitung auf die Exposition unter der Vermittlung sog. Coping Skills subsumiert.

Die Vermittlung dieser Fähigkeiten wird für Kinder und Eltern getrennt beschrieben und umfasst unterschiedliche Inhalte.

An die Kinder werden Entspannungsverfahren vermittelt, die sie in Angstsituationen einsetzen können. Ein weiterer Bereich umfasst die Vermittlung von Wissen um kognitive Verzerrungen an die Kinder. Dabei werden vor allem Sorgen („worry“) und negative Selbstgespräche sowie für Trennungsängste typische kognitive Verzerrungen aufgegriffen. Ein weiterer Bereich umfasst die Vorbereitung auf die Exposition. In diesem Zusammenhang wird besprochen, wie Kinder ihre Symptomwahrnehmung verbessern können, Situationen adäquat evaluieren lernen sowie sie durch Selbstbestätigung, Selbstkontrolle und Selbstberuhigung zunehmend besser selbst bewältigen können. Für viele der vermittelten Strategien und Kompetenzen beinhaltet das Manual kurze Dialogsequenzen aus therapeutischen Sitzungen sowie Kommentare, die Hinweise zur Anwendung der therapeutischen Einheiten beinhalten. Darüber hinaus ist bei der Vermittlung des Wissens an die Kinder häufig auch spezifische Informationen darüber, wie sich Eltern bezüglich der vermittelten Kompetenzen verhalten sollen bzw. was den Eltern zusätzlich vermittelt werden sollte, damit das Kind die erlernte Kompetenz umsetzen kann. Für die Vermittlung der kognitiven Interventionen sowie der Entspannungstechniken werden insgesamt ca. 4 Therapiesitzungen veranschlagt.

Die Vermittlung von Coping Skills an die Eltern umfasst einen bedeutend größeren psychoedukativen Teil als bei den Kindern. Hier werden zunächst allgemeine Informationen über Trennungsängste vermittelt, wie Manifestationsformen, Angsttriade, Bedeutsamkeit von Sicherheitssignalen, die Interaktion von biologischen, familiären und Umweltfaktoren zu einem individuellen Störungsmodell. Dieses Kapitel beinhaltet dabei auch viele konkrete Hilfen, wie die Vermittlung an die Eltern am besten gelingen kann aber auch welche Fehlvorstellungen bei Eltern häufig bestehen. Ein weiterer Teil der Wissensvermittlung bezieht sich auf solche Fehlvorstellungen, die Eltern von der Symptomatik ihrer Kinder haben sowie auf Erziehungspraktiken, die das ängstliche Verhalten der Kinder verstärken und aufrechterhalten. Entlastet

werden sollen die Eltern durch konkretes Aufgreifen möglicher Schuldzuschreiben der Eltern an sich selbst oder an den Partner. Der zweite Teil der Vermittlung von Coping Skills an die Eltern beinhaltet die Vorbereitung auf die Exposition. Dazu wird den Eltern Wissen über Belohnung vermittelt sowie die Bedeutsamkeit von klaren Aussagen und Aufforderungen für die Übungsplanung besprochen. Weiterhin werden den Eltern konkrete Verhaltensleitlinien für ihr eigenes Verhalten in den Expositionsübungen an die Hand gegeben und der in den Expositionsübungen angewendete Vertrag mit den Eltern detailliert besprochen.

Der Abschnitt des Manuals, der sich auf die Durchführung der Behandlungssitzungen bezieht, umfasst zunächst praktische Tipps und Hinweise für die Vermittlung der Coping Skills an Eltern und Kinder.

Anschließend wird die Expositionsplanung und –durchführung für die verschiedenen Symptomdimensionen Angst, alleine zu sein, Angst, verlassen zu werden sowie für das gemeinsame Auftreten beider Symptomdimensionen aufgeschlüsselt. Dabei wird jeweils zunächst beschrieben, wie die Hierarchie der Expositionsübungen geplant und anschließend abgearbeitet werden kann. Besonderes Augenmerk legen die Autoren dabei darauf, wie die einzelnen Übungsanker gesetzt werden können, wie die Kinder Kontrolle über Situationen bekommen können und was die Eltern in den Übungen tun können bzw. sollten, um die Kinder gut zu unterstützen. Die therapeutischen Interventionen werden für die einzelnen Symptomdimensionen anhand typischer Einzelsymptome bzw. -situationen beschrieben, durch therapeutische Dialoge und Tipps konkretisiert sowie anhand der Behandlung eines Therapiefalles dargestellt.

Im letzten Teil des Manuals gehen die Autoren auf wichtige Bereiche ein, die, neben der Symptomatik, bedeutsam für den Verlauf einer Therapie sowie für die Wahl der Interventionen sein können. Für mögliche komorbide Störungen werden sowohl für das Vorliegen komorbider Zwangs- als auch Lernstörungen Hinweise auf die Art der Beeinflussung der Therapie der Trennungsängste gegeben. Ein weiterer detailliert aufgegriffener Bereich ist mangelnde Motivation bei Patient und Eltern. Hier werden verschiedene Ursachen für Motivationsmangel bzw. Non-Compliance aufgegriffen und es werden kurz mögliche Interventionsstrategien zur Motivationssteigerung beschrieben. Weiterer Teilbereich dieses Kapitels sind Hinweise zum Umgang mit der Beendigung einer Therapie. Dabei werden sowohl mögliche Probleme des Kindes, wie z. B. Kummer über die Trennung vom Therapeuten, aufgegriffen, als auch häufige Probleme der Eltern zum Ende der Therapie, z. B. Unzufriedenheit mit bestehender Restsymptomatik. In diesen Punkten sowie im Punkt der Abgabe von Kontrolle und Verantwortung zum Ende einer Therapie werden konkrete Tipps für Therapeuten vermittelt. Ein weiterer Bereich des abschließenden Manualteils ist ein Kapitel zur

Medikation. Hier wird in Form eines Reviews die bisherigen Ergebnisse zur Medikation bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter aufgeführt und in ihrer Bedeutsamkeit für die Therapie von Trennungsängsten bewertet.

Insgesamt zeichnet sich das Manual durch eine sehr große Praxisnähe aus. Es enthält in allen Bereichen sehr konkrete Tipps, die immer wieder mit Fallbeispielen und Ausschnitten aus therapeutischen Dialogen ergänzt werden. Problematisch für Therapeuten mit wenig Erfahrung mit diesem Störungsbild könnte die Fülle der vielen kurzen Tipps und Hinweise sein, da die Autoren nicht abschließend zu einer Zusammenfassung therapeutischer Inhalte auf einer Metaebene kommen. Die Vermittlung des Expositionsprozesses ist gut für die beschriebenen spezifischen Problemsituationen, schwierig erscheint jedoch auch hier das Fehlen übergeordneter Informationen für Fälle, die sich auf andere Situationen als die genannten beziehen. Darüber hinaus gibt es keine Hinweise zum therapeutischen Setting für die Vermittlung der Coping Skills. Eine getrennte Vermittlung bzw. getrennte Therapiestunden sind im Rahmen der Symptomatik unter Umständen nicht möglich, wenn Kinder sich auch innerhalb der Therapiestunden nicht von ihren Eltern trennen. Keine Aussagen werden darüber hinaus zu Fällen gemacht, in denen ein hoher Interventionsdruck herrscht, weil ein Kind z. B. seit wenigen Tagen nicht zur Schule geht. Besonders hier herrscht jedoch unter Umständen bei Therapeuten mit wenig Erfahrung in diesem Störungsbild ein hoher Informationsbedarf. Insgesamt kann jedoch konstatiert werden, dass das Manual viele wichtige Informationen zum Umgang mit dem Störungsbild Trennungsangst auf sehr konkrete und anschauliche Weise bietet und damit einen hohen anwendungspraktischen Wert für die Planung und Durchführung therapeutischer Interventionen hat.

## **2.2 Therapeutische Interventionsmechanismen**

Im Bereich empirisch validierter Interventionsmechanismen liegen kaum spezifische Studienergebnisse für die verschiedenen Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen vor. Auch hier umfassen die bisher durchgeführten Interventionsstudien Stichproben, in die Kinder und Jugendliche mit allen Angststörungen (Soziale Phobien, Trennungsängste, Spezifische Phobien, generalisierte Angststörung) eingeschlossen wurden (Schneider & In-Albon, 2007). Es liegen bisher keine Studien vor, die die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen an Stichproben mit trennungsängstlichen Kindern untersuchen (Schneider & In-Albon, 2007).

Empirisch validiert ist für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen zum aktuellen Zeitpunkt nur die kognitiv-behaviorale Therapie. Zu anderen Therapieformen konnten in der Literatur nur zwei Studien gefunden werden, eine zur emotions-fokussierten kognitiv-behavioralen Therapie (Suveg, Kendall, Comer & Robin, 2006) sowie eine Kurzbeschreibung einer psychodynamisch orientierten Studie (Muratori et al., 2005). Beide Studien konnten positive Wirkungen der eingesetzten Interventionsmechanismen zeigen, aufgrund der minimalen Datenlage kann für diese Therapieformen jedoch nicht von einer empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit gesprochen werden. Für die kognitiv-behaviorale Therapie zeigen Schneider und In-Albon (2007) in einer Meta-Analyse einen durchschnittlichen Therapieeffekt (Cohen's d) von .86 gegenüber einem durchschnittlichen Effekt von .13 bei Wartekontrollgruppen. Durchschnittlich 69% der Kinder in den Interventionsgruppen gegenüber 13% in den Wartelistenkontrollgruppen waren am Ende der Therapie ohne klinische Diagnose. Diese Ergebnisse wurden auch für die durchschnittlich 10 Monate später durchgeführten Follow-Ups bestätigt.

Empirisch validierte Interventionen innerhalb der kognitiv-behavioralen Therapie umfassen neben dem Abbau dysfunktionaler Gedanken und der graduierten Reizkonfrontation auch Psychoedukation, Entspannungsverfahren und operante Verfahren (Schneider & In-Albon, 2006). Problematisch für die Einschätzung der Wirksamkeit einzelner Interventionen ist jedoch, dass in den vorliegenden Therapiestudien nur die Wirksamkeit der Gesamtinterventionen untersucht wurde. Lediglich in einer Studie von Kendall (Kendall et al., 1997) wurden die differenzierten Effekte kognitiver und behavioraler Interventionen untersucht. Darüber hinaus wurde in den meisten der unten aufgeführten Studien das Coping Cat Programm von Kendall und Hedtke (2006a) bzw. für andere Länder angepasste Versionen dieses Manuals verwendet. Damit ist die Aussagekraft der vorliegenden Studien vor allem auf die durch Kendall verwendeten Interventionen bezogen.

Nachdem zunächst die Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler Einzeltherapie in mehreren Studien belegt werden konnte, zeigte sich eine ähnliche Wirksamkeit auch für die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie. In ihrer Metaanalyse berechneten Schneider und In-Albon (2007) Effektstärken (Cohen's d) von 1.00 für die Einzeltherapie (6 Studien) und von 0.97 (10 Studien) für die Gruppentherapie. Die differenzierte Betrachtung der Studien, in denen Kinder mit Trennungsangst eingeschlossen waren, zeigt durchgängig positive Effekte des gruppentherapeutischen Verfahrens, wobei sich in einigen Studien einen Trend zugunsten der individuellen Durchführung zeigt.

In einer Studie von Muris, Meesters und van Melick (2002) wurde die Wirksamkeit von kognitiv-behavioraler Therapie im Gruppenformat gegenüber einer Wartelistenkontrolle und einer Placebointervention untersucht. Die Placebointervention bestand dabei aus einer, in der Länge der Therapieintervention vergleichbare Behandlung, in der die Kinder während der Sitzungen dazu aufgefordert wurden, Tagebuch über Angstsituationen zu führen, die ihnen in der letzten Woche passiert sind. Es zeigten sich signifikante Effekte für die Therapieintervention bezüglich Angst- und Depressionssymptomatik. Eine differenzierte Analyse zeigte für die in die Stichprobe eingeschlossenen Kinder mit Trennungsängsten eine signifikante Effektstärke (Cohen's d) von .9 für die Therapieintervention. Die Placebointervention sowie die Wartelistenkontrolle zeigten keine signifikanten Effektstärken (.5 bzw. -.2).

Einen direkten Vergleich der Wirksamkeit von Einzel- gegenüber Gruppentherapie führten in einer ersten Studie Flannery-Schroeder und Kendall (2000) durch. Sie verwendeten eine für Gruppen adaptierte Version des Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006a). Die Stichprobe bestand aus Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 14 Jahren, die per Zufall der Gruppenintervention, der Einzelintervention oder einer Wartelistenkontrollgruppe zugeteilt wurden. Die Interventionsgruppen bekamen wöchentliche Interventionen von 90 Minuten (Gruppe) bzw. 50 Minuten (Einzel) über 18 Wochen (Warteliste 9 Wochen). Der Prä-Post-Vergleich ergab eine Effektstärke von .72 für die Gruppenintervention und von 1.75 für die Einzelintervention; die Wartelisten erreichte keine signifikante Effektstärke. Damit zeigt sich nach Cohen (1992) für die Einzelintervention ein großer Effekt, für die Gruppenintervention ein mittlerer Effekt. Keine Effekte fanden sich dagegen für alle drei Gruppen im sozialen Funktionsniveau. Die erwartete Überlegenheit der Gruppenintervention im Aufbau sozialer Kontakte und im Abbau sozialer Probleme wurde damit nicht gefunden.

Ebenfalls im direkten Vergleich untersuchten Muris, Mayer, Bartelds, Tierney und Bogie (2001) die Effekte von Einzel- und Gruppentherapie. Da die Studie im Schwerpunkt die Anwendbarkeit eines Fragebogenverfahrens untersuchte, liegen zum Vergleich der beiden Interventionsformen nur Werte zur klinisch signifikanten Symptomverminderung vor. Dabei zeigte sich in der individuellen Intervention bei 82,4%, in der Gruppenintervention bei 68,4% der Kinder eine klinisch signifikante Verbesserung. Obwohl sich auch hier ein Trend zugunsten der individuellen Therapie zeigt, ist dieser Unterschied nicht signifikant.

In einer Studie von Manassis et al. (2002) zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von Gruppen- und Einzelintervention. Eine differentielle Betrachtung der Störungs-Subgruppen zeigte jedoch, dass die Gruppe der Kinder mit sozialen Ängsten mehr von der Einzelintervention profitierten. In dieser Studie wurde zusätzlich zur kindzentrierten

Therapie Interventionen mit den Eltern durchgeführt. Die Wirksamkeit dieser Interventionen wurde jedoch nicht spezifisch untersucht.

Ebenso wie zur Wirkung von Gruppen- gegenüber Einzeltherapie liegen zur Wirkung von kindzentrierter vs. familienzentrierter Therapie einige Therapiestudien vor. Untersucht wurde diese Frage zunächst vor allem in der Arbeitsgruppe um Barrett. In einer ersten Studie untersuchte sie die Erweiterung des Coping Koala Programms (Barrett, 1995) um ein familienzentriertes Modul, das sog. „Family Anxiety Management“. In diesen Stunden werden die von den Kindern gelernten Inhalte auch mit den Eltern besprochen. Dadurch sollen Eltern und Kinder beginnen, ein Team für die Arbeit an den Symptomen zu bilden. Darüber hinaus bekommen die Eltern Informationen zu Verstärkungsmechanismen, zu Problemlösefähigkeiten sowie zu ihrem eigenen Umgang mit Ängsten sowie den Ängsten ihrer Kinder. Untersucht wurden in der Studie drei Interventionsgruppen: Warteliste, kognitiv-behaviorale Therapie, kognitiv-behaviorale Therapie + Family Anxiety Management. Es zeigte sich neben einer signifikant besseren Wirksamkeit der beiden Therapieinterventionen gegenüber der Warteliste auch eine signifikante Überlegenheit der kombinierten Intervention gegenüber der kognitiv-behavioralen Therapie alleine. Diese Überlegenheit konnte im 6-Monats Follow-up nicht, im 12-Monats Follow-up jedoch erneut gezeigt werden. In einem 6-Jahres Follow-up (Barrett, Duffy, Dadds & Rapee, 2001) fanden sich jedoch erneut keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen. Eine differenzierte Alters-Analyse zeigte außerdem, dass vor allem jüngere Kinder (7-10) Jahre besser auf die kombinierte Therapie reagierten, während bei der Gruppe der älteren Kinder (11-14 Jahre) kein Unterschied zwischen beiden Interventionsgruppen bestand.

Die gesteigerte Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie durch zusätzliche familiäre Interventionen konnte für die adaptierte Durchführung auch im Gruppenformat gezeigt werden (Barrett, 1998). Auch Rapee (2000) konnte in seiner Studie eine signifikante Überlegenheit eines am Coping Koala orientierten Gruppentherapieprogramm gegenüber einer Wartelistenbedingung finden. In einer Weiterentwicklung des Coping Koala Workbooks durch die Arbeitsgruppe um Barrett entstand das Friends-Programm (Barrett, Lowry-Webster, Turner, 2000a, b), bei dem es sich um ein familienbasiertes Gruppentherapiemanual handelt. Auch für das Friends-Programm konnte die Wirksamkeit gegenüber einer Wartelistenbedingung gezeigt werden. Keine Effekte eines zusätzlichen Elterntrainings zum kognitiv-behavioralen Therapieprogramm fanden Nauta, Scholing, Emmelkamp und Minderaa (2003) in einer Studie mit 7- bis 18-Jährigen Angstpatienten. Für die Interventionsgruppe, die 12 Sitzungen kognitiv-behavioraler Therapie (nach Coping

Cat Manual) erhielt, zeigte sich keine signifikant kleinere Effektstärke als für eine Gruppe, die zusätzlich 7 Sitzungen für die Eltern bekam. Beide Interventionsgruppen zeigten große Effektstärken. Die Autoren vermuten, dass die Elternintervention möglicherweise zu viele Inhalte in zu kurzer Zeit vermittelt hat oder dass die Eltern bereits durch die häuslichen Übungen und das von den Kindern geführte Workbook alle Inhalte erfahren, so dass die Interventionen keine zusätzlichen Lerninhalte vermitteln. Einen zusätzlichen Aspekt untersuchten Cobham, Dadds und Spence (1998) in ihrer Studie. Sie führten die Untersuchung von kognitiv-behavioraler Intervention vs. kognitiv-behaviorale Intervention + Elterntraining in zwei verschiedenen Gruppen durch. Anhand eines Cut-offs für die Ängstlichkeit der Eltern wurden die Kinder in zwei Gruppen aufgeteilt. Dabei zeigte sich in der Gruppe der Kinder mit nicht-ängstlichen Eltern kein Unterschied im Effekt der beiden Interventionen (82 vs. 80% diagnosefrei). In der Gruppe der Kinder mit ängstlichen Eltern dagegen zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Interventionsgruppen zugunsten der kombinierten Intervention (39 vs. 77% diagnosefrei). Nur bei ängstlichen Eltern konnte damit durch die zusätzliche Elternintervention ein deutlich verbessertes Therapieergebnis erzielt werden. In dieser Gruppe konnte erst mit dieser zusätzlichen Intervention ein Therapieoutcome erzielt werden, wie er bei den Kindern nicht-ängstlicher Eltern in beiden Interventionsgruppen erreicht wurde.

Neben diesen Studien zum Durchführungsmodus kognitiv-behavioraler Interventionen (Gruppen- vs. Einzeltherapie, ohne vs. mit Elternintervention) liegen keine Untersuchungen zu weiteren Durchführungsformen vor. In einem Artikel von Hudson und Kendall (2002) werden die Möglichkeiten und Effekte des Einsatzes von Hausaufgaben in der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen differenziert beschrieben, es fehlen jedoch differentielle Ergebnisse aus Wirksamkeitsstudien. Die Autoren nennen als Effekte des Einsatzes von Hausaufgaben im Rahmen der Therapie sowohl die Erweiterung der Übungsmöglichkeiten gelernter Kompetenzen als auch die Möglichkeit der Überprüfung des Lernerfolges für den Therapeuten. In Rahmen familientherapeutischer kognitiv-behavioraler Intervention sehen die Autoren eine Funktion von Hausaufgaben in der stärkeren Einbindung der Eltern in die Therapie. Die Eltern könnten das Kind nicht nur besser unterstützen, sondern, wenn sie selbst ängstlich sind, die in der Therapie vermittelten Kompetenzen auch für sich selbst anwenden. Darüber hinaus habe der Therapeut die Möglichkeit, auch das Verhalten der Eltern in Angstsituationen des Kindes immer wieder zu besprechen und zu optimieren. Die Autoren beschreiben den Einsatz von Hausaufgaben, angelehnt an

das Coping Cat (Kendall & Henggeler, 2006 a, b) für die kognitiven wie auch für die behavioralen Interventionen.

Zusammenfassend lässt sich damit sagen, dass die Wirksamkeit kindzentrierter kognitiv-behavioraler Interventionen empirisch gut belegt ist. Dies gilt dabei sowohl für das Einzel- als auch für das gruppentherapeutischen Setting, wobei das Einzeltherapeutische Setting in den meisten Studien größere Effektstärken aufweist. Darüber hinaus gibt es Hinweise auf differentielle Effekte im Sinne einer besseren Wirksamkeit von Einzeltherapie bei sozialphobischen Kindern. In mehreren Studien zeigte sich auch, dass durch das Gruppensetting keine Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus erreicht wurde. Ebenfalls gut belegt ist die Wirksamkeit kindzentrierter kognitiv-behavioraler Therapien mit zusätzlichen Elterninterventionen. Dabei bestanden die Elterninterventionen in den meisten Studien in psychoedukativen Inhalten, die den Eltern in getrennten Sitzungen vermittelt wurden. Beim Coping Koala Programm gibt es gemeinsame Termine von Eltern und Kindern, in denen jedoch keine gemeinsame Expositionsplanung stattfindet, sondern lediglich die gemeinsame Besprechung der vorher mit dem Kind geplanten Inhalte.

Wenig untersucht ist bisher, wie sich bestimmte Charakteristika des Kindes, der Familie oder der Umgebung auf den Therapieerfolg auswirken. In der Literatur konnten drei Studien gefunden werden, die sich mit dieser Frage befassen und die den Therapieerfolg in Abhängigkeit von mütterlicher Angst, der familiären Struktur sowie der Komorbidität des Kindes untersuchen.

Die Auswirkung mütterlicher Angststörungen auf den Therapieerfolg untersuchten Cooper, Gallop, Willetts und Creswell (2008) in einer Studie mit 55 Kindern zwischen 6 und 15 Jahren. Die Kinder erhielten verschiedene Interventionen im Rahmen der normalen Behandlung ihrer Angststörung. Für die Studie wurden zwei Gruppen gebildet. Die Mütter der einen Gruppe hatten Angststörungen (44% spezifische Phobie, 25,5% soziale Phobie, 20% generalisierte Angststörung), die Mütter der anderen Gruppe zeigten keine Auffälligkeiten bezüglich eigener Ängste. Die Ergebnisse zeigten, dass auf allen drei erhobenen abhängigen Variablen (Trait-Angst, soziale Angst, Worry) die Kinder nicht ängstlicher Mütter nach ihrer Behandlung eine signifikante Verringerung ihrer Symptome zeigten, die Kinder ängstlicher Mütter zeigten keine signifikante Verringerung. Eine differenzierte Analyse zeigte, dass vor allem die Kinder sozial ängstlicher Mütter nicht von ihrer Therapie profitieren konnten. In zwei weiteren Studien wurde der Zusammenhang von Behandlungserfolg und familiären Faktoren bei Kindern mit Angststörungen untersucht. Wie bereits im pathogenetischen Modell (Kap. 1.2.3) dargestellt, gibt es Hinweise auf

Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Erziehungsstil und der Entwicklung von Angststörungen bei Kindern. In einer ersten Studie untersuchten Crawford und Manassis (2001) den Zusammenhang zwischen familiären Faktoren und Behandlungserfolg. Die Studie wurde mit einer Stichprobe von 61 8- bis 12-Jährigen Kindern durchgeführt und untersucht die Faktoren familiäre Dysfunktion, elterliche Frustration, elterliche Psychopathologie und elterlicher Stress in ihrer Vorhersagekraft auf den Behandlungserfolg. Die Behandlung beinhaltete die Durchführung des Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006a, b) in einer Adaptation für Gruppentherapie sowie gruppentherapeutische Sitzungen für die Eltern. Dabei zeigten sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Kindurteil bzgl. familiärer Dysfunktion und Frustration und dem klinischen Urteil des Behandlungserfolges sowie ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Elternurteil bzgl. familiärer Dysfunktion sowie mütterlichem Stress und dem mütterlichen Rating des Behandlungserfolges. Dabei bedeutete ein mehr an familiärer Dysfunktion im Kind- bzw. Elternurteil einen vom Kliniker bzw. den Müttern als geringer eingeschätzten Behandlungserfolg.

In einer jüngeren Studie untersuchten Victor, Bernat, Bernstein und Layne (2007) ob die familiären Faktoren elterliche Psychopathologie, Belastung durch Erziehung und generelle familiäre Struktur einen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Die Untersuchung wurde an einer Stichprobe von 7- bis 11-Jährigen Kindern mit Angststörungen bzw. auffällig ängstlichem Verhalten (Trennungsängste, generalisierte Angststörung, soziale Phobie) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten zunächst nur einen signifikanten Zusammenhang des Behandlungserfolges mit familiärer Kohäsion im Sinne einer stärkeren Symptomabnahme bei den Kindern in Familien mit hoher Kohäsion. Keine Zusammenhänge zeigten sich zu den ebenfalls untersuchten Variablen elterliche Psychopathologie und Belastung durch die Erziehung. Eine differenzierte Analyse zeigte allerdings, dass in Familien mit geringer Kohäsion ein höheres Ausmaß elterlicher Psychopathologie sowie eine höhere Belastung durch die Erziehung vorliegen. Insgesamt ergeben sich also Hinweise, dass familiäre Faktoren nicht nur mit kindlichen Ängsten zusammenhängen, sondern auch in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg stehen.

Eine Studie, die unter anderem den Einfluss von Komorbidität auf den Behandlungserfolg bei kindlichen Angststörungen untersucht, wurde von Kendall, Brady und Verduin (2001) durchgeführt. Die Autoren fanden dabei für die Wirksamkeit des von Ihnen angewendeten Therapieprogramms keine Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne komorbide Diagnosen (zu Beginn der Behandlung). Allerdings fanden sie bei den Kindern, die nach der Therapie noch eine komorbide Diagnose aufwiesen, signifikant geringere Remissionsraten bei der primär diagnostizierten

Angststörung. Differentielle Analysen zu den einzelnen primär diagnostizierten Angststörungen wurden auch in dieser Studie nicht durchgeführt.

Im Folgenden werden die zu Beginn dieses Kapitels genannten, empirisch validierten Einzelinterventionen vorgestellt und, soweit vorhanden, Untersuchungsergebnisse zu ihrer Wirksamkeit aufgeführt.

## **2.2.1 Psychoedukation**

Einen wichtigen Baustein kognitiv-behavioraler Therapien stellt die Psychoedukation dar. Dabei stehen Informationen über das Störungsbild im Vordergrund. In ihrer Zusammenfassung evidenzbasierter Verfahren zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter beschreiben Schneider und In-Albon (2006) folgende Inhalte psychoedukativer Intervention: die Aufklärung von Eltern und Kind über normale und pathologische Angst, die Erklärung der drei Angstkomponenten (Körpersymptome, Gedanken, Verhalten) sowie Ätiologie und Aufrechterhaltung von Angststörungen. Die Autorinnen betonen dabei die Verwendung altersgerechter Materialien, die die Informationen altersgerecht darbieten. Im Coping Cat Therapieprogramm von Kendall und Hedtke (2006a, b) werden folgende psychoedukative Inhalte mit den Kindern besprochen: Erkennen von Gefühlen, Wissen über Körperreaktionen in Angstsituationen.

Psychoedukative Inhalte, die mit Eltern besprochen werden können, hat vor allem Barrett in ihrer Erweiterung des Coping Cat Manuals um familienbasierte Interventionen eingesetzt (Barrett, Dadds & Rapee, 1996). Der als „Family Anxiety Management“ bezeichnete Baustein umfasst sowohl psychoedukative als auch kognitive Interventionen (Kap. 2.1). Psychoedukative Inhalte bestehen in der Vermittlung von Verstärkerprinzipien sowie in einem kurzen Kommunikations- und Problemlösetraining zur Verbesserung der elterlichen Erziehungsarbeit. Im Manual von Eisen und Schaefer (2006) (Kap. 2.1) werden an die Kinder keine gesonderten psychoedukativen Inhalte vermittelt. Wissen über Angststörungen wird den Kindern vor allem in Hinblick auf und in Verbindung mit der individuellen Expositionsplanung vermittelt. Einen großen Raum hingegen nimmt die Vermittlung psychoedukativer Inhalte bei den Eltern ein. Diesen werden neben Wissen über Angststörungen auch Wissen über den erzieherischen Umgang mit Ängsten sowie der Umgang mit eigenen Schuldgefühlen vermittelt.

Zum Einsatz und zur Wirksamkeit von Psychoedukation konnten trotz ausführlicher Literaturrecherche keine Studien gefunden werden. Das in den meisten Therapiestudien eingesetzte Manual Coping Cat (Kendall & Hedtke, 2006a, b) beinhaltet psychoedukative Elemente, deren Wirksamkeit jedoch in keiner Studie differenziert untersucht wurde.

## 2.2.2 Kognitive Interventionen

In der Literatur wird teilweise die Psychoedukation der kognitiven Intervention zugerechnet. In dieser Arbeit bezieht sich die Bezeichnung „kognitive Intervention“ auf Verfahren, die eine Veränderung von Angstkognitionen beinhalten. Die deutlicher auf Informationsvermittlung ausgerichtete Psychoedukation wird davon getrennt betrachtet (Kap. 2.2.1).

Schneider und In-Albon (2006) unterscheiden bei der kognitiven Intervention in die Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken bei Eltern und beim Kind. Die kognitive Umstrukturierung bei den Kindern bezieht sich auf dysfunktionale Gedanken über die Angstsituation; bei trennungsängstlichen Kindern Gedanken über Trennungssituationen. Als zentral sehen die Autoren die Verknüpfung von Gedanken und Verhalten, so dass aufgebaute positive Kognitionen in Angstsituationen direkt vom Kind eingesetzt werden. Als dysfunktionale Kognitionen bei den Eltern werden, nach den Autoren „diejenigen Annahmen und Befürchtungen der Eltern verstanden, die sie daran hindern das Kind in der Auseinandersetzung mit seiner unangemessenen Angst zu unterstützen“ (Schneider & In-Albon, 2006, S. 197). Auch hier sollen im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung zunächst eine Realitätsprüfung mit anschließendem Aufbau alternativer Gedanken durchgeführt. Dadurch soll es den Eltern ermöglicht werden, in Angstsituationen des Kindes angemessen zu reagieren und es in den Expositionsübungen zu unterstützen.

Im Trennungsangstmanual von Eisen und Schaefer (2005) werden ähnliche Inhalte vermittelt (Kap. 2.1), wobei die Vermittlung von Symptomwahrnehmung, Situationsevaluation und Selbstbestätigung im Rahmen der Vorbereitung auf die Expositionsübungen vermittelt wird und nicht als allgemeine Wissensvermittlung vorangestellt wird. Mit den Eltern werden auch hier adäquate Erziehungspraktiken besprochen, die das Kind unterstützen können, seine Ängste abzubauen.

Im Coping Cat Therapieprogramm von Kendall und Hedtke (2006a, b) beziehen sich die kognitiven Interventionen zunächst auf das Erkennen und bewerten von

Selbstgesprächen in Angstsituationen. Anschließend wird erarbeitet, wie negative Selbstgespräche in bewältigende und positive Selbstgespräche umstrukturiert werden können. In Studien, bei denen Elterninterventionen sowie familiäre Interventionen durchgeführt wurden (z. B. Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Barrett, 1998) wurden zum einen therapeutische Inhalte im Anschluss an die Sitzungen des Kindes mit Eltern und Kind gemeinsam besprochen. Dies sollte zur Formung eines „Expertenteams“ von Eltern und Kind führen und so die therapeutischen Effekte verbessern (Barrett, Dadds & Rapee, 1996). Darüber hinaus erhielten die Eltern kognitive Interventionen bezüglich Wahrnehmung und Umgang mit ihren eigenen Ängsten.

Die einzige Studie, die die Wirkung kognitiver Interventionen differenziert untersucht hat, ist die Studie von Kendall et al. (1997). Hier zeigte sich für die Gesamtintervention (ohne Elternintervention) ein signifikanter Effekt. Bei der differenzierten Betrachtung der beiden therapeutischen Blöcke kognitive Intervention (8 Sitzungen) und Exposition (8 Stunden) im Vergleich mit der Wartelistenkontrollgruppe zeigten sich keine signifikanten Effekte in Kinder- und Elternbeurteilung für die kognitive Intervention jedoch durchgängig signifikante Effekte im Kinder- und Elternurteil für die Exposition. Die Autoren vermuten, dass der Effekt der kognitiven Intervention sich erst im Zusammenhang mit der Intervention zeigt. Aufgrund der Deutlichkeit des Ergebnisses muss die Wirksamkeit der kognitiven Interventionen jedoch angezweifelt werden. Hier wären Studien wichtig, die die Wirkung von Exposition ohne und mit vorangestellter kognitiver Intervention untersuchen, um mögliche Interaktionseffekte der beiden Interventionen zu untersuchen. Darüber hinaus wären Untersuchungen unter Einbeziehung der kognitiven Elternintervention wünschenswert.

### **2.2.3 Reizkonfrontation**

In ihrem Artikel über Verhaltenstherapie bei Trennungsängsten und Phobien im Kindesalter (Schneider, 2000) beschreibt Schneider die zwei verschiedenen Verfahrensmöglichkeiten der Reizkonfrontation. Im Desensibilisierungsverfahren wird der angstauslösende Stimulus in einer entspannten Situation dargeboten. Mit dem Kind werden vor der Darbietung Entspannungsübungen durchgeführt und bei einem Angstanstieg wird der Stimulus entfernt und die Entspannung wieder aufgebaut. In der heutigen Therapie wird jedoch die sog. Konfrontation eingesetzt. Dabei wird ein Reiz so lange dargeboten, bis die Angst auf ein geringes Maß zurückgegangen ist. Grundlage dieses Verfahrens ist die Habituation der physiologischen Parameter an

die Situation und die kognitive und emotionale Erfahrung von Bewältigung. Konfrontation kann in sensu, das heißt in Gedanken, oder in vivo, also mit dem realen angstausslösenden Reiz bzw. in der realen angstausslösenden Situation durchgeführt werden. Darüber hinaus ist die Präsentation der Angstsinhalte massiert oder graduiert möglich. Bei ersterem werden stark angstausslösende Reize zu Beginn der Übungen dargeboten, bei einem graduierten Vorgehen werden zunächst gering angstausslösende Reize gewählt und der Schwierigkeitsgrad dann langsam gesteigert. Schneider und In-Albon (2004) geben in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen als Faustregel ein Alter von 12 Jahren an, bis zu dem graduierte Konfrontation durchgeführt werden sollte. Schneider (2000, S. 107)) begründet dies an anderer Stelle mit der klinischen Erfahrung ihrer Arbeitsgruppe „dass das Kind für seine Angstreaktionen empfindlicher statt unempfindlicher wird. [...] Es erinnert nicht so sehr, dass die Angst im Laufe der Zeit abnahm, sondern dass es einfach nur schrecklich war und es nie wieder in eine ähnliche Situation geraten möchte. Hier sind möglicherweise aufgrund der kognitiven Entwicklung des Kindes Grenzen einer adäquaten Verarbeitung von Konfrontationen mit stark angstausslösenden Situationen gesetzt, die es zu berücksichtigen gilt.“ King und Gullone (1990, zitiert nach King und Ollendick, 1997, S. 393) betonen beim Flooding neben dem Fehlen kontrollierter Studien für die Wirksamkeit bei kindlichen Phobien auch das Problem der mangelnden Elterncompliance für diese Methode.

Im therapeutischen Kontext ist es vor dem Beginn der Konfrontationsübungen zentral, ihren Ablauf, ihre Logik und ihr Ziel mit Eltern und Kind zu besprechen. Hierbei ist es vor allem wichtig, das Prinzip der Angstvermeidung zu erläutern. Schneider (2000) empfiehlt, dies anhand der Zwei-Faktoren-Therapie der Angst von Mowrer (1960) zu erklären. Die Vorbereitung sollte immer so konkret wie möglich am individuellen Patienten besprochen werden (Schneider & In-Albon, 2004). Zur Durchführung einer Konfrontationstherapie beschreibt Schneider (2000) die folgenden Schritte: 1. Erstellen einer Angsthierarchie, 2. Vorbereitung des Kindes und der Eltern auf die Konfrontationstherapie, 3. Konfrontation mit den gefürchteten Situationen, 4. Selbstkontrollphase und Generalisierung, 5. Rückfallprophylaxe. Ein wichtiger Punkt bei der Therapie von Kindern ist außerdem der Einsatz von Verstärkern (Schneider, 2000; Schneider & In-Albon, 2005). Durch das Nutzen von Prinzipien der operanten Verstärkung kann die Motivation von Kindern gesteigert werden. Hungerige und Borg-Laufs (2006) ordnen anhand verschiedener Metaanalysen die Effektivität operanter Methoden in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie störungsunspezifisch bei .78 bis 1.69 ein. Die Bedeutung von Verstärkungsmanagement wird bei der Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendbereich von allen

Programmen betont (Barrett, Lowry-Webster & Turner, 2000a, b; Kendall & Hedtke, 2006a, b; Schneider & Blatter, 2006; Schneider & In-Albon, 2005; Eisen und Schaefer (2005) verwenden in Ihrem Therapieprogramm einen Verstärkervertrag, in dem sie vor jeder Übung die zu übenden Inhalte sowie die besprochene Belohnung festhalten und von den Beteiligten unterschreiben lassen.

Während der Einsatz von Konfrontation für Phobien gut belegt ist (King & Ollendick, 1997), liegen keine spezifischen Untersuchungen an Kindern mit Trennungsängsten vor. In den meisten Studien mit Stichproben gemischter Angststörungen wurde die Wirkung kognitiv-behavioraler Therapie als Ganzes untersucht, ohne die Wirkung kognitiver und konfrontativer Anteile getrennt zu untersuchen (Barrett, 1998; Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Barrett et al., 2001; Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall, 1994; Kendall & Southam-Gerow, 1996; Short, Barrett & Fox, 2001). Hier liegt lediglich die bereits in Kapitel 2.1.2 zitierte Studie von Kendall et al. (1997) vor, in der sich bei einer differenzierten Analyse ein großer Effekt der Konfrontationsübungen zeigte, während für die kognitiven Inhalte keine therapeutischen Effekte nachzuweisen waren. Allerdings ging den Konfrontationsübungen die Durchführung der kognitiven Therapieinhalte voraus, so dass auch hier nicht sicher von einem reinen Effekt der Konfrontationsübungen gesprochen werden kann sondern Interaktionseffekte möglich sind. Studien, die die differentiellen Wirkung von graduierten vs. massierter Konfrontation sowie der Konfrontation in sensu vs. in vivo in Form direkter Gegenüberstellung bei Kindern und Jugendlichen untersuchen, konnten in der Literatur nicht gefunden werden.

## **2.2.4 Entspannungsverfahren**

In ihrer Übersicht über empirisch evaluierte Interventionen bei Angststörungen von Kindern und Jugendlichen führen Schneider und In-Albon (2006) auch Entspannungsverfahren auf. Der Einsatz von Entspannungsverfahren wird dabei vor allem im Kontext von Desensibilisierungsverfahren eingesetzt. Dabei wird die Exposition unter Entspannung durchgeführt. Allerdings wird in der Behandlung von Trennungsangststörungen, wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, vor allem graduierte Konfrontation eingesetzt, so dass die Durchführung von Entspannungsübungen in diesem Kontext nicht notwendig ist. Entspannungsübungen werden den Kindern jedoch in den meisten Therapiemanualen zur Behandlung von Angststörungen vermittelt, z. B. in Form von progressiver Muskelentspannung (Eisen & Schaefer,

2004; Kendall & Hendtke, 2006a), diaphragmischer Atmung (Eisen & Schaefer, 2004) oder Visualisierungsübungen (Eisen & Schaefer, 2004). Im Therapiemanual von Eisen und Schaefer (2004) wird als Ziel von Entspannungsübungen vor allem die Bewältigung eigener körperlicher Angstsymptome sowie ein allgemeiner Abbau von Spannungsgefühlen angegeben. Auch im Coping Cat Manual (Kendall & Hendtke, 2006b) dient die Vermittlung von Entspannungsübungen der Vermittlung von Wissen über den eigenen Körper in Angstsituationen und der Möglichkeit, Entspannung gezielt in Angstsituationen einzusetzen.

Trotz ausführlicher Literaturrecherche konnten keine Studien gefunden werden, die die Wirksamkeit des Einsatzes von Entspannungsübungen in der Therapie von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen differenziert untersuchen.

### **2.2.5 Rückfallprophylaxe**

Ebenso wie die Psychoedukation zählt auch die Rückfallprophylaxe zur verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (Schneider & Blatter, 2006). In der spezifischen Literatur zu Trennungsängsten (Schneider, 2000; Schneider & In-Albon, 2004) finden sich hier jedoch nur die allgemeinen Inhalte einer Rückfallprophylaxe: Rekapitulierung und evtl. Aufschreiben der gelernten Therapieinhalte sowie die Planung des Vorgehens bei zukünftigen Problemen. Schneider weist daraufhin, dass mit den Familien explizit besprochen werden soll, dass Rückschläge möglich sind und wie diesen begegnet werden kann. Dies kann, z. B. in Form eines Worst Case Szenarios im Rahmen der Rückfallprophylaxe besprochen werden. Darüber hinaus finden sich keine weiteren differenzierten Hinweise, welche Inhalte noch einmal fokussiert werden sollten bzw. wie eine Rückfallprophylaxe durchgeführt werden sollte (Dauer, Personenkonstellation, Zeitpunkt im Verlauf der Therapie).

Es konnten trotz intensiver Literaturrecherche keine Studien zur Durchführung bzw. Wirksamkeit von Interventionen zur Rückfallprophylaxe bei Kindern mit Ängsten bzw. mit Trennungsängsten gefunden werden.

## **2.2.6 Interventionen im Umfeld**

Zur Durchführung von Interventionen im Umfeld finden sich weder in der Literatur über Trennungsängste noch in der allgemeinen Literatur über Angststörungen im Kindes- und Jugendalter Informationen. Dies ist vor allem bei den Interventionen im Rahmen von Trennungsängsten verwunderlich, da diese Störung in den häufig auftretenden Trennungsproblemen in der Schule oder im Kindergarten einen engen Einbezug von Lehrern bzw. Erziehern notwendig macht. Weder im Manual von Eisen und Schaefer (2005) noch in der Beschreibung des therapeutischen Vorgehens bei Trennungsängsten bei Schneider und In-Albon (2004) finden sich Angaben zur Notwendigkeit oder zum konkreten Vorgehen eines Einbezugs der Schule oder des Kindergartens in den therapeutischen Prozess. Klarer definiert wird die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit der Schule bei der Behandlung von Schulverweigerern. Auch hier konnten in der Literatur zur ängstlich bedingten Schulverweigerung jedoch keine Hinweise auf das konkrete Vorgehen gefunden werden. In einer Studie von Heyne et al. (2002) wird die Effektivität eines Eltern- und Lehrertrainings gegenüber der Effektivität einer kindbezogenen Therapie bei Schulverweigerern untersucht. Auch dabei wird das Lehrertraining jedoch nur oberflächlich beschrieben: Die Lehrer wurden aufgefordert, das Kind bei der Rückkehr in die Schule zu unterstützen, positive Verstärkung zu verwenden und unerwünschtes Verhalten des Kindes zu ignorieren sowie das Kind bezüglich seiner Leistungen, seines sozialen Kontaktes und seiner emotionalen Befindlichkeit zu begleiten. Eine Beschreibung der Materialien oder Hinweise auf die Gesprächsführung werden in dem Artikel nicht gegeben. In der Studie zeigte sich die Wichtigkeit des Eltern- und Lehrertrainings, aufgrund der Kombination kann jedoch keine Aussage über die Wirksamkeit des spezifischen Lehrertrainings gemacht werden. Andere Studien zur Wirksamkeit von lehrer- bzw. erzieherbezogenen Interventionen in der Therapie ängstlicher Kinder und Jugendlicher konnten in der aktuellen Studienliteratur nicht gefunden werden.

## **2.2.7 Medikamentöse Therapie**

Über den Einsatz und die Wirkung medikamentöser Therapie auf Kinder mit Trennungsängsten liegen bisher nur wenige Studien vor. Untersuchungen gibt es zu trizyklischen Antidepressiva sowie zu Benzodiazepinen und selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern. Die aktuelle Studienlage wird in einem Review von

Reinblatt und Riddle (2007) zusammengefasst. Zusätzliche Angaben zu Studien über Benzodiazepine finden sich in einem Artikel von Allen, Leonard und Swedo (1995) sowie in dem in Kapitel 2.2 dieser Arbeit ausführlich vorgestellten Manual für Kinder mit Trennungsangst von Eisen und Schaefer (2005).

**Benzodiazepine:** Zur Wirkung von Benzodiazepinen führen Allen, Leonard und Swedo (1995) insgesamt drei Studien auf. In zwei dieser Studien wird der Wirkstoff Clonazepam verwendet. In einer Studie von Biedermann (1987) werden jedoch nur zwei Patienten mit Trennungsängsten behandelt, so dass in diesem Fall nicht von aussagekräftigen Ergebnissen ausgegangen werden kann. In einer Doppelblind-Studie von Graae, Milner, Rizzotto und Klein (1994) mit einem vierwöchigen Behandlungsintervall zeigte sich keine signifikante Überlegenheit der Medikation gegenüber Placebo. In einer Studie von Kutcher, Reiter, Gardner und Klein (1992) wurde in einem offenen Design die Wirkung von Alprazolam untersucht. Dabei zeigten sich Hinweise auf eine positive Wirkung, die aber aufgrund der fehlenden Verblindung nur eingeschränkt interpretierbar sind. In einer Studie von Bernstein, Garfinkel und Borchardt (1990) wurden Schulverweigerer ebenfalls mit Alprazolam behandelt. Die doppelblind durchgeführte Placebostudie zeigte in der Kovarianzanalyse keine signifikante Überlegenheit des Wirkstoffes verglichen mit Placebo.

Neben den bisher weitgehend fehlenden kontrollierten Studien sowie der in den bestehenden Studien gezeigten fehlenden Wirksamkeit im Vergleich mit Placebos besteht bei der Gruppe der Benzodiazepine ein großes Problem durch die potentiell schweren Nebenwirkungen.

**Trizyklische Antidepressiva:** Zur Erforschung der Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva liegen nach den o. g. Quellen insgesamt fünf Studien vor. Vier untersuchten die Wirkung von Imipramin, eine Studie untersuchte die Wirkung von Clomipramin.

In einer ersten doppelblinden Placebostudie untersuchten Gittelman-Klein und Klein (1980) die Wirkung von Imipramin bei Kindern mit Schulverweigerung. Dabei zeigten 93% der Kinder in der Stichprobe Trennungsängste. Es fand sich auf allen abhängigen Variablen eine deutliche Überlegenheit der Medikation gegenüber Placebo. Eine Replikation dieser Studie durch Klein, Koplewicz und Kanner (1992) konnte die positiven Ergebnisse der ersten Studie nicht bestätigen und ergab keinen Unterschied zwischen Medikation mit Imipramin und Placebo bei einer Stichprobe von Kindern mit Trennungsängsten. In der bereits bei den Studien zu Benzodiazepinen zitierten Studie von Bernstein, Garfinkel und Borchardt (1990) wurde eine weitere Gruppe neben Placebo- und Alprazolam-Gruppe mit Imipramin behandelt. Auch hier

ergab die Kovarianzanalyse, wie für die Alprazolam-Gruppe, keine Überlegenheit gegenüber der Placebo-Gruppe. Auch eine Studie von Bernstein et al. (2000) untersuchte die Wirkung von kognitiver Verhaltenstherapie plus Imipramin bzw. plus Placebo an einer Stichprobe von jugendlichen Schulverweigerern mit mindestens einer Angststörung. Dabei zeigte sich nach Reinblatt und Riddle (2007) ein kleiner Effekt. Allerdings ist aufgrund des Studiendesigns unklar, wie hoch die alleinige Wirksamkeit von Imipramin ist, da sie hier nicht von möglichen Interaktionseffekten mit der verhaltenstherapeutischen Intervention getrennt werden kann. Eine Follow-up Studie nach einem Jahr (Bernstein, Hektner, Borchardt & McMillan, 2001) zeigte, dass weiterhin 64% der Jugendlichen die Kriterien einer Angststörung erfüllten.

In der einzigen Studie, die die Wirkung von Clomipramin untersuchte, fanden Berney et al. (1981) bei einer Stichprobe von Schulverweigerern in einer doppelblinden Placebostudie keine Überlegenheit der Medikation gegenüber Placebo.

Obwohl trizyklische Antidepressiva keine Abhängigkeit erzeugen, treten vor allem anticholinerge Nebenwirkungen wie Schläfrigkeit auf. In vielen Studien wird darüber hinaus Mundtrockenheit als Nebenwirkung genannt (Eisen & Schaefer, 2005; Reinblatt & Riddle, 2007).

**Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs):** Zum Einsatz von SSRIs bei Trennungsängsten liegen aktuell vier Studien vor. Die Research Units for Pediatric Psychopharmacology (RUPP) Anxiety Study Group (2001) untersuchte die Wirkung von Fluvoxamin bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Störung mit Trennungsangst, soziale Angststörung, generalisierte Angststörung). Die randomisierte, doppelblind durchgeführte Placebostudie ergab nach Reinblatt und Riddle (2007) eine große Effektstärke für die Wirkung der Medikation im Vergleich zum Placebo.

Die drei übrigen Studien wurden von der Forschungsgruppe um Birmaher zur Wirksamkeit von Fluoxetin durchgeführt. Eine erste offene Behandlungsstudie von Birmaher et al. (1994) ergab eine positive Medikationswirkung. In einer Folgestudie, die als randomisierte, doppelblinde Placebostudie durchgeführt wurde (Birmaher et al., 2003), zeigte sich nach Reinblatt und Riddle (2007) eine kleine Effektstärke. Untersucht wurde eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Störung mit Trennungsangst, sozialer Angststörung und generalisierter Angststörung. Eine Follow-up Studie von Clark et al. (2005) zeigte für die Patienten mit Medikation signifikant bessere Follow-Up Ergebnisse als für Patienten ohne Medikation.

Aus allen Studien werden nur geringe Nebenwirkungen berichtet.

Insgesamt muss die Datenlage im Bereich der Medikation von Kindern und Jugendlichen mit Trennungsjüngsten als noch sehr schlecht eingeschätzt werden. Es liegen nur wenige Studien vor, die als doppelblinde Placebountersuchungen durchgeführt wurden. Effekte zeigen sich für trizyklische Antidepressiva sowie für SSRIs. Der Einsatz von Benzodiazepinen erscheint aufgrund der Suchtgefahr allgemein fraglich. Schneider und In-Albon (2006) kommen in ihrem Übersichtsartikel zu evidenzbasierter Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter zu folgender Schlussfolgerung bezüglich des Einsatzes von Pharmakotherapie: „Die Zusammenschau der hier dargestellten Datenlage [...] macht deutlich, dass die Kognitive Verhaltenstherapie die Methode der ersten Wahl sein sollte [...]. Der Einsatz einer psychopharmakologischen Behandlung sollte gemäß der Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) nicht alleine, sondern immer in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren erfolgen. Eine reine psychopharmakologische Behandlung kann in Wartezeiten auf eine Psychotherapie und in Notfällen indiziert sein oder wenn die Angststörung so schwerwiegend ist, dass ohne eine psychopharmakologische Behandlung die Psychotherapie nicht begonnen werden kann.“ (Schneider & In-Albon, 2004, S. 195-196).

## **3. Entwicklung eines Behandlungskonzeptes**

### **3.1 Behandlungskonzept**

Das in der vorliegenden Arbeit entwickelte kognitiv-behaviorale Konzept zur Behandlung von Kindern mit Trennungsängsten ist ein individuelles, multimodales Konzept. Es ist ausgelegt auf die Behandlung von Kindern bis 12 Jahren, da Trennungsängste vor allem im jüngeren Kindesalter auftreten (Kap. 1.1.3). Es ist für das Einzeltherapiesetting mit wöchentlichen Therapiestunden konzipiert. Eine Behandlung chronifizierter Störungen im Jugendalter wäre, mit einigen Adaptationen, ebenfalls möglich, ist jedoch nicht Inhalt dieser Arbeit.

Wie in Kapitel 2.2 dargestellt wurde, ist die kognitiv-behaviorale Therapie die einzige Therapieform, die für Angststörungen bei Kindern als empirisch validiert gelten kann. Auch das vorliegende Konzept beinhaltet daher kognitive und behaviorale, das heißt, auf das Verhalten bezogene Elemente. Die Anwendung multimodaler Behandlungskonzepte hat sich bei der Behandlung vieler Störungsbilder bewährt. Bei Ängsten ist es notwendig, den verschiedenen Reaktionsebenen von Ängsten – Emotionen, Kognitionen und Verhalten – in Form verschiedener Interventionen Rechnung zu tragen. Neben der Reizkonfrontation als Kernintervention umfassen daher alle Angstmanuale auch kognitive Interventionen und Psychoedukation. Die Forschung hat, wie in Kapitel 2.2 dargestellt, mit wenigen Ausnahmen nur die Effektivität gesamter Manuale untersucht. Über die Wirksamkeit der einzelnen Module oder einzelner Interventionen kann daher nach bisherigem Forschungsstand keine Aussage getroffen werden. Aufgrund der großen Effekte, die mit der Durchführung der bisher untersuchten Manuale erzielt werden konnten, ist jedoch von einer Wirksamkeit der dort verwendeten Kerninterventionen auszugehen. Die Ausgestaltung der einzelnen Interventionen für das vorliegende Behandlungskonzept wurde daher sowohl aus dem theoretischen Störungskonzept der Störung mit Trennungsangst heraus entwickelt als auch in der Anlehnung an bereits bestehende Interventionsprinzipien.

Neben der Berücksichtigung der Modalitäten, in denen Interventionen durchgeführt werden, ist es in der Therapie von Kindern und Jugendlichen außerdem wichtig, das Lebensumfeld in die Therapie mit einzubeziehen. Nicht nur Eltern sondern auch Schule und Kindergarten oder Freizeitangebote müssen in die Therapie einbezogen werden, wenn diese Bereiche durch die Trennungsängste des Kindes beeinträchtigt sind. Die Eltern müssen bei Trennungsängsten häufig zwingend in die Therapie einbezogen werden, da eine Trennung von einem oder beiden Elternteilen auch im Rahmen der Therapiesituation für die Kinder

zunächst nicht möglich ist. Während das vorliegende Behandlungskonzept in jedem Fall den Einbezug der Eltern in die therapeutischen Interventionen umfasst, muss für jeden Fall individuell betrachtet werden, ob und wenn ja, andere Bereiche wie Schule oder Sportverein in die Therapie einbezogen werden sollten. Während es für den Einbezug dieser Systeme in die Therapie keine Forschungsergebnisse vorliegen, zeigt die Forschung bezüglich Familieninterventionen gleichermaßen positive Effekte für die Durchführung von Therapien mit oder ohne Einbezug der Eltern. Differentielle Analysen zeigen jedoch größere Effekte für Therapien mit zusätzlichen Familieninterventionen vor allem bei jüngeren Kindern sowie bei Familien mit ängstlichen Eltern. Da vor allem jüngere Kinder Trennungsängste haben (Kap. 1.1.3) und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Ängsten auch bei den Eltern der vorgestellten Kinder besteht (Kap. 1.2.1.1), erscheint die Durchführung von Elterninterventionen auch auf der Basis der bestehenden Forschungsergebnisse als wichtiges Element der therapeutischen Interventionen.

Die Entscheidung, das Behandlungskonzept für die Therapie im Einzelsetting zu entwickeln, beruht vor allem auf der Notwendigkeit, die Therapie möglichst individualisiert beginnen zu können. Da der Schweregrad bei Trennungsängsten sehr breit gestreut ist und es auch zu Kriseninterventionen bei drohender Schulverweigerung kommen kann, ist die Bildung von Gruppen in der therapeutischen Praxis zum einen kaum praktikabel, zum anderen würde dadurch eine individuell passende und schnelle Reaktion auf die Situation der Familien erschwert. Darüber hinaus wird ein Gruppensetting auch aufgrund der teilweise nicht durchzuführenden Trennung der Kinder von ihren Eltern erschwert. Wie in Kapitel 2.2 ausführlich dargestellt, liegen aus der Forschung zu Ängsten bei Kindern Hinweise auf positive Wirksamkeit beider Interventionsformen vor. Dabei zeigt sich jedoch ein Trend zugunsten des Einzelsettings, der sich vor allem bei Kindern mit sozialen Ängsten sehr deutlich zeigt. Bei der hohen Komorbiditätsrate von Ängsten sprechen diese Ergebnisse auch bei der Entwicklung eines Trennungsangstmanuals eher für die Durchführung im Einzelsetting, zumal sich in Studien der erhoffte positive Effekt des Gruppensettings auf das soziale Funktionsniveau nicht zeigte.

Die Individualisierung des Konzeptes zu Ungunsten einer fest vorgegebenen Behandlungsstruktur erscheint vor allem aufgrund des extrem unterschiedlichen Schweregrades innerhalb des Störungsbildes wichtig. Ein Behandlungskonzept für Kinder mit Trennungsängsten sollte an die Behandlung eines Kindes mit akuter, angstbedingter Schulverweigerung genauso anzupassen sein wie an die Behandlung eines Kindes, das nachts nicht im eigenen Bett schläft. Es muss also zur Krisenintervention genauso heranzuziehen sein wie zu einer langsamen Heranführung der Familien an Störungsbild und

Therapiekonzept. Darüber hinaus sollte es möglich sein, die individuellen Ursachen für die Entwicklung der Trennungsängste in den Interventionen ebenso zu berücksichtigen, wie die individuellen Ressourcen und Grenzen des Kindes, der Familien und des weiteren Umfeldes. Dies ist, nach Meinung der Autorin, nur mit einem individualisierten Behandlungskonzept zu erreichen, welches die flexible Anwendung und Reihenfolge von Behandlungsmodulen ebenso ermöglicht wie die individuelle Auswahl einzelner Interventionen und die Dauer, mit der einzelne Interventionen und Module durchgeführt werden. In der Forschung konnten keine vergleichenden Studien zu individualisierten bzw. stark manualisierten Therapien gefunden werden.

Um die Therapie von Trennungsängsten individuell zu gestalten, müssen neben dem Grad der Symptomschwere eventuell vorliegende komorbide Störungen beachtet werden. Studien zeigen bei Trennungsängsten hohe Komorbiditätsraten sowohl mit anderen Angststörungen und emotionalen Störungen als auch mit externalisierenden Störungen wie ADHS und oppositioneller Störung (Kap. 1.1.5). Das Erfassen begleitender Störungen muss zunächst im Rahmen von Anamnese und Diagnostik erfolgen. Anschließend müssen diese bei der Erstellung des Behandlungsplans berücksichtigt werden. Bisher ist der Einfluss von komorbiden Störungen auf den Behandlungsverlauf und –erfolg noch wenig untersucht. Es gibt jedoch Hinweise, dass komorbide Störungen, die auch am Ende der Therapie persistieren, mit einem geringeren Rückgang von Angstsymptomen einhergehen (Kap. 2.2). Im Behandlungsplan muss daher festgelegt werden, ob eine Behandlung der komorbiden Störung vor, während oder nach der Behandlung der Trennungsängste erfolgen soll. Ausführlicher wird diese Frage in Kapitel 3.4 behandelt.

Bei der Entwicklung eines Behandlungskonzeptes für die Therapie von Trennungsängsten muss, über die oben aufgeführten Punkte hinaus, folgende Besonderheit beachtet werden: In Krisenfällen, das heißt bei einer chronifizierten bzw. sich entwickelnden Schulverweigerung im Rahmen von Trennungsängsten ist es wichtig, die Grenze der ambulanten Behandlung direkt zu Beginn der Therapie zu definieren. Die Eltern müssen auf die mögliche Notwendigkeit eines späteren teil- oder vollstationären Aufenthaltes hingewiesen werden, wenn die ambulante Unterstützung nicht ausreichend ist, um den Schulbesuch wiederherzustellen. Wie hier Kriterien zu setzen sind und wie dieses Thema mit den Familien thematisiert werden kann, wird in Kapitel 3.2 näher erläutert.

Die therapeutische Grundhaltung bei der Durchführung des Behandlungskonzeptes sollte akzeptierend und wertschätzend gegenüber der Familie sein. Die inhaltliche Behandlungsplanung sollte gegenüber den Eltern und – in kindgerechter Form – auch gegenüber dem Patienten transparent gemacht werden.

Die entwickelten Materialien sind, orientiert an der Zielgruppe, durch die Verwendung von Symbolen kindgerecht gestaltet: Das Symbol „Haus“ bedeutet Hausaufgaben, das Symbol „Staffelei“, dass die Kinder etwas malen sollen und das Symbol „Glühbirne“ bedeutet, dass die Kinder durch dieses Arbeitsblatt etwas über ihre Ängste lernen können. Einige der Materialien sind für die Arbeit mit den Kindern (K), andere für die Arbeit mit den Eltern (E) und eine weitere Gruppe von Materialien sind für die Arbeit mit dem weiteren Umfeld, wie Schule, Kindergarten, Verein etc. (U) entwickelt worden. Einige Arbeitsblätter sollen in gemeinsamen Stunden mit Eltern und Kind (F) durchgeführt werden. Viele kindzentrierte Arbeitsmaterialien sollten in Anwesenheit der Eltern durchgeführt werden. Dies ist zwingend, wenn die Kinder sich auch in der Therapiestunde nicht von den Eltern trennen können. Die Informationen an das Kind auch für die Eltern transparent zu machen, ist jedoch auch wichtig, wenn eine Trennung prinzipiell möglich ist, da die enge Zusammenarbeit von Eltern und Kind bei den späteren Interventionen sehr wichtig ist. Mit „E“ gekennzeichnete Materialien sollten hingegen mit den Eltern alleine besprochen werden, da hier häufig eigene Ängste, Vorstellungen oder Befürchtungen der Eltern besprochen werden. Alle Materialien werden in den Kapiteln 3.2 und 3.3 beschrieben und befinden sich zur Ansicht im Anhang (Kap. 9.2).

Ziel der Behandlung sollte neben der Verminderung der Trennungsangst-Symptomatik auch die Verminderung bzw. die Einleitung einer Behandlung der komorbiden Symptomatik umfassen. Patient und Eltern sollen Experten für das Störungsbild und ihre eigenen, individuelle Verhaltens- und Reaktionsmuster werden, so dass sie bei bestehender Restsymptomatik oder erneut auftretender Symptomatik selbstständig eine Verhaltensanalyse vornehmen und die in der Therapie vermittelten Inhalte anwenden können.

## **3.2 Behandlungsindikation**

Um zu entscheiden, ob eine Behandlung von Trennungsängsten indiziert ist, muss zunächst die Diagnose Störung mit Trennungsangst gestellt werden. Differentialdiagnostisch müssen hierzu andere Störungsbilder ausgeschlossen werden, die das Vorliegen der Symptome besser erklären. Abbildung 2 zeigt die Störungsbilder, die man im differentialdiagnostischen Prozess ausschließen sollte.

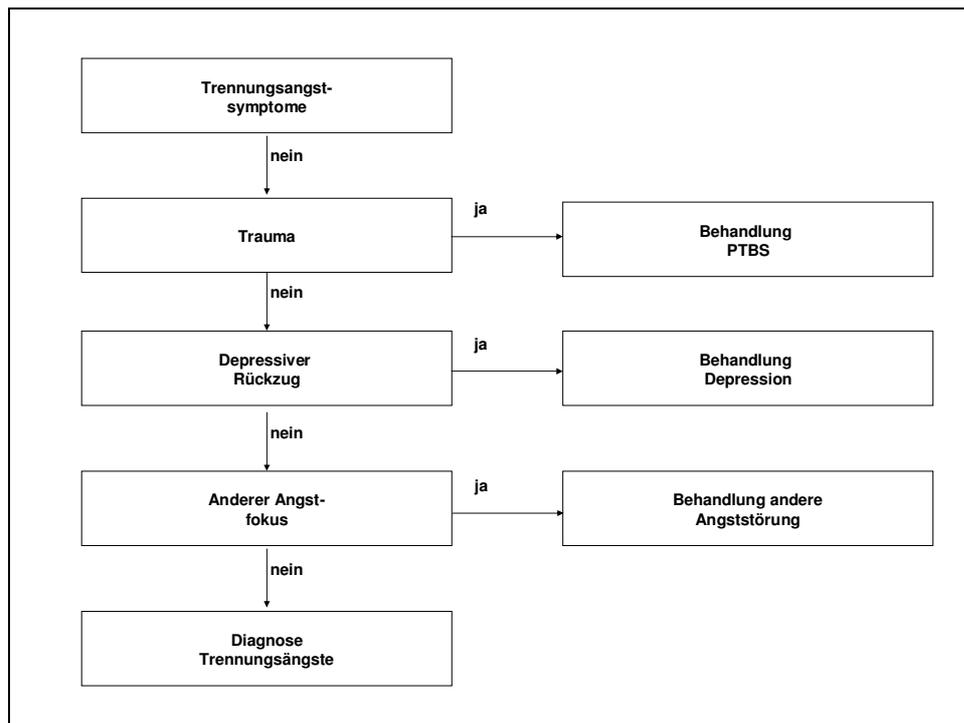


Abb. 2: Differentialdiagnostischer und therapeutischer Entscheidungsbaum

Posttraumatische Belastungsstörungen können vorliegen, wenn die Symptomatik nach einer traumatischen Erfahrung aufgetreten ist. In diesem Fall ist eine posttraumatische Belastungsstörung oder ggf. eine Anpassungsstörung zu diagnostizieren. Gehen die beobachteten Symptome auf eine Depression zurück, handelt es sich meist um einen traurig oder aggressiv gefärbten Rückzug. In diesem Fall sollte zunächst die Depression behandelt werden. Wichtig ist auch die Abgrenzung zu anderen Angststörungen. Hier muss man in der Anamnese und Diagnostik eruieren, ob der Fokus der Angst auf der Trennung oder auf anderen Dingen, z. B. Sozialkontakt oder spezifischen Objekten liegt. In diesen Fällen muss eine andere Angststörung diagnostiziert und behandelt werden. Vom Vorliegen einer Störung mit Trennungsangst ist nur dann auszugehen, wenn die oben genannten Störungsbilder die vorliegenden Symptome nicht besser erklären können. Liegen Komorbiditäten dieser Störungsbilder mit Trennungsängsten vor, müssen im diagnostischen Prozess unter Umständen mehrere Diagnosen vergeben werden. Für die Therapie muss dann entschieden werden, welches Störungsbild als erstes behandelt werden sollte.

Die Indikation für eine ambulante Therapie von Trennungsängsten muss außerdem bei krisenhaften oder stark chronifizierten Verläufen besonders gut überprüft werden. Bei über mehrere Wochen chronifizierter Schulverweigerung sollte ein ambulanter Therapieversuch nur dann gemacht werden, wenn alle Beteiligten, d. h. Eltern, Kind und Schule, zur Mitarbeit bereit sind und genug Ressourcen haben, um Veränderungen an der Situation

vorzunehmen. Dabei sollte jedoch zu Beginn der Therapie mit den Eltern besprochen werden, dass eine ambulante Therapie möglicherweise nicht ausreichend ist und eine (teil-)stationäre Therapie notwendig werden könnte. Mit Kindern, vor allem im jüngeren Alter, sollte dies nicht besprochen werden, da es ihre Angst und ihren Druck weiter verstärkt und damit verhindert, die folgenden Interventionen gut annehmen zu können. Als orientierende Daumenregel für den ambulanten Behandlungsversuch sollte gelten: Zeigen sich in den ersten 4 Wochen der Behandlung keine positiven Tendenzen, sollte eine (teil-)stationäre Therapie eingeleitet werden. Wird bei der Vorstellung bzw. im Erstgespräch deutlich, dass Eltern, Kind oder die Schule nicht bereit oder fähig sind, Interventionen umzusetzen, sollte eine (teil-)stationäre Therapie eingeleitet werden. Dies gilt vor allem, wenn eine Zusammenarbeit mit der Schule nicht möglich ist.

Der Beginn einer ambulanten Therapie der Trennungsgängste ist ebenfalls nicht indiziert, wenn komorbide Störungen so stark sind, dass eine Behandlung der Trennungsgängste nicht möglich bzw. sinnvoll ist. Dies kann z. B. bei starken komorbiden Depressionen oder Aufmerksamkeitsstörungen der Fall sein. In solchen Fällen sollte zunächst die komorbide Störung behandelt werden. Liegt parallel eine chronifizierte Schulverweigerung vor, muss in den meisten Fällen eine (teil-)stationäre Therapie eingeleitet werden, da die parallele Behandlung beider Störungen im Rahmen der Krisenintervention ambulant nicht möglich ist.

Die störungsspezifische Diagnostik kann mit Hilfe von Checklisten, Interviews und Fragebögen durchgeführt werden (Kap. 1.3).

Für die Exploration von Trennungsgängsten wurden für das vorliegende Behandlungskonzept Materialien entwickelt, die in Tabelle 3 aufgeführt und im Folgenden beschrieben werden.

Tab. 3: Materialien Behandlungskonzept – Exploration und Anamnese

Adressat	Name Material	Beschreibung Material	Kürzel
Eltern	Explorationsschema Trennungsängste - Eltern	Leitfaden zur ausführlichen Exploration bzgl. der Symptomatik	A*1-E
	Angsttriade Kind	Exploration Angsttriade des Kindes	A2-E
Kind	Explorationsschema Trennungsängste - Kind	Leitfaden zur ausführlichen Exploration bzgl. der Symptomatik	A1-K
	Anamnese Angstfokus	Möglichkeit zur Exploration der verschiedenen Angstfoki über Auswahl	A2-K
	Symptomblatt Körper/Denken	Exploration der körperlichen und kognitiven Symptomatik (Bild)	A3-K
	Symptomblatt Handlung	Exploration der verhaltensbezogenen Symptomatik (Bild)	A4-K
Eltern + Kind	Therapieziele	Definition der Therapieziele gemeinsam mit der Familie	A1-F
Umfeld	Explorationsschema Trennungsängste - Umfeld	Leitfragen zur Exploration von Trennungsängsten in Kindergarten, Schule o. a. Einrichtungen	A1-U

\* Um eine Verwechslung mit den Arbeitsmaterialien des Bausteins Exposition zu verhindern, werden die Arbeitsmaterialien des Bausteins Exploration und Anamnese mit „A“ bezeichnet

Das Explorationsschema für die Exploration der Trennungsängste mit den Eltern (**A1-E**) umfasst die Bereiche „Vorstellungsanlass und spontan berichtete Probleme“, „Symptom- und Verhaltensanalyse“, „Erwartungen an die Therapie und Ressourcen“, „Ängste der Hauptbezugsperson“ und „Andere psychische Auffälligkeiten des Kindes“. Mit dem ersten und letzten Teil sollen, neben den Trennungsängsten auch andere Verhaltensauffälligkeiten und Probleme erfasst werden, um Hinweise auf das mögliche Vorliegen komorbider Störungsbilder zu bekommen. Die Erfragung von Reaktionsmustern und Ängsten bei der Hauptbezugsperson ist, neben der Erfragung der kindlichen Reaktionsmuster, eine wichtige Informationsquelle für die Gestaltung des Behandlungsplanes. Basierend auf den Informationen aus dem Explorationsschema sollte mit den Eltern die Angsttriade für das Kind ausgefüllt werden (**A2-E**), um diese wichtigen Aspekte sowohl für den Therapeuten als auch für die Eltern noch einmal genau herausarbeiten zu können.

Die Möglichkeiten einer ausführlichen Exploration des Kindes hängen vom Alter des Kindes und seiner kognitiven Reife ab sowie von der Symptomschwere und der Geschwindigkeit, mit der eine positive Patient-Therapeut-Beziehung hergestellt werden kann. Handelt es sich um eine Krisenintervention oder ist das Kind zu Beginn der Therapie sehr ängstlich und / oder oppositionell, sollte man auf die Exploration des Kindes zugunsten einer ausführlichen Anamnese der Umfeldsysteme und einer Verhaltensbeobachtung verzichten. Ist ein Kind sehr jung oder fällt es ihm schwer, Fragen zu seinen Problemen zu beantworten, ist eine Exploration der verschiedenen

Ängste über das Mittel der Auswahl (**AK-2**) möglich. Das Kind muss bei dieser Methode die Symptome nicht selbst erklären sondern muss sie nur unter vorgegebenen Möglichkeiten wieder erkennen. Eine Exploration der Symptome im Sinne der Angsttriade (körperliche, emotionale und Verhaltensebene) ist über die Symptombblätter Körper/Denken und Handlung (**AK-3, AK-4**) möglich, bei denen das Kind seine Symptome selbst malen kann. Ist eine Befragung des Kindes möglich, kann das Explorationsschema Trennungsängste - Kind (**AK-1**) als orientierendes Raster für ein Gespräch verwendet werden. Man sollte jedoch bei einer solchen Exploration unbedingt vermeiden, das Kind zu überfordern, um nicht zusätzliche Angst, Hilflosigkeit oder Opposition zu erzeugen. Auf die Verwendung eines sogenannten Angstthermometers wurde verzichtet, da bei der Altersgruppe davon auszugehen ist, dass für eine differenzierte Einschätzung der Angststärke im Vorfeld der Exposition die kognitive Differenzierungs- und Selbstreflexionsfähigkeit noch nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist (Kap. 3.3.4).

Wichtiger Baustein der Exploration, der auch den inhaltlichen Grundstein des Behandlungsplanes legt, ist die Definition der Therapieziele (**A1-F**). Für dieses Arbeitsblatt wurde die Problemliste der Studie so verändert, dass sie im Rahmen einer Therapie verwendet werden kann. Hierfür wurden die wöchentlichen Ratings sowie die Bewertung des Materials entfernt und nur Platz für das Aufschreiben oder Aufmalen von drei Therapiezielen gelassen. Die Definition der Therapieziele sollte gemeinsam mit der Familie erfolgen. Es empfiehlt sich, das Kind eng in diesen Prozess einzubeziehen und es gegebenenfalls die Ziele zusätzlich malen zu lassen, damit eine höhere Identifikation erfolgt. Wichtig ist dabei, die Ziele möglichst präzise und erschöpfend zu definieren. Dabei sollte der Therapeut darauf achten, dass es sich um Ziele handelt, die im Zeitrahmen einer therapeutischen Behandlung realistisch zu erreichen sind und dass sie von allen Beteiligten (z. B. auch der Schule) getragen werden. Darüber hinaus sollte Eltern und Kindern explizit vermittelt werden, dass dies die Endziele sind, die mit vielen kleinen Zwischenschritten erreicht werden sollen. Damit kann zum einen verhindert werden, dass Familien sich, im Sinne einer direkt zu erfüllenden Aufgabe, überfordert fühlen. Zum anderen kann damit vermieden werden, dass Eltern oder Kinder im Verlauf der Therapie ungeduldig werden und zu schnell auf die Planung großer (Übungs-)Schritte drängen.

Neben der Befragung von Eltern und Kindern sollten auch weitere Einrichtungen des Umfeldes, z. B. Kindergarten, Schule, Sportverein, hinsichtlich der Symptome befragt werden, wenn diese in den betreffenden Bereichen auftreten (**A1-U**). Unabdingbar ist dies, wenn die Symptome im Kindergarten bzw. in der Schule auftreten und ein definiertes Ziel die Verminderung dieser Symptome ist. Eine Befragung dieser

Systeme ist jedoch allgemein zu empfehlen, um ein besseres Gesamtbild vom Kind zu bekommen. In letzteren Fällen sollte jedoch beachtet werden, ob eine solche Kontaktaufnahme für das Kind gegebenenfalls negative Konsequenzen haben kann, z. B. im Sinne einer Stigmatisierung. Der Kontakt zu weiteren Umfeldsystemen des Kindes, wie Übermittagsbetreuung, Sportvereinen oder Kindergruppen, ist meist nur sinnvoll, wenn dort Symptomverhalten auftritt, da die betreuenden Personen die Kinder oft nicht so gut kennen und eine Stigmatisierung damit wahrscheinlicher wird. Der Leitfaden für die Exploration im Umfeld umfasst die Bereiche „Symptomatik und Verlauf“, „Reaktionen des Umfeldes“, „Weitere Probleme und Störungsmodell“ sowie „Ressourcen“. Er ist gut im Rahmen eines Telefonates anzuwenden.

### **3.3 Behandlungsmodule**

Die im Rahmen des Behandlungskonzeptes entwickelten Behandlungsmodule umfassen die Bereiche Psychoedukation, Kognitive Intervention, Kompetenzaufbau, Exposition, Rückfallprophylaxe und Interventionen im Umfeld. Der Bereich der Reizkonfrontation wurde mit dem Begriff Exposition benannt, da dieser Begriff in der therapeutischen Praxis gängiger ist.

Nicht berücksichtigt wurde der Bereich der medikamentösen Versorgung, da es bisher, vor allem für die Zielgruppe von Kindern unter 12 Jahren, noch keine abgesicherte Studienlage gibt und von einer Medikation daher abgesehen werden sollte (Kap. 2.2.7).

Ein weiterer Bereich, der im Rahmen des vorliegenden Behandlungskonzeptes nicht aufgegriffen wurde, ist der Bereich der Entspannungsverfahren. Abgeleitet aus dem Bereich der Desensibilisierung werden in der Behandlung von Angststörungen häufig auch Entspannungsverfahren vermittelt. Da im Rahmen dieses Behandlungskonzeptes das Prinzip der graduierten Konfrontation angewendet wird (Kap. 3.3.4), erscheint der Einsatz von Entspannungsverfahren zunächst aus diesem Grund nicht notwendig. Darüber hinaus wurde aber auch aus weiteren theoretischen Überlegungen darauf verzichtet. Da bei vielen Kindern im Rahmen der Symptomatik auch somatische Beschwerden, v. a. im Bauchbereich auftreten, würde die Vermittlung von Entspannungsverfahren implizit das bei Eltern und Kindern möglicherweise vorhandene, rein somatische Störungsmodell unterstützen. In der Expositionsübung selbst könnte die Beschäftigung mit den Entspannungsübungen von der Bewältigung der Trennungsängste ablenken. In diesem Sinne wird auch im Rahmen der kognitiven

Interventionen ein stärkerer Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung vermutet, wenn die Kinder die Erfahrung machen, die Situation alleine und ohne stützende Mechanismen bewältigt haben.

Im Folgenden werden die sechs entwickelten Behandlungsmodule hinsichtlich der zu vermittelnden Inhalte, der formalen Gestaltung und der Materialien erläutert.

### **3.3.1 Psychoedukation**

Die Psychoedukation wird bei kognitiv-behavioralen Behandlungsmanualen standardmäßig zu Beginn jeder Therapie durchgeführt (Kap. 2.2.1). Dazu gehören sowohl die Aufklärung über das Störungsbild als auch die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells mit der Familie. Darüber hinaus sollte in dieser Zeit eine tragfähige Beziehung zu Kind und Eltern aufgebaut werden, um die anschließenden Interventionen durchführen zu können. Häufig werden einige psychoedukative Inhalte im Sinne einer Informationsvermittlung vom Therapeuten an die Patienten weitergegeben. Dies ist jedoch vor allem bei jungen Kindern ein Problem, da diese häufig noch keine Metakognitionen über ihre Symptome besitzen oder, im Fall von Trennungsängsten, ihre Symptome zunächst nicht als Angst erkennen, sondern sie als Problem auf der Handlungsebene (z. B. „Ich muss in die Schule gehen“) einordnen. Die Vermittlung von Wissen über Ängste ist daher für die Kinder kaum mit ihren eigenen Problemen in Zusammenhang zu bringen und daher möglicherweise wenig effektiv. Das vorliegende Behandlungskonzept fokussiert daher mit dem Modul Psychoedukation vor allem auf die Eltern. Den Kindern wird individuelles Störungswissen dagegen im Verlauf der kognitiven und behavioralen Interventionen vermittelt. Durch kontinuierliche Reflexion der einzelnen Übungen, lernen die Kinder am Erleben und damit individuell und realitätsnah die Dynamik ihrer eigenen Symptomatik aber auch die Wirksamkeit einzelner Interventionen kennen. Die Reflexion der Ursachen für die Entwicklung der Symptomatik sollte daher mit den Kindern während dieses Prozesses oder gegen Ende in der Rückschau mit den Kindern erfolgen. Die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells mit den Kindern sollte nur dann zu einem frühen Zeitpunkt der Therapie erfolgen, wenn Kinder zu Beginn der Therapie für sich bereits ein Störungskonzept haben.

In Tabelle 4 werden die für das Modul Psychoedukation entwickelten Therapiematerialien aufgeführt und anschließend bezüglich ihrer Anwendung erläutert.

Tab. 4: Materialien Behandlungskonzept - Psychoedukation

Adressat	Name Material	Beschreibung Material	Kürzel
Eltern	Ursachenmodell für TÄ*	Entwicklung eines individuellen Störungsmodells mit den Eltern	P1-E
	Verlauf von TÄ (a)	Modell zur Veranschaulichung der (aufrechterhaltenden) Störungsdynamik	P2a-E
	Verlauf von TÄ (b)	Modell zur Veranschaulichung der (aufrechterhaltenden) Störungsdynamik – mit Bestrafungskomponente	P2b-E
	Umgang mit körperlichen Symptomen	Hinweise für das Erkennen angstbedingter körperlicher Symptome des Kindes	P3-E
	Informationen über TÄ	Allgemeine Informationen über Erscheinung und Ursachen von Trennungsängsten	P4-E
	Ängste im Entwicklungsverlauf	Allgemeine Information über entwicklungsphasentypische Ängste	P5-E
Kind	Ursachenmodell TÄ	Entwicklung eines individuellen Störungsmodells mit dem Kind	P1-K
	Prävalenz TÄ	Verdeutlichung der Auftretenshäufigkeit von Trennungsängsten	P2-K
Umfeld	Informationen über TÄ (synonym P4-E)	Allgemeine Informationen über Erscheinung und Ursachen von Trennungsängsten	P1-U / P4-E

\* TÄ: Trennungsängste

Mit den **Eltern** sollte als erstes ein individuelles Störungsmodell entwickelt werden. Mit Hilfe des dafür entwickelten Arbeitsblattes (**P1-E**) ist es möglich, die Vorstellungen der Eltern in ein forschungsbasiertes Modell zu integrieren, das die Bereiche „Eigenschaften des Kindes“, „Erziehung“, „Probleme innerhalb oder außerhalb der Familie“ und „Trennungserlebnisse“ beinhaltet. Dabei sollten die bereits im Rahmen der Anamnese von den Eltern erhobenen Informationen genutzt werden. Anhand des so gewonnen Modells ist es möglich, einseitige Störungsmodelle von Familien zu modifizieren. Häufig sind Eltern überzeugt, dass Umwelteinflüsse im Sinne traumatischer Erfahrungen ursächlich für die Symptomatik sind. Konnten solche Erfahrungen in der Anamnese nicht ausgemacht werden, ist es sinnvoll aufzuzeigen, dass die Tendenz zu vorsichtigen Reaktionen ein Persönlichkeitsmerkmal von Kindern sein kann, ohne dass es dafür ursächliche traumatische Erfahrungen gibt. In solchen Fällen wie auch in Fällen, in denen Eltern die Ursachen der Symptomatik ihres Kindes in eigenen Erziehungsfehlern sehen, ist durch die Entwicklung eines breiteren Störungsmodells eine Entlastung möglich.

Sinnvoll ist es, an die Entwicklung des Störungsmodells die Vermittlung von Wissen über die Dynamik bzw. über aufrechterhaltende Faktoren der Symptomatik zu vermitteln. Hierfür wurde das Arbeitsblatt „Verlauf von Trennungsängsten“ (**P2a-E**)

entwickelt. Es entwickelt auf der Basis des gemeinsamen Störungsmodells die Entwicklung und Dynamik der Symptomatik von Trennungsängsten in der Interaktion von Kind und Eltern. Wichtig ist auch hier, den individuellen Bezug der allgemeinen Störungsdynamik auf die konkrete Situation der Familie herzustellen. Da die Dynamik besonders bei krisenhaften oder chronifizierten Verläufen durch Ärgerreaktionen der Eltern häufig weiter zugespitzt wird, liegt für solche Fälle das Arbeitsblatt „Bestrafung nach der Situation“ (**P2b-E**) vor, das diese Ärgerreaktionen der Eltern als zusätzlichen Wirkfaktor beinhaltet. In Fällen, in denen die Eltern keine starken Ärgerreaktionen oder Bestrafungen zeigen, sollte dieses Arbeitsblatt nicht verwendet werden, um den Eltern keine Schuldgefühle oder Befürchtungen über zukünftige negative Entwicklungen zu vermitteln.

Ein weiteres Arbeitsblatt wurde entwickelt, um Eltern die Einordnung starker körperlicher Symptome des Kindes zu ermöglichen (**P3-E**). Zeigt ein Kind angstbedingt starke körperliche Symptome, sind Eltern häufig sehr beunruhigt und drängen auf die Abklärung somatischer Ursachen für die Beschwerden. Häufig führt dies auch zu ärztlichen Attesten, die die angstbedingte Vermeidung des Schulbesuchs unterstützen und so chronifizierend wirken. Liegt keine somatische Ursache vor, ist es daher wichtig, den Eltern den Zusammenhang zwischen Ängsten und körperlichen Symptomen zu erläutern und ihnen Kriterien zu vermitteln, anhand derer sie angstbedingte körperliche Symptome identifizieren können. Die Inhalte des Arbeitsblattes sollten mit den Eltern zunächst in der Therapiestunde besprochen werden, um eine Anpassung an die individuelle Situation der Familie zu ermöglichen und Fragen der Eltern beantworten zu können. Das Arbeitsblatt kann den Eltern dann als Merkzettel mitgegeben werden.

Die Arbeitsblätter P4-E und P5-E sollten eher nachgeordnet verwendet werden. Das Arbeitsblatt **P4-E** beinhaltet, kurz gefasst, die wichtigsten Informationen über Ängste bzw. Trennungsängste. Alle hier aufgeführten Informationen sollte man mit den Eltern im Rahmen des Störungsmodells und des Verlaufsmodells besprechen, so dass den Eltern dieses Arbeitsblatt eher als Zusammenfassung mitgegeben werden kann. Für den Therapeuten stellt dieses Arbeitsblatt eine nützliche Auflistung der wichtigsten, zu besprechenden Inhalte dar: Angst als normale Reaktion, Was ist Trennungsangst? , Erscheinungsbild, Ursachen und Auslöser. Das Arbeitsblatt wird auch für die Information des weiteren Umfeldes eingesetzt (**P1-U**) und wird in seiner diesbezüglichen Anwendung unten näher beschrieben.

Das Arbeitsblatt **P5-E** enthält Informationen über die verschiedenen phasentypischen Ängste in der kindlichen Entwicklung. Dies sollte vor allem bei insgesamt sehr ängstlichen Kindern eingesetzt werden, um zu erklären, dass die Tendenz zu

ängstlichen Reaktionsmustern nicht verschwindet sondern sich häufig nur im Verlauf der Entwicklung auf andere Themen fokussiert. Dieses Arbeitsblatt sollte jedoch nicht eingesetzt werden, wenn die Familie hoch belastet ist, damit die Information nicht im Sinne einer Nicht-Therapierbarkeit verstanden wird. Auch bei sehr ängstlichen Eltern sollte dieses Arbeitsblatt aufgrund ihrer möglichen Katastrophisierungstendenzen nicht verwendet werden. In jedem Fall sollte der Therapeut betonen, dass in der Auflistung die typischen Angstfoki zu bestimmten Entwicklungsphasen aufgeführt sind, ohne dass die Ängste diese Stadien notwendigerweise hintereinander durchlaufen.

Wie schon zu Beginn des Kapitels thematisiert, sollte man den psychoedukativen Teil mit den Kindern zu Beginn der Therapie klein halten.

Die Besprechung eines Störungsmodells anhand des dafür entwickelten Arbeitsblattes (**P1-K**) kann differenziert oder nur in Form einer erweiterten Anamnese durchgeführt werden, indem man das Kind fragt, ob die im Modell aufgeführten Ursachen auf seine eigene Situation zutreffen. Verneint ein Kind dies oder sagt, dass es dazu nichts wisse, ist es meist nicht sinnvoll, hier auf eine gemeinsame Modellentwicklung zu drängen. Diese kann dann später erfolgen, wenn das Kind durch die kognitiven und behavioralen Interventionen erste Erfahrungen mit seinen eigenen Ängsten gemacht hat und geübter ist, darüber nachzudenken. Hat ein Kind eigene Vorstellungen von den Ursachen seiner Ängste, sollte man diese in das Arbeitsblatt integrieren und unpassende Ursachen streichen. Anhand des Arbeitsblattes „Prävalenz TÄ“ (**P2-K**) kann dem Kind gezeigt werden, dass noch andere Kinder Trennungsängste haben. Dazu kann man das Kind bitten, eine Figur für sich selbst herauszusuchen und zu markieren. Der Therapeut kann dann 3 weitere Figuren markieren, so dass die (durchschnittliche) Häufigkeit von Trennungsängsten (auf 100 Personen) abgebildet ist (Kap. 1.1.3). Die weitere Wissensvermittlung über das Störungsbild sollte für das Kind individuell anhand der Expositionsübungen erfolgen. In diesem Rahmen ist es möglich, dem Kind Wissen über sein eigenes (ängstliches) Reaktionsmuster zu vermitteln sowie über Situationskriterien, die bei ihm Angst auslösen oder die die Angst mindern.

Die Psychoedukation des Umfeldes kann im persönlichen Kontakt oder in Form von Telefonkontakten erfolgen. Besonders wichtig ist die Vermittlung von Informationen über das Störungsbild, wenn das Umfeld in Expositionsübungen direkt oder indirekt eingebunden ist. Da man häufig nur begrenzte Möglichkeiten hat, mit den Bezugspersonen im Umfeld zu sprechen, kann man das Informationsblatt (**P1-U**) vorab versenden. Im Gespräch kann man dann die individuellen Besonderheiten des Kindes und der Familie auf der Basis der allgemeinen Informationen deutlich machen. Nützlich

können hier die mit den Eltern und dem Kind erarbeiteten Störungsmodelle sowie die Informationen aus der Anamnese sein. Gibt es zwischen dem Kind und der Bezugsperson im Umfeld eine eigene Verhaltensdynamik, können die Inhalte des Arbeitsblattes „Verlauf von Trennungsängsten“ (P2-E) besprochen werden. Dies ist vor allem sinnvoll, wenn die Bezugspersonen im Umfeld Vermeidung oder Bestrafung unterstützen oder selbst durchführen.

### **3.3.2 Kognitive Interventionen**

Auch im Bereich kognitiver Interventionen liegen keine gesicherten Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit vor (Kap. 2.2.2). Häufigste Intervention im Bereich kognitiver Interventionen ist die Umstrukturierung negativer (Angst-)Gedanken in positive (Bewältigungs-)Gedanken (Kap. 2.1). Dies erscheint im Fall von Trennungsängsten jedoch wenig sinnvoll, da bei den Kindern in der Regel keine differenzierten Kognitionen bezüglich ihrer Ängste vorliegen. Auch eine von Eisen und Schaefer (2005) Methode, das Kind bezüglich der Symptomwahrnehmung und Situationsevaluation zu schulen erscheint sinnvoller im Rahmen der Expositionsübungen durchzuführen. Dies gilt vor allem dann, wenn die Kinder noch sehr jung sind und ihnen theoretische Überlegungen zu Situationen noch schwer fallen. Im vorliegenden Behandlungskonzept wurde daher ein anderer Ansatz gewählt. Dieser geht von der Annahme aus, dass das Selbstbewusstsein und vor allem die Selbstwirksamkeitserwartung bei (trennungs-)ängstlichen Kindern eher gering ist. Da ängstliche Kinder viele Situationen aus Angst vermeiden oder Misserfolge erleben, machen sie seltener als andere Kinder positive Selbstwirksamkeitserfahrungen. Dies ist besonders bei trennungsängstlichen Kindern anzunehmen, da hier ein basaler Bereich der Autonomieentwicklung, die Trennung von den Eltern, nicht altersgemäß erfolgt. Die kognitiven Interventionen, die für das vorliegende Behandlungsmanual entwickelt wurden, greifen daher an diesem Punkt an und versuchen, durch Stärkung der Ressourcen des Kindes die Selbstwirksamkeitserwartung zu verbessern. Die kognitiven Interventionen mit den Kindern zielen damit nicht auf eine direkte Veränderung von Angstgedanken sondern indirekt auf eine Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und damit auch auf eine Veränderung der Kognitionen in Angstsituationen.

Die kognitiven Interventionen mit den Eltern richten sich, ähnlich wie in anderen Manualen (Kap. 2.2.2), vor allem auf möglicherweise vorliegende Ängste der Eltern.

Hier ist zunächst jedoch Folgendes zu beachten: Liegt bei der primären Hauptbezugsperson eine eigene Angststörung vor, z. B. eine Panikstörung oder Agoraphobie und sind diese Ängste Teil oder alleiniger Auslöser der Angstdynamik des Kindes, sollte der Hauptbezugsperson eine eigene Therapie empfohlen werden. Es muss in solchen Fällen vor Beginn der Behandlung geprüft werden, ob die Eltern in der Lage sind, die kognitiven und behavioralen Interventionen zu unterstützen. Ist dies nicht der Fall, sollte die Therapie des Kindes zurückgestellt werden, um das Kind nicht zu frustrieren. Eine Therapie des Kindes kann dann unter Umständen bereits parallel zu einer Therapie der Hauptbezugsperson beginnen oder sich daran anschließen. Besteht bei der Hauptbezugsperson keine eigene Angststörung sondern haben die Eltern Ängste, die sich eher aus der Dynamik der kindlichen Störung entwickelt haben, genügt es, die Eltern parallel zu den kognitiven und behavioralen Interventionen immer wieder zu stärken und zu beruhigen, dass auch sie die Übungen bewältigen können. Für das vorliegende Behandlungskonzept wurden keine gesonderten kognitiven Interventionen mit den Eltern entwickelt. Um unrealistische Ängste der Eltern vor Übungen abzubauen, können etablierte Methoden wie Worst Case Scenario oder sokratischer Dialog verwendet werden. Die Eltern werden hingegen in die kognitiven Interventionen mit dem Kind eng eingebunden. Wenn die Eltern, neben den Defiziten des Kindes auch seine Ressourcen fokussieren müssen, wird indirekt auch das Bild der Eltern von ihrem Kind verändert. Die kognitiven Interventionen wirken damit als eigenes Modul aber schaffen durch das veränderte Selbstbild auch eine wichtige Basis für das Selbstvertrauen der Familie, die Expositionsübungen durchführen zu können. Kognitive Interventionen im Umfeld sieht das vorliegende Behandlungsmanual ebenfalls nicht vor. Bestehen hier verzerrte Sichtweisen auf das Kind, im Sinne sehr negativer oder sehr schützender Einstellungen, sollte eher die Informationsvermittlung im Rahmen der Psychoedukation genutzt werden, um eine realistische Einstellung gegenüber den Symptomen des Kindes zu erzeugen. Tabelle 5 zeigt die für das Modul „Kognitive Interventionen“ entwickelten Arbeitsmaterialien, die im Anschluss näher erläutert werden.

Tab. 5: Materialien Behandlungskonzept – Kognitive Interventionen

Adressat	Name Material	Beschreibung Material	Kürzel
Kind (im Beisein der Eltern)	Ich war mutig!	Sammeln und Aufzeichnen von Mutsituationen im Alltag zur Veränderung des Selbstbildes	K1-K
	Gut gemacht!	Verstärkung der durchgeführten Hausaufgaben in Form einer Smileyschlange	K2-K

Für das Modul kognitive Interventionen liegen zwei aufeinander aufbauende Arbeitsblätter vor. Das Arbeitsblatt „Ich war mutig!“ (K1-K) sollte möglichst bereits im ersten Kontakt erklärt und als Aufgabe mit nach Hause gegeben werden. Auf das Blatt soll das Kind zu Hause Situationen schreiben oder malen, in denen es mutig war. Wichtig ist dabei, dass der Therapeut den Bereich Trennungsängste explizit aus dieser Aufgabe ausschließt. Es sollen für diese Intervention keine Übungen in der Therapie oder von der Familie zu Hause geplant werden, sondern lediglich der Alltag hinsichtlich mutiger Situationen beobachtet werden. Dabei müssen, vor allem bei jüngeren Kindern, die Eltern dabei helfen, solche Situationen wahrzunehmen und zu benennen. Das Kind sollte aber bestimmen dürfen, ob es die Situation aufmalt bzw. –schreibt oder nicht. Manchen Kindern ist der Begriff „Mut“ nicht vertraut. Hier sollte der Therapeut explizit erfragen, ob das Kind weiß, was „mutig sein“ bedeutet. Ist dies nicht der Fall, kann „Mut“ über den Ausdruck „sich etwas trauen“ erklärt werden. Das Ausschließen des Bereichs Trennungsängste ist unbedingt notwendig, damit die Familie diese Aufgabe nicht bereits für ungeplante Expositionsübungen verwendet und damit eine Verschlechterung bzw. Zuspitzung der Symptomatik erzeugt wird. Den Eltern sollte der Hintergrund dieser Intervention erläutert werden.

Die kognitiven Interventionen sollten so lange in jeder Stunde durchgeführt werden, bis man beim Kind ein nachlassendes Interesse feststellt. Die Interventionen können problemlos auch parallel zu den Expositionsübungen durchgeführt werden.

Die während der Woche gesammelten Situationen werden dann in der Therapiestunde besprochen und das Kind darf sich für jede Situation einen Smiley in eine Smileyschlange (K2-K) malen. Diese Intervention wirkt zum einen als direkte Verstärkung aber auch als Visualisierung der „mutigen Seite“ des Kindes. Das Arbeitsblatt K2-K wird später auch für die Verstärkung der Expositionsübungen verwendet (Kap. 3.3.4).

### **3.3.3 Kompetenzaufbau**

Für Trennungsängste konnten in der Literatur keine Hinweise auf spezifische Interventionen für den Aufbau allgemeiner Kompetenzen gefunden werden. Anders als zum Beispiel bei sozialen Ängsten, bei denen die Stärkung der sozialen Kompetenzen fester Bestandteil der therapeutischen Behandlung ist, ist für Trennungsängste kein Bereich so nahe liegend. Nach Meinung der Autorin könnte bei Kindern mit Trennungsängsten jedoch ein Kompetenzdefizit im Bereich allgemeiner

Selbständigkeit im Alltag bestehen, das durch die enge Bindung an die Eltern und den geringen eigenen Aktionsradius verursacht wird. Darüber hinaus ist im Alter der angesprochenen Gruppe (ab 5 Jahren) die Selbständigkeitsentwicklung in Bezug auf alltägliche Fertigkeiten eine wichtige Entwicklungsaufgabe. Es ist daher bei Kindern in diesem Alter ohnehin Teil der allgemeinen Anamnese, den Entwicklungsstand des Kindes bezüglich dieser Fertigkeiten zu erfassen, so dass Defizite hier bereits in der Anamnese deutlich werden sollten.

Bei jungen Kindern, die allgemein oder bezogen auf einige Lebensbereiche ängstlich sind, ist häufig die Selbständigkeitsentwicklung verzögert, da die autonome Bewältigung bestimmter Situationen durch die Ängste verhindert wird. Bei trennungsängstlichen Kindern kann dies dazu führen, dass der enge Bezug auf die Hauptbezugsperson nicht nur den Kontakt mit der Außenwelt erschwert sondern, dass sich auch die Selbständigkeitsentwicklung bezüglich häuslicher Tätigkeiten nicht altersangemessen vollzieht. In diesem Fall sollte im Rahmen der therapeutischen Interventionen ein Aufbau von Selbständigkeit auch durch die Erweiterung der Kompetenzen des Kindes im Bereich Alltagsfertigkeiten erfolgen. Dies ist besonders dann notwendig, wenn zu vermuten ist, dass Expositionsübungen aufgrund der Unselbständigkeit des Kindes im Alltag schwer durchführbar sind. Die für dieses Modul entwickelten Arbeitsmaterialien sind in Tabelle 5 aufgeführt und werden anschließend näher erläutert.

Tab. 6: Materialien Behandlungskonzept – Kompetenzaufbau

Adressat	Name Material	Beschreibung Material	Kürzel
Eltern	Selbständigkeitsfragebogen Eltern	Fragebogen zur Erfassung der Selbständigkeit des Kindes-Elternform	S1-E
	Zusammenhang Angst-Autonomie	Darstellung des Zusammenhangs von Angst und Selbständigkeit in Form eines Kreises	S2-E
Kind (im Beisein der Eltern)	Selbständigkeitsfragebogen Kind	Fragebogen zur Erfassung der Selbständigkeit des Kindes-Kinderform	S1-K
	Das kann ich doch selber!	Aufzeichnen von selbständig bewältigten Alltagssituationen zur Veränderung des Selbstbildes	S2-K
	Gut gemacht!	Verstärkung der durchgeführten Hausaufgaben in Form einer Smileyschlange	K2-K

Zunächst ist es für dieses Modul wichtig zu erfassen, was das Kind im Alltag selbständig kann. Hierzu wurde ein Fragebogen für die Eltern (**S1-E**) sowie für die Kinder (**S1-K**) entwickelt, der sich daran orientiert, was Kinder um das 6. Lebensjahr üblicherweise im Alltag selbständig beherrschen. Der Fragebogen für die Eltern kann

auch im Umfeld des Kindes eingesetzt werden, wenn hier Defizite in der Selbständigkeit bestehen. Es sollten dann die Bereiche abgefragt werden, die für die spezifische Situation in diesem Umfeld relevant sind. Der Gesamtfragebogen enthält die Bereiche Körperhygiene, Anziehen/Ausziehen, Aufräumen, Hilfe beim Kochen, Mithilfe im Haushalt, Einkaufen und Telefonieren. Der Fragebogen fungiert dabei wie ein Anamnesebogen, da weder nach Testgütekriterien zusammengestellt oder überprüft noch normiert ist. Er soll dem Therapeuten eine Vorstellung davon geben, ob ein Kind für sein Alter noch sehr unselbständig ist und in diesem Bereich ein Aufbau von Kompetenzen notwendig ist. Für die Kinder wurde ein paralleler Fragebogen entwickelt (S1-K), der sich inhaltlich an dem Fragebogen für die Erwachsenen orientiert, in der Form der Fragen aber kindgerecht gestaltet wurde. Die Durchführung sollte beim Kind in Form eines anamnestischen Gesprächs mit dem Therapeuten erfolgen.

Um Eltern den Hintergrund der Anwendung dieses Moduls zu erklären, wurde das Arbeitsblatt „Zusammenhang Angst-Autonomie“ (**S2-E**) entwickelt. Dies zeigt in Form eines Kreismodells den Zusammenhang von Selbständigkeitsentwicklung, Selbstwirksamkeitserwartung und Bewältigung von Angstsituationen. Dabei sollte deutlich gemacht werden, dass eine nicht altersgemäß entwickelte Selbständigkeit sowohl eine Ursache für ängstliches Verhalten des Kindes sein kann, als auch in Form einer Interaktion die bestehenden Ängste des Kindes verstärken kann. Hier sollte das individuelle Störungsmodell einbezogen werden, um den Bezug zur individuellen Dynamik in der Familie herstellen zu können.

Der Aufbau von Selbständigkeit erfolgt dann in einer kindzentrierten Intervention durch die Durchführung von wöchentlichen Übungsaufgaben. In das hierzu entwickelte Arbeitsblatt „Das kann ich doch selber!“ (**S2-K**) soll die während der Woche durchgeführte Aufgabe vom Kind gemalt oder geschrieben werden. Die Planung der Aufgaben sollte sich an den Bereichen orientieren, die in den Fragebögen von Eltern und Kind als noch nicht selbständig durchführbar angegeben wurden. Die Planung der Aufgaben erfolgt in der Therapiestunde gemeinsam mit dem Kind und den Eltern. Für jede erfolgreich durchgeführte Aufgabe sollte das Kind auch hier einen Smiley in sein „Gut gemacht!“-Arbeitsblatt (**K2-K**) malen.

Die Interventionen dieses Moduls können sowohl parallel zu den kognitiven Interventionen als auch parallel zur Exposition durchgeführt werden.

### 3.3.4 Exposition

Auch für den Bereich der Reizkonfrontation liegen keine Studienergebnisse für Stichproben mit trennungsängstlichen Kindern vor. Schneider und In-Albon (2004) empfehlen, mit Kindern bis 12 Jahren graduierte Konfrontation durchzuführen (Kap. 2.2.3). In Anlehnung an bestehende Manuale ist die Expositionsphase auch im vorliegenden Behandlungskonzept unterteilt in Vorbereitungsphase, Konfrontationsphase und Generalisierungs- bzw. Stabilisierungsphase. Abweichend wird jedoch keine Angsthierarchie mit dem Kind entwickelt. Die kognitiven Fähigkeiten von Kindern in der behandelten Altersstufe sind häufig nicht ausreichend entwickelt, um durch Reflexion ihrer Ängste in vorgestellten Situationen eine Rangfolge in ihre Angstsituationen zu bringen. Darüber hinaus ist es häufig nur eine Situation, vor der sich das Kind fürchtet (z. B. der Schulbesuch), ohne dass die Familie eine Hierarchisierungsmöglichkeit sieht. Im vorliegenden Behandlungskonzept ist es vor allem Aufgabe des Therapeuten, anhand der Anamnese eine passende Einstiegsübung für die Exposition zu finden und anschließend, in der gemeinsamen Planung mit der Familie, die weiteren Übungsschritte zu definieren. Die Konfrontation selbst erfolgt in Anlehnung an das Manual von Eisen und Schaefer (2005) in Form eines Vertrages mit definierter Übung, Belohnung und Unterschrift. Dieser Vertrag bildet die Kernintervention des vorliegenden Expositionsmoduls. Die weiteren Interventionen dienen der Vorbereitung der Expositionsphase. Generell sieht das vorliegende Behandlungskonzept keine Begleitung des Kindes zu den Expositionsübungen vor. Übungen können im Rahmen des Therapiesettings durchgeführt werden, eine Begleitung des Therapeuten z. B. in die Schule wird jedoch als ungünstig bewertet, da von Beginn der Therapie an die Bewältigungskompetenzen von Eltern und Kindern gestärkt werden sollen. Muss eine Schulbegleitung erfolgen, sollte diese durch die Eltern vorgenommen werden und eine therapeutische Unterstützung gegebenenfalls telefonisch erfolgen. Im Fall von Trennungsängsten kommt der Interaktion von Eltern und Kind in der Situation eine besonders wichtige Rolle zu. Diese Interaktion durch eine Übernahme der Elternrolle durch den Therapeuten auszuschalten, erscheint für den weiteren Verlauf der Expositionsübungen problematisch. Im vorliegenden Behandlungskonzept wird stattdessen davon ausgegangen, dass Expositionsübungen durch Vorbereitung des Umfeldes und der Familie sowie durch kleinschrittige Übungsdurchführung so gestaltet werden können, dass eine Einbindung des natürlichen Umfeldes von Beginn an

möglich ist und auf die künstliche Situation eines begleitenden Therapeuten verzichtet werden kann.

Sind mit den Expositionsübungen alle geplanten Ziele erreicht worden, sollte eine ausreichend lange Stabilisierungsphase eingeplant werden, in der die geübten Kompetenzen und Kognitionen mit zunehmend weniger stützenden therapeutischen Interventionen auf ihre Stabilität hin überprüft werden sollen.

Tabelle 7 zeigt die entwickelten Arbeitsmaterialien für das Modul Exposition, die im Anschluss näher erläutert werden.

Tab. 7: Materialien Behandlungskonzept - Exposition

Adressat	Name Material	Beschreibung Material	Kürzel
Exposition Eltern	Wirkung von Übungen auf Ängste	Erläuterung der einzelnen Wirkmechanismen bei Expositionsübungen	E1-E
	Tipps für die Übungen	Hinweise für das Verhalten von Eltern während der Übungen	E2-E
Exposition Kind (im Beisein der Eltern)	Wie man Angstberge klein macht!	Erläuterung der Verringerung von Ängsten anhand von Angstkurven	E1-K
	Wie man Angstberge verschiebt!	Erläuterung der Verkürzung von Angstphasen anhand von Angstkurven	E2-K
	Gut gemacht!	Verstärkung der durchgeführten Hausaufgaben in Form einer Smileyschlange	K2-K
Exposition Eltern + Kind	Therapieziele	Definition der Therapieziele gemeinsam mit der Familie	A1-F
	Therapievertrag	Definition von Expositionsübung und Verstärkung gemeinsam mit der Familie	E1-F
Exposition Umfeld	kein Arbeitsblatt Information über den aktuellen Vertrag		

Basis der Expositionsübungen bilden die in der Anamnese mit der Familie definierten Ziele. Das Modul Exposition sollte daher damit beginnen, ausgehend vom Arbeitsblatt „Therapieziele“ (A1-F), mit der Familie gemeinsam zu überlegen, welches Ziel im Rahmen der Expositionsübungen als erstes erreicht werden soll. Anschließend erfolgt die Vorbereitungsphase.

Die Vorbereitung auf die Exposition sollte mit dem Begriff des „Übens“ bereits zu Beginn der Therapie erfolgen. Auch sehr junge Kinder kennen aus ihrem Alltag das Konzept des Übens für Kompetenzen, die sie erwerben sollen (z. B. Fahrrad fahren, Schwimmen). Wurde vor der Exposition das Modul Kompetenzerweiterung durchgeführt, sollte der Begriff des „Übens“ bereits hier eingeführt werden, so dass in der Expositions Vorbereitung darauf zurückgegriffen werden kann. In der Vorbereitung der Übungsplanung sollte darüber hinaus besprochen werden, dass die einzelnen

Übungsschritte von allen Beteiligten mitbestimmt werden, so dass niemand von den Übungen überfordert wird.

Eltern und Kind sollten dann zu Beginn der Expositionsplanung über das Habituationskonzept informiert werden. Hierzu wurde ein Arbeitsblatt entwickelt, das sich vor allem an die Kinder richtet, aber in Anwesenheit der Eltern durchgeführt werden sollte, um diese ebenfalls zu informieren (**E1-K**). Anhand des Arbeitsblattes kann gezeigt werden, wie Ängste durch Üben kleiner werden. Dabei wird dem typischen Verlauf von Trennungsängsten Rechnung getragen, bei denen die Ängste häufig im Vorfeld langsam ansteigen, dann aber nach erfolgter Trennung stark abfallen, weil die Kinder an dem anderen Ort abgelenkt werden (z. B. Schule, Sportverein). Die Abbildung weicht damit von der üblichen Darstellung der Habituationkurven bei Ängsten ab, die eher das langsame Abfallen von Ängsten während der Konfrontation zeigen und konzentriert sich auf die Phase vor der eigentlichen Konfrontation.

Die Eltern sollten darüber hinaus zu Beginn der Expositionsplanung über die einzelnen Wirkmechanismen der Expositionsübungen informiert werden. Hierzu wurde ein Arbeitsblatt entwickelt (**E1-E**), das am besten anhand einer möglichen ersten Expositionsübung individualisiert vermittelt werden sollte. Mithilfe dieses Arbeitsblattes soll den Eltern vor allem vermittelt werden, wie ihr Verhalten während der Übungen die Angst des Kindes vermindern kann.

Hat ein Kind weit vor der eigentlichen Trennungssituation bereits starke Ängste, sollte vor der Planung einer Expositionsübung zunächst damit begonnen werden, den Angstzeitraum vor der eigentlichen Trennungssituation zu verkürzen. Dies tritt besonders häufig auf, wenn Kinder mit morgendlichen Trennungsängsten vor dem Schulbesuch bereits am Abend vorher starke Ängste entwickeln. Hierfür wurde ein Arbeitsblatt entwickelt (**E2-K**), das, parallel zum Habituationskonzept zeigt, wie man die Angstkurven auf einen kürzeren Zeitraum stauchen kann. Für diese vorbereitende Übung sollte mit der Familie besprochen werden, dass die Ängste am Abend nicht thematisiert werden. Stattdessen kann eine angenehme Tätigkeit ausgeweitet bzw. eingeführt werden, z. B. Vorlesen.

Ist eine solche vorbereitende Übung nicht notwendig oder wurde sie erfolgreich bewältigt, sollte die erste Expositionsübung geplant werden. Hierfür wurde ein Arbeitsblatt in Form eines Vertrages entwickelt (**E1-F**). Der Vertrag hat die Bestandteile Ziel, Ausrüstung und Belohnung sowie Unterschriftsmöglichkeiten für alle an der Planung beteiligten Personen. Mit jüngeren Kindern sollten Symbole für die einzelnen Bereiche Ziel, Ausrüstung und Belohnung überlegt werden, die anschließend in jedem Vertrag unter die zugehörigen Begriffe gemalt werden können. Für die einzelnen

Vertragsteile sollte Folgendes beachtet werden: Die Ziele sollten möglichst genau definiert werden, indem das Verhalten von Kind und Elternteil möglichst genau besprochen und geplant wird. Bei den Übungen zu Beginn sollte darauf geachtet werden, dass die Einflüsse Dritter möglichst gering gehalten sind bzw. sie im Vorfeld eingeplant werden (z. B. durch Gespräche mit Lehrern). Darüber hinaus sollte es für das Kind in jeder Übung eine Möglichkeit geben, diese zu beenden. Diese Möglichkeit sollte ebenfalls genau definiert werden, um dem Kind die Sicherheit zu geben, dass es auf keinen Fall durch eine Übung überfordert wird, die es nicht bewältigen kann. Insgesamt ist bei der Zieldefinition wichtig, dass Kind und Eltern genau wissen, was sie zu tun haben und auf was sie sich einlassen. Hat eine Seite den Eindruck, dass sie die Übung nicht bewältigen kann, sollte die Übung einfacher gestaltet werden. Die Ausrüstung kann die Form so genannter Übergangobjekte haben (z. B. ein Kleidungsstück, das nach der Mutter riecht, wenn ein Kind im eigenen Bett schlafen soll). Hier können aber auch Hilfsmittel vermerkt werden, die das Kind für die Durchführung der Übung benötigt (z. B. ein Handy für „Notrufe“ oder der Schulranzen). Die Belohnung sollte klein und möglichst gut in den Alltag integrierbar sein. Die Belohnung sollte zeitnah zur Übungsdurchführung erfolgen und möglichst zwischen dem Kind und den Eltern ausgehandelt werden. Es kann sich dabei sowohl um materielle (z. B. Spielzeug) als auch um immaterielle Dinge (z. B. Spiel- oder Vorlesezeit) handeln. Der Vertrag sollte nach Definition der einzelnen Teilbereiche von allen Beteiligten unterschrieben werden. Dadurch soll eine höhere Verbindlichkeit erreicht und darüber hinaus dem Kind verdeutlicht werden, dass es bei der Planung eine gleichberechtigte Rolle neben Eltern und Therapeut einnimmt. Den Eltern sollte in einem Elterngespräch vermittelt werden, wie sie sich vor, während und nach den Übungen verhalten sollten, um das Kind in seinem Bemühen zu unterstützen. Das hierfür entwickelte Arbeitsblatt (**E2-E**) beinhaltet die wichtigsten der bereits im Rahmen der Expositionsplanung besprochenen Punkte und sollte den Eltern als zusätzliche Erinnerung und Unterstützung mit nach Hause gegeben werden.

Die während der Woche durchgeführten Übungen sollten in der folgenden Therapiestunde besprochen werden. Waren sie erfolgreich, sollte das Kind auch hier einen Smiley in die Smileyschlange malen (**K2-K**). War die Übung nicht erfolgreich, sollte gemeinsam mit der Familie eine Misserfolgsanalyse durchgeführt werden und das Ergebnis in die nächste Übungsplanung einfließen.

In der Stabilisierungsphase sollte die Unterstützung durch die therapeutischen Interventionen zunehmend reduziert werden. Dafür kann zunächst die Belohnung weggelassen werden, um die erreichten Ziele als eine zunehmend normale Kompetenz einzustufen. Anschließend empfiehlt es sich, die Stabilität des erreichten

Ziels durch das Weglassen des Vertrages zu überprüfen. Sind als Unterstützung Übergangsobjekte eingesetzt worden, sollten diese, als eigener Übungsschritt, bereits vor der Stabilisierungsphase weggelassen werden.

Für die Zusammenarbeit mit dem Umfeld wurde kein gesondertes Material entwickelt. Wichtiger ist hier die allgemeine Information über die Bedeutsamkeit von Übungen, um Ängste zu vermindern sowie die spezifische Information über die jeweils aktuelle Expositionsübung. Dabei sollte die Bezugsperson im Umfeld möglichst genau darüber informiert werden, was das Ziel der Übung ist und welche Aufgaben Kind und Eltern haben. Darüber hinaus sollte besprochen werden, wie die Bezugsperson im Umfeld diesen Prozess unterstützen kann.

### 3.3.5 Rückfallprophylaxe

Wie in Kapitel 2.2.5 beschrieben, liegen auch für die Rückfallprophylaxe bei Kindern mit Trennungsängsten keine Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit vor, sondern nur allgemeine Empfehlungen zu möglichen Inhalten. Dies sind Rekapitulation der Therapieinhalte sowie die Planung für mögliche zukünftige Probleme. Diese inhaltlichen Punkte wurden auch für die Modulentwicklung des vorliegenden Behandlungskonzeptes aufgegriffen. Dabei wurde nur ein gesondertes Arbeitsblatt entwickelt, da für dieses Modul vor allem auf die im Verlauf der Therapie bearbeiteten Arbeitsmaterialien rekurriert werden soll. Tabelle 8 zeigt das zusätzlich entwickelte Arbeitsblatt, die übrigen Arbeitsblätter können den Tabellen 3 bis 7 entnommen werden.

Tab. 8: Materialien Behandlungskonzept - Rückfallprophylaxe

Adressat	Name Material	Beschreibung Material	Kürzel
Kind + Eltern	Muturkunde	Verstärkung der Therapieerfolge durch Aufführen der einzelnen erreichten Therapieziele	R1-F

Besonders für die Rückfallprophylaxe mit dem Kind ist es zunächst wichtig zu rekapitulieren, welche Erfolge im Verlauf der Therapie erreicht wurden. Hier sollten vor allem der Aufbau von Mut und Selbständigkeit sowie die Verminderung der Trennungsängste anhand der Übungsblätter (**K1-K**, **S2-K**, **E1-F**) und der Smileyschlange (**K2-K**) mit dem Kind gemeinsam angeschaut werden. Die Eltern sollten einbezogen werden, wenn sie der Symptomatik oder den Erfolgen des Kindes gegenüber sehr negativ eingestellt waren oder zum Abschluss der Therapie weiterhin

sind. Die Zielvereinbarung (**A1-F**) sollte zusammen mit der Familie angeschaut werden. Dabei sollte nachvollzogen werden, wie die einzelnen Ziele erreicht wurden und warum eventuell nicht erreichte Ziele hinfällig geworden sind oder wie sie noch erreicht werden können. Die erreichten Punkte sollten dann mit der entwickelten Muturkunde (**R1-F**) noch einmal festgehalten und das Kind für die weitere Stabilisierung der erreichten Ziele motiviert werden.

Neben der Rekapitulation der erreichten Erfolge ist es wichtig, die Zeit nach der Therapie zu besprechen. Auf der Basis des Wissens der Familie um das Störungsmodell (**P1-E, P1-K**) sollte besprochen werden, dass Angstreaktionen als Reaktion auf belastende Ereignisse erneut auftreten werden. Das Thematisieren möglicher Rückfälle oder neu auftretender Ängste ist notwendig, um der Familie die Angst vor solchen Situationen zu nehmen und sie darin zu bestärken, die in der Therapie gelernten Methoden auch später anzuwenden. Anhand des individuellen Störungsmodells und des Therapieverlaufs sollten mit der Familie mögliche schwierige Situationen in der nächsten Zeit (z. B. Schulwechsel, Rückkehr in die Schule nach Ferien) thematisiert werden. Dabei sollte für die Eltern nochmals auf die Tipps für die Durchführungen von Übungen (**E2-E**) hingewiesen werden.

Gemeinsam mit der Familie sollte ein Handlungsschema in Form eines Stufenkonzeptes besprochen werden. Bei schwierigen Situationen kann in der ersten Stufe auf genaues Besprechen und Planen vor der Situation zurückgegriffen werden. Ist dies nicht ausreichend, kann in einer zweiten Stufe ein Vertrag analog zum Vorgehen in der Therapie geschrieben werden. Dazu sollte der Familie ein Blankoexemplar des Therapievertrags (**E1-F**) mitgegeben werden. Ist auch dies nicht ausreichend, kann auf der dritten Stufe die Kontaktaufnahme zum Therapeuten erfolgen.

Die wichtigste Botschaft, die der Familie im Rahmen der Rückfallprophylaxe mitgegeben werden sollte, besteht in der Versicherung der gelernten Bewältigungsmechanismen und der Möglichkeit ihrer selbständigen Anwendung. Indem der Familie verdeutlicht wird, wie sich im Rahmen der Therapie ihr Wissen um das Störungsbild und ihre Fähigkeiten zur Anwendung wirksamer Bewältigungsmechanismen vergrößert haben, kann ihr die Angst vor zukünftigen schwierigen Situationen genommen werden.

### 3.4 Behandlungsplanung

Für die Behandlungsplanung sollte zunächst beachtet werden, ob problematische Begleitumstände im Umfeld oder komorbide Störungen des Kindes vor oder während der Arbeit mit dem vorliegenden Behandlungskonzept beachtet werden müssen. Hier sind vor allem Faktoren wie schulische Überforderung, starke Ängste der Eltern oder komorbide Störungen wie Aufmerksamkeitsstörungen, oppositionelle Störungen oder soziale Ängste zu berücksichtigen. Verhindern Faktoren wie diese die Durchführung des vorliegenden Behandlungskonzeptes, sollten sie durch angemessene Maßnahmen zunächst so verändert werden, dass eine Behandlung der Trennungsängste möglich ist. Verhindern komorbide Probleme oder Störungen die Behandlung der Trennungsängste nicht, sollte ihre Behandlung parallel oder nachgeordnet erfolgen. Im letzten Fall müssen die Probleme während der Behandlung der Trennungsängste kontinuierlich beobachtet werden, um bei Verschlechterungen reagieren zu können und um Interaktionseffekte der Probleme mit den Trennungsängsten differenziert abschätzen zu können.

Der Einsatz der einzelnen Behandlungsmodule des vorliegenden Behandlungskonzeptes sollte sich vor allem an der Symptomschwere orientieren. Für jede Behandlung sollten die Module Psychoedukation, Exposition und Rückfallprophylaxe eingesetzt werden. Der Umfang, der auf diese einzelnen Module verwendet wird, ist abhängig vom individuellen Fall. Die Module Psychoedukation sowie die Vorbereitung auf die Expositionsübungen sollten so umfangreich sein, dass Eltern und Kind ausreichendes Vertrauen in den Therapeuten und Wissen um die Interventionen haben, um sich auf die Expositionsübungen einlassen zu können. Dies ist sowohl von der Art der individuellen Problematik wie auch von der Symptomschwere und von den weiteren Belastungsfaktoren des Kindes und der Familie abhängig. Besonders zu beachten ist für die Planung von Expositionsübungen in einem anderen Kontext, z. B. der Schule, dass neben der Familie auch die dort Verantwortlichen zu einer aktiven Mitgestaltung und Durchführung der Expositionssituation fähig und gewillt sein müssen.

Die Module Kognitive Interventionen und Kompetenzaufbau müssen dagegen nicht Teil jeder Behandlung sein. Die Durchführung des Moduls Kognitive Interventionen sollte immer dann geschehen, wenn sich beim Kind ein geringer Selbstwert zeigt oder auch wenn die Eltern, aufgrund der Probleme, sehr negativ mit dem Kind interagieren. Da die Durchführung der Kognitiven Interventionen vor allem in Form von Hausaufgaben geschieht, ist dieses Modul gut mit anderen Modulen kombinierbar und

kann sich, zu Beginn der Therapie eingesetzt, auch positiv auf die Therapeut-Patient-Beziehung auswirken.

Das Modul Kompetenzaufbau sollte, wie in Kapitel 3.3.3 skizziert, dann durchgeführt werden, wenn das Kind über eine deutlich altersverzögerte Selbständigkeitsentwicklung verfügt. Erschweren diese Kompetenzdefizite zusätzlich zu den Ängsten die Durchführung der Expositionsübungen, sollte dieses Modul vor dem Beginn der Exposition durchgeführt werden. Ist dies nicht der Fall, kann zunächst abgewartet werden, ob die Durchführung der Exposition und ggf. der kognitiven Interventionen ausreichend positive Effekte auf den Kompetenzaufbau im Bereich Selbständigkeit hat. Ist dies nicht der Fall, kann das Modul Kompetenzaufbau im Anschluss an das Modul Exposition erfolgen.

Die Behandlungsfrequenz sollte bei einem Termin pro Woche liegen. Eine Ausnahme bilden Kriseninterventionen bei chronifizierter oder sich aktuell entwickelnder Schulverweigerung. In diesem Rahmen sollten zwei Termine in der Woche sowie tägliche Telefonate zu Beginn der Expositionsübungen möglich sein. Die Steigerung der Terminfrequenz sowie die Option zu Telefonaten sollte für jeden Fall individuell entschieden werden.

## **4. Methodik**

### **4.1 Fragestellung und Ziel der Studie**

Aufgrund der spezifischen Störungsdynamik von Trennungsängsten, die sich neben dem spezifischen Symptomenspektrum auch in Verlauf, Komorbiditätsstruktur und pathogenetischem Modell zeigen (Kap. 1), erscheint eine spezifische Behandlung dieses Störungsbildes der störungsübergreifenden Behandlung von Ängsten bei Kinder vorzuziehen. Da ein solches Behandlungskonzept im deutschsprachigen Raum bisher nicht existiert, bestand das Ziel der vorliegenden Arbeit zunächst in der Entwicklung eines Behandlungskonzeptes für Trennungsängste (Kap. 3). Die Entwicklung erfolgte dabei auf der Basis theoretischer Überlegungen, empirischer Forschungsergebnisse (Kap. 2.2) sowie unter Einbezug existierender Behandlungsmanuale (Kap. 2.1).

Das entwickelte Behandlungskonzept soll nun in einem weiteren Schritt einer ersten Wirksamkeitsprüfung an einer störungshomogenen Stichprobe unterzogen werden. Anhand einer Stichprobe von zehn trennungsängstlichen Kindern soll überprüft werden, ob durch die konzipierten Bausteine eine Verminderung der Trennungsangstsymptomatik erreicht werden kann. Weitere Fragestellungen sind die Beurteilung der Verminderung komorbider Ängste sowie die Zunahme allgemeiner Kompetenzen durch die Durchführung des Behandlungskonzeptes. Darüber hinaus soll die Erhebung der elterlichen Belastung eine bessere Stichprobenbeschreibung ermöglichen. Neben der Wirksamkeitsüberprüfung erfolgt auch eine Erhebung der Patientenzufriedenheit (bzw. Zufriedenheit der Familie) mit den therapeutischen Bausteinen sowie mit dem konzipierten Material.

### **4.2 Aufbau der Studie**

#### **4.2.1 Definition der Stichprobenkriterien**

Die Stichprobe der vorliegenden Studie rekrutiert sich aus ambulanten Patienten der Spezialambulanz für Angst und Zwangsstörungen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.

Darüber hinaus fand eine aktive Rekrutierung über Informationen zum Störungsbild Trennungsangst und zur vorliegenden Studie in einer lokalen Zeitung statt.

Die Patienten mussten folgende Einschlusskriterien erfüllen:

- Alter zwischen 5;0 und 11;12 Jahre
- $T \geq 40$  auf einem Intelligenztestverfahren (orientierend oder ausführlich)
- Vorliegen einer emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters gemessen über Diagnose-Checkliste für Angststörungen (DCL-ANG) (aus: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II), Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008), verwendet wurden die DSM-IV Kriterien
- Prozentrang  $> 85$  (Altersnorm) im Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANZ), Skala Trennungsängste (aus: Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II), Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) zu Messzeitpunkt 1
- Trennungsängste stehen im Vordergrund der Symptomatik
- kein Vorliegen tiefgreifender Entwicklungsstörungen
- ausreichende Beherrschung der deutschen Sprache bei Eltern und Kind

## 4.2.2 Ablauf der Studie

### Rekrutierung der Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Studie rekrutiert sich zu 50% (N=5) aus Patienten einer Inanspruchnahmepopulation der Spezialambulanz für Angst und Zwangsstörungen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln. Insgesamt wurden 9 Patienten der Spezialambulanz mit dem Vorstellungsgrund Trennungsängste gescreent. Davon erfüllten 4 Patienten die Einschlusskriterien nicht. Zwei Patienten hatte andere, im Vordergrund stehende Störungen (rezeptive Sprachstörung bzw. Panikstörung). Bei einem Patienten bestand der Verdacht auf das Vorliegen einer autistischen Störung. Bei einem weiteren Patienten war bei den Eltern keine ausreichende Beherrschung der deutschen Sprache gegeben. Die übrigen 50% (N=5) der Stichprobe rekrutieren sich aus Patienten, die sich nach einer Vorstellung der Studie in der Zeitung telefonisch bei einer im Zeitungsartikel angegebenen Telefonnummer meldeten. Von den Familien, die sich auf den Zeitungsartikel meldeten, wurden zunächst insgesamt 13 für einen Screeningtermin eingeladen. Hier zeigte sich bei einer Patientin eine andere Störung

im Vordergrund (spezifische Phobie), vier Patienten zeigten eine subklinische Symptomatik und erfüllten die Kriterien einer Störung mit Trennungsangst nicht. Drei Patienten begannen die Studie, brachen sie jedoch nach zwei, drei bzw. sechs Kontakten ab. Ausführliche klinische Exploration machte deutlich, dass sich die Symptomatik in allen Fällen massiv vermindert hatte. In zwei Fällen wurde eine Symptomminderung nach Aussage der Familie bereits durch die Strukturierung der Problematik in Form der Problemliste (Kap. 4.2.3) massiv vermindert, so dass hier keine weiteren therapeutischen Interventionen durchgeführt wurden. In einem Fall (Abbruch nach 6 Kontakten) wurde mit der therapeutische Intervention begonnen, nach vier Behandlungsstunden zeigte sich aber ebenfalls ein massiver Rückgang der Symptomatik (FBB-ANZ Skala „Trennungsängste“ MZP 1  $\emptyset$  0,8, nach 6 Behandlungsstunden  $\emptyset$  0,1), so dass eine Therapieindikation nicht mehr gegeben war. Da in diesen Fällen, über die Anamnese hinaus, keine Interventionen durchgeführt wurden und nur ein Messzeitpunkt vorliegt, wurden sie aus der vorliegenden Studie ausgeschlossen.

### **Studiendesign**

Die Studie wurde als Eigenkontrollgruppendesign mit fünf Messzeitpunkten durchgeführt (Abb. 3), das eine Baselinephase sowie drei Therapiephasen umfasste. In diesen Phasen wurde die Anzahl der therapeutischen Kontakte konstant gehalten. Um auch die Zeit konstant zu halten, wurden jeweils wöchentliche Kontakte geplant. Zum Messzeitpunkt 1 fand ein Screeningtermin statt. In der sich anschließenden Baselinephase wurden wöchentliche Telefonkontakte mit einer Verlaufsdiagnostik in Form der Problemliste durchgeführt (Kap. 4.2.3). In den Therapiephasen fanden jeweils sechs direkte Kontakte à 50 Minuten statt.

Zu den Messzeitpunkten 1 bis 5 (im Folgenden M1, M2 usw.) wurde eine Statusdiagnostik durchgeführt. Dabei dienten die Messzeitpunkte 1 und 5 als große Messzeitpunkte mit einer umfangreichen Fragebogenbatterie (Abb. 3). In den Messzeitpunkten 2 bis 4 wurden jeweils nur zwei Fragebögen durchgeführt. Darüber hinaus wurde in jedem Kontakt (Baseline- und Therapiephase) eine Verlaufsdiagnostik durchgeführt.

Da es sich bei zwei Fällen um Trennungsängste mit einer assoziierten Schulverweigerung und damit um Kriseninterventionen handelte, konnte eine Baselinephase aus ethischen Gesichtspunkten nicht eingehalten werden. Daher stellte der Screeningtermin bei diesen Probanden M2 und den Beginn der therapeutischen Intervention dar. Retrospektiv wurde für die Situationsliste (Kap. 4.2.3) erhoben, wie stark die definierten Probleme in den letzten Wochen ausgeprägt waren.

Ebenfalls aus ethischen Gesichtspunkten wurde ein Abbruchkriterium für die ambulante Therapie definiert: Ist bei Kindern, die den Schulbesuch verweigern, 6 Wochen nach Beginn der therapeutischen Intervention im klinischen Urteil keine Verminderung der Symptomatik zu erkennen, wird, nach Absprache mit den Eltern, eine (teil-)stationäre Therapie eingeleitet.

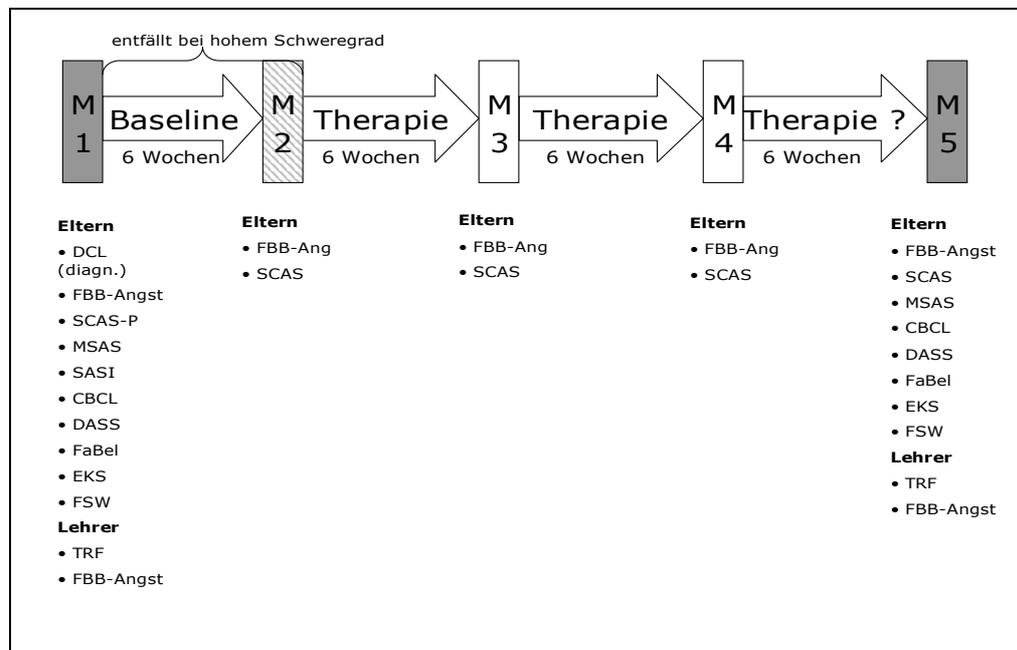


Abb. 3: Studiendesign

### Durchführung der Termine

Die Screeningtermine sowie die Therapiestunden wurden in den Räumen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln durchgeführt. Alle therapeutischen Kontakte im Rahmen der Studie wurden durch die Verfasserin des Manuals und der vorliegenden Dissertationsschrift durchgeführt.

Die Therapiekontakte wurden aufgrund des vorliegenden Störungsbildes als Eltern-Kind-Kontakte geplant (Kap. 3.1). In größeren Abständen erfolgten Einzelgespräche mit den Eltern.

### Erhebung der Messwerte

Alle Messwerte wurden durch Elternurteile erhoben. Eine Erhebung des Kinderurteils erschien bei einem Einschlussalter von fünf Jahren als nicht sinnvoll. Aus der Literatur sind Kinderurteile bei Trennungsängsten frühestens ab einem Alter von acht Jahren bekannt, da die Güte differenzierter Urteile bei einem kognitiven Entwicklungsalter von unter acht Jahren fraglich ist. Als zweite Beurteilungsebene wurden Lehrerurteile,

bezogen auf die Trennungsängste und andere kindliche Verhaltensstörungen, erhoben.

### **Statusdiagnostik**

Zur Anamnese wurden zunächst mit der Familie ein allgemeiner sowie ein störungsspezifischer Anamnesebogen erhoben.

Zur Erfassung der Trennungsangstsymptomatik wurden zwei Fragebögen verwendet: Der Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANZ) (Döpfner, Götz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) und die Spence Children's Anxiety Scale, Parentversion (SCAS-P) (Spence, 1999). Der FBB-ANZ im Elternurteil wurde dabei zunächst als Kriteriumsinstrument eingesetzt, um das Einschlusskriterium Prozentrang > 85 (Altersnorm) im FBB-ANZ, Skala Trennungsängste zu überprüfen. Da keiner der Fälle aufgrund dieses Kriteriums ausgeschlossen wurde, wurde der FBB-ANZ, zusätzlich zur SCAS-P auch in den folgenden Messzeitpunkten eingesetzt. Da die SCAS-P bisher nur in wenigen Studien eingesetzt wurde und bezüglich ihrer Testgütekriterien im deutschsprachigen Raum noch wenig überprüft wurde, soll durch die zusätzliche Erhebung der Trennungsängste durch den FBB-ANZ die Validität der Daten abgesichert werden.

Neben der Erhebung der Trennungsängstlichkeit wurden auch andere kindbezogene Verhaltensprobleme sowie elterliche Trennungsängste (aktuell und retrospektiv) erfasst. Da in der Literatur bisher nur wenige homogen trennungsängstliche Stichproben beschrieben sind, wurden außerdem durch weitere Fragebögen familiäre Strukturen (Erziehungskonflikte, elterliche Selbstwirksamkeitserwartung in der Erziehung) sowie die elterliche Belastung (allgemeine psychische Belastung, Belastung durch die Trennungsangst des Kindes) erhoben. Damit ist eine differenzierte Beschreibung der Stichprobe, über die Symptomatik hinaus, möglich.

Die Messinstrumente wurden in allen Messzeitpunkten mit dem gleichen Procedere angewendet. Um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen, wurden die einzelnen Fragebögen in ein einheitliches Layout gebracht und in einem Booklet zusammengefasst (s. Anhang). Die Eltern erhielten die Fragebögen der Statusdiagnostik jeweils zum Messzeitpunkt. Aufgrund der Ähnlichkeit von FBB-ANZ und SCAS-P wurden die Eltern jeweils gebeten, den FBB-ANZ im Termin auszufüllen. Die übrigen Fragebögen, in Form des oben beschriebenen Booklets, wurden von den Eltern zu Hause aufgefüllt und bis zum nächsten Termin mitgebracht. Die Fragebögen von M1 wurden von den Eltern innerhalb einer Woche nach dem Screeningtermin zurückgeschickt. In den Fällen ohne Baselinephase wurden sie zum Folgetermin mitgebracht.

## **Verlaufsdiagnostik**

Die Verlaufsmessung mit einer Problemliste (Kap. 4.2.3) erfolgte kontinuierlich in jedem Kontakt. Erfragt wurden von den Eltern die Problemstärke sowie die Belastung durch die drei im Screeningtermin definierten Probleme auf einer 5-stufigen Skala. Die Problemeinschätzung während der Baselinephase wurde telefonisch erhoben, die weiteren Einschätzungen wurden von den Eltern am Ende der Therapiekontakte vorgenommen. Darüber hinaus hatten die Eltern die Möglichkeit, das in der Stunde verwendete Material auf einer 5-stufigen Skala hinsichtlich der Güte zu beurteilen.

Durch die Therapeutin wurde zu jeder Sitzung in Analogie zur Goal Attainment Skalierung das Erreichen der im Screeningtermin festgelegten Ziele innerhalb der drei definierten Probleme auf einer 5-stufigen Skala („Ausgangszustand“ – „Zielzustand“) beurteilt (Kap. 4.2.3). Außerdem wurde die Compliance bezüglich der Hausaufgaben und der einzelnen Therapiesitzungen für das Kind, die Eltern und die gesamte Familie durch die Therapeutin eingeschätzt.

## **4.2.3 Messinstrumente**

### **Problemliste (s. Anhang)**

Die Problemliste dient der regelmäßigen Beurteilung von umschriebenem Problemverhalten durch Bezugspersonen. Er wurde in Anlehnung an den von Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock, und Petermann (2000) entwickelten Problembogen gestaltet und an die Bedürfnisse der vorliegenden Studie angepasst.

Für die vorliegende Studie wurde eine Problemliste entwickelt, in der, gemeinsam mit der Familie, die drei wichtigsten, mit dem Störungsbild zusammen hängenden, individuellen Probleme definiert werden. Die Probleme werden dabei nach der Reihenfolge ihrer gewünschten und geplanten Bearbeitung in der Therapie aufgelistet. Die Eltern schätzen wöchentlich Problemstärke und durch die Probleme bestehende Belastung sowie die Gesamtbelastung durch alle drei Probleme auf einer 5-stufigen Skala ein (0 „gar nicht“ – 4 „sehr stark“).

### **Goal Attainment Skala (s. Anhang)**

Für jedes der mit den Familien definierten individuellen Probleme wurden von der Therapeutin vor Beginn der therapeutischen Interventionen 3 Zwischenziele festgelegt. Der Zielzustand wurde durch die Problemliste festgelegt. Nach jedem Kontakt wurde der Grad der Zielerreichung von der Therapeutin eingeschätzt

(Zwischenziel/Zielzustand erreicht, nicht erreicht). Für die Auswertung wurden die Zielzustände von 4 (Ausgangsproblem) bis 0 (Zielzustand) kodiert.

### **Diagnose-Checkliste für Angststörungen (DCL-ANG) (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) (aufgrund der Verwendung des Originals nicht im Anhang)**

Die Diagnose-Checkliste für Angststörungen (DCL-ANG) ist Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II) (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008). Sie ist ein Hilfsmittel zur Erstellung der Diagnose von Angst- und Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV und ICD-10.

Der Untersucher beurteilt auf einer 4-stufigen Skala („nicht vorhanden“ – „sehr stark ausgeprägt“) die einzelnen Symptomkriterien. Außerdem wird das Vorliegen der Störung anhand des diagnostischen Entscheidungsbaumes für die Kriterien von ICD-10 und DSM IV bestimmt. Die Beurteilung kann auf der Basis der Exploration der Eltern, des Erziehers / Lehrers und des Patienten sowie auf Basis der Beobachtung des Patienten erfolgen.

In der vorliegenden Studie wurde mit der Diagnose-Checkliste das Vorliegen der Diagnose Störung mit Trennungsangst anhand der DSM-IV Kriterien überprüft sowie komorbide Angststörungen diagnostiziert. Dafür wurden die eigene Exploration sowie die Exploration der Eltern und die Beobachtung des Patienten als Informationsbasis herangezogen.

### **Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANZ) (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008) (s. Anhang)**

Der Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANZ) ist Bestandteil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II). Er dient der Beurteilung der Diagnosekriterien für Angststörungen nach ICD-10 und für Angststörungen nach DSM-IV durch Eltern, Erzieher oder Lehrer. Der Fragebogen enthält alle Kriterien für die Diagnose von Angst- und Zwangsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV. Er besteht aus 33 Items, welche die Symptomkriterien erfassen und auf einer 4-stufigen Skala (0 „gar nicht“ – 3 „besonders“) beurteilt werden. Aus den Items können durch Mittelwertbildung die Skalen Trennungsängste (10 Items), Generalisierte Angst (7 Items), Soziale Phobie (7 Items), Spezifische Phobie (7 Items) gebildet werden. In den Gesamtwert, der ebenfalls durch Mittelwertbildung berechnet wird, gehen darüber hinaus zwei Items ein, die Zwänge erfassen. Zusätzlich werden die Kriterien für die klinische Bedeutsamkeit nach ICD-10 bzw. DSM-IV, der Generalisierungsgrad der Symptomatik

auf verschiedene Lebensbereiche sowie Kriterien zum Störungsbeginn und zur Dauer der Symptomatik erfasst. Außerdem werden mit 8 Items Kompetenzen des Patienten in den Bereichen Kontaktfreude und Zuversicht erhoben. Die faktorielle Validität wurde in einer Feldstichprobe bestätigt (Görtz-Dorten & Döpfner, 2008). Eine Untersuchung mit N=729 zeigte für das Fremdurteil interne Konsistenzen zwischen  $\alpha=.73$  und  $\alpha=.91$  (Skala Trennungsängste  $\alpha=.85$ ).

In der vorliegenden Studie erfolgte mit dem FBB-ANZ die Messung der Trennungsängste, komorbider Angststörungen sowie der Kompetenz im Eltern- sowie im Erzieher/Lehrerurteil. Dabei wurde neben der Skala Trennungsängste und der Kompetenzskala eine Skala Andere Ängste aus den Items der übrigen Angstskalen (ohne Trennungsangst-Items, ohne Zwangs-Items) gebildet, um komorbide Ängste zu erfassen. Die interne Konsistenz dieser Skala wurde berechnet und liegt mit einem Wert von Cronbach's  $\alpha = .61$  und im zufrieden stellenden Bereich. Im Lehrerurteil wurde die Skala Trennungsängste um alle Items vermindert, die sich auf die Abend- oder Nachtsituation beziehen (Items 5 – 9). Die Skala aus den verbleibenden Items zeigt eine zufrieden stellende interne Konsistenz von  $\alpha = .77$ . Auch hier wurde der Skalenwert durch den mittleren Itemwert berechnet.

Im Folgenden wird der Fragebogen zum vereinfachten Verständnis als „FBB-Angst“ bezeichnet. Die Skala „Kontaktfreude und Zuversicht“ wird im Folgenden als Kompetenzskala bezeichnet.

#### **dt. Fassung der Spence Children's Anxiety Scale, Parentversion (SCAS-P) (Spence, 1999) (s. Anhang)**

Die Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) ist ein Fragebogen für die Selbst- oder Fremdbeurteilung von Ängsten und Zwängen. Die Fremdbeurteilungsskala wurde von Spence (1999) entwickelt und bezüglich ihrer Gütekriterien von Nauta et al. (2004) an einer australischen und niederländischen Stichprobe überprüft. Dabei wurde die Faktorstruktur bestätigt und es zeigte sich eine mittlere bis hohe interne Konsistenz für die einzelnen Unterskalen (Skala „Trennungsängste“  $.91$  (klinische Stichprobe),  $.90$  (Normalstichprobe)) sowie Hinweise auf eine ausreichende diskriminante und konvergente Validität. Mit 38 4-stufigen Items (0 „niemals“ bis 3 „immer“) werden Angststörungen von Kindern, basierend auf dem DSM-IV, erhoben. Mit jeweils sechs Items werden Trennungsängste, soziale Ängstlichkeit, Zwangsstörungen und generalisierte Angststörungen erfasst. Die Erfassung von Panikstörungen und Agoraphobie erfolgt mit neun Items, Ängste vor Verletzungen und Schmerzen werden über 5 Items erfasst.

Für die vorliegende Studie wurde die von Essau, Muris und Ederer (2002) übersetzte Kinderversion der SCAS in eine Erwachsenenversion überführt. Dabei wurde das Vorgehen bei der Umwandlung der Items parallel zur englischen Originalversion gewählt (Nauta et al., 2004). Das zweigeteilte Item 39 „Gibt es irgendetwas anderes, wovor Ihr Kind Angst hat“ (0 „ja“ 1 „nein“) und „Bitte schreiben Sie hier auf, um welche Angst es sich handelt und wie oft Ihr Kind diese Angst hat“ (0 „nie“ bis 3 „immer“) wurde wie folgt bewertet: Wurde der erste Teil der Frage mit 1 „nein“ kodiert, wurde eine 0 eingegeben; wurde der erste Teil der Frage mit 0 „ja“ kodiert, wurde die Kodierung des zweiten Teils verwendet. Im Falle eines fehlenden Wertes wurde das Item ebenfalls mit 0 bewertet, da davon ausgegangen wird, dass eine Beantwortung dieser Frage in Fällen einer negativen Beantwortung als nicht notwendig angesehen wird. Der Fragebogen wurde eingesetzt zur Messung von Trennungsängsten und komorbiden Angststörungen im Elternurteil. Die komorbiden Ängste wurden, parallel zum Vorgehen beim FBB-Angst, durch die Items der übrigen Angstskalen (ohne Trennungsangst-Items, ohne Zwangs-Items) gebildet. Die interne Konsistenz dieser Skala wurde berechnet und liegt mit  $\alpha=.84$  im guten Bereich. Die Berechnung beider Skalen erfolgt über Bildung des Itemmittelwertes.

Im Folgenden wird der Fragebogen zur Vereinfachung als „SCAS“ bezeichnet.

### **Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) (s. Anhang)**

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18) ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist for ages 4-18 (Achenbach, 1991a).

Der Fragebogen erfasst im ersten Teil das Urteil von Eltern über psychosoziale Kompetenzen und im zweiten Teil das Urteil über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren. Für die vorliegende Arbeit wurde nur der zweite Teil des Fragebogens verwendet. Die Items des zweiten Teils werden auf einer 3-stufigen Skala (0 „nicht zutreffend“ – 2 „genau oder häufig zutreffend“) beurteilt. Es werden acht Problemskalen gebildet. Die Skalen Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Ängstlich/Depressiv werden zu der übergeordneten Skala Internalisierende Auffälligkeiten zusammengefasst. Die Skalen Dissoziales Verhalten und Aggressives Verhalten bilden die übergeordnete Skala Externalisierende Auffälligkeiten. Die restlichen drei Skalen mit den Bezeichnungen Soziale Probleme; Schizoid/Zwanghaft und Aufmerksamkeitsprobleme sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet. Der Gesamtaufälligkeitwert umfasst alle 118 Items. Die Skalenbildung erfolgt jeweils

durch Addition der Itemwerte, die zur Skala gehören. Doppelte Items werden dabei nicht eingerechnet. Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen konnte auch für deutsche Stichproben weitgehend bestätigt werden (Döpfner, Schmeck, Berner, Lehmkuhl & Poustka, 1994). Die Normierung erfolgte anhand einer umfangreichen bundesweit repräsentativen Stichprobe von annähernd 2900 Kindern und Jugendlichen. Es liegen getrennte Normen (Prozentränge und T-Werte) für Jungen und Mädchen im Alter von 4 bis 11 und von 12 bis 18 Jahren vor.

In der vorliegenden Studie wurden die Skalen Internalisierende Auffälligkeiten, Externalisierende Auffälligkeiten sowie die Skala Gesamtauffälligkeit berechnet. Bei der Erstellung des Booklets wurde die Skalierung bei Item 32 „Glaubt, perfekt sein zu müssen“ vergessen. In 4 Fällen wurde dies vom Ausfüllenden nicht bemerkt, so dass in diesem Item überdimensional viele fehlende Werte vorliegen. Das Item wurde bei der Auswertung im Fragebogen belassen, da es in über der Hälfte der Fälle vorliegt. Das offene Item 113 „Bitte beschreiben Sie hier Probleme ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden“ wurde im Falle eines fehlenden Wertes mit 0 bewertet, da davon ausgegangen wird, dass eine Beantwortung dieser Frage in Fällen einer negativen Beantwortung als nicht notwendig angesehen wird.

### **übersetzte und gekürzte Fassung der Maternal Separation Anxiety Scale (MSAS) (Hock, McBride & Gnezda, 1989) (s. Anhang)**

Die Maternal Separation Anxiety Scale (MSAS) ist ein Fragebogen zur Erfassung mütterlicher Trennungsängste. Die 35 Items werden zu der Skalen zusammengefasst: „Maternal Separation Anxiety“ (21 Items), „Perception of Separation Effects on the Child“ (7 Items) sowie „Employment-related Separation“ (7 Items). Die Bewertung der Items erfolgt als Selbsteinschätzung auf einer 5-stufigen Skala von 0 „strongly disagree“ bis 4 „strongly agree“. Reliabilitätsanalysen zeigen Reliabilitätskoeffizienten von .90, .71 und .79 für die interne Konsistenz der drei Subskalen (Hock, McBride & Gnezda, 1989). Darüber hinaus zeigen sich in einer Studie Hinweise auf eine ausreichend hohe konkordante Validität (Hock, McBride & Gnezda, 1989).

Für die vorliegende Studie wurde die englische Version ins Deutsche übersetzt. Dabei wurden die Items adaptiert, wenn es aus kulturellen Gründen notwendig erschien oder eine Anpassung der Aussagen an ältere Kinder erreicht werden sollte. Die Itembeurteilungen wurden mit 0 „stimmt gar nicht“ bis 4 „stimmt völlig“ übersetzt. Für die vorliegende Studie wurden nur die Skalen „Maternal Separation Anxiety“ und „Perception of Separation Effects on the Child“ verwendet. Die dritte Skala „Employment-related Separation“ wurde nicht verwendet, da eine Vergleichbarkeit innerhalb der Stichprobe bei nicht-arbeitstätigen und arbeitstätigen Müttern nicht

gegeben gewesen wäre. In der Auswertung wurde auf eine differenzierte Skalenberechnung verzichtet und ein Gesamtwert durch Berechnung des gemittelten Rohwertes über alle Items hinweg berechnet. Die an den Daten der vorliegenden Studie berechnete interne Konsistenz für diese Skala liegt bei  $\alpha=.92$ . Für die Skalenbildung musste eine Umpolung der Items 12, 14, 16, 17 und 25 erfolgen.

#### **übersetzte Fassung des Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI) (Silove et al., 1993) (s. Anhang)**

Das Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI) ist ein Fragebogen zur retrospektiven Erfassung von Trennungsängsten, der von Silove et al. (1993) entwickelt wurde. Er ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem, anhand von 15 Items auf einer 4-stufigen Skala („dieses Gefühl trat sehr oft auf“ – „dieses Gefühl hatte ich nie“), das Vorliegen von Trennungsängsten in der Kindheit erfasst werden. Es wird für den Gesamtwert der gemittelte Rohwert über alle Items hinweg berechnet. Die interne Konsistenz des Fragebogens liegt bei .84 für den Gesamttest (Silove et al., 1993), die Retest-Reliabilität nach 24 Monaten bei .89 (ICC) (Silove et al., 1993). Darüber hinaus zeigten sich Hinweise auf eine ausreichende konkordante Validität (Silove et al., 1993).

Für die vorliegende Studie wurde der Fragebogen ins Deutsche übersetzt und zur retrospektiven Erfassung der elterlichen Trennungsängste im Kindesalter eingesetzt.

#### **dt. Fassung der Depression Anxiety Stress Scales (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995a) (s. Anhang)**

Die Depression Anxiety Stress Scales (DASS) wurden entwickelt von Lovibond & Lovibond (1995b) und liegen in einer 42-Item und einer 21-Item Version vor. Für die vorliegende Arbeit wurde die 42-Item-Version verwendet, die von Essau (Lovibond & Lovibond, 1995a) ins Deutsche übersetzt wurde. Der Fragebogen erfasst die drei miteinander zusammenhängenden negativen emotionalen Zustände Depression, Angst und Anspannung/Stress. Diese Skalen werden mit jeweils 14 Items auf einer 4-stufigen Skala (1 „Traf gar nicht auf mich zu“ bis 4 „Traf sehr stark auf mich zu, oder die meiste Zeit“) erfasst. Studien zeigen mittlere bis hohe interne Konsistenzen sowie Retest-Reliabilitäten für die drei Skalen bei klinischen und Normalstichproben (Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson, 1998; Brown, Korotitsch, Chorpita & Barlow, 1997). Weiterhin zeigen sich gute konvergente und diskriminante Validitäten in verschiedenen Studien (Antony et al., 1998; Brown et al., 1997; Lovibond & Lovibond, 1995c). Untersuchungen der Gütekriterien an deutschen Stichproben liegen bisher nicht vor.

In der vorliegenden Studie wurde durch die DASS die psychische Belastung der Eltern erfasst. Es wurde ein Gesamtwert durch die Berechnung des gemittelten Rohwertes über alle Items gebildet. Auf eine differenzierte Berechnung der drei Skalen wurde verzichtet. An den Daten der vorliegenden Studie ergab sich eine hohe interne Konsistenz für die Gesamtskala von  $\alpha=.92$ . Für die Darstellung der Ergebnisse wurde die Skala zur besseren Vergleichbarkeit mit den übrigen Verfahren von den Itemwerten 1 bis 4 auf die Itemwerte 0 bis 3 umkodiert.

### **Erziehungskonfliktskala (EKS) (s. Anhang)**

Die Erziehungskonfliktskala ist eine deutsche Fassung der von Dadds & Powell (1991) entwickelten Parent Problem Checklist (PPC). Die deutsche Übersetzung wurde im Rahmen eines Projektes an der Technischen Universität Braunschweig vorgenommen und im Rahmen eines internen Projektes an der Universität zu Köln überarbeitet. Mit dem Fragebogen werden Erziehungskonflikte zwischen Eltern mit insgesamt 16 4-stufigen Items erfasst (1 „trifft nicht zu“ bis 4 „trifft zu“). Die Eltern sollen dabei angeben, inwiefern die beschriebenen schwierigen Erziehungssituationen in den letzten Monaten ein Problem dargestellt haben. Es wird ein Gesamtwert durch die Berechnung des gemittelten Rohwertes über alle Items hinweg gebildet. Studien im Rahmen des Projektes an der Universität zu Köln zeigten eine mittlere interne Konsistenz von  $\alpha=.88$  für den Gesamtfragebogen. Hinweise zur Validität liegen nicht vor. Für die Darstellung der Ergebnisse wurde die Skala zur besseren Vergleichbarkeit mit den übrigen Verfahren von den Itemwerten 1 bis 4 auf die Itemwerte 0 bis 3 umkodiert.

### **Fragen zur Selbstwirksamkeit (FSW) (s. Anhang)**

Der Fragebogen Fragen zur Selbstwirksamkeit (FSW) wurde im Rahmen der Präventionsstudie „Zukunft Familie“ an der Technischen Universität Braunschweig entwickelt und stellt eine deutsche Adaptation der Parenting Sense of Competence Scale (Johnston & Mash, 1989) und des Self Efficacy for Parenting Task Index (Coleman & Karraker, 1997) dar. In Anlehnung an englischsprachige Instrumente erfasst der Fragebogen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bezüglich der Erziehung von Kindern. Der FSW umfasst 15 Items, die von den Eltern auf einer 4-stufigen Skala (0 „trifft nicht zu“ bis 3 „trifft zu“) auf ihr Zutreffen hin beurteilt werden sollen. Es wird ein Gesamtwert gebildet durch die Berechnung des gemittelten Rohwertes über alle Items (ohne Item 7) hinweg. Item 7 hatte sich in der Analyse als wenig trennscharf und problematisch für die Homogenität der Skala herausgestellt. Im Rahmen eines Projektes an der Universität zu Köln wurde für den Gesamtfragebogen eine interne

Konsistenz mittlerer Höhe ( $\alpha=.78$ ) ermittelt. In der vorliegenden Studie wurde anhand des Fragebogens die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Eltern bezüglich ihrer Erziehung erfasst. Für die Skalenbildung erfolgt eine Umpolung der Items 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14 und 15, um eine bessere Vergleichbarkeit mit den anderen Verfahren zu erreichen (hoher Wert = hohe Problemstärke).

### **Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen) (Ravens-Sieberer et al., 2001) (s. Anhang)**

Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen) ist eine Übersetzung der von Stein & Riessman (1980) entwickelten Impact-on-Family-Scale. Der FaBel-Fragebogen erfasst die familiäre Belastung durch (chronische) Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen durch insgesamt 33 Items aus denen fünf Subskalen gebildet werden können (tägliche soziale Belastung, persönliche Belastung/Zukunftssorgen, finanzielle Belastung, Belastung der Geschwisterkinder, Probleme bei der Bewältigung). Die einzelnen Aussagen werden auf 4-stufigen Skalen (0 „trifft ganz zu“ – 3 „trifft überhaupt nicht zu“) von den Eltern bezüglich ihres Zutreffens auf die eigene Situation hin beurteilt. Eine Überprüfung der psychometrischen Qualität des Fragebogens zeigte eine mittlere interne Konsistenz ( $\alpha=.89$ ) für den Gesamtfragebogen sowie Hinweise auf eine ausreichend hohe diskriminante Validität (Ravens-Sieberer et al., 2001).

In der vorliegenden Studie wurde der FaBel-Fragebogen eingesetzt zur Messung der familiären Belastung durch die Trennungsjahre des Kindes. Dafür wurde der Fragebogen leicht adaptiert, indem mit dem Wort „Krankheit“ verwandte Ausdrücke durch mit dem Wort „Problem“ verwandte Ausdrücke ersetzt wurden. Die Items der Skala Belastung der Geschwisterkinder wurden erhoben, aufgrund der kleinen Teilstichprobe ( $N=6$ ) jedoch nicht in die Auswertungen einbezogen. Für die vorliegende Studie wurde auf eine Berechnung der Subskalen verzichtet und der Gesamtwert durch die Berechnung des gemittelten Rohwertes über alle Items (ohne Skala Belastung der Geschwisterkinder) gebildet. Aufgrund nicht ausreichender Varianz zwischen den Items konnte anhand der Daten der vorliegenden Studie keine interne Konsistenz für die verwendete Gesamtskala ermittelt werden. Es ist jedoch mit hinreichender Sicherheit davon auszugehen, dass die mittlere interne Konsistenz des Gesamtwertes durch das Weglassen der Skala Belastung der Geschwisterkinder nicht zu stark vermindert wird.

### **Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF) (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) (s. Anhang)**

Der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, TRF (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) ist die deutsche Fassung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991b). Er ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut und erfasst im ersten Teil soziale Kompetenzen und schulische Leistungen und im zweiten Teil Verhaltensauffälligkeiten. Um eine Vergleichbarkeit innerhalb der Stichprobe zu ermöglichen, wurden auch die Erzieherurteile über den TRF erfasst. Die Erzieher wurden dabei gebeten, die schulbezogenen Items, falls sinnvoll, auf den Kindergarten zu beziehen. Auch hier wurde für die vorliegende Studie nur der zweite Teil des Fragebogens verwendet. Die Items werden auf einer 3-stufigen Skala (0 „nicht zutreffend“ – 2 „genau oder häufig zutreffend“) beurteilt. Aus den Items werden acht mit dem Elternfragebogen weitgehend identische Problemskalen gebildet, die zu drei übergeordneten Skalen zusammengefasst werden: Internalisierende Störungen (Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität), Externalisierende Störungen (Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten), Gemischte Störungen (Soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme). Darüber hinaus kann ein Gesamtwert berechnet werden. Alle Skalen werden durch Addition der Itemwerte berechnet. Doppelte Items werden dabei nur in eine Skala eingerechnet.

Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen konnte für deutsche Stichproben weitgehend bestätigt werden (Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 1997). Eine deutsche Normierung liegt noch nicht vor. Für die vorliegende Studie wurden die Skalen Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen sowie der Gesamtwert gebildet. Bei der Erstellung des Booklets wurde die Skalierung bei Item 15 „Ist zappelig“ vergessen. Da das Item in 9 von 10 Fällen von den Beurteilern selbst um die richtige Skalierung ergänzt und beurteilt wurde, wurde das Item für die Auswertung im Fragebogen belassen. Das offene Item 113 „Bitte beschreiben Sie hier Probleme, die der Schüler hat und die bisher noch nicht erwähnt wurden“ wurde im Falle eines fehlenden Wertes mit 0 bewertet, da davon ausgegangen wird, dass eine Beantwortung dieser Frage in Fällen einer negativen Beantwortung als nicht notwendig angesehen wird.

### **Fragebogen über die Zufriedenheit mit der Behandlung (s. Anhang)**

Der Fragebogen über die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde aus einer unpublizierten klinikinternen Vorlage zur Erfassung von ADHS an der Universität zu Köln für die vorliegende Studie adaptiert. Er erfragt von den Eltern die Zufriedenheit

mit einzelnen Behandlungsmodulen sowie die Zufriedenheit mit behandlungsübergreifenden Variablen auf insgesamt 24 Items. Die Items 23 und 24 sind dabei Freitextfragen, die in die Auswertung des Fragebogens nicht einbezogen wurden. Die Skalierung erfolgt auf einer 5-stufigen Skala (-2 bis +2), die in der verbalen Verankerung an die jeweilige Formulierung des Items angepasst wurde.

### Compliancebeurteilung (s. Anhang)

Zur Einschätzung der Compliance wurde nach jeder Stunde die Compliance des Kindes, der Eltern sowie der Gesamtfamilie für die „Hausaufgaben“ der letzten Woche sowie für die aktuelle Therapiestunde von der Therapeutin auf einer 5-stufigen Skala (1 „keine“ bis 5 „sehr gute“) beurteilt. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den übrigen Verfahren wurden die Werte für die Auswertung umkodiert (0 „keine“ bis 4 „sehr gute“). Die Compliancebeurteilung wurde mit der Goal Attainment Skala durchgeführt.

### Materialbeurteilung (s. Anhang)

Am Ende jeder Stunde wurden die Eltern um eine Beurteilung des Materials auf einer 5-stufigen Skala gebeten (1 „sehr schlecht“ – 5 „sehr gut“). Zur besseren Verständlichkeit, wurden die Werte für die Darstellung der Ergebnisse umkodiert (-2 „sehr schlecht“ – +2 „sehr gut“). Die Einschätzung erfolgte auf einem Bogen mit der Problemliste. Tabelle 9 zeigt die Verteilung der Messinstrumente auf die einzelnen Messzeitpunkte.

Tab. 9: Verteilung der Messinstrumente auf die Messzeitpunkte M 1 bis M 5

Messinstrumente	M 1*	M 2	M 3	M 4	M 5
Diagnose-Checkliste für Angststörungen (DCL)	x				
Problemliste	x	x	x	x	x
Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANZ) (Elternurteil)	x	x	x	x	x
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Elternurteil)	x	x	x	x	x
Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL)	x				x
Maternal Separation Anxiety Scale (MSAS)	x				x
Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI)	x				
Depression Anxiety Stress Scales (DASS)	x				x
Erziehungskonfliktskala (EKS)	x				x
Fragen zur Selbstwirksamkeit (FSW)	x				x
Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel)	x				x
Fragebogen über die Zufriedenheit mit der Behandlung					x
Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)	x				x
Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANZ) (Lehrerurteil)	x				x

\* für Patienten, die keine Wartezeit durchlaufen haben, gilt M 1 = M 2

## 4.2.4 Hypothesen

Anhand der erhobenen Daten werden neben deskriptiver Darstellung aller Fragebogenergebnisse folgende 3 Hypothesen statistisch getestet:

1. Die Trennungsängste der Kinder vermindern sich durch die Intervention.

Diese Hypothese wird über die Methode des Multilevel Modelling (Kap. 4.2.5) für die unabhängigen Variablen FBB-Angst Skala Trennungsängste (Elternurteil), SCAS Skala Trennungsängste und die Problemliste statistisch geprüft. Verglichen wird dabei die Baselinephase mit der Interventionsphase. Darüber hinaus werden die Effektstärke für die Veränderung zwischen Baseline- und Interventionsphase sowie die Nettoeffektstärke (Kap 4.2.5) berechnet.

2. Komorbide Ängste vermindern sich durch die Intervention.

Diese Hypothese wird über die Methode des Multilevel Modelling (Kap. 4.2.5) für die unabhängige Variable FBB-Angst gemittelte Angstskalen ohne Skalen Trennungsängste und Zwänge sowie für den SCAS gemittelte Angstskalen ohne Skala Trennungsängste geprüft. Verglichen wird dabei die Baselinephase mit der Interventionsphase. Darüber hinaus werden die Effektstärke für die Veränderung zwischen Baseline- und Interventionsphase sowie die Nettoeffektstärke (Kap 4.2.5) berechnet.

3. Allgemeine Kompetenzen der Kinder nehmen zu.

Diese Hypothese wird über die Methode des Multilevel Modelling (Kap. 4.2.5) für die unabhängige Variable FBB-Angst Kompetenzskala „Kontaktfreude und Zuversicht“ geprüft. Verglichen wird dabei die Baselinephase mit der Interventionsphase. Darüber hinaus werden die Effektstärke für die Veränderung zwischen Baseline- und Interventionsphase sowie die Nettoeffektstärke (Kap 4.2.5) berechnet.

Die Auswertung der Ergebnisse der übrigen Fragebögen erfolgt durch deskriptive Darstellung der Ergebnisse.

Auf folgenden Instrumenten wird dabei eine Verminderung der angegebenen Probleme von M1 zu M5 erwartet:

Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL)

Maternal Separation Anxiety Scale (MSAS)

Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

Erziehungskonfliktskala (EKS)

Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel)

Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)

Fremdbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-ANZ) (Lehrerurteil)

Für das Instrument Fragen zur Selbstwirksamkeit (FSW) wird eine Zunahme der angegebenen Selbstwirksamkeit von M1 zu M5 erwartet.

Für das Instrument Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI) wird keine Veränderungshypothese formuliert, da es aufgrund der retrospektiv zu machenden Angaben nur zu M1 erhoben wird.

## **4.2.5 Auswertung**

### **Aufbereitung der Daten für die Analyse**

Für alle Skalenbildungen wurde ein Kriterium von 10% erlaubten Missings definiert. Da nur für die Lehrerbeurteilung im FBB-Angst eine Skalenbildung aufgrund zu vieler Missings in mehreren Fällen nicht möglich war, wurde auf eine Missingersetzung verzichtet.

Für die fehlenden Baselinephasen in den Fällen 2 und 4 wurde für die Berechnung der Effektstärken sowie für das erste Problem der Problemliste eine Missingersetzung durchgeführt. Für die Berechnung der Effektstärken wurde die Messung von M1 fallbezogen rückwärtig durch den ersten vorhandenen Messzeitpunkt (M2) ersetzt. Letzteres erschien dem natürlichen Verlauf näher als die Ersetzung durch den Gruppenmittelwert von M1. Für die Problemliste lag die Information, dass das Problem 1 seit mindestens 6 Wochen unverändert bestand, durch die Anamnese vor. Eine Missingersetzung erschien daher für die Problemliste wie auch für die Fragebögen FBB und SCAS inhaltlich vertretbar, da es sich um chronifizierte Fälle handelte, deren Trennungsangstproblematik seit mindestens 6 Wochen stabil bzw. sich verschlechternd bestand. In der deskriptiven Darstellung sind nur die Daten der übrigen 8 Fälle dargestellt. Für die Berechnung durch Multilevel Modelling (s. u.) ist eine Missingersetzung nicht notwendig.

### **Statistische Analysen**

Die Prüfung auf statistische Signifikanz erfolgt für die drei Hypothesen der vorliegenden Arbeit durch die Methode des Multilevel Modelling. Darüber hinaus erfolgt eine Berechnung der Effektstärken sowie der Nettoeffektstärken.

Die übrigen, für die vorliegende Arbeit erhobenen Daten werden deskriptiv grafisch oder in tabellarischer Form dargestellt. Bei der deskriptiven Darstellung der Daten wird für den gemittelten Itemwert zur Vereinfachung der Begriff „Rohwert“ verwendet.

## **Multilevel Modelling**

Multilevel Modelle werden verwendet, um Daten von Stichproben auszuwerten, die unterschiedliche hierarchische Stufen beinhalten. In der vorliegenden Arbeit liegen durch die Ebene der Individualwerte sowie durch die Ebene Zeit zwei hierarchische Stufen vor. Abgebildet werden können Veränderungen individueller Werte im Zeitverlauf. Um die statistische Signifikanz zu überprüfen wird die Steigung einer durch die individuellen Werte berechneten Geraden ermittelt. Die Steigung kann dabei entweder gegenüber 0 geprüft werden oder die Steigungen unterschiedlicher Zeitabschnitte, im vorliegenden Fall, der Baseline- und der Therapiephase, können auf statistisch signifikante Unterschiede geprüft werden. In der vorliegenden Arbeit werden beide Prüfungen eingesetzt.

## **Effektstärke**

Effektstärken sind ein Maß, um die statistische Größe eines Effektes anzugeben. Werte nahe bei 0 bedeuten, dass kein Effekt vorliegt. Nach Cohen (1988) werden Effekte größer als .20 als kleine Effekte, größer als .50 als mittlere Effekte und größer als .80 als große Effekte bezeichnet.

In der vorliegenden Studie erfolgt die Berechnung der Effektstärken von Baseline- und Therapiephase sowie der Nettoeffektstärke auf der Basis der durch das Multilevel Modelling berechneten Steigungskoeffizienten. Für die Berechnung der Effektstärke wird die Steigung des jeweiligen Behandlungsabschnittes durch die Standardabweichung zum ersten Messzeitpunkt (M1) dividiert (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Dabei wird die unterschiedliche Länge der Baseline- und Therapiephase durch Multiplikation des Steigungskoeffizienten mit der jeweiligen Intervallanzahl multipliziert. Um die Nettoeffektstärke zu berechnen und damit den inkrementellen Effekt der Behandlung zu erfassen, wird analog die Steigung der Therapiephase mit der Anzahl der Zeitintervalle multipliziert und durch die Standardabweichung zum Zeitpunkt M1 dividiert.

## **5. Ergebnisse**

### **5.1 Beschreibung der Stichprobe**

#### **5.1.1 Alter und Geschlecht**

In die Studie eingeschlossen wurden 9 männliche Probanden und 1 weibliche Probandin. Alle Probanden erhielten in der DCL die Diagnose einer emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters und erreichten im FBB-Angst einen Prozentrang  $>85$ . Bei allen Patienten stand die Störung mit Trennungsangst im Vordergrund der Problematik und es lagen keine tiefgreifenden Entwicklungsstörungen vor. Im Durchschnitt waren die Probanden 7;5 Jahre alt bei einer Standardabweichung von 1;11 Jahren. Der jüngste Proband war zu Beginn der Behandlung 5;5 Jahre alt, der älteste 11;7 Jahre.

#### **5.1.2 Intelligenz und Schulbesuch**

Die Intelligenz wurde bei 8 Probanden erhoben über die Grundintelligenz Skala 1 in der 5. Revidierten Fassung (CFT 1) (Cattell, Weiß & Osterland, 1997). Aufgrund der Altersbeschränkung des CFT 1 (bis 9;5 Jahre) wurde mit einem Probanden die Grundintelligenz Skala 2 in der 4. revidierten Fassung (CFT 20) (Weiß, 1998) sowie mit einem Probanden der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWIK III) (Tewes, Schallberger, Rossman, 1999) durchgeführt. Alle Ergebnisse wurden in T-Werte umgerechnet. Es ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von  $T=52,7$  mit einer Standardabweichung von 5,5 T-Wert-Punkten. Das Minimum liegt bei  $T=45$  das Maximum bei  $T=62$ . Bei allen Patienten besteht damit eine durchschnittliche oder überdurchschnittliche Intelligenz.

Vier Probanden besuchten bei Beginn der Behandlung den Kindergarten. Drei wechselten im Verlauf der Behandlung zur Grundschule. Fünf Probanden besuchten bei Beginn der Behandlung die Grundschule, von denen einer im Verlauf der Behandlung auf das Gymnasium wechselte. Ein Proband besuchte bei Beginn der Behandlung das Gymnasium.

Besonderheiten in der schulischen Karriere lagen bei einem Proband in Form einer Klassenwiederholung vor. Drei Probanden wurden als sog. „Kann-Kinder“ früh eingeschult.

### 5.1.3 Komorbide Störungen

Zur Diagnostik komorbider Störungen wurden das Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) (Döpfner, Berner, Flechtner, Lehmkuhl & Steinhausen, 1998) eingesetzt sowie ggf. anschließend die entsprechenden Diagnostik-Checklisten (DCL) (aus: Diagnostik-Systeme für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II), Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008). Alle komorbiden Störungen sowie ihre Behandlung im Rahmen der vorliegenden Studie sind in der folgenden Tabelle 10 aufgeführt.

Tab. 10: Komorbide Störungen in der erhobenen Stichprobe

Komorbide Störung	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4	Fall 5	Fall 6	Fall 7	Fall 8	Fall 9	Fall 10
<b>Angststörung</b>										
phobische Störung							x			x
soziale Ängstlichkeit					x	x		x	x	
<b>Aufmerksamkeitsstörung</b>										
ADHS			x							
ADS	x			x						
<b>Entwicklungsstörung</b>										
LRS*						x				
motorisch			x			x				
Behandlung parallel/im Anschluss	p	/	p	A	/	A	/	p	A	/

\* Lese-Rechtschreib-Störung

Bei zwei Probanden wurde eine komorbide phobische Störung des Kindesalters (ICD 10 F93.1) diagnostiziert. Bei vier Patienten wurde eine komorbide Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10 F 93.2) diagnostiziert. Bei drei Probanden bestand eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, bei einem Patienten eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD 10, F 90.0), bei zwei Patienten eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD 10 F 90.8). In einem Fall wurde diese erst im Verlauf der Behandlung diagnostiziert. Bei drei der oben bereits aufgeführten Patienten bestanden darüber hinaus folgende Entwicklungsstörungen:

Bei einem Proband wurde eine Lese- und Rechtschreibstörung (ICD 10 F 81.0) diagnostiziert, bei zwei Probanden bestand eine vordiagnostizierte umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD 10 F 82). Entwicklungsstörungen wurden im Rahmen der Psychotherapie nicht behandelt. In den Fällen motorischer Störungen bestand bereits eine aktuelle bzw. abgeschlossene Übungsbehandlung. Für die im Rahmen der Therapie diagnostizierte Lese-Rechtschreibstörung wurde nach einer Beratung eine Förderung in der Schule sowie im häuslichen Bereich installiert. Die komorbiden Diagnosen der Achse 1 des multiaxialen Klassifikationssystems wurden zum Teil parallel, zum Teil im Anschluss an die Trennungsängste behandelt. Vor allem Aufmerksamkeitsstörungen erforderten eine parallele Behandlung bzw. einen Behandlungsbeginn nach der Diagnosestellung, weil die Symptome zu einer zusätzlichen Belastung in der Schule führten. Auch soziale Ängste wurden entweder parallel oder im Anschluss an die Trennungsängste behandelt. Hier konnte das Expositionsschema gut übertragen werden, so dass der Übergang zur Behandlung der sozialen Ängste inhaltlich problemlos verlief. Nicht behandelt wurden die diagnostizierten spezifischen Phobien. Hier zeigte sich entweder wenig Leidensdruck oder die Phobie verschwand ohne Interventionen im Behandlungszeitraum.

## **5.2 Beschreibung des Studienablaufs**

Alle in die Studie eingeschlossenen Fälle wurden abgeschlossen, Therapieabbrüche gab es nicht. Die Einleitung eines teilstationären oder stationären Aufenthaltes wurde bei keinem Probanden notwendig.

Die Phasen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten wurden durch die Anzahl der Therapiekontakte konstant gehalten. Zwischen zwei Messzeitpunkten lagen jeweils sechs therapeutische Kontakte. In der Baselinephase bestanden diese aus kurzen telefonischen Kontakten, in den Therapiephasen aus fünfzigminütigen persönlichen Kontakten. Die Festsetzung der konstanten Zahl von Interventionseinheiten pro Messzeitraum führte zu Unterschieden in den Zeitabständen zwischen den Messzeitpunkten, da ausfallende Sitzungen (z. B. Krankheit, Schulferien) zu einer Verlängerung des Zeitraumes zwischen den Messzeitpunkten führten. Die Zeitdauer der einzelnen Phasen sowie der Baseline- und der gesamten Therapiephase sind in Tabelle 11 aufgeführt.

Tab. 11: Dauer der Baseline- bzw. Interventionsphasen für alle Fälle (in Wochen)

Fall	M1-M2 (Baseline- phase)	M2-M3	M3-M4	M4-M5	M5- Therapie ende	M2-M5 (Therapie- phase)
1	6	7	9	8	0	24
2	*	6	6	8	0	20
3	9	8	12	17	1	37
4	*	6	6	13	14	25
5	6	8	16	13	0	37
6	7	7	20	13	1	40
7	6	7	8	10	4	25
8	7	13	11	7	9	31
9	6	13	5	17	1	35
10	7	10	9	8	8	27
Mittelwert	6,75	8,5	10,2	11,4	3,8	30,1

\* keine Baselinephase aufgrund chronifizierter Schulverweigerung (Kap. 4.2.2)

Von der möglichen minimalen Dauer der Baselinephase von 6 Wochen gab es nur in Fall 3, krankheitsbedingt, eine mehrwöchige Abweichung. In eigenen Fällen war die Baselinephase um eine Woche verlängert, weil der erste Behandlungstermin ferienbedingt oder durch sonstige Verhinderung auf Seiten der Eltern nicht stattfinden konnte. Für die Baselinephase ergibt sich damit eine mittlere Länge von 6,75 Wochen. Bei einer möglichen minimalen Dauer der Therapiephase von 18 Wochen zeigten sich eine Minimaldauer von 20 und eine Maximaldauer von 40 Wochen (Durchschnitt 30,1 Wochen). Neben ferienbedingten Ausfällen kam die unterschiedliche Dauer vor allem durch geplante Verminderungen der Sitzungsfrequenz in der Stabilisierungsphase der Therapie zustande. Um den Einfluss der Sommerferien zu kontrollieren, wurde in einigen Fällen ein Sondermesszeitpunkt (wie M2-M4) am Ende der Ferien durchgeführt. Die Fälle 1, 2 und 10 hatten keine Sommerferien im Behandlungszeitraum. Bei den Fällen 3, 4 und 8 fiel auf das Ende der Ferien ein regulärer Messzeitpunkt. Sondermesszeitpunkte wurden bei den Fällen 5, 6 und 9 durchgeführt. Da sich keine deutlichen Veränderungen in den Trennungsängsten zeigten, kann angenommen werden, dass die Ferien in den betreffenden Fällen keinen Einfluss auf die Trennungsangstsymptomatik hatten. Eine Verlängerung der Therapie über M5 hinaus war für die Fälle 4, 7, 8 und 10 notwendig. Die Gründe sind in den Kasuistiken erläutert (Kap. 5.3). Die einstündige Verlängerung in den Fällen 3, 6 und 9 waren Spielstunden zum Therapieabschluss.

Die Erhebung der Daten konnte wie geplant durchgeführt werden. Die Elternurteile wurden in allen Fällen durch die Mütter bzw. von beiden Eltern gemeinsam abgegeben. In keinem Fall war der Vater der alleinige Beurteiler.

Die Durchführung der einzelnen Module ist in Tabelle 12 nach Fällen geordnet aufgeführt.

Tab. 12: Durchführung der Therapiemodule in den behandelten Fällen

Module	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4	Fall 5	Fall 6	Fall 7	Fall 8	Fall 9	Fall 10
Psychoedukation	E**	E	E	E	E	E	E	E	E	x
Kognitive Interventionen	x	x	x	E	x	x	x	x	x	E
Kompetenzaufbau			x		x					
Exposition	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rückfallprophylaxe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Einbezug Dritter*	x	x	x	x				x	x	

\* über Anamnese hinausgehend

\*\* nur Eltern

Die Tabelle zeigt, dass das Modul Psychoedukation in allen Fällen durchgeführt wurde, jedoch war nur in einem Fall das Kind aktiv einbezogen. Ebenfalls in allen Fällen wurden die Module Exposition und Rückfallprophylaxe durchgeführt. Kognitive Interventionen wurden in zwei Fällen nicht mit den Kindern durchgeführt. Hierbei handelte es sich mit 9;11 und 11;4 Jahren um die ältesten Patienten der Stichprobe. In diesen Fällen wurden kognitive Interventionen mit den Eltern durchgeführt, in denen es vor allem um eigene Ängste oder eigene Aggressionen bezüglich der Ängste der Kinder ging. Das Modul Kompetenzaufbau wurde bei zwei Kindern durchgeführt. Die übrigen Kinder zeigten keinen großen Entwicklungsrückstand bei der sonstigen, von den Trennungsängsten unbeeinflussten Selbständigkeitsentwicklung. Der Einbezug Dritter bezog sich in allen Fällen auf den Kindergarten oder die Schule und erfolgte, über die Anamnese hinausgehend, in allen Fällen, in denen der Besuch des Kindergartens oder der Schule durch die Trennungsängste beeinträchtigt war. Je nach Stärke der Symptomatik richtete sich auch die Frequenz der Kontakte zu Erziehern oder Lehrern.

## 5.3 Kasuistiken

### 5.3.1 Fall 1

#### Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Der 8;4jährige A. wird wegen schulischer Probleme und Trennungsängsten vorgestellt. A. besuche, nach der Wiederholung des 1. Schuljahres jetzt das 2. Schuljahr einer

Regelgrundschule. Die Situation in der Schule sei wegen Trennungsängsten und Aufmerksamkeitsproblemen immer sehr schwierig gewesen.

Die Trennungsangst bei A. sei durch eine Situation am Ende der ersten Klasse ausgelöst worden, in der er geglaubt habe, alleine zu Hause zu sein und Panik bekommen habe. Seitdem bleibe er überhaupt nicht mehr alleine zu Hause, was vorher für Zeiträume von ca. einer halben Stunde problemlos funktioniert habe. Außerdem besuche er keine anderen Kinder und bleibe woanders nicht ohne seine Eltern. A. selbst berichtet, dass er seit dieser Situation große Angst habe, alleine zu bleiben. In der Schule hätten sich Trennungsängste vor allem zu Beginn der Wiederholung der 1. Klasse gezeigt. Es sei für A. schwierig gewesen, sich in die Klasse einzufinden. Er habe „still gelitten“, geweint und befürchtet, dass seine Mutter ihn nicht abholen werde. Auch jetzt noch gucke er ab der 4. Stunde immer wieder am Fenster, ob seine Mutter komme. Wenn seine Oma ihn abhole, beschäftige ihn das vorher sehr stark.

Neben den Ängsten berichtet die Mutter, dass die Situation in der Schule von Beginn an durch hohe Ablenkbarkeit und Konzentrationsprobleme schwierig gewesen sei. Aktuell habe A. wieder Schwierigkeiten in der Schule und bei den Hausaufgaben, nachdem die Situation in der Wiederholung der 1. Klasse zunächst deutlich besser gewesen sei. Vom Kinderarzt sei zu Beginn der Klassenwiederholung eine ADHS diagnostiziert worden. Aufgrund der Oberflächlichkeit der Diagnostik habe die Mutter Zweifel an der Diagnose. Auf die schulischen Probleme reagiere A. mit Traurigkeit und Rückzug, so dass die Gesamtsituation, zusammen mit den weiterhin bestehenden Trennungsängsten, zur Zeit schwierig sei.

### **Anamnestiche Daten**

A. hat eine 6jährige Schwester. Seine Mutter (34 J.) ist ausgebildete PTA und zur Zeit Hausfrau. Sein Vater (38 J.) arbeitet Vollzeit als technischer Angestellter.

Schwangerschaft, Geburt und kindliche Entwicklung verliefen unauffällig. Auch der Besuch des Kindergartens sei unauffällig verlaufen. Es seien keine Trennungsängste aufgetreten. Die Mutter beschreibt A. als ein Kind, was durch neue Situationen immer schon eher geängstigt worden wäre als neugierig auf sie reagiert hätte. Auf Menschen bezogen brauche er lange Zeit, bis er Vertrauen fasse. Bei Gleichaltrigen dauere es auch eine Zeit bis er Kontakte schließe, dann gebe es jedoch keine Auffälligkeiten mehr. Diese Eigenschaften hätten die Eltern bis zu der Panikreaktion von A. im Sommer vor 1½ Jahr jedoch nie als problematisch erlebt.

In der Schule habe A. von Beginn an große Schwierigkeiten gehabt, mit dem Lernstoff mitzukommen. Er habe Konzentrationsprobleme gehabt und es sei ihm schwer

gefallen, Ordnung in seinen Heften zu halten. Auf Anraten der Lehrerin hätten die Eltern den Schulpsychologischen Dienst aufgesucht. Dieser habe von einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung gesprochen und den Eltern geraten abzuwarten. Die Situation habe sich jedoch bis zum Beginn des 2. Schuljahres so zugespitzt, dass die Eltern sich entschlossen hätten, A. das erste Schuljahr wiederholen zu lassen. Anschließend sei bei A. im Alter von 7½ Jahren vom Kinderarzt die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung gestellt worden. Anschließend habe A. Ergotherapie bekommen. Nachdem er in der Wiederholung des ersten Schuljahres zunächst einen positiven Schub gemacht habe, gebe es aktuell wieder mehr Probleme in der Schule. Auch bei den Hausaufgaben lasse sich A. schnell ablenken.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

A. zeigt sich zunächst als zurückhaltender, schüchterer Junge. Er wirkt insgesamt angespannt und gehemmt im Kontakt. Fragen beantwortet er im Gespräch kurz, jedoch inhaltlich und formal angemessen. Während des Gespräches am Tisch zeigt sich eine leichte motorische Unruhe in den Beinen, das Sitzen am Tisch ist hypoton und instabil. Durch kleinere Aufgaben (Puzzle, Beschreibungen) wirkt A. schnell erschöpft und angestrengt. Beim Fußballspielen ist er zunächst sehr zurückhaltend, taut bei Zuspruch aber sichtlich auf und traut sich zunehmend auch fester und wilder zu schießen. In dieser Situation wirkt A. zum ersten Mal gelöst und fröhlich.

Im CFT 1 erreicht A. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 46 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Im FBB-Angst, ausgefüllt durch die Mutter, werden Trennungsängste, allgemeine Ängstlichkeit sowie Leistungsängste und soziale Ängste als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Die Kompetenzen werden als eher gering eingeschätzt. Die Fremdbeurteilung der Lehrerin konnte nicht eingeholt werden, da diese die Fragebögen nicht ausfüllte. Im SCAS werden im Fremdurteil von der Mutter deutliche Trennungsangstsymptome und leichte Symptome sozialer Ängstlichkeit beschrieben.

Im Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsstörungen (FBB-HKS) beschreibt die Mutter die Aufmerksamkeitsprobleme als „weitgehend ausgeprägt“ oder „besonders ausgeprägt“. Aussagen zur motorischen Unruhe werden als nur „ein wenig zutreffend“ eingeschätzt. Impulsives Verhalten wird nicht beschrieben. Die Lehrerin beschreibt im gleichen Fragebogen ebenfalls Aussagen zu Aufmerksamkeitsproblemen als „weitgehend ausgeprägt“ oder „besonders ausgeprägt“. Motorische Unruhe wird bezüglich des Herumrutschens auf dem Stuhl als „besonders zutreffend“ aber „unproblematisch“ eingeschätzt. Impulsives Verhalten wird ebenfalls beschrieben.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt. In der Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsstörungen werden die Diagnosekriterien einer sonstigen hyperkinetischen Störung (Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität) (ICD 10: F 90.8) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

## **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10 F 93.0)

sonstige hyperkinetische Störung (Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität) (ICD 10: F 90.8)

Die Kriterien einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters werden nicht erfüllt, da kein Vermeidungsverhalten und keine soziale Beeinträchtigung vorliegen.

Achse II: keine (0)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: keine (00)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

## **Funktionelle Analyse**

Bei einem insgesamt als ängstlich geschilderten Reaktionsmuster auf neue Reize und Situationen zeigt sich eine situativ ausgelöste Trennungsangst, die in der häuslichen Situation in starkem Ausmaß bestehen. Im schulischen Kontext zeigten sich die Trennungsängste mit zunehmender Leistungsanforderung im 2. Schuljahr sehr stark, zur Zeit sind die Ängste in der Schule mäßig ausgeprägt.

In der schulischen Situation und bei den Hausaufgaben werden deutliche Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung von Eltern und Lehrerin berichtet. Diese haben im Verlauf des ersten Schuljahres zu starken Leistungsproblemen und, vermutlich verstärkt durch den ängstlichen Verarbeitungsstil von A., zu einer hohen emotionalen Belastung geführt. Nach einer Verringerung der Belastung durch die Wiederholung eines Schuljahres zeigen sich mit steigender Schwierigkeit im Verlauf des Schuljahres nun erneut deutliche emotionale Probleme im Umgang mit den aufmerksamkeitsbedingten schulischen Schwierigkeiten.

## **Therapieverlauf**

Nachdem A. zunächst im Kontakt schüchtern und zurückhaltend war, taute er im Verlauf der ersten Sitzungen zunehmend auf, seine Motivation sowie die Motivation der Eltern waren von Beginn an kontinuierlich hoch.

Vor Beginn der therapeutischen Arbeit wurde eine Medikationsberatung bezüglich der Aufmerksamkeitssymptomatik durchgeführt. Die sich daraus ableitende Empfehlung einer medikamentösen Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung wurde von den Eltern positiv aufgenommen. Ab dem Beginn des neuen Schuljahres (7½ Jahre) bekam A. schnell freisetzendes Methylphenidat (15-5-0). Unter der Medikation verbesserten sich die Mitarbeit in der Schule und die Hausaufgabensituation deutlich, so dass sowohl A. als auch seine Eltern deutlich entlastet waren. Da die Mutter beschrieb, dass A. am späten Nachmittag sehr aggressiv würde, wurde die Dosierung nach 3 Wochen auf 15-0-0 umgestellt. Das aggressive Verhalten trat in der Folge nicht mehr auf, die Verbesserung der Hausaufgabensituation blieb auch unter dieser Dosierung stabil. Die Dosierung bestand unverändert noch bei Abschluss der Therapie. Während des Verlaufs der Therapie wurde kontinuierlich der Verlauf beobachtet, dabei traten keine weiteren Probleme durch die ADHS-Symptomatik und keine weiteren Nebenwirkungen der Medikation auf. Am Ende der Therapie wurde von der Mutter berichtet, dass sich bei insgesamt stabilen Schulleistungen weiterhin deutliche Probleme im mathematischen Bereich zeigten. Diese wurden von der Lehrerin bestätigt. Den Eltern wurde daraufhin empfohlen, sich an ein Förderinstitut zu wenden, welches spezifische Mathe-Förderung anbietet.

Der Schwerpunkt der sich anschließenden therapeutischen Interventionen lag auf der Trennungsangstsymptomatik. Die im Rahmen der Anamnese definierten Ziele waren alleine eine Stunde zu Hause zu bleiben und bei einem Freund zu übernachten.

Es wurden überwiegend Sitzungen mit A. und seiner Mutter gemeinsam sowie ca. einmal im Monat zusätzliche Gespräche mit der Mutter geführt.

In den ersten Stunden wurde gemeinsam mit der Familie ein Störungskonzept erarbeitet, welches neben den Aufmerksamkeitsproblemen auch die Trennungsängste und die Unsicherheit in sozialen Situationen umfasste. Im Rahmen der Psychoedukation wurde zunächst mit der Mutter intensiv die Dynamik und Aufrechterhaltung von Trennungsängsten besprochen. Mit A. wurden keine psychoedukativen Interventionen in Form von Materialien durchgeführt. Bereits von Beginn der Therapie an sammelte A. im Rahmen der kognitiven Interventionen während der Woche Mutsituationen und malte diese in der Therapiestunde auf. Die kognitiven Interventionen wurden während der gesamten Expositionsphase weiter durchgeführt. Im Anschluss an die Psychoedukation wurde mit dem Modul Exposition

begonnen. Zunächst wurde mit der Mutter sowie mit A. das Expositions-konzept besprochen. In den folgenden Therapiestunden wurden kontinuierlich mit A. und seiner Mutter Trennungsaufgaben in Form von Verträgen definiert. Jeweils in der nächsten Stunde wurde in den Vertrag eingetragen, ob er während der letzten Woche erfüllt wurde. A. entschied dabei mit Unterstützung der Therapeutin jeweils selbst, welche Aufgabe er als nächstes üben wollte. Im Verlauf der Therapie bewältigte er dabei sowohl, sich selbst in der Umgebung der elterlichen Wohnung frei zu bewegen (alleine von der Schule nach Hause kommen, alleine zur Schule gehen, in den umliegenden Geschäften einkaufen gehen) als auch, alleine zu Hause zu bleiben. Dabei ging die Mutter zunächst in der Umgebung zu Fuß spazieren oder einkaufen, am Ende der Therapie konnte sie über eine Stunde lang mit dem Auto zum Einkaufen fahren. Dabei benötigte A. zunächst noch konkrete Zeitangaben über die Rückkehr, auch hier konnte bis zum Ende der Therapie eine deutliche Lockerung erreicht werden, so dass ungefähre Zeitangaben ausreichend waren, die auch für einige Minuten überschritten werden konnten. Weiterhin wurde erreicht, dass A. bei Nachmittagsveranstaltungen außerhalb alleine bleiben konnte (Martinszug, Logopädie) und bei einem Freund übernachten konnte. Damit wurden die zu Beginn definierten Ziele erreicht.

Im Rahmen der Stabilisierungsphase wurde die Unterstützung der Therapeutin bei der Planung der Expositionsübungen zunächst reduziert. Anschließend wurden die Übungen ohne Belohnung geplant, um die Normalisierung deutlich zu machen. Zum Ende der Stabilisierungsphase wurden die Übungen nicht mehr in Form von Verträgen festgehalten und schließlich wurden im Rahmen der Therapiestunden keine Übungen mehr geplant. Die erreichten Therapieerfolge blieben in dieser Zeit stabil, so, dass die Therapie nach der Durchführung einer ausführlichen Rückfallprophylaxe mit Mutter und Kind beendet wurde. Dabei wurde das Verhalten bei Rückfällen oder neu auftretender Angstsymptomatik besprochen sowie die in der Therapie erreichten Erfolge rekapituliert.

Eine Therapiestunde wurde ausschließlich den zwischenzeitlich stark ansteigenden Geschwisterstreitigkeiten zwischen A. und seiner Schwester gewidmet. Hier konnten jedoch im Rahmen eines Gespräches mit der Mutter ausreichende Strategien entwickelt werden, so dass die Mutter bereits in der nächsten Stunde von einer deutlichen Abnahme der Streitigkeiten berichtete und sich in diesem Bereich im Verlauf der weiteren Therapie kein Interventionsbedarf mehr zeigte.

Insgesamt wurde die Therapie im vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) durchgeführt.

Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigen eine deutliche Symptomverminderung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im

Fremdurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,0; Ende Ø 0,2; SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,2; Ende Ø 0,5).

Bezüglich der sozialen Unsicherheit zeigt sich nur eine sehr geringe Symptomverminderung auf einem Instrument (Mutter FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 1,0; Ende Ø 1,3; SCAS Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 0,6; Ende Ø 0,6). Im Gesamtscore der anderen Ängste (ohne Zwangsisems) zeigt sich nur im FBB-Angst eine Abnahme der Ängstlichkeit (FBB-Angst Andere Ängste Beginn Ø 1,0, Ende Ø 0,7). Im SCAS liegen bereits die Ausgangswerte sehr niedrig (SCAS Andere Ängste Beginn Ø 0,3, Ende Ø 0,3).

Sowohl von Mutter als auch von der Lehrerin wird eine deutliche Zunahme an Selbstsicherheit in Alltagssituationen berichtet. In der Kompetenzskala des FBB-Angst zeigt sich im Elternurteil eine minimale Zunahme (Beginn Ø 1,25, Ende Ø 1,5). Für das Lehrerurteil konnte die Skala, aufgrund fehlender Werte, nicht berechnet werden. Eine Zunahme von Sicherheit konnte auch in der therapeutischen Situation beobachtet werden.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### **5.3.2 Fall 2**

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Die Mutter stellt B. vor, da er morgens nicht mehr alleine in die Schule gehe. Die Schwierigkeiten hätten vor ca. 10 Wochen nach den Herbstferien ohne weitere Vorankündigung begonnen. B. sei morgens weinerlich gewesen und habe nicht in die Schule gehen wollen. Mit zunehmender Aggression auch zu Hause und zunehmenden Ängsten abends und morgens vor der Schule sei B. jedoch noch ca. 5 Wochen in die Schule gegangen. Die Trennung sei in den meisten Fällen schwierig gewesen aber schließlich sei B. immer alleine in der Schule geblieben. Geändert habe sich dies, nachdem in der Schule angekündigt worden sei, dass die Klasse wegen Abwesenheit der Klassenlehrerin aufgeteilt würde. In den folgenden 5 Wochen bis zu den Weihnachtsferien sei B. nicht mehr alleine in der Schule geblieben, so dass seine Mutter entweder mit in der Schule geblieben sei oder B. zu den Großeltern gebracht

habe, wenn sie selber Termine gehabt habe. B. habe in dieser Zeit immer wieder versucht, von der Schule wegzulaufen. Zu Hause sei er immer aggressiver geworden und habe sich auch dort immer weniger von der Mutter trennen können. Anfang Dezember wendeten sich die Eltern dann an die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo zunächst in zwei Terminen der Versuch eines Punkteplanes gemacht wurde. Die Situation verbesserte sich jedoch bis zu den Weihnachtsferien nicht, so dass zu Beginn des Jahres eine psychotherapeutische Behandlung begonnen wurde.

Andere Probleme habe es mit B. bis zu den geschilderten Schwierigkeiten nicht gegeben, er sei sozial immer gut integriert gewesen, in Kindergarten und Schule gut zurecht gekommen, nachmittags alleine zum Sport und zu anderen Kindern gegangen und habe weder starke Ängste noch starke Aggressionen gezeigt.

### **Anamnestische Daten**

B. ist das leibliche Kind einer 39jährigen Mutter, Hausfrau, und eines 39jährigen Vaters, Vollzeit als IT-Projektleiter tätig. B. hat eine Zwillingsschwester sowie einen 18-jährigen Halbbruder aus erster Ehe des Vaters.

Nach unproblematischer Schwangerschaft Geburt in der 34. SSW. Geburtsgewicht 2400g, postnatal keine Auffälligkeiten. Die Meilensteine der Entwicklung wurden regelgerecht erreicht.

B. besuchte vom 3. bis 6. Lebensjahr einen Regelkindergarten. Übermäßige Ängste seien nie aufgetreten, auch der Beginn des Kindergartens sowie die Einschulung seien ohne Ängste verlaufen. Zu Beginn habe B. im Kindergarten Probleme im Kontakt zu Gleichaltrigen gehabt. Er sei rau und laut, manchmal aggressiv gewesen, was sich nach dem Erkennen eines Hörproblems und anschließendem Einsetzen von Paukenröhrchen vollständig gelegt habe. Der Übergang in die Grundschule sei als „Kann-Kind“ mit 6;2 Jahren erfolgt und sei problemlos verlaufen.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

B. nimmt in der therapeutischen Situation freundlich und adäquat Kontakt zur Therapeutin auf. Im Aspekt wirkt er kindlich. In der therapeutischen Situation erscheint B. nicht ängstlich und ist begeisterungsfähig und sehr motiviert zur Mitarbeit. Seine Belastung wird deutlich, als das Thema Schulbesuch angesprochen wird. Er wirkt unglücklich über seine eigenen Reaktionen in der Schulsituation; in der therapeutischen Situation zeigen sich keine aggressiven Tendenzen.

Im CFT 1 erreicht B. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 49 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Im FBB-Angst werden Trennungsängste sowie Reizbarkeit von der Mutter als „besonders ausgeprägt“ beschrieben. Als „weitgehend ausgeprägt“ werden soziale Ängste und Leistungsängste sowie Schlafprobleme und allgemeine Anspannung genannt. Im SCAS werden die Trennungsängste von der Mutter als „immer zutreffend“, einige Aspekte sozialer bzw. Leistungsängste als „häufig zutreffend“ eingeschätzt. Die Lehrerin beschreibt im FBB-Angst Trennungsängste sowie soziale Ängste als „besonders ausgeprägt“, außerdem werden Leistungsängste als „weitgehend ausgeprägt“ benannt.

Die Kompetenzen werden von den Eltern als mittel ausgeprägt beschrieben, von der Lehrerin als nicht vorhanden.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt. Differentialdiagnostisch wird keine emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Überempfindlichkeit vergeben, da soziale Ängstlichkeit nur aus dem Bereich Schule berichtet wird und auch hier die Symptomatik vor allem seit der Trennungsangstproblematik erst aufgetreten ist. Damit ist nicht von einer lang anhaltenden oder einer bereichsübergreifenden Problematik auszugehen. Es wurde auch keine Diagnose einer oppositionellen Störung vergeben, da das oppositionelle und aggressive Verhalten ebenfalls erst seit einigen Wochen bestand.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

## **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0)

Achse II: keine (0)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: keine (0)

Achse VI: ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen  
(4)

## **Funktionelle Analyse**

Bei nicht vorhandener familiärer Belastung sowie nicht vorhandener ängstlicher Vorgeschichte ist bei B. von einer akuten Überforderung durch die schulische Situation auszugehen. Als sog. „Kann-Kind“ ist er sehr jung eingeschult worden. Nach den Herbstferien zeigten sich starke Symptome einer Trennungsangst mit Schulverweigerung, die durch besondere Situationen in der Schule jeweils verstärkt

wurden. Als Auslöser der Schulverweigerung kann die Ankündigung der Klassenaufteilung durch Abwesenheit der Lehrerin vermutet werden. Im Sinne einer Überforderungssituation zeigen sich sekundär zunehmende Aggressivität sowie starke soziale Ängste. Durch den zunehmenden Einbezug der Mutter in die schulische Situation wurde die Symptomatik im Sinne einer negativen Verstärkung weiter aufgebaut. Aktuell ist die Belastung der gesamten Familie durch die Situation sehr hoch.

### **Therapieverlauf**

B. und seine Eltern zeigten sich während der gesamten Therapie sehr motiviert und setzten besprochene Inhalte schnell und zuverlässig um.

Der Schwerpunkt der Therapie wurde auf die Trennungsängste gelegt. In der Problemliste wurde die Wiederherstellung eines regulären Schulbesuchs als wichtigstes Ziel definiert. Als weitere Ziele wurden die Wiederaufnahme des Besuchs von regelmäßigen Freizeitaktivitäten (Handball und Zirkus) sowie erneute Verabredungen mit Freunden benannt. Aufgrund der chronifizierten Schulverweigerung bzw. Verweigerung, die Schule alleine zu besuchen, wurde mit den Eltern vor Beginn der Interventionen die eventuelle Notwendigkeit eines (teil-)stationären Aufenthaltes besprochen. Da sich in der Anamnese Hinweise auf ausreichende Ressourcen zeigten, wurde zunächst ein ambulanter Behandlungsversuch begonnen.

Zu Beginn der Interventionen wurde mit den Eltern im Rahmen von Psychoedukation die Entstehung und Dynamik von Trennungsängsten besprochen. Spezifisch wurde in der Psychoedukation besprochen, dass die seit einiger Zeit bei B. auftretenden Aggressionen wahrscheinlich die Folge der großen Anspannung sei, unter der B. stünde. Es wurde besprochen, dass trotzdem eine Begrenzung bezüglich B.s Wutausbrüchen sinnvoll sei, um ihm in diesem Bereich Grenzen durch die Eltern setzen zu können, eine Bestrafung der Aggressionen jedoch ausbleiben sollte. Mit B. wurden keine psychoedukativen Interventionen durchgeführt.

Die Eltern verfügten über eine gute Einschätzung der Dynamik und der Entwicklung der Symptomatik, so dass es möglich war, die Expositionsplanung bereits in den ersten Terminen zu beginnen, um eine weitere Chronifizierung zu vermeiden. Alle Expositionsziele wurden dabei mit B. und den Eltern besprochen und mit Verträgen schriftlich vereinbart. Zunächst wurde aufgrund der guten Motivation von B. besprochen, dass in einem ersten Schritt versucht werden soll, die Nähe zur Mutter in der Schule einzuschränken. Die Mutter sollte zunächst auf dem Flur und nicht mehr mit im Klassenzimmer sitzen. Dies sollte zunächst für drei Tage bis zum nächsten

Therapietermin versucht werden. Trotz guter Motivation der ganzen Familie sowie der Schule gelang es in den ersten zwei Wochen der Therapie durch diese Pläne nicht, die Situation zu stabilisieren oder die Nähe zur Mutter in der Schule einzuschränken. Aus diesem Grund sowie aus einer zunehmenden Belastung der Mutter wurde besprochen, als letzte Möglichkeit vor der Planung einer teilstationären Aufnahme den Vater für die Expositionsübungen in der Schule einzusetzen. B. war weiterhin sehr motiviert, die vereinbarten Ziele zu erreichen und glaubte auch immer wieder fest, diese schaffen zu können. Dadurch erschien es möglich, den Vater für die Exposition einzusetzen, da dieser in die morgendliche Dynamik bisher noch wenig einbezogen war. In einem Elterngespräch wurde mit beiden Elternteilen besprochen, dass die Anmeldung in der Tagesklinik erfolgen soll, wenn es durch die Exposition mit dem Vater nicht innerhalb der nächsten Tage zu erreichen sei, dass B. für mindestens eine Stunde alleine in der Schule bleibe. Die Planung wurde auch ausführlich mit der Lehrerin besprochen, um eine möglichst hohe Wahrscheinlichkeit für ein Gelingen der Exposition am ersten Tag zu erreichen. Dem Vater wurde für die ersten Tage ein telefonisches Coaching der morgendlichen Situation durch die Therapeutin angeboten. Die Eltern benötigen dieses Angebot in der Folge nicht, es bestehen aber in den ersten 1 ½ Wochen tägliche telefonische Kontakte zur Rückmeldung und Planung des nächsten Tages. Auch mit der Lehrerin fanden in den ersten Wochen mehrere Telefonate statt.

Die ersten beiden Tage wurden von den Eltern als sehr schwierig geschildert. Der Vater musste B. zunächst jeweils gegen starken Widerstand in die Klasse bringen; sobald B.s Gegenwehr nachließ konnte der Vater jedoch ohne weitere Probleme gehen. Die Lehrerin berichtet, dass B. in den ersten zwei Tagen deutlich unter Spannung gestanden und im Unterricht teilweise geweint habe. Phasenweise hätte er sich jedoch auch beteiligt. Am ersten Tag der Exposition blieb B. freiwillig die zweite Stunde in der Schule und sein Vater konnte erneut die Schule verlassen. Am zweiten Tag blieb B. drei Stunden, an den folgenden Tagen vier Stunden in der Schule. Ab dem vierten Schultag ging B. für den jeweils kompletten Schultag in die Schule. Um die Situation nicht zu destabilisieren, wurde B. weiterhin von seinem Vater in die Schule begleitet. Während der ersten vier Wochen war die Situation morgens noch schwankend zwischen weitgehend unproblematischen und schwierigeren Tagen. Die schwierigen Tage waren dabei vor allem die Schultage, die mit dem Sportunterricht begannen. Insgesamt führten alle Unregelmäßigkeiten und Abweichungen vom normalen Schulalltag zu Schwierigkeiten für B.. Auch aus dem Unterricht berichtete die Lehrerin Schwanken zwischen unproblematischen Phasen, in denen B. sich am Unterricht beteiligte und Phasen, in denen er weinte oder sich in den anliegenden Gruppenraum zurückzog.

Nach ca. zwei Wochen wünschte B. sich, ab der Treppe im Schulgebäude alleine in die Schule zu gehen. Insgesamt stabilisierte sich die Situation deutlich, B. weinte weder morgens noch in der Schule und von den Eltern wurde berichtet, dass B.s Aggressionen zu Hause stark nachgelassen hätten. Auch ein einwöchiger Urlaub der Mutter brachte keine Destabilisierung der Situation. Während dieser Zeit erreichte B. das Ziel, zu seinen Nachmittagsterminen (Sport, Zirkus) wieder alleine zu gehen, ohne spezifische Interventionen.

Parallel mit dem Erreichen des vollständigen Schulbesuchs wurde mit den kognitiven Interventionen zur Veränderung des Selbstbildes begonnen. Mit der Familie wurde besprochen, dass Situationen aufgeschrieben oder gemalt werden sollten, in denen B. im Alltag mutig war. Da B. außer Trennungsängsten keine weiteren Ängste zeigte, verlief diese Intervention unproblematisch, da genügend mutige Situationen im Alltag gefunden werden konnten. In dieser Phase wurden von den Eltern keine aggressiven Verhaltensweisen mehr berichtet.

Da die schulische Situation sich ausreichend stabil gestaltete, wurde als nächstes Ziel, vor allem auf Wunsch der Eltern, als zusätzliches Ziel das Schlafen im eigenen Bett eingefügt. Auch für dieses Problem wurden Ziele in Form von Verträgen in den Therapiestunden festgelegt. Als Unterstützung wählte B., ein T-Shirt der Mutter mit ins Bett zu nehmen. Nach anfänglichen Schwierigkeiten konnte B. durch eine noch spezifischere Planung („was denkst Du, wenn Du wach wirst“, „was machst Du, wenn Du wach wirst“) nach weiteren zwei Wochen konstant in seinem eigenen Bett ein- und durchschlafen. Das Übergangsobjekt in Form des T-Shirts der Mutter wurde von ihm am Ende dieser Phase nicht mehr benötigt. In dieser Zeit berichteten Lehrerin und Eltern weitere Verbesserungen der Situation. So konnte B. nachmittags teilweise ohne Eltern bleiben (bei der Oma), in der Schule nahm er die anderen Kinder zunehmend besser wahr und entwickelte Kontakte sowie ein besseres und aufmerksames Leistungsverhalten. Kleinere Unsicherheiten, wie Angst vor Krankheit der Lehrerin oder das schnelle An- und Ausziehen im Sportunterricht bestanden jedoch weiterhin. Die Expositionsübungen in der Schule wurden weiter auf den Schulweg ausgeweitet, was initial und bezüglich der einzelnen Schritte vor allem auf B.s eigene Initiative und Planung zurückging. Drei Monate nach Beginn der Exposition ging B. den Schulweg alleine (bzw. mit Freunden) von zu Hause aus. Darüber hinaus schlief er kontinuierlich in seinem eigenen Bett ein und durch. Durch die zunehmenden Sozialkontakte in der Schule und die Wiederaufnahme der Freizeitaktivitäten erreichte B. das Ziel, sich mit anderen Kindern zu verabreden, ohne spezifische Interventionen. Damit konnten alle zu Beginn der Therapie vereinbarten Ziele sowie ein zusätzliches Ziel erreicht werden.

In der Stabilisierungsphase wurden die Therapieverträge nicht mehr schriftlich fixiert und es wurde keine Belohnung mehr vereinbart. Nachdem sich in der Folge der nächsten sechs Wochen keine erneute Symptomatik zeigte und B. auch nach den Osterferien wieder problemlos in die Schule ging, wurde in Absprache mit den Eltern die Therapie beendet. Als Rückfallprophylaxe wurde noch einmal gemeinsam mit B. und seiner Mutter anhand der in der Therapie eingeübten Mechanismen besprochen, wie eventuell zukünftig auftretende schwierige Situationen bewältigt werden könnten und die erreichten Erfolge wurden rekapituliert.

Die Therapie wurde im vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) durchgeführt.

Die zu Behandlungsbeginn und -ende durchgeführten Fragebögen zeigen eine deutliche Symptomverminderung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Elternurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,8; Ende Ø 0,1; SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 2,3; Ende Ø 0,3). Im Lehrerurteil zeigte sich eine vollständige Symptomreduktion der Trennungsängste (FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 2,4; Ende Ø 0,0). Bei den anderen Ängsten zeigt sich im Elternurteil auf beiden Fragebögen eine leichte Zunahme der Ängstlichkeit (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 1,0, Ende Ø 0,1; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,6, Ende Ø 0,2). Auch hier zeigt sich im Lehrerurteil eine fast vollständige Reduktion der Symptomatik (FBB-ANGST Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 1,9; Ende Ø 0,1).

Die Kompetenz nahm sowohl im Eltern- als auch im Lehrerurteil deutlich zu (Eltern Beginn Ø 1,63; Ende Ø 2,25; Lehrer Beginn Ø 0,00; Ende Ø 1,75). Von den Eltern sowie der Lehrerin wurde ein starker Anstieg von Selbständigkeit berichtet.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### 5.3.3 Fall 3

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Der 5jährige C. wird von seinen Eltern vorgestellt. Die Eltern berichten, dass vom Sozialpädiatrischen Zentrum eine Psychotherapie für C.s Trennungsängste vorgeschlagen worden sei.

C. besuche seit 2 ½ Jahren einen heilpädagogischen Kindergarten und es falle ihm nach wie vor sehr schwer, sich morgens von seiner Mutter zu trennen. Seit einigen Wochen bringe ihn der Vater in den Kindergarten, was besser funktioniere. Im häuslichen Alltag zeigten sich deutliche Ängste vor der Trennung von beiden Eltern, C. rufe, wenn die Eltern sich länger als 10 Minuten in einem anderen Raum aufhielten bzw. komme hinter ihnen hergelaufen. Selbst wenn sie sich in Sichtweite aufhielten vergewissere er sich immer wieder durch Rufen, dass jemand da sei. C. gehe auch mit, wenn seine Mutter auf die Toilette gehe. Der Vater habe durchgesetzt, dass C. ihn nicht auf die Toilette begleite, wenn er mit ihm alleine zu Hause sei. Die Mutter könne nur mit Problemen das Haus verlassen, der Vater könne es gut verlassen, wenn die Mutter zu Hause sei. Verstärkt habe sich die Belastung durch die Trennungsängste seit C. Mutter wieder arbeiten gehe (seit ca. 1 ½ Jahren). C. komme seitdem jede Nacht ins Bett der Mutter (Eltern schlafen aufgrund starken Schnarchens des Vaters getrennt), die dann nicht mehr gut schlafen könne. Die Mutter berichtet, dass sie C. eigentlich auch gerne bei sich habe und Trennungen bzw. einer stärkeren Ablösung C. von ihr durchaus ambivalent gegenüberstehe. Einerseits habe sie ihn gerne bei sich, andererseits sei die Belastung für sie und auch für die Ehe groß und sie wisse auch, dass C. selbständiger und autonomer werden müsse, um sich gut entwickeln zu können. Für C. selbst sei es auch eine Belastung, dass er nachts noch einnässe. Dies habe vor 1½ Jahren auch zu einer massiven Auseinandersetzung mit dem Kindergarten geführt. C. habe berichtet, dass er im Kindergarten wegen des Einnässens von den Erzieherinnen als „Baby“ bezeichnet werde. In den Sommerferien sei C. dann trocken geworden und habe mit Beginn des Kindergartens wieder tags und nachts eingenässt. Der Kindergarten habe auf das Ansprechen dieser Probleme durch die Mutter sehr aggressiv reagiert und seitdem sei das Verhältnis zum Kindergarten sehr angespannt.

Neben der Trennungsängstlichkeit bestehe eine starke motorische Unruhe sowie eine geringe Ausdauer. C. könne sich nur schlecht für längere Zeit konzentrieren bzw. sich schlecht alleine beschäftigen und benötige viel Aufmerksamkeit der Eltern. Alleine spiele C. nur mit dem Gameboy für eine längere Zeit. Die Verbindung der

Trennungsängste mit dem aufmerksamkeitsuchenden Verhalten führe dazu, dass der häusliche Alltag mit C. sehr anstrengend für die Eltern sei und diese kaum Zeit für sich alleine habe. Im Kindergarten dürfe sich C. dagegen immer selbst beschäftigen; er tobe dann und vermeide Spiele, für die man Ausdauer benötige. Er werde deshalb von den Erzieherinnen als „pflegeleicht“ bezeichnet. Die Eltern berichten, sich gegen die mögliche Einschulung im Sommer dieses Jahres entschieden zu haben und C. ein weiteres Jahr im Kindergarten zu lassen.

### **Anamnestische Daten**

C. ist das einzige Kind einer 38jährigen teilzeitbeschäftigten kaufmännischen Angestellten und eines 47jährigen, zur Zeit aus Krankheitsgründen nicht arbeitstätigen Informatikers. Der Vater hatte vor 1 ½ Jahren einen Herzinfarkt und musste sich einige Wochen vor Beginn der Therapie einer erneuten Herzoperation unterziehen.

In der Schwangerschaft bestand eine zunächst nicht diagnostizierte Unterversorgung mit der Folge einer Schwangerschaftsvergiftung. Geburt in der 26. SSW mit 640 g, 5 Wochen kritischer Zustand, insgesamt war C. ½ Jahr auf der Intensivstation. Die Meilensteine der Entwicklung wurden sprachlich und motorisch deutlich verzögert erreicht. Nachts nässt C. noch ein. C. besucht seit 2 ½ Jahren einen heilpädagogischen Kindergarten, wo er Logopädie und eine motopädische Therapie bekommt. Darüber hinaus bekommt C. außerhalb des Kindergartens Ergotherapie und Physiotherapie.

Medizinisch besteht eine Belastung durch viele Infekte.

C. sei als Kleinkind schon sehr unruhig gewesen und habe kein Bewusstsein für Gefahren. Er esse und trinke sehr schlecht. In der Selbständigkeitsentwicklung sei C. weit zurück. Bis zum 3. Lebensjahr habe es keine Trennungssituationen für ihn gegeben. C. sei viel krank gewesen und habe dadurch immer viel Aufmerksamkeit von seinen Eltern bekommen. Die Trennung im Kindergarten sei C. und seiner Mutter von Beginn an sehr schwer gefallen, so dass seit ½ Jahr der Vater C. in den Kindergarten bringe.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

C. zeigt sich im Erstgespräch als fröhliches, unbeschwertes und sehr unruhiges Kind. Er kann sich kaum alleine beschäftigen und fordert bereits nach wenigen Minuten die Aufmerksamkeit eines Erwachsenen. Sein Umgang mit Spielzeug beschränkt sich auf oberflächliche Explorationen und viele Wechsel; intensives Spiel zeigt er nicht. In seinem Verhalten ist C. etwas distanzlos und insgesamt sehr kindlich. Er wirkt im Aspekt deutlich jünger. Sprachlich zeigt er rezeptiv und expressiv gute Leistungen. Die

Trennung von der Mutter fällt C. in der Untersuchungssituation nicht schwer. Er verlässt ohne Probleme mit der Therapeutin den Therapieraum und begleitet diese ohne Anzeichen von Trennungsängstlichkeit in ein anderes Gebäude.

Die Mutter erscheint im Erstgespräch durch die aktuellen Probleme aber auch durch C. ganze Entwicklungsgeschichte sehr belastet und nimmt gegenüber C. eine sehr beschützende Position ein.

Im CFT 1 erreicht C. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 45 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Im FBB-ANGST, ausgefüllt durch die Mutter, werden Trennungsängste als „ein wenig „ bis „besonders ausgeprägt“ beschrieben. Die Erzieherin gibt im FBB-ANGST keine Auffälligkeiten an (die nächtliche Situation wird dabei nicht beurteilt; Items 6, 7, 9).

Durch die starke Belastung der Mutter und ihr beschützendes Verhalten gegenüber C. wurde die bestehenden Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung zunächst nicht in die Diagnostik bzw. die Diagnose aufgenommen. Eine diesbezügliche Differentialdiagnostik wurde daher für einen späteren Zeitpunkt nach Abnahme der Angstsymptomatik geplant.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt. In der Diagnose-Checkliste für Aufmerksamkeitsstörungen werden die Diagnosekriterien einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD 10: F 90.0) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

## **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10 F 93.0)

einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD 10: F 90.0)

Achse II: umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD 10: F 82)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: keine (00)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

## **Funktionelle Analyse**

Von der Mutter und der Erzieherin werden Trennungsängste geschildert, die sich vor allem im häuslichen Bereich aber auch im Kindergarten zeigen. Weiterhin verfügt C.

über eine geringe Aufmerksamkeitsspanne bei hoher Ablenkbarkeit und verminderter Anstrengungsbereitschaft. Differentialdiagnostisch lassen sich beide Störungsbilder voneinander trennen, sie verstärken sich jedoch in ihrer Symptomatik gegenseitig. Auslösend für den Beginn der Problematik kann eine starke Belastung der Familie vor 1½ Jahren vermutet werden. Zu dieser Zeit hatte der Vater einen Herzinfarkt und die Mutter begann wieder zu arbeiten. Aufrechterhaltend für die Probleme kann angesehen werden, dass C. Mutter einer Loslösung von Ihrem Kind ambivalent gegenübersteht. Sie beschützt ihn sehr gegenüber seiner Umwelt und fühlt sich durch die gesundheitliche Einschränkung des Vaters und die Auseinandersetzung mit dem Kindergarten als allein verantwortlich für C.. Durch die Frühgeburtlichkeit sowie zahlreiche Infekte und eine insgesamt instabile Gesundheit wird auch im Alltag immer wieder ein hohes Maß an Versorgung für C. notwendig, wodurch auch die allgemeine Selbständigkeitsentwicklung gehemmt wird.

### **Therapieverlauf**

Der Aufbau der Patient-Therapeut-Beziehung gelang aufgrund der impulsiv-freundlichen Art von C. schnell, die Mutter zeigte sich zu Beginn der Therapie eher vorsichtig und distanziert. Aufgrund der kurzen Aufmerksamkeitsspanne von C. wurde in den meisten Therapiestunden vor allem mit der Mutter gearbeitet. Mit C. wurden die mit der Mutter vorgeplanten Aufgaben für die kommende Woche besprochen und erfolgreich bewältigte Schritte durch zusätzliche Spielzeit und Lob verstärkt.

Der Schwerpunkt der Therapie lag zunächst auf der Verminderung der Trennungsängste. In der Problemliste wurden Schlafen im eigenen Bett, Trennung innerhalb des Hauses von 15min sowie das Verlassen des Hauses durch die Mutter definiert.

Mit der Mutter wurden zunächst im Rahmen der Psychoedukation die Entstehung und Aufrechterhaltung von Trennungsängsten besprochen. Dabei wurde vor allem die Dynamik im Zusammenhang mit den häufigen Krankheiten sowie dem Aufmerksamkeits suchenden Verhalten von C. fokussiert. Dann wurden parallel sowohl kognitive Interventionen als auch Übungen zur Kompetenzerweiterung durchgeführt. Diese betrafen sowohl das Aufmalen von Mutsituationen als auch die Erweiterung der Ausdauer und Frustrationstoleranz von C. sowie seiner Selbstständigkeit. Zusätzlich zum Punkteplan bekam C. zur Belohnung erreichter Übungsziele mehr Spielzeit in den Therapiestunden sowie Belohnungen von seinen Eltern in Form von Hundeaufkleber. Die kognitiven Interventionen wurden einige Wochen, die weiteren Interventionen für den gesamten Therapieverlauf durchgeführt. Mit der Mutter wurden parallel zu diesen

Interventionen ihre eigenen Ängste und Befürchtungen besprochen sowie Informationen über die Exposition gegeben.

Als sie sich einen Beginn der Expositionsübungen bezüglich der Ängste vorstellen konnte, wurde mit Expositionsübungen bezüglich des Schlafens im Bett der Mutter begonnen. Als erstes Ziel sollte B. nicht mehr im Bett der Mutter sondern auf einer Matratze neben dem Bett der Mutter schlafen. Innerhalb der ersten vier Wochen der Therapie konnte erreicht werden, dass C. in seinem eigenen Bett einschlieft und nur nachts ins Zimmer der Mutter kam, dann aber dort auf der Matratze neben dem Bett der Mutter schlief. Sehr schnell konnte anschließend erreicht werden, dass C. von der Mutter nachts zurückgeschickt wurde und nach sechs Wochen bereits an den freien Tagen der Mutter in seinem eigenen Bett ein- und durchschlieft. Das Ziel, dies auch an den Arbeitstagen der Mutter zu erreichen, wurde von der Mutter als nicht mehr wichtig eingestuft und nicht mehr gewünscht, so dass diesbezüglich keine Interventionen mehr durchgeführt wurden. Innerhalb dieser Zeit hatte sich das dritte Problem (Mutter kann nicht aus dem Haus gehen) ohne spezifische Interventionen verbessert. In den anschließenden vier Therapiewochen wurde besprochen, wie C. in einer Etage alleine bleiben könnte sowie erreicht, dass C. alleine zur Toilette ging.

In dieser Phase eskalierte die Kindergartensituation durch eine Episode, in der die Erzieherinnen C. , nach Aussage der Mutter, in einen Nebenraum gesperrt hätten. Anschließend berichtete die Mutter über starke Ängste von C. morgens in den Kindergarten zu gehen. Er weine jeden Morgen und habe Angst, wieder eingesperrt zu werden. Da es sich hier nicht um Trennungsängste handelte und die Gesamtsituation durch die starke emotionale Belastung der Mutter sehr schlecht einzuschätzen war, wurde der Fokus der therapeutischen Interventionen auf eine Beruhigung der Mutter sowie de-eskalierende Gespräche mit der Mutter und dem Kindergarten gelegt. In der Folgezeit wurden immer wieder beratende Gespräche mit der Mutter geführt, wie diese sich im Konflikt mit dem Kindergarten verhalten könnte. Ein Wechsel des Kindergartens war aufgrund des integrativen Status von C. nicht möglich. Die Trennungsängste der Mutter sowie ihre emotionale Belastung nahmen in dieser Phase stark zu. Die Mutter fühlte sich in diesen Situationen bedroht durch das Verhalten des Kindergartens und reagierte mit starker Abwertung bzw. deutlicher Aggression. C. zeigte sich durch Äußerungen der Mutter sowie ihr häufiges Weinen ebenfalls sehr belastet. Seine Ängste vor dem Kindergarten nahmen in dieser Phase stark zu. Darüber hinaus zeigte er beschützendes Verhalten gegenüber seiner Mutter.

In Gesprächen über ihre Ängste blockte die Mutter in dieser Phase häufig ab. Hier zeigte sich das Selbstbild der Mutter, „ich bin in der Familie die starke Person und muss alles regeln“ als Hemmnis, eigene Ängste und Schwächen zu thematisieren.

Die Interventionserfolge bezüglich der Trennungsangstsymptomatik blieben in dieser Zeit stabil. Auf Interventionsebene wurden die erreichten Erfolge immer wieder kontrolliert aber keine neuen Interventionen im Bereich Trennungsängste begonnen. Eine diesbezügliche Rückfallprophylaxe wurde in Form von Rekapitulieren erreichter Erfolge sowie Besprechen möglicher Rückfälle durchgeführt.

Im Anschluss an die Behandlung der Trennungsängste wurden in der Therapie andere für die Familie wichtige Themen behandelt. In diesem Rahmen wurden zunächst Gespräche über die Schulwahl geführt sowie die Diagnose ADHS thematisiert. Die Eltern entschieden sich schließlich für eine Regelschule mit integrativem Angebot. In dieser Zeit fanden durch eine Mutter-Kind-Kur nur wenige Therapiekontakte statt. Aufgrund der stabilen Interventionserfolge wurden zur Entlastung von C. , in Absprache mit der Familie vierwöchige Therapietermine vereinbart. Die Einschulung verlief positiv und es zeigten sich lediglich die erwarteten Probleme durch C.s noch geringe Aufmerksamkeitsspanne. Die Interventionen zur Verbesserung der Aufmerksamkeitsspanne und Frustrationstoleranz im häuslichen Rahmen wurden in dieser Zeit fortgesetzt. Auch in der Interaktion mit der Schule zeigten sich Situationen, in denen die Mutter C. durch das Verhalten anderer Kinder oder durch Verhalten anderer bedroht sah. Daraufhin wurden erneut die Ängste der Mutter thematisiert und ihr der Beginn einer eigenen Therapie vorgeschlagen. Zum Ende der Therapie wurden, auf C.s Wunsch hin, außerdem Interventionen bezüglich des weiterhin bestehenden Einnässens begonnen. Nach der Beratung durch eine Enuresis-Ambulanz konnte C. mithilfe einer Klingelhose trocken werden. Zur Stabilisierung wurde ein Nasenspray eingesetzt.

Da sich zum Ende des ersten Schulhalbjahres immer deutlichere Probleme von C. durch seine geringe Aufmerksamkeitsspanne zeigten und ein homöopathischer Medikationsversuch keine Wirkung zeigte, wurde den Eltern ein Medikationsversuch mit Methylphenidat vorgeschlagen. Nach ärztlicher Beratung wurde eine Medikation der ADHS begonnen. In Absprache mit der Familie wurde die Psychotherapie beendet, da eine Beratung und Anbindung durch die medikamentöse Therapie gegeben war und aktuell keine psychotherapeutischen Interventionen notwendig erschienen.

Die Therapie wurde im vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) durchgeführt. Außerdem fand eine abschließende Spielstunde statt. Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigen eine weitgehend unveränderte Symptomausprägung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Elternurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,3; Ende Ø 1,4; SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn

Ø 1,5; Ende Ø 1,2). Im Erzieherurteil bzw. Lehrerurteil zeigt sich bei minimalem Ausgangswert eine stabil niedrige Symptomausprägung (FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 0,0 , Ende Ø 0,0). Bei den anderen Ängsten zeigt sich im Elternurteil auf beiden Fragebögen eine Zunahme der Ängstlichkeit (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,6, Ende Ø 1,2; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,4, Ende Ø 0,8). Im Erzieher- bzw. Lehrerurteil ist die Symptomausprägung von einem niedrigen Wert (FBB-ANGST Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,2) auf einen Wert von 0 zum Ende der Therapie zurückgegangen.

Die Kompetenz verringerte sich im Verlauf der Therapie im Elternurteil (Beginn Ø 1,63, Ende Ø 1,13). Für das Erzieherurteil war, aufgrund fehlender Werte, keine Skalenbildung möglich.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

#### **5.3.4 Fall 4**

##### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Der 11;4 Jahre alte D. wird von seiner Mutter wegen Schulverweigerung vorgestellt. D. erzählt, dass er seit zwei Monaten nicht mehr in die Schule gehe. Die Mutter berichtet, dass D. bereits vor einem halben Jahr über Bauchschmerzen geklagt habe, die bei einer Untersuchung durch den Kinderarzt ohne somatischen Befund gewesen seien. Sie selbst habe im kurz darauf während eines Urlaubs einen Unfall gehabt und sei am Handgelenk operiert worden. Nach der OP sei D. mit seinem Vater in den Urlaub gefahren; die Eltern leben getrennt. Nach den Ferien habe D. dann über Bauchschmerzen geklagt und geäußert, nicht gerne in die Schule gehen zu wollen. Einen Monat später habe er bei einer Klassenfahrt nicht aus dem Auto steigen wollen, habe dann aber mit Freude daran teilgenommen. Bis vor zwei Monaten sei D. aber regelmäßig in die Schule gegangen, dann habe er sich geweigert, in die Schule zu gehen. An den darauf folgenden Tagen hätten die Eltern mehrfach versucht, D. in die Schule zu bringen, er habe sich aber geweigert, aus dem Auto zu steigen oder sei vor dem Klassenzimmer abgehauen. Die Eltern hätten daraufhin überlegt, D. vom

Gymnasium auf eine Gesamtschule umzuschulen. D. habe zwar eine klare Gymnasialempfehlung bekommen, das aktuelle Gymnasium sei jedoch sehr groß und habe sehr viele Schüler und stelle, nach Ansicht der Mutter, eventuell eine Überforderung für D. dar. Da die Gesamtschule D. nicht genommen habe, habe D. noch einige Male versucht, in die Schule zu gehen. Dies sei jedoch nur noch dreimal für jeweils eine Stunde gelungen. Die Probleme haben sich dann auf den Nachmittag ausgeweitet. D. besuche keine Freunde mehr, gehe nicht mehr zum Basketball und zum Gitarrenunterricht bzw. zu Bandproben. Die Mutter berichtet, abgesehen von der Größe der Schule, keine Ursache für die Probleme sehen zu können. In der weiteren Exploration berichtet sie, sie selbst gehe nach einer Phase von Telearbeit (2 Tage Arbeit außer Haus) wieder 5 Tage in der Woche außer Haus arbeiten. Darüber hinaus sei sie vor zwei Monaten noch einmal am Handgelenk operiert worden. D. berichtet spontan wenig über die Symptomatik. Auf die Frage nach Ursachen antwortet er „ich weiß nicht, ich kann nicht“. An den Beginn der schulischen Probleme vor zwei Monaten kann er sich nicht erinnern. Nach ausführlichem Explorationsgespräch mit D. alleine, äußert er, dass er es nicht möge, länger von zu Hause weg zu sein. Als unproblematischen Zeitraum nennt er eine Zeit von einer halben Stunde. Im ersten Gespräch verneint D. die Frage nach körperlichen Symptomen, im zweiten Termin spricht er von weichen Knien, wenn er von zu Hause weggehen soll. D. äußert, an der Situation dringend etwas verändern zu wollen.

### **Anamnestiche Daten**

D. ist das zweite Kind einer 45jährigen Mutter, halbtags als Bürofachkraft tätig und eines 46jährigen Vaters, in Vollzeit als Qualitäts- und Fertigungsspezialist tätig. D. hat einen 20jährigen Bruder sowie eine 9jährige Schwester. Die Eltern leben seit 2 Jahren getrennt, die 3 Kinder wohnen bei der Mutter. Seit 1 ½ Jahren hat die Mutter einen neuen Lebensgefährten, der seit einem halben Jahr in der Wohnung der Mutter wohnt. Der leibliche Vater hat seit einem Jahr eine neue Lebensgefährtin. Im Haus der Mutter wohnt außerdem D.s Großmutter mütterlicherseits, die an Demenz leidet.

Schwangerschaft und Geburt D.s seien komplikationslos verlaufen. Postnatal habe eine Nabelentzündung bestanden, weshalb D. 3 Wochen im Krankenhaus geblieben sei. Nach komplikationsloser Säuglings- und Kleinkindphase habe D. die Meilensteine der Entwicklung durchgängig altersgerecht erreicht. Mit 3 Jahren sei er aufgrund Plätze-Mangels zunächst in einen wohnortfernen Kindergarten gekommen, mit 4 Jahren sei der Wechsel in einen wohnortnahen Kindergarten erfolgt. D. habe bereits im Kindergarten in den ersten Monaten starke Trennungsängste gezeigt. Er habe morgens geäußert, nicht in den Kindergarten zu wollen, habe sich nach vollzogener

Trennung dort dann aber immer wohl gefühlt. Er sei im Kindergarten ansonsten gut zu Recht gekommen, es seien nie Auffälligkeiten bezüglich seines Spielverhaltens oder seines Kontaktes zu anderen Kindern bzw. den Erzieherinnen berichtet worden. D. sei immer ein freundliches und ruhiges Kind gewesen. Die Einschulung sei zeitgerecht und zunächst problemlos erfolgt. Im Herbst nach der Einschulung hätten sich erneut Trennungsängste mit Anklammern an die Mutter und Weinen bei der Trennung in der Schule gezeigt. Mit der Unterstützung der Lehrerin habe die Phase überwunden werden können, die Ängste hätten nach einigen Wochen abgenommen. In der Schule habe sich D., wie im Kindergarten, nach vollzogener Trennung und auch später immer wohl gefühlt. Seine Leistungen seien gut gewesen. Der Wechsel auf das Gymnasium sei bis zum Herbst problemlos verlaufen.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

D. zeigt sich als freundlicher, etwas zurückhaltender aber offener Junge. Er beantwortet Fragen bereitwillig und differenziert. Im Einzelkontakt wirkt er eher angepasst und bemüht, alles richtig zu machen. So reagiert er auf uneindeutige soziale Signale unsicher und mit Fragen, ob er etwas falsch gemacht habe. Bezüglich der Symptomatik ist D. sehr wenig differenziert.

Im HAWIK-III erreicht D. einen Gesamt-IQ von 118 (IQ Handlungsteil=118; IQ Verbalteil=114). In der Verhaltensbeobachtung zeigen sich keine Auffälligkeiten im Leistungsverhalten und keine Anzeichen von Leistungsängsten.

Im FBB-Angst, ausgefüllt durch die Mutter, werden Trennungsängste als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Außerdem werden Ängste im Kontakt mit Gleichaltrigen als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Die Lehrerin beschreibt ebenfalls Trennungsängste als „weitgehend ausgeprägt“. Andere Ängste werden von der Lehrerin nicht beschrieben. Auch der Patient selbst beschreibt Trennungsängste als „weitgehend ausgeprägt“. Im SCAS werden im Fremdurteil von der Mutter Trennungsangstsymptome als „immer“ bzw. „häufig“ auftretend beschrieben.

Die Kompetenzen werden im Elternurteil als mittel ausgeprägt beschrieben. Für das Lehrerurteil konnte, aufgrund fehlender Werte, kein Skalenwert berechnet werden.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

### **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10 F 93.0)

sonstige hyperkinetische Störung (Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität) (ICD 10: F 90.8)

Achse II: keine (0)

Achse III: überdurchschnittliche Intelligenz (2)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: keine (00)

Achse VI: ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen  
(4)

### **Funktionelle Analyse**

Bei einem insgesamt selbstunsicher und angepasst wirkenden Jungen zeigen sich nach Episoden von Trennungsängsten im Kindergarten und in der Grundschule erneute Trennungsängste. In der Anamnese werden von väterlicher Seite starke Ängste in der Kindheit und Jugend berichtet, so dass von einer genetischen Komponente ausgegangen werden kann. Es zeigt sich kein konkreter Auslöser für die aktuelle Angstepisode, als belastende Faktoren müssen jedoch die Trennung der Eltern, der Wechsel von einer kleinen Grundschule auf ein Gymnasium in einem großen Schulkomplex sowie die Krankenhausaufenthalte und die vermehrte außerhäusliche Arbeit der Mutter gesehen werden. Im Verlauf der Therapie zeigt sich als weiterer belastender Faktor das Vorliegen einer Aufmerksamkeitsstörung.

Die Reaktion der Eltern auf die akute Trennungsangstepisode wirken als aufrechterhaltende Faktoren. Der Vater zeigt sehr viel Verständnis für die Ängste von D. und reagiert mitleidig und beschützend. Die Reaktion der Mutter in Form des Umschulungsversuches sowie zunehmender Akzeptanz der Schulvermeidung wirken ebenfalls als aufrechterhaltende Faktoren.

### **Therapieverlauf**

Patient und Eltern waren von Beginn der Therapie sehr motiviert und arbeiteten aktiv und zuverlässig mit. D. wurde in der therapeutischen Situation zunehmend sicherer und offener.

Im Rahmen der Anamnese wurden die folgenden Probleme bzw. Ziele definiert: regulärer Schulbesuch, Besuch von Freunden am Nachmittag, Teilnahme an Bandproben und Gitarrenunterricht.

Zunächst wurde mit den Eltern das Störungskonzept erarbeitet. Anschließend wurden vor allem die Auswirkung von Vermeidung sowie der typische Verlauf der Symptomatik (Beginn der Probleme in der Schule und zunehmender Ausweitung auch auf den häuslichen bzw. Freizeitbereich) besprochen. Aufgrund der langen Chronifizierung der

Schulverweigerung wurde im Anschluss direkt der Beginn der Expositionsübungen vorbereitet. Dafür wurden die Eltern und D. über das Expositions-konzept informiert. Nach Absprache mit der Schule wurde ein langsamer Aufbau der Schulstunden geplant. Die jeweiligen Übungen wurden in Form von Verträgen besprochen und festgehalten. Diese Planung wurde durch die hohe Eigenmotivation des Patienten sowie die gute Kooperation von Eltern und Schule unterstützt und verlief ohne Rückfälle kontinuierlich bis zum vollen Schulbesuch. Parallel wurde versucht, kognitiv am Selbstkonzept des Patienten zu arbeiten. D. war jedoch für die Sammlung von Mutsituationen nicht gut zu motivieren, so dass diese Intervention nicht durchgeführt werden konnte. In der Expositionsplanung und Durchführung zeigte sich D. durchgängig sehr motiviert und selbständig, so dass eine Vereinbarung von Belohnungen kaum benötigt wurde und auch die Planung schnell vom Patienten selbst übernommen und teilweise zu Hause schon vorbereitet wurde. Nach 15 Therapiestunden konnte der reguläre Schulbesuch wieder erreicht werden. In den folgenden zwei Monaten bis zu den Sommerferien konnte der Schulbesuch ohne Rückfälle ausreichend stabilisiert werden. Während dieser Phase wurden parallel stark ansteigende Ängste bei Trennungen von seinem Vater berichtet (Eltern geschieden, D. in unregelmäßigen, jederzeit möglichen Besuchskontakten, bis dahin unkompliziert verlaufen). Diese Ängste zeigten sich vor allem, wenn der Vater D. nach Hause brachte und führten zu eskalierenden Situationen, in denen D. sich weigerte, aus dem Auto zu steigen oder dem Auto hinterher lief. In der Anamnese zeigten sich keine Ursachen in der Beziehung zu seiner Mutter und deren Lebensgefährten. Es zeigte sich aber, dass sich der Vater im Rahmen der Trennung der Eltern sehr stark für einen verständnisvollen, auf D. eingehenden Erziehungsstil verantwortlich fühlte, da er die Mutter im Umgang mit D. und seinen Ängsten als zu hart erlebte. Parallel zu der Aufnahme von Expositionsübungen in diesem Bereich wurde der Vater in Einzelgesprächen in seinen eigenen Ängsten soweit stabilisiert, dass er D. in den Expositionsübungen ausreichend unterstützen konnte. Therapeutisch wurden die Trennungssituationen mit Vater und D. in Form von Verträgen genau geplant, um beiden Sicherheit über Handlungen und Situationsgestaltung zu geben; darüber hinaus konnten für beide, durch „Notfallvereinbarungen“ wie tägliche Telefonzeiten, die Trennungssituationen leichter gemacht werden. Der Vater musste auch während dieses Prozesses in seinen eigenen Sorgen und Ängsten um D. immer wieder in Einzelgesprächen gestützt und bestärkt werden. Diese Symptomatik konnte bis zu den Sommerferien deutlich vermindert werden, in der Folgezeit baute sich auch die bestehende Unsicherheit in Trennungssituationen bei Vater und D. vollständig ab, so

dass die volle Flexibilität in den gegenseitigen Besuchskontakten wieder erreicht wurde.

Für die beiden Teilziele zwei und drei: Besuch von Freunden und Teilnahme am Gitarrenunterricht am Nachmittag verlief der Symptomrückgang etwas verzögert mit Rückgang der schulischen Belastungssituation. Hier war eine begleitende und an manchen Punkten initialisierende therapeutische Unterstützung ausreichend. Die beiden weiteren Teilziele waren nach 18 Therapiestunden erreicht. Im Rahmen der Stabilisierungsphase zeigten sich keine weiteren Trennungängste. Es wurde eine Rückfallprophylaxe durchgeführt, in deren Rahmen die erreichten Ziele rekapituliert und Möglichkeiten zum selbständigen Umgang mit zukünftigen Problemen besprochen wurden.

In der Stabilisierungsphase der schulischen Interventionen wurde, bedingt durch die lange Fehlzeit, therapeutisch das Einholen eines differenzierten Leistungsbildes und Notenstandes initiiert. In diesem Rahmen wurden von der Schule starke Aufmerksamkeitsprobleme berichtet. Daraufhin berichtete auch die Mutter, dass es bereits in der Grundschule starke Aufmerksamkeitsprobleme gegeben habe und es auch im häuslichen Rahmen große Probleme in den Bereichen Ordnung und Selbstorganisation gebe. Diese Schwierigkeiten seien jedoch vor dem Hintergrund der Schulverweigerung völlig in den Hintergrund getreten und auch nicht mehr so wichtig erschienen, so dass sie sie auch nicht erwähnt habe. Durch eine differenzierte Anamnese der Lehrer und der Eltern wurde die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität gestellt. In der Folge fanden weitere 14 Kontakte statt, in denen Interventionen im Bereich ADHS durchgeführt wurden. In diesem Rahmen wurde D. medikamentös eingestellt und es wurden Möglichkeiten zur Konzentrationsverbesserung in der Schule und bei den Hausaufgaben besprochen. Dabei zeigte sich von der Seite der Schule eine zunehmend negativere Einstellung gegenüber D. ,so, dass von den Eltern ein Wechsel auf ein anderes Gymnasium initiiert wurde. Hier zeigte sich die Integration von D. als problemlos und die Lehrer zeigten sich offener gegenüber schulischen Interventionen gegenüber D.s Konzentrationsproblemen in der Schule (z. B. Kontrolle von Hausaufgaben, Abzeichnen eines Hausaufgabenheftes usw.).

Insgesamt wurde die Therapie in 39 Kontakten durchgeführt. Zusätzlich zum vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) wurden weitere 20 Kontakte durchgeführt, von denen 14 Kontakte auf therapeutische Interventionen für die während der Therapie gestellte Diagnose ADHS verwendet wurden.

Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigen eine Symptomverminderung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Fremdurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 0,7; Ende Ø 0,5; SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,5; Ende Ø 1,2). Im Lehrerurteil zeigt sich eine deutliche Abnahme der Trennungsängste (FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 0,8, Ende Ø 0,2). Im Gesamtscore der anderen Ängste zeigt sich keine Veränderungen im FBB-Angst (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,5, Ende Ø 0,5) oder im SCAS (SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,5, Ende Ø 0,5). Bei einer leichten Abnahme der Trennungsängste (s.o.) ist das Bewusstsein der Eltern für die Unsicherheiten D.s im Verlauf der Therapie sensibilisiert worden, so dass sie am Ende der Therapie leichte soziale Ängste angaben.

Die Kompetenz zeigte im Eltern- sowie im Lehrerurteil eine minimale Abnahme (Eltern, FBB-Angst Kompetenzskala Beginn Ø 1,75, Ende Ø 1,63; Lehrer FBB-Angst Kompetenzskala Beginn Ø 1,75, Ende Ø 1,5). Im Lehrerurteil konnte aufgrund fehlender Werte keine Skala gebildet werden.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### **5.3.5 Fall 5**

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Die Eltern stellen den 5jährigen E. auf den Zeitungsartikel (Kap 4.2.2) hin vor. Sie berichten, dass E. Schwierigkeiten habe, in den Kindergarten zu gehen. Er habe morgens Angst, sich von seinen Eltern zu trennen und schaffe dies auch in anderen Situationen nicht. Selbst wenn ein Elternteil nur vor dem Haus den Müll wegbringe und E. alleine im Haus sei, müsse er an der Tür stehen. Ohne Sichtkontakt zu einem Elternteil verliere er die Nerven, selbst innerhalb des Hauses rufe er dann immer wieder nach seinen Eltern. Ganz schlimm sei die Situation im gerade vergangenen Skiurlaub gewesen, weshalb die Eltern nun auch etwas unternehmen wollten. Seit dieser Zeit sei E. auch zunehmend jähzorniger und häufiger wütend. Zu Hause schimpfe er viel und schlage die Türen zu, was er vorher nie gemacht habe. Es stehe außerdem die Frage der Einschulung als sog. „Kann-Kind“ an und die Eltern wüssten

nicht, ob sie E. einschulen sollten oder nicht. E. selbst kann sich nicht zu seinen Ängsten äußern, gibt aber an, es nicht gerne zu haben, „wenn Mama und Papa weg sind“.

### **Anamnestiche Daten**

E. ist das einzige Kind einer 36jährigen Mutter und eines 49jährigen Vaters, beide bei der Polizei tätig. E. hat eine 11jährige Schwester.

Nach unproblematischer Schwangerschaft Geburt per sectio in der 40. SSW. Geburtsgewicht 3780g, postnatal bestanden keine Auffälligkeiten. Die Meilensteine der Entwicklung wurden regelgerecht erreicht.

Die Eltern berichten, dass ihnen E. Ängstlichkeit nie aufgefallen sei. Sie hätten sein Verhalten mehr im Sinne einer Zurückhaltung interpretiert und da sein Verhalten im familiären Rahmen völlig normal sei, hätten sie E.s Vorsicht gegenüber Neuem oder Fremden eher als einen Gewinn an Sicherheit gesehen. Die Ängste vor Trennungen bestünden, wie die Schüchternheit, immer schon, aber auch dies hätten sie nicht als besonders auffällig eingestuft. Der Besuch des Kindergartens sei teilweise schwierig gewesen aber E. sei schließlich immer dort geblieben. Auffällig seien die Ängste vor Trennungen für sie im Skiurlaub geworden, wo E. sich geweigert habe, in den Skikindergarten zu gehen und am ersten Tag weinend hätte von ihnen abgeholt werden müssen. Daraufhin habe sich die Situation auch zu Hause weiter zugespitzt. Der Vater berichtet, Ängste dieser Art aus seiner Kindheit zu kennen.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

E. nimmt in der therapeutischen Situation zunächst kaum Kontakt zur Therapeutin auf. Er wirkt sehr ängstlich und zurückhaltend, so dass selbst ein Augenkontakt kaum stattfindet. Er hört aber gut zu und beantwortet Fragen der Therapeutin zu seiner Angst mit Nicken oder Kopfschütteln. Eine Trennung von den Eltern ist im Rahmen des Erstkontaktes nicht möglich.

Im CFT 1 erreicht E. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 50 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Im FBB-Angst werden Trennungsängste sowie soziale Ängste von der Mutter als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Im SCAS werden die Trennungsängste von der Mutter als „immer zutreffend“, die sozialen Ängste als „manchmal zutreffend“ eingeschätzt. Die Lehrerin beschreibt im FBB-Angst die sozialen Ängste als „ein wenig bis besonders ausgeprägt“, die Trennungsängste als „ein wenig bis weitgehend ausgeprägt“.

Die Kompetenzen werden im FBB von den Eltern und vom Kindergarten als eher niedrig angegeben.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) sowie die Kriterien einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2) erfüllt. Die Diagnose einer oppositionellen Störung wird nicht gestellt, da die Symptomatik erst seit kurzer Zeit besteht.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

### **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0)

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2)

Achse II: keine (0)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: keine (0)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

### **Funktionelle Analyse**

Bei einer vermuteten genetischen Veranlagung zu Ängsten (vom Vater berichtete Ängste in seiner Kindheit) ist bei E. von einem insgesamt ängstlichen und gehemmten emotionalen und kognitiven Verhaltensstil auszugehen. Neben Trennungsängsten zeigen sich auch deutliche soziale Ängste, sowohl gegenüber Erwachsenen als auch gegenüber Kindern. Da der ängstliche und vorsichtige Verhaltensstil von den Eltern bis zur aktuellen Situation eher als positiv bewertet wurde, ist neben der Veranlagung auch von einem geübten und verstärkten Verhaltensmuster auszugehen. Es sind, außer der Kindergartensituation, keine Situationen bekannt, in denen E. bisher geübt hat, seine Ängste zu überwinden bzw. in denen er lernen konnte, mit seinen Ängsten umzugehen.

### **Therapieverlauf**

Obwohl E. bis zum Ende der Therapie in den Therapiesituationen wenig sprach, zeigte er eine aktive Beteiligung und führte alle in der Therapie besprochenen Übungen zu Hause durch; teilweise erinnerte er sogar seine Eltern an die Aufgaben. Die Eltern waren zunächst nur bedingt kooperativ und führten die besprochenen Interventionen

nicht kontinuierlich und wie besprochen durch. Durch E.s Motivation und die ersten Erfolge stieg dann jedoch auch bei den Eltern die Motivation, so dass die Interventionen nach einigen Stunden von den Eltern getragen wurden. Ihre Unterstützung für E. blieb dabei jedoch eher schwankend und nahm nach Erreichen der ersten Ziele auch wieder deutlich ab.

Vor dem Beginn der therapeutischen Interventionen fand eine Beratung der Eltern hinsichtlich der Frage eines möglichen Schulwechsels statt. Den Eltern wurde empfohlen, E. aufgrund seiner Ängste noch ein weiteres Jahr im Kindergarten zu lassen, was von den Eltern auch so entschieden wurde. Der Schwerpunkt der anschließenden therapeutischen Interventionen wurde auf die Trennungsängste gelegt. Die in der Anamnese entwickelte Problemliste wurden die folgenden Ziele abgeleitet: alleine 30 min zu Hause bleiben, ein anderes Kind besuchen, ohne Frage-Antwort-Ritual aus dem Auto in den Kindergarten gehen.

Mit den Eltern wurde zunächst eine ausführliche Psychoedukation durchgeführt, in der die Entstehung und Dynamik von Trennungsängsten aber auch anderen Ängsten besprochen wurde. Aufgrund der geringen Problemwahrnehmung der Eltern wurde versucht, neben den aktuellen Folgen der Ängste auch mögliche mittel- und langfristige Folgen und Probleme deutlich zu machen. Trotz Aufgreifens dieses Themas in Gesprächen mit den Eltern konnte im Verlauf der Therapie keine realistische Einschätzung bezüglich der Ängste von E. und der damit verbundenen Handlungsbeschränkungen erreicht werden. Mit E. wurden keine gesonderten psychoedukativen Interventionen durchgeführt.

Mit E. wurden zu Beginn der Therapie kognitive Interventionen in Form einer wöchentlichen Sammlung von Mutsituationen durchgeführt. Während E. hier sehr motiviert war, war die Unterstützung der Eltern bei der Beobachtung der Woche auf mutige Situationen hin eher gering und schwankend.

Nach der Vorbereitung der Exposition durch Erläuterung des Übungskonzeptes wurden mit Hilfe des Vertrages zunächst Aufgaben geplant, bei denen E. alleine zu Hause blieb, während sein Vater zum Briefkasten oder der Mülltonne vor dem Haus ging. Anschließend folgten Übungen bei denen der Vater bis zu 15 Minuten für einen Spaziergang das Haus verließ. Am Ende wurde das von den Eltern gesteckte Ziel, für ca. eine halbe Stunde gemeinsam das Haus zu verlassen (zu Fuß oder mit dem Auto wegzufahren) erreicht. In einer letzten Übungsphase wurde es auch möglich, dies spontan anzukündigen, ohne dass E. Anzeichen von Angst zeigte.

Im Verlauf der Interventionen zeigte sich ein spontanes Erreichen des Ziels, aus dem Auto heraus in den Kindergarten zu gehen, ohne dass hier gesonderte Interventionen notwendig wurden. Für das zweite Ziel, andere Kinder zu besuchen, wurden durch die

Konfundierung mit den sozialen Ängsten zunächst keine Übungen geplant. Zunächst wurde hier mit den Eltern besprochen, dass eine therapeutische Arbeit an den sozialen Ängsten von E. für das Erreichen dieses Ziels notwendig wäre. Interventionen in diesem Bereich seien außerdem im Hinblick auf die im Sommer erfolgende Einschulung als sehr wichtig einzuschätzen. Aufgrund des geringer gewordenen Leidensdrucks zeigten die Eltern wenig Bereitschaft, systematisch in Form von Expositionsübungen an diesem Problem zu arbeiten. Durch eine stärkere Unterstützung der Eltern bei der Verarbeitungsplanung konnte das zweite Ziel jedoch erreicht werden. Die Ängste bezüglich des Kontaktes zu wenig vertrauten oder völlig fremden Kindern und Erwachsenen konnten aufgrund der mangelnden Motivation der Eltern dagegen nicht durch Interventionen geübt werden.

Parallel zu den Gesprächen mit den Eltern bezüglich der sozialen Ängste wurden mit E. einzelne Interventionen im Bereich Kompetenzaufbau durchgeführt. Dabei standen besonders die Morgen- und Abendsituation hinsichtlich Hygiene und An- und Ausziehen im Vordergrund. Hier konnte bei E. eine Zunahme von Selbständigkeit erreicht werden.

Die im Rahmen der Trennungsängste erreichten Ziele blieben in dieser Phase stabil. Zum Abschluss der Therapie wurden mit E. und seinen Eltern die erreichten Ziele rekapituliert und Handlungsmöglichkeiten für mögliche zukünftige Angstsituationen besprochen.

Mit Ausnahme der Anamnese fanden keine Interventionen im Kindergarten statt.

Insgesamt wurde die Therapie im vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) durchgeführt.

Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigten eine deutliche Symptomverminderung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Elternurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,3; Ende Ø 0,2; SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,8; Ende Ø 0,8). Das Erzieherurteil lag aufgrund einer hohen Anzahl fehlender Items nur für die Eingangsdiagnostik vor (FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,0). Bei den anderen Ängsten zeigte sich im Elternurteil auf beiden Fragebögen eine leichte Zunahme der Ängstlichkeit (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,7, Ende Ø 1,0; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,3, Ende Ø 0,4). Auch hier lag für das Erzieherurteil leider nur der Wert der Eingangsdiagnostik vor (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 1,2).

Bezüglich der komorbiden sozialen Ängstlichkeit zeigte sich eine leichte Symptomzunahme im Elternurteil auf beiden Fragebogenverfahren (Mutter FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 1,6; Ende Ø 1,7; SCAS Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 0,8; Ende Ø 1,2) Das Erzieherurteil lag auch für diese Skala nicht vor.

Obwohl sich minimale Veränderungen in E. Verhalten zeigten, konnte auch im therapeutischen Eindruck keine deutliche Zunahme von Sicherheit im sozialen Kontakt, selbst zur vertrauten Person der Therapeutin, festgestellt werden.

Die Kompetenz, eingeschätzt über die Kompetenzskala des FBB-Angst zeigte eine minimale Zunahme, blieb insgesamt jedoch auf einem niedrigen Niveau (Mutter FBB-Angst Kompetenzskala Beginn Ø 1,25; Ende Ø 1,38). Im Erzieherurteil zeigte sich hier eine minimale Abnahme bei ebenfalls insgesamt eher niedrig eingeschätzter Kompetenz (Erzieher FBB-Angst Kompetenzskala Beginn Ø 1,75; Ende Ø 1,25).

Im Erzieherurteil lag ein Wechsel des Beurteilers von Erzieherin zu Lehrerin vor.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### **5.3.6 Fall 6**

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Der 7;4jährige F. wird von seiner Mutter auf den Zeitungsartikel (Kap 4.2.2) hin vorgestellt. Die Mutter berichtet von Trennungsängsten sowie von Ängsten vor sozialen und neuen Situationen. Im Alltag dominierten zur Zeit die Trennungsängste, die sich vor allem darauf bezögen, die Mutter weggehen zu lassen. F. besuche die 1. Klasse einer Regelgrundschule; die Mutter müsse jeden Morgen mit in die Klasse gehen und auch dann falle F. die Trennung schwer, wobei er sich nach der Trennung in der Schule wohl fühle. Auch beim Turnen müsse die Mutter mit dabei bleiben. Nachmittags spiele F. gerne mit anderen Kindern, tue dies aber nur zu Hause, andere Kinder besuchen wolle er nicht. F. selbst berichtet, dass er Angst habe, wenn die Mutter weggehe, wobei er diesbezüglich keine konkreten Befürchtungen äußern kann. Zum Zeitpunkt der Vorstellung haben Mutter und Patient über einen Stufenplan für die Schulsituation bereits erreicht, dass die Mutter nicht mehr bis in die Klasse mitgehen muss. Deutlich sei aber ein Ansteigen der Probleme nach Ferien, Krankheitsphasen oder Wochenenden. Keine Angst habe F. davor, alleine zu Hause zu bleiben. Neben den Trennungsängsten bestünden auch Ängste im Kontakt zu fremden Erwachsenen. So vermeide F. es z. B. einkaufen zu gehen, aus Angst jemanden nach etwas fragen zu müssen. Nur bei Dingen, die ihm sehr wichtig seien, z. B. beim Kauf von Spielzeug,

überwinde er seine Angst. Im Kontakt zu Gleichaltrigen sei F. nicht ängstlich. In der Schule habe F. vor allem Kontakt zu einem Jungen, an den anderen Kindern zeige er eher wenig Interesse. In einem Karateverein, den er seit kurzen besuche, komme er gut zurecht. Insgesamt sei F. immer schon ein Kind gewesen, das sich in neuen oder ihn überfordernden Situationen eher zurückziehe und mehr Zeit benötige, um sich in Situationen oder gegenüber Menschen sicher und entspannt zu fühlen.

Die Mutter benennt als Ziel den Abbau der Trennungsängste sowie der Unsicherheit gegenüber fremden Erwachsenen, da F. durch sie in seinem normalen Alltag und in seiner Entwicklung zunehmend eingeschränkt sei. F. selbst wünscht sich, keine Angst mehr zu haben, „wenn Mama weggeht“.

Von der Lehrerin werden sehr starke soziale Ängste auch gegenüber den Kindern in der Schule berichtet.

### **Anamnestische Daten**

F. ist das einzige Kind einer 40jährigen Mutter, kaufmännische Angestellte in Teilzeitbeschäftigung. Der Vater beging 2002 Suizid. Der Vater war 1987 aus Polen gekommen, aufgrund einer zunehmenden psychischen Erkrankung, die die Mutter des Patienten als Depression beschreibt, lebten die Eltern bereits vor F.s Geburt in getrennten Wohnungen. Ein erstes Kind hatte die Mutter in der 24. SSW verloren, womit der Vater, nach Aussage der Mutter, nie zurechtgekommen sei. Der Vater habe F. zunächst sehr unregelmäßig besucht, da er durch seine Krankheit immer wieder sehr eingeschränkt gewesen sei. Der Kontakt zwischen F. und seinem Vater sei immer gut gewesen, die Mutter beschreibt den Vater als jemanden, der sehr gut mit Kindern umgehen können und der viel Blödsinn mit K. gemacht habe. Daran erinnere sich K. auch noch. Darüber hinaus wisse er nur, dass sein Vater krank gewesen sei, wobei er langsam beginne, differenziertere Fragen zu stellen. Die Mutter des Patienten hatte nach dem Tod ihres Mannes keine andere Beziehung. In der Familienanamnese berichtet die Mutter, dass der Vater ihres Mannes Alkoholiker gewesen sei und die Mutter eine Psychose gehabt habe.

Nach unproblematischer Schwangerschaft wegen Versorgungsproblemen des Fötus Geburt in der 28. SSW per sectio. Das Geburtsgewicht lag bei 980g, postnatale Komplikationen haben durch eine Herzschwäche (künstliche Beatmung) sowie durch die Operation eines Leistenbruchs bestanden. Insgesamt gab es nach der Geburt einen dreimonatigen Krankenhausaufenthalt. Die Meilensteine der Entwicklung wurden sprachlich zeitgerecht, motorisch verspätet erreicht. F. bekommt seit dem ersten Lebenstag durchgängig Physiotherapie. Die Sauberkeitsentwicklung war zum Ende des 3. Lebensjahres vollständig abgeschlossen.

Trennungsängste habe F. mit 2 Jahren gehabt, als die Mutter wieder begonnen habe zu arbeiten und er bei einer Tagesmutter bleiben musste. F. habe mehrere Monate bei der Trennung sehr geweint, sich anschließend aber immer wieder sehr schnell beruhigt. Im Kindergarten habe es keine Trennungsängste gegeben, es sei jedoch immer schon aufgefallen, dass F. in unbekannten Situationen oder gegenüber unbekanntem Erwachsenen mehr Zeit benötige, um Vertrauen und Sicherheit aufzubauen. Mit Kindern sei F. dagegen immer gut ausgekommen. Die Trennungsängste hätten dann beim Eintritt in die Grundschule begonnen.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

F. zeigt sich im Erstgespräch als freundlicher, etwas zurückhaltender aber insgesamt offener Junge. Er beantwortet Fragen im Gespräch eher kurz aber inhaltlich präzise und formal angemessen. Auch beim Spielen ist er zunächst zurückhaltend. In den folgenden Terminen zeigt er in Spielsituationen bei Unterlegenheit immer wieder überschießende, wilde Reaktionen, die sich jedoch immer nur auf seine Spielweise beziehen und sich nicht gegen die Therapeutin richten.

Im CFT 1 erreicht F. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 52 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Aufgrund anamnestischer Hinweise wurde eine Lese-Rechtschreib-Diagnostik durchgeführt. Im Salzburger Lesetest (aus Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (SLRT)) zeigen sich in allen drei Testteilen Lesefehler über dem kritischen Wert. Die Lesezeit liegt bei Prozenträngen bei 1, 1 und 3 für die einzelnen Leseteile. Im Weingartener Grundwortschatz-Rechtschreibtest für 1. und 2. Klassen (WRT 1+) erreicht Jonas ein durchschnittliches Ergebnis mit einem T-Wert von 46.

Im FBB-Angst, ausgefüllt durch die Mutter, werden Trennungsängste, soziale Ängste sowie Leistungsängste als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Im SCAS werden im Fremdurteil von der Mutter Trennungsängste, soziale und Leistungsängste als häufig zutreffend angegeben. Im Fremdurteil (FBB-Angst) gibt die Lehrerin übereinstimmend Trennungsängste, soziale und Leistungsängste an.

Die Kompetenzen, erfasst durch die FBB-Angst Kompetenzskala, werden von der Mutter als niedrig, von der Lehrerin als mittel ausgeprägt beschrieben.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt. Darüber hinaus werden die Diagnosekriterien einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2 G) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

## **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0)

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2 G)

Achse II: umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (ICD 10: F 82)

Lese- und Rechtschreibstörung (ICD 10: F 81.0)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: abweichende Elternsituation (5.1)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

## **Funktionelle Analyse**

Bei einem insgesamt zurückhaltenden, introvertierten Verhaltensstil bestanden immer schon Unsicherheit und Schüchternheit im Umgang mit fremden Erwachsenen und in unbekanntem Situationen sowie, nach Aussage der Lehrerin, gegenüber fremden Kindern. Als altersangemessen einzuschätzende Trennungsängste bestanden im Alter von 2 Jahren bei beruflich bedingter Trennung von der Mutter. Eine akute Belastung als Auslöser der aktuellen Trennungsangstsymptomatik wird nicht angegeben. Als ursächlich für den Beginn der Trennungsängste kann die allgemeine Belastung durch den Schuleintritt vermutet werden. Darüber hinaus kann die, im Verlauf der Therapie diagnostizierte Lese- und Rechtschreibstörung als weiterer Belastungsfaktor eingeschätzt werden. Die, durch die Lebensumstände bedingte, enge Mutter-Kind-Beziehung könnte zusätzlich die allgemeine Selbständigkeitsentwicklung hemmen. Ein direkter Zusammenhang des Todes des Vaters mit dem Auftreten der Trennungsängsten des Patienten erscheint nicht gegeben, da die Trennungsängste erst deutlich später mit Beginn der Schulzeit eingetreten sind und die Bindung an den Vater durch die unregelmäßigen Kontakte und die getrennten Wohnorte auch als eher schwach geschildert wird.

## **Therapieverlauf**

F. zeigte sich zu Beginn der Therapie zurückhaltend, schüchtern und ängstlich. Er sprach wenig, nahm die therapeutischen Interventionen aber durchgängig gut an, so dass der Beziehungsaufbau insgesamt gut gelang. Dies zeigte sich auch zunehmend in den Spielzeiten sowie im therapeutischen Setting an sicherer werdendem Verhalten sowie beginnender Eigeninitiative. Zwischen der 13. und 14. Therapiestunde veränderte sich F.s Gesamtverhalten wesentlich; anschließend zeigte sich F. sehr

sprechfreudig, ausgelassen, gelöst und fröhlich. Diese, auch in allen anderen Lebensbereichen auftretende Veränderung blieb bis zum Ende der Therapie stabil. Die Mutter war von Beginn an sehr motiviert und arbeitete kontinuierlich und zuverlässig mit.

Im Rahmen der Anamnese wurden die folgenden Ziele für die Therapie vereinbart: vor der Schule Trennung von der Mutter am Auto, Einladungen von Freunden annehmen und sich verabreden, Übernachtungen außerhalb.

Zunächst wurde mit der Mutter im Rahmen der Psychoedukation ein Störungsmodell entwickelt und Informationen zu Ängsten vermittelt. Anschließend wurde die Dynamik und Aufrechterhaltung von Trennungsängsten besprochen. Mit F. wurden, außer der Vermittlung des Übungskonzeptes keine psychoedukativen Inhalte besprochen. Mit ihm wurden ab der ersten Stunde kognitive Interventionen in Form von Mutprotokollen während der Woche durchgeführt. Aufgrund des niedrigen Selbstwertes und der insgesamt hohen Unsicherheit bei F. sowie der kontinuierlichen hohen Motivation wurde diese Intervention bis zum Ende der Therapie von der Familie durchgeführt.

Anschließend erfolgte die Information über das Expositions-konzept. Mit der Durchführung von Verträgen konnten, auf der Basis der durch die Familie geleisteten Vorarbeit in der Schulsituation, die Trennungsängste in der Morgensituation in den ersten 7 Therapiestunden abgebaut werden. Darüber hinaus gelang es F. in dieser Zeit, einen Freund zu besuchen. Die dritte, zu Beginn der Therapie definierte Aufgabe, bei jemandem zu übernachten, wurde aufgrund mangelnder Möglichkeiten zunächst zurückgestellt.

In der Folge lag der Fokus der Therapie neben der Stabilisierung der erzielten Therapieerfolge auf einem allgemeinen Aufbau von Sicherheit und dem Abbau sozialer Ängste. In diesem Rahmen wurden in den Therapiesitzungen anhand von Verträgen Expositionen geplant, die sich vor allem auf Einkaufen bezogen. Diese wurden anhand einer Angsthierarchie zunehmend gesteigert, die zu Beginn geübten „Geschäfte“ konnten gut gefestigt und die geübten Fertigkeiten in den Alltag übernommen werden. Die Fortschritte bezüglich der Ängste verliefen kontinuierlich, allerdings zeigten sich im Verhalten F.s zwischen der 10. und 12. Therapiesitzungen zunehmend „verstocktes“ Verhalten sowie eine abnehmende Mitarbeit an den Expositionsplanungen. Daher wurde der therapeutische Prozess für eine Stunde zurückgestellt und die geschilderten Probleme auf der Metaebene mit F. und seiner Mutter thematisiert. Dabei stellte sich heraus, dass F. sich im Alltag um viele Dinge Sorgen machte und dies durch häufiges Nachfragen bei seiner Mutter zu kompensieren versuchte. Da diese Verhaltensweisen lange bestanden, wurden sie weder von F. noch von seiner Mutter als etwas Besonderes oder Problematisches empfunden. Nach einer diagnostischen Klärung

und inhaltlichen Einordnung wurden für mehrere Alltagssituationen Fragestopps besprochen bzw. festgelegt, wie viele Frage-Antwort-Zyklen zur Beruhigung unbedingt notwendig wären. Bis zum nächsten Kontakt wurde von der Mutter eine massive Verhaltensänderung bei F. berichtet. Dieser sei seit der letzten Therapiestunde sehr locker, frage kaum noch Sicherheitsfragen, erledige die Expositionsübungen freiwillig weit über das geplante Maß hinaus und spreche wie ein Wasserfall. Dieses Verhalten stabilisierte sich in der Folgezeit und zeigte sich in allen Lebensbereichen, was auch von Seiten Dritter (Lehrerin, Großeltern, Nachbarn) wiederholt gegenüber der Mutter angesprochen wurde. F. selbst erzählte, dass „es ist jetzt alles leichter“. Dies nutzte K. zur selbständigen und rasanten Fortführung von Expositionsübungen, so dass nach kurzer Zeit keine der anfangs beschriebenen Symptome mehr berichtet wurden. Die allgemeine Unsicherheit hatte ebenfalls so weit nachgelassen, dass F. selbst vor großen und seltenen Ereignissen kaum noch Fragen stellte und fast unvorbereitet in diese Situationen hineinging. Von der Mutter wurde ebenfalls berichtet, dass F. durch sein verändertes Verhalten in der Klasse bedeutend besser integriert sei, z.B. morgens meist schon mehrere Kinder am Schultor auf ihn warteten. Die Fortschritte wurden von F. und seiner Mutter differenziert reflektiert, so dass nach einer abschließenden Stabilisierungsphase von 7 weiteren Kontakten die Therapie abgeschlossen wurde. In den letzten Kontakten wurde eine ausführliche Rückfallprophylaxe durchgeführt, in der die erreichten Veränderungen reflektiert und eventuelle zukünftige schwierige Situationen besprochen wurden. Es wurde auch überlegt, ob und wie das zurückgestellte Ziel der Übernachtung außerhalb des zu Hause umgesetzt werden könnte und wie dieses Ziel grob geplant werden könnte.

Neben der Arbeit an den Therapiezielen wurde eine Beratung bezüglich der bei der Diagnostik offensichtlich gewordenen Lesestörung durchgeführt. Nachdem die Mutter diese auch in der Schule angesprochen hatte, wo diese bis zu diesem Zeitpunkt nicht bemerkt worden war, entstand der Verdacht einer starken Unterstützung durch F.s Sitznachbar. Ab dieser Zeit übte F. täglich mit seiner Mutter zu Hause und nahm in der Schule an einem spezifischen Lese-Förderunterricht teil. Bereits nach kurzer Zeit zeigte sich bei F. das für einen Leseanfänger typische starke Interesse an allen Schriftzügen und eine zunehmendes Interesse, selbst zu lesen.

Im Rahmen der Expositionsplanung zeigten sich starke Probleme in der Orientierung F.s; parallel zeigten sich beim Kickerspiel in den Spielzeiten verlangsamte Reaktionen und ein langsamer Lernzuwachs bezüglich der motorischen Fertigkeiten. Der Familie wurde daraufhin eine Vorstellung im SPZ zur neurologischen Abklärung empfohlen, die außer einer leichten Schwäche in einigen neurologischen Tests jedoch keine detaillierten Befunde oder weiterführende Empfehlungen ergab.

Die Therapie wurde im vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) durchgeführt. Außerdem fand eine abschließende Spielstunde statt. Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigen eine deutliche Symptomverminderung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Elternurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 0,9; Ende Ø 0,1; SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,0; Ende Ø 0,3). Das Erzieherurteil zeigt ebenfalls eine Symptomverminderung bezüglich der Trennungsängste (FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 0,6, Ende Ø 0,0). Bei den anderen Ängsten zeigt sich im Elternurteil auf beiden Fragebögen eine Abnahme der Ängstlichkeit (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,9, Ende Ø 0,2; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,6, Ende Ø 0,3). Im Erzieherurteil zeigt sich ein leichter Rückgang (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,8; Ende Ø 0,5).

Bezüglich der komorbiden sozialen Ängstlichkeit zeigt sich eine deutliche Symptomverminderung im Elternurteil und leichte Verminderung im Erzieherurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 1,3; Ende Ø 0,4; SCAS Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 1,5; Ende Ø 0,5; Erzieherin FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 1,1; Ende Ø 0,6).

Die Kompetenz, eingeschätzt durch die Kompetenzskala des FBB-Angst zeigt im Elternurteil eine deutliche Zunahme (Mutter FBB-Angst Kompetenzskala Beginn Ø 0,75; Ende Ø 2,13). Für das Lehrerurteil konnte zum Therapieende aufgrund fehlender Werte keine Skalenbildung erfolgen.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### **5.3.7 Fall 7**

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Die 6;0jährige G. wird von ihrer Mutter auf den Zeitungsartikel (Kap. 4.2.2) hin vorgestellt. Die Mutter berichtet von Trennungsängsten, die sich vor allem auf die Nacht bezögen. G. habe bis vor 1½ Jahren alleine in ihrem Zimmer geschlafen. Nachdem sie aufgrund von Krankheit einmal im Zimmer der Mutter geschlafen habe, sei es nicht mehr möglich gewesen, sie in ihr eigenes Bett zu bringen. G. habe Angst,

dass ein Einbrecher komme, sie in einen Sack stecke und sie die Mutter nie mehr wieder sehe. Die Mutter kann sich diese Ängste nicht erklären, da weder bei ihr noch bei einer anderen Person aus dem Bekanntenkreis eingebrochen worden sei. Nach einigen Versuchen, bei denen sich G. massiv geweigert habe, habe die Mutter es aufgegeben, G. in ihr eigenes Bett zu bringen, so dass diese seit 1½ Jahren im Bett der Mutter schlafe. Auch im übrigen Alltag habe sich schleichend ein Bedürfnis nach mehr Nähe bei G. eingestellt. Sie weiche auch zu Hause weniger von der Seite der Mutter und mache in der Wohnung oft „Kontrollrufe“. Darüber hinaus erledige G. keine Dinge mehr außerhalb des Hauses, obwohl sie eigentlich ein sehr selbständiges Kind sei und bis vor 1½ Jahren z. B. alleine zum Bäcker gegangen sei. Der Kindergartenbesuch sei hingegen kein Problem. G. selbst möchte nichts über ihre Ängste erzählen, bejaht aber, dass sie Angst davor habe, von ihrer Mutter getrennt zu werden.

Im Rahmen der weiteren Anamnese berichtet die Mutter von starken Ängsten vor Höhen; dies sei in einigen Situationen bei Gittertreppen aufgefallen, die G. verweigert habe hoch bzw. hinunter zu laufen. Ebenso habe sie starke Ängste vor Insekten. Diese Ängste seien ebenfalls seit Herbst aufgetreten. Ängste vor Höhen habe G. vorher gar nicht gehabt, Insekten habe sie zwar früher auch nicht gemocht, aber nicht so panisch auf sie reagiert wie jetzt.

Weiterhin berichtet die Mutter, dass G. seit ca. einem Monat ihr gegenüber zunehmend oppositionell sei. Sie habe immer schon einen starken eigenen Willen gehabt aber seit einigen Wochen komme sie keiner Aufforderung mehr nach, sondern verneine diese vielmehr fast reflexhaft.

Die Mutter ist sowohl dem ängstlichen als auch dem oppositionellen Verhalten gegenüber hilflos und wünscht sich, dass beides verringert wird, da sie G.s Entwicklung gefährdet sehe.

### **Anamnestische Daten**

G. ist das einzige Kind einer 45jährigen Mutter, Sachbearbeiterin in Teilzeitbeschäftigung. Die Mutter trennte sich vom leiblichen Vater zu Beginn der Schwangerschaft. Der leibliche Vater lebte bereits damals und lebt auch weiterhin in einer Ehe und stand der Schwangerschaft sehr ambivalent gegenüber. Den ersten Kontakt zu G. gab es, als diese 4 Wochen alt war, danach ergaben sich sporadische Kontakte, da ihm, nach Aussage der Mutter, lange unklar war, ob er eine Beziehung zu G. haben wolle. Diese Belastung führte dazu, dass die Mutter, als G. 4 Jahre alt war, einen Brief an den leiblichen Vater schrieb, um eine klarere Situation herzustellen.

Durch diesen Brief erfuhr auch die Ehefrau des leiblichen Vaters von der Beziehung. Seit dieser Zeit bestehen regelmäßige dreiwöchentliche Kontakte zum Vater.

Nach unproblematischer Schwangerschaft Geburt per sectio in der 41. SSW durch Vergiftungsgefahr. Geburtsgewicht 3990g, postnatal keine Auffälligkeiten. Die Meilensteine der Entwicklung wurden früh erreicht. Mit 3 Jahren sei G. tags und nachts trocken gewesen. Auch die Selbständigkeitsentwicklung sei eher schnell verlaufen. G. sei immer sehr selbständig gewesen, habe genau gewusst, was sie wolle und sich gut durchsetzen können. Gegenüber Erwachsenen sei sie eher schüchtern und zurückhaltend, gegenüber anderen Kindern sei sie sehr dominant. Meist habe sie sehr enge Freundschaften zu einem einzelnen Kind, dass sie sich aus der Gruppe „herausgucke“. Sowohl in der frühkindlichen Entwicklung als auch im Kindergarten habe es keine Probleme gegeben. Die Trennungsängste hätten im Herbst des vergangenen Jahres ohne erkennbaren Grund begonnen.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

G. nimmt in der therapeutischen Situation zunächst kaum Kontakt zur Therapeutin auf. Sie möchte auf dem Schoß der Mutter sitzen, wirkt insgesamt aber eher oppositionell als stark ängstlich. Sie spricht nicht mit der Therapeutin und ist zunächst auch nicht bereit zu einer nonverbalen Kommunikation. Nach einiger Zeit antwortet sie auf Fragen der Therapeutin mit einzelnen Wörtern. Der Mutter gegenüber ist G. deutlich oppositionell, was diese mit zugewandtem Verständnis beantwortet. Eine Trennung von der Mutter ist im Rahmen des Erstkontaktes nicht möglich, beim gemeinsamen Spiel mit der Mutter und der Therapeutin zum Ende der Stunde taut G. deutlich auf, lacht, prustet und quietscht und spricht immer wieder einzelne Wörter.

Im CFT 1 erreicht G. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 57 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Im FBB-Angst werden Trennungsängste sowie Ängste vor Höhen und Insekten von der Mutter als „besonders ausgeprägt“ beschrieben. Ängste vor fremden Erwachsenen werden als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Im SCAS werden die Trennungsängste sowie Angst vor Insekten von der Mutter als „immer zutreffend“, die Angst vor Höhe als „häufig zutreffend“ eingeschätzt. Die Erzieherin beschreibt die im FBB-Angst die Angst vor Höhen als „besonders ausgeprägt“, Aussagen zu den auf die Schlafsituation bezogenen Items (Skala Trennungsängste) werden nicht gemacht. Die Kompetenz wird von Mutter und Erzieherin als eher hoch eingeschätzt.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) sowie die Kriterien einer phobischen Störung des Kindesalters (ICD 10: F 93.1) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

### **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0)

phobische Störung des Kindesalters (ICD 10: F 93.1 G)

Achse II: keine (0)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: abweichende Elternsituation (5.1)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

### **Funktionelle Analyse**

Bei einem ansonsten als sehr selbständig beschriebenen Kind können im Rahmen der Anamnese keine zeitnahen Ursachen für die Trennungsängste bzgl. der Schlafenssituation gefunden werden. Als Auslöser wird ein Schlafen im Bett der Mutter im Rahmen von Krankheit benannt. Bei einem intelligenten, phantasiebegabten Kind ist es möglich, dass sich die Vorstellung eines Einbrechers über Medien oder andere Informationswege gebildet hat, die zum Zeitpunkt des Erstkontaktes nicht mehr nachvollziehbar waren. Die phobischen Ängste werden als zeitlich nach den Trennungsängsten auftretend geschildert, und können vor dem Hintergrund aktueller erhöhter Ängstlichkeit als typische Ängste der kognitiven Entwicklungsphase betrachtet werden. Vor dem Hintergrund des beschriebenen dominanten und oppositionellen Verhaltens der Patientin sowie der diesbezüglichen Hilflosigkeit der Mutter, kann vermutet werden, dass eine kurzfristig auftretende Angst der Patientin im Anschluss an das krankheitsbedingte Schlafen im Bett der Mutter durch schnelles Nachgeben der Mutter zunehmend chronifiziert ist. Darüber hinaus kann die familiäre Situation als allgemeine Belastung für G. eingeschätzt werden.

### **Therapieverlauf**

G. zeigte sich zu Beginn der Therapie dominant und demonstrativ verweigernd. Durch das Aufrechterhalten leichter therapeutischer Aufgaben zu Beginn der Therapie sowie ein konstantes Spielangebot konnte jedoch schnell eine tragfähige therapeutische Beziehung und Motivation bei G. aufgebaut werden. Im Verlauf der Therapie zeigte G. bei Schwellen zu neuen und schwierigeren Aufgaben immer wieder oppositionell-dominantes Verhalten, um die Aufgaben zu vermeiden. Dies dauerte jedoch

zunehmend kürzer an und konnte durch konstantes und ruhiges Verhalten der Mutter und der Therapeutin schnell überwunden werden. Es gelang anschließend immer wieder gut, G.s starken Willen für das Erreichen der Therapieziele zu nutzen.

In der Anamnese wurden mit G. und ihrer Mutter folgende Ziele vereinbart: im eigenen Bett ein- und durchschlafen, bei Freundinnen übernachten, ohne die Mutter kleine Erledigungen übernehmen (außerhalb des Hauses).

Im Rahmen der Psychoedukation wurde mit der Mutter die Dynamik von Trennungsängsten sowie die Bedeutung des Verhaltens der Bezugspersonen besprochen. Dabei wurde deutlich, dass die Mutter in ihrer eigenen Erziehungskompetenz sehr verunsichert war, v. a. in der differenzierten Reaktion auf die Mischung aus oppositionellem und ängstlichem Verhalten bei G.. Durch ein Gespräch mit der Mutter über ihre allgemeinen Erziehungsvorstellungen, konnte als Kern der Problematik die Angst der Mutter identifiziert werden, G. durch dominantes und autoritäres Verhalten in ihrer Entwicklung einzuengen, wie die Mutter selbst dies durch ihre eigene Mutter erfahren hätte. Im Verlauf des Gesprächs konnte mit der Mutter erarbeitet werden, dass ein zu starkes Zurücknehmen der mütterlichen Autorität für G. zu Unzufriedenheit, Aggressivität und Grenzen suchendem Verhalten führt. Mit der Mutter wurden mögliche Verhaltensweisen gegenüber G.s oppositionell-aggressivem Verhalten entwickelt sowie besprochen, welche Aufgaben und Pflichten bzw. Grenzen die Mutter sich für G. wünsche. Durch die gewonnene Sicherheit gelang es der Mutter in der Folgezeit, ihre Autorität wieder aufzubauen, wodurch G.s oppositionell-aggressives Verhalten völlig zurückging. Von der Mutter wurde eine deutliche Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion berichtet, die zu einem Anstieg der Alltagszufriedenheit und Erziehungssicherheit der Mutter und zu mehr Zufriedenheit und Ruhe bei G. führte. Im weiteren Verlauf der Therapie war es nicht mehr notwendig, das Thema Erziehung noch einmal zu thematisieren.

Mit G. wurden keine psychoedukativen Interventionen durchgeführt, sondern ab der ersten Stunden kognitive Interventionen in Form des Sammelns von Mutsituationen. Durch den geänderten Fokus von G. und ihrer Mutter auf die „mutigen Seiten“ konnte auf dem Boden der tragfähigen Therapeut-Patient Beziehung mit der Besprechung des Expositions Konzeptes mit der Familie sowie der Planung der Expositionsübungen begonnen werden. Die Expositionsübungen wurden in Form von Verträgen in der Therapiestunde möglichst genau geplant und aufgeschrieben. Durch diese Form konnte eine hohe Sicherheit bei Mutter und G. über das geplante Ziel sowie ihr Verhalten in der Abendsituation erreicht werden. Das Aufmalen von „Mutsituationen“ wurde zugunsten der stärker wirkenden positiven Rückmeldungen aus den Expositionsübungen beendet. Im Verlauf von 16 Stunden wurde erreicht, dass G. in

ihrem eigenen Bett ein- und durchschlafen konnte. Dabei konnte zunächst erreicht werden, dass G. in ihrem eigenen Bett in Anwesenheit der Mutter einschlief. Innerhalb der folgenden 5 Termine schaffte es G., ohne Anwesenheit der Mutter in ihrem eigenen Bett einzuschlafen. Im nächsten Schritt sollte sie bei nächtlichem Erwachen von ihrer Mutter wieder zurück in ihr eigenes Bett geschickt werden. Der Zielzustand, dass G. bei nächtlichem Erwachen in ihrem eigenen Bett bliebe und wieder einschlafe wurde innerhalb der nächsten 2 Termine erreicht. Während der Expositionsübungen zum Einschlafen gingen die übrigen, anfangs berichteten umschriebenen Ängste vor Insekten und Höhen ohne spezifische Interventionen völlig zurück. Auch die zu Beginn ebenfalls als schwierig berichteten Trennungen von der Mutter im häuslichen Alltag (Zeitung von draußen reinholen, aus dem Haus zum Kiosk gehen) gingen ohne spezifische Interventionen zurück.

In dieser Zeit fand der Übergang vom Kindergarten in die Grundschule statt. Von der Lehrerin wurden zunächst Auffälligkeiten im Sinne von Rückzug und Problemen beim Einleben in den Schulalltag (Müdigkeit, Traurigkeit in den ersten Stunden) benannt, die jedoch zunehmend zurückgingen. Auch die Mutter berichtete zu Beginn der Schulzeit ein Ansteigen von Anspannung bei G. . Das Erreichen der Zielschritte wurde in dieser Zeit etwas verzögert, so dass über mehrere Stunden keine Steigerung der Expositionsübungen möglich war. Nach den Herbstferien wurden von der Lehrerin ein Rückgang der Auffälligkeiten und eine deutliche Zunahme an Sicherheit berichtet. Parallel zum Bericht der Schule berichtete die Mutter nach den Herbstferien einen völligen Rückgang der Anspannung und einen Anstieg von ausgelassenem, z. T. frechem Verhalten bei G.. Dies konnte von der Mutter jedoch erzieherisch gut kontrolliert werden, die sich in dieser Situation in der Adaptation ihrer Erziehungsstrategien bestätigt sah.

Während der letzten Stunden wurde der Schwerpunkt auf die Stabilisierung der erreichten Ziele gelegt und die Verträge und Belohnungen abgebaut. Das ebenfalls zu Beginn der Therapie mit der Familie festgelegte Ziel, dass G. bei jemandem übernachten solle, wurde auf Wunsch der Mutter von der Therapie ausgenommen. Da es aufgrund des sehr begrenzten Familien- und Bekanntenkreises der Mutter sowie durch den Übergang in die Schule keine gute Gelegenheit zu einer Übernachtung gab, wurde dieses Ziel mit G. und ihrer Mutter im Sinne eines Handlungsplans vorbesprochen. Die Familie fühlte sich zum Ende der Therapie jedoch sicher, dieses Ziel ohne therapeutische Unterstützung erreichen zu können. Im Rahmen der Rückfallprophylaxe wurden die erreichten Ziele rekapituliert und Handlungsmöglichkeiten bei zukünftigen Angstsituationen besprochen. Konkret wurde ein Handlungsplan für das Übernachten außer Haus besprochen.

Insgesamt wurde die Therapie in 23 Kontakten durchgeführt. Zusätzlich zum vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) wurden weitere 4 Kontakte durchgeführt, um eine ausreichende Stabilisierung zu erreichen sowie die Rückfallprophylaxe durchzuführen.

Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigen eine deutliche Symptomverminderung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Elternurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,2; Ende Ø 0,2; SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 2,0; Ende Ø 0,3). Während von der Erzieherin im Kindergarten keine Trennungsängste angegeben wurden, berichtete die Lehrerin bei der Abschlussdiagnostik leichte Trennungsängste (Lehrer FBB-Angst Item 1 „weitgehend“), die am Ende der Therapie (nach 22 Stunden) jedoch nicht mehr berichtet werden. Bei den anderen Ängsten zeigt sich im Elternurteil auf beiden Fragebögen eine leichte Zunahme der Ängstlichkeit (Mutter FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,9, Ende Ø 0,0; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,8, Ende Ø 0,0). Die anderen Ängste ändern sich vom Erzieherurteil (starke Ängste vor Höhen) zum Lehrerurteil (leichte Ängste vor Fremden) inhaltlich, bleiben aber insgesamt sehr gering ausgeprägt (Lehrerin FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,2, Ende Ø 0,4).

Die Kompetenz nahm in der Einschätzung der Mutter von einem hohen Ausgangswert noch einmal leicht zu (Mutter FBB-Angst Kompetenzskala Beginn Ø 2,38, Ende Ø 2,88). Aufgrund fehlender Werte konnte für das Lehrerurteil bei der abschließenden Diagnostik kein Skalenwert gebildet werden.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### **5.3.8 Fall 8**

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Der 5;5-jährige H. wird von seiner Mutter auf den Zeitungsartikel (Kap. 4.2.2) hin vorgestellt. Die Mutter berichtet von Trennungsängsten, die in verschiedenen Kontexten auftraten. Vor allem im Kindergarten wolle H. sie nicht gehen lassen, so dass die Verabschiedung sich oft sehr lange hinzöge. H. rufe und laufe der Mutter

häufiger hinterher, wolle sich immer noch einmal von ihr verabschieden und weine auch häufig. Bei Nachmittagsveranstaltungen, wie Hockeytraining oder Schwimmen, bleibe sie immer mit dabei, da H. sie von dort nicht weggehen lassen wolle. Da H. nach den Sommerferien in die Schule komme, habe sie sich entschlossen, sich für den Umgang mit H.s Ängsten Unterstützung zu holen, da sie merke, dass diese nicht von alleine zurückgingen. H. berichtet, dass es ihm schwer falle, seine Mutter im Kindergarten weggehen zu lassen, „da gucken mir die Tränen aus den Augen“. Auf die Frage, ob er Angst habe, wenn seine Mutter weggehe nickt er.

Neben Trennungsängsten berichtet die Mutter soziale Ängste, v. a. bei fremden Erwachsenen und fremden Gleichaltrigen. H. bleibe in Kindergruppen eher für sich und habe immer nur zu wenigen Kindern engeren Kontakt. Der Aufbau neuer Kontakte sei ihm nach dem Kindergartenwechsel zunächst schwer gefallen. Bei fremden Erwachsenen habe H. häufiger Angst, etwas zu fragen oder um etwas zu bitten.

Weiterhin berichtet die Mutter in der Anamnese, dass H. sehr genau in allem sei und dadurch häufig sehr langsam. Auch dies mache ihr im Hinblick auf die Schule Sorgen.

### **Anamnestiche Daten**

H. ist das einzige Kind einer 43jährigen Mutter, arbeitslose Diplom-Sozialmedienpädagogin (nach H.s Geburt in Teilzeit im Einzelhandel tätig) und eines selbständigen Einzelhandelskaufmann, 49 Jahre alt. Die Eltern leben getrennt seit H. 3 Jahre alt ist und sind seit 2 Monaten geschieden; für H. haben sie das gemeinsame Sorgerecht. Die Mutter berichtet, dass es seit H.s Kleinkindalter Spannungen zwischen ihr und ihrem Mann um die Erziehung des Kindes gegeben habe. Nach dem Verlust seines Arbeitsplatzes sei die Situation immer schwieriger geworden, so dass sie sich von ihrem Mann getrennt habe. Zur Zeit gebe es einmal wöchentlich sowie teilweise zusätzliche Kontakte zwischen H. und seinem Vater. Beide Elternteile habe seit der Trennung keine Beziehung zu anderen Partnern gehabt.

Nach unproblematischer Schwangerschaft Geburt per sectio 2 Wochen vor dem errechneten Termin mit einem Geburtsgewicht von 3550g. Aufgrund motorischer Auffälligkeiten bekommt H. Krankengymnastik seit der Geburt, später wurde Neurodermitis festgestellt. Probleme habe es mit dem Essen gegeben, H. habe ein Jahr lang sein Essen sehr häufig ausgespuckt, es habe aber keine Probleme mit dem Gewicht gegeben. Die Meilensteine der Entwicklung wurden motorisch sehr früh, sprachlich zeitgerecht erreicht. Mit 3 Jahren sei H. tags und nachts trocken gewesen.

Trennungsängste seien bei H. sehr stark im Rahmen von zwei Krankenhausaufenthalten der Mutter (als H. 1 bzw. 3 Jahre alt war) aufgetreten. In beiden Phasen habe der Vater sich um H. gekümmert, der in dieser Zeit sehr starke

Neurodermitis-Schübe gehabt und viel geweint und geschrien habe. Weiterhin hätten sich zu Beginn der Kindergartenzeit sehr starke Trennungsängste gezeigt. H. habe 3 Wochen lang sehr extrem geweint, sich aber nach der erfolgten Trennung nach Aussagen der Erzieherinnen immer sehr schnell wieder beruhigt. H. sei auch in dieser Zeit gerne in den Kindergarten gegangen. Nach den 3 Wochen sei es wesentlich besser geworden, die Trennung in der Morgensituation im Kindergarten sei für H. aber nie problemlos gewesen.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

H. ist im Kontakt schüchtern und zurückhaltend. Häufig entsteht der Eindruck, dass er Angst habe, etwas falsch zu machen. Wenn er etwas nicht kann oder nicht zu können glaubt, schämt er sich sichtbar. H. spricht in den ersten Kontakten fast nicht und auch später wenig. Mit dem Versprechen, dass seine Mutter im Behandlungsraum warte, lässt sich H. in der ersten Stunde von seiner Mutter trennen, um ein Spiel aus einem anderen Raum zu holen. H. zeigt in seinen Handlungen oft sehr penible, teilweise zwängliche Verhaltenstendenzen; es zeigen sich in der Differentialdiagnostik aber keine Hinweise auf das Vorliegen einer Zwangsstörung.

Im CFT 1 erreicht H. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 54 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Im FBB-Angst, ausgefüllt durch die Mutter, werden Trennungsängste und soziale Ängste als „besonders ausgeprägt“ bzw. „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Im SCAS werden im Fremdurteil von der Mutter Trennungsängste und soziale Ängste als immer bzw. häufig zutreffend angegeben. Im Fremdurteil (FBB-Angst) gibt die Lehrerin übereinstimmend Trennungsängste und soziale Ängste an.

Die Kompetenzen, gemessen über die Kompetenzskala des FBB-Angst werden von Mutter und Erzieherin als mittelhoch aufgeprägt beschrieben.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt. Darüber hinaus werden die Diagnosekriterien einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2 G) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

### **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0)

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2 G)

Achse II: keine (0)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: abweichende Elternsituation (5.1)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

### **Funktionelle Analyse**

Bei einem insgesamt ängstlichen Kind zeigen sich vor allem Trennungsängste sowie Ängste im sozialen Kontakt zu fremden Gleichaltrigen. Durch sehr genaue und perfektionistische Verhaltenstendenzen ist eine zusätzliche Unsicherheit und Verhaltenshemmung anzunehmen. Spezifische Auslöser für die Ängste sind nicht zu erkennen. Anamnestisch ist auch eine starke Überbehütung der Mutter als Ursache für die Ängstlichkeit auszuschließen, wobei durch die familiäre Konstellation eine enge Mutter-Kind-Beziehung besteht.

### **Therapieverlauf**

H. zeigte sich zu Beginn der Therapie ängstlich und zurückhaltend, nahm alle Handlungsangebote aber schnell und offen an, so dass schnell eine gute Therapeut-Patient-Beziehung aufgebaut werden konnte. H. wurde im Verlauf der Therapie in der Therapiesituation deutlich offener und sicherer, sprach aber bis zum Ende wenig. Die Mutter zweifelte anfangs sowohl an der Notwendigkeit der Interventionen als auch an der therapeutischen Situation insgesamt. Sie war zunächst deutlich weniger motiviert zur Durchführung von Interventionen als H. .

Im Schwerpunkt der gesamten Behandlung stand die Trennungsangstsymptomatik von H. . Die in der Anamnese definierten Ziele waren: Trennung im Kindergarten am Auto, alleine beim Hockeytraining bleiben, alleine einen Freund besuchen. Ab der Mitte der Therapie (9. Stunde) wurde zusätzlich die soziale Ängstlichkeit mit in die Expositionsplanung aufgenommen.

Zunächst wurden mit der Mutter im Rahmen der Psychoedukation Störungsmodell und Störungsdynamik besprochen. Dabei war die Mutter sehr misstrauisch und konnte sich nur bedingt auf die Inhalte der Stunden einlassen. Gleichzeitig war es ihr aber sehr wichtig, dass H. Unterstützung bekommt. Parallel zur Psychoedukation mit der Mutter wurden mit H. kognitive Interventionen in Form von Mutinterventionen durchgeführt. Während H. hier sehr motiviert ist, unterstützt ihn seine Mutter in der Suche nach mutigen Situationen nur selten. Trotz der weiterhin geringen Motivation der Mutter wird nach der Information über die Expositionsinterventionen mit der Planung der ersten Übungen begonnen, da H. Leidensdruck zeigt und eine Verminderung der

Symptomatik vor dem Wechsel in die Schule wichtig erscheint. Da die Mutter von einer Verbesserung im Rahmen der Schule ausgeht, werden auch die Expositionsübungen zunächst nicht in der geplanten Intensität durchgeführt. In dieser Zeit zeigen sich auf Symptom- und Verhaltensebene keine Verbesserungen. Um H. nicht zu frustrieren, werden während der Sommerferien keine Kontakte durchgeführt. Nach den Sommerferien zeigte sich eine Symptomsteigerung durch die Einschulung. H. zeigte sich in der Schule nach einer kurzen problemlosen Phase zunehmend ängstlicher und unsicher und hatte deutliche Probleme, sich morgens von seiner Mutter zu trennen. Die daraufhin geplante stufenweise Exposition in der morgendlichen Trennungssituation in der Schule entwickelte sich langsam, da sowohl H. als auch seine Mutter kleine Schritte mit niedriger Steigerungsrate benötigten. Die Expositionsverträge wurden wöchentlich erstellt und umfassten Unterstützungsmöglichkeiten, eine Belohnung zu Hause sowie eine positive Verstärkung durch eine Punkteschlange in der Therapie. In dieser Zeit nahm die Motivation der Mutter für die Interventionen deutlich zu und sie konnte zunehmend Vertrauen zur Therapeutin und zu den Interventionen fassen. Innerhalb von 8 Therapiestunden konnte so erreicht werden, dass H. sich am Schultor von seiner Mutter trennte und sie ihn nicht, wie zu Beginn, in die Klasse bringen musste. Parallel zur Planung der Expositionsübungen wurden mit der Mutter immer wieder Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten mit der Lehrerin besprochen, die H.s Verhalten zunächst nur schwer einschätzen konnte. Da ein weiteres Problem in der Schule darin bestand, dass H. nicht auf die Toilette ging, wurde dies mit auf die Expositionspläne aufgenommen, so dass es wöchentlich zwei Übungen gab. Nach einer Phase der Verbesserung und Stabilisierung zeigte sich durch H.s Perfektionismus und Angst, etwas falsch zu machen zunehmend Schwierigkeiten im Schreiben, da H. nur perfekte Buchstaben für sich akzeptieren konnte. Im Rahmen dieser Schwierigkeiten zeigte sich erneut ein Ansteigen der Trennungsängste. Durch Besprechen möglicher häuslicher Übungen zum Aufbau einer realistischen Erwartung an sich, konnte H. nach zwei Wochen zunehmend Sicherheit im Schreiben aufbauen. Daraufhin konnten auch die parallel weitergeführten Expositionsübungen wieder erfolgreich durchgeführt werden, so dass H. bis zum Ende der Therapie erreichte, sich einige Male am Parkplatz der Schule von seiner Mutter zu trennen. Aufgrund der schwankenden Leistungen bzgl. des ersten Ziels, wurde das weitere Ziel, beim Hockey alleine zu bleiben, nicht in die Verträge aufgenommen. Es wurde jedoch immer wieder erfragt und besprochen, so dass die Mutter, ohne vorherige gesteigerte Expositionen, am Ende der Therapie das Training verlassen konnte und H. dort alleine blieb. Ebenso konnten durch reines Vorbesprechen mehrere Treffen mit anderen Kindern erreicht

werden. Hier zeigte sich aber auch der Mangel an Freunden als Hindernis für häufiges Üben dieses Ziels. Während der Stabilisierungsphase der erreichten Erfolge zeigte sich eine hohe Unsicherheit und ein hohes Bedürfnis nach Gesprächen bei der Mutter, während H. sehr stolz auf sich und zufrieden mit den erreichten Zielen war. Daraufhin wurde nach einer Rückfallprophylaxe mit H. und seiner Mutter die Therapie mit H. beendet und die weiteren Stunden, die über den geplanten Stundenrahmen der Therapie hinausgingen, in Form von Elterngesprächen gestaltet. Dabei wurden mit der Mutter noch einmal ausführlich die psychoedukativen Inhalte wie Störungsmodell und Störungsdynamik besprochen. Darüber hinaus wurden Möglichkeiten des kontinuierlichen Ausbaus der erreichten Erfolge erarbeitet, um die Unsicherheit der Mutter abzubauen. Auch in dieser Phase zeigten sich die erreichten Therapieerfolge bei H. stabil.

Insgesamt wurde die Therapie in 28 Kontakten durchgeführt. Zusätzlich zum vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) wurden weitere 9 Kontakte durchgeführt, die vor allem durch die anfangs nur schleppend anlaufende Exposition notwendig waren.

Die zu Behandlungsbeginn und -ende durchgeführten Fragebögen zeigen eine deutliche Symptomverminderung bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Fremdurteil, v. a. im Urteil der Erzieherin/Lehrerin (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn  $\bar{X}$  1,1; Ende  $\bar{X}$  0,6, SCAS Beginn  $\bar{X}$  1,5, Ende  $\bar{X}$  1,2; Erzieherin (Beginn)/ Lehrerin (Ende) FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn  $\bar{X}$  2,2; Ende  $\bar{X}$  0,4). Bei den anderen Ängsten zeigt sich im Elternurteil auf beiden Fragebögen stabile Werte (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn  $\bar{X}$  0,6, Ende  $\bar{X}$  0,5; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn  $\bar{X}$  0,4, Ende  $\bar{X}$  0,5). Im Erzieherurteil zeigt sich ein Rückgang der Symptome (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn  $\bar{X}$  0,9; Ende  $\bar{X}$  0,4).

Bezüglich der komorbiden sozialen Ängstlichkeit zeigt sich im Elternurteil im FBB-Angst eine leichte Symptomverminderung im SCAS keine Veränderung (Mutter FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn  $\bar{X}$  1,4; Ende  $\bar{X}$  1,0; SCAS Skala „Soziale Ängste“ Beginn  $\bar{X}$  1,0; Ende  $\bar{X}$  1,0) Im Erzieherurteil zeigt sich eine deutliche Symptomverminderung, wobei hier ein Wechsel des Beurteilers stattfand (FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn (Erzieherin)  $\bar{X}$  1,4; Ende (Lehrerin)  $\bar{X}$  0,4).

Die Kompetenz, eingeschätzt durch die Kompetenzskala des FBB-Angst zeigt im Elternurteil eine leichte Zunahme (Mutter FBB-Angst Kompetenzskala Beginn  $\bar{X}$  1,50; Ende  $\bar{X}$  1,63). Für das Lehrerurteil konnte zum Therapieende aufgrund fehlender Werte keine Skalenbildung erfolgen.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### **5.3.9 Fall 9**

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Der 6;9jährige I. wird von seiner Mutter vorgestellt. Die Mutter berichtet von Trennungsängsten, die sich vor drei Wochen sehr verstärkt hätten. I. habe am Wochenende nicht bei seinem Vater übernachten wollen (die Eltern leben seit drei Jahren getrennt) und am Montag darauf weder in die Schule noch in den Hort gehen wollen. In der Schule gebe es seitdem morgens Geschrei, die Mutter müsse I. bis in die Klasse bringen und sich dort mühsam von ihm trennen. Die Lehrerin berichtet, dass I. ca. eine Viertelstunde nach der Trennung völlig normal und zufrieden wirke, allerdings spreche er in der Schule wenig. In den Hort gehe I. mittlerweile wieder, allerdings esse er dort nicht und die drei Wochentage an denen er dorthin gehe, gestalteten sich morgens in der Schule noch schwieriger. Die Mutter berichtet weiterhin, dass I. abends lange wach sei, immer wieder weine und sage, dass er nicht in die Schule und in den Hort gehen wolle. Seit der letzten Woche bekomme er auch tagsüber richtiggehende Anfälle, bei denen er völlig ausraste, schreie und um sich schlage, was er sonst, selbst wenn er wütend sei, nie tue. Seit einigen Tagen schlafe er außerdem im Bett der Mutter. Auch in der Vergangenheit sei I. noch nie gerne auf Kindergeburtstage oder zu anderen Kindern zum Spielen gegangen, lade andere Kinder aber gerne ein. Der Mutter sei dies aber nicht als wirkliche Angst aufgefallen. Auch in einen Fußballverein wolle er nicht, obwohl er mit anderen Kindern gerne und gut Fußball spiele.

I. selbst äußert sich nicht zu seinen Ängsten, nickt aber auf die Frage, ob er Angst habe, wenn seine Mutter weggehe und ob er wolle, dass diese weniger werde.

Weiterhin berichtet die Mutter, dass I. im Kontakt zu fremden Erwachsenen zurückhaltend sei und in solchen Situationen wenig spreche. Die Mutter beschreibt sich selbst als hilflos und sehr belastet. I. sei immer ein sehr freundliches, pflegeleichtes Kind gewesen, so dass sie sein Verhalten in den letzten Wochen nicht einordnen könne.

Die Anamnese der Lehrerin zeigt starke soziale Ängste im schulischen Kontext. I. traue sich kaum, im Unterricht zu sprechen. Besonders falle dies in Gruppensituationen, wie Stuhlkreisen, auf.

### **Anamnestiche Daten**

I. ist das zweite Kind einer 41jährigen Mutter, gelernte Erzieherin, seit 1994 auf mehrfach wechselnden Stellen teilzeitbeschäftigt und eines 43jährigen Vaters, Vollzeit als Rohrnetzbauer tätig. Ein älterer Bruder ist 9 Jahre alt. Die Eltern trennten sich als I. drei Jahre alt war und sind seit wenigen Wochen geschieden. Beide Kinder leben bei der Mutter. Die Trennung berichtet die Mutter als für sich selbst sehr traumatisch. Bereits einige Monate vor der Trennung habe sie an Depressionen und Angstzuständen gelitten. Diese hätten sich nach der Trennung weiter gesteigert. I. habe von ihrem Zusammenbruch nach der Trennung der Eltern sehr viel mitbekommen, da er noch nicht im Kindergarten gewesen sei. Ab dem Sommer habe die Mutter eine Psychotherapie gemacht und sei parallel medikamentös behandelt worden. Durch die medikamentöse Behandlung sei sie nach ca. 4 Wochen symptomfrei geworden, allerdings sei es ihr für ca. ein halbes Jahr noch sehr schlecht gegangen. Aktuell gehe es ihr seit einem halben Jahr zum ersten mal nach der Trennung wieder gut, sie nehme weiterhin eine Minimaldosis der Medikation. Der Vater lebe seit der Trennung mit seiner neuen Lebensgefährtin, ihrem 18jährigen Sohn und ihrer 8jährigen Tochter sowie dem Exmann der Lebensgefährtin gemeinsam in einem Haus. Die Kinder haben direkt nach der Trennung bis jetzt regelmäßig Kontakt zum Vater (jedes 2. Wochenende von Freitag bis Sonntag). Die Mutter hat nach einer kurzen Beziehung ein Jahr nach der Trennung seit kurzer Zeit eine neue Beziehung. Der Freund komme mit den Kindern gut zurecht.

Nach unproblematischer Schwangerschaft eine Woche nach dem errechneten Termin Ansetzen eines wehenfördernden Tropfs über mehrere Tage. Geburt schließlich per sectio, Geburtsgewicht 4300g. Postnatal keine Auffälligkeiten. Nach einigen Monaten habe der Kinderarzt festgestellt, dass I. auf einem Auge blind sei. Eine dadurch bedingte Schiefhaltung des Kopfes sei für kurze Zeit physiotherapeutisch behandelt worden. Meilensteine der Entwicklung wurden früh bis altersgerecht erreicht. Die Sauberkeitsentwicklung war zum Ende des 3. Lebensjahres vollständig abgeschlossen. Die Mutter beschreibt ihre Verbindung zu I. als von Beginn an sehr intensiv. Mit zwei Jahren habe I. eine Trotzphase gehabt, in der er seltene aber sehr extreme Schreiphasen gehabt habe.

Im Kindergarten habe es ca. zehn Monate nach dem Eintritt für ca. zwei Monate massive Trennungsängste gegeben, die sich aber durch Unterstützung der

Erzieherinnen wieder gelegt hätten. Beim Schuleintritt seien keine Trennungsängste aufgetreten.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

I. zeigt sich als freundlicher, schüchterner Junge. Er spricht nicht spontan und beantwortet Fragen zunächst zögernd durch Kopfbewegungen. Es wird deutlich, dass er sich für seine Ängste und sein Verhalten schämt. Im Verlauf des Gesprächs beantwortet er mehrere Fragen kurz, sein sprachliches und inhaltliches Verständnis erscheint altersgemäß. Beim gemeinsamen Spiel zum Ende der Stunde ist eine Trennung von der Mutter möglich. Im Spiel taut I. deutlich auf, spricht mehrere Wörter, kichert und hat offensichtlich Vergnügen am Spiel.

Im CFT 1 erreicht I. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 60 und damit ein Ergebnis im überdurchschnittlichen Bereich.

Im FBB-Angst, ausgefüllt durch die Mutter, werden Trennungsängste als „besonders ausgeprägt“ bzw. „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Die Angst vor fremden Erwachsenen wird als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Im SCAS werden im Fremdurteil von der Mutter Trennungsängste als immer bzw. häufig zutreffend angegeben. Im Fremdurteil (FBB-Angst) gibt die Lehrerin Trennungsängste und soziale Ängste als „besonders ausgeprägt“ an.

Die Kompetenz, erfasst über die Kompetenzskala des FBB-Angst wird von der Mutter als mittelgradig ausgeprägt beschrieben. Von der Lehrerin liegen hier keine Angaben vor.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt. Darüber hinaus werden die Diagnosekriterien einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2 G) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

### **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0)

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD 10: F 93.2 G)

Achse II: keine (0)

Achse III: überdurchschnittliche Intelligenz (2)

Achse IV: Blindheit eines Auges (H 54.4)

Achse V: abweichende Elternsituation (5.1)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

### **Funktionelle Analyse**

Es zeigt sich eine Disposition des Patienten, auf Belastungen mit Ängsten zu reagieren. Neben sozialen Ängsten gab es zu Beginn der Kindergartenzeit bereits eine Episode starker Trennungsängste. Bei der Mutter ist ebenfalls eine starke Disposition zur Entwicklung von Ängsten vorhanden; berichtet werden Symptome generalisierter Ängste aber auch panikartige Attacken sowie agoraphobische Symptome. Es können sowohl genetische als auch Lernmechanismen als Entstehungsmodell für die Ängste des Patienten angenommen werden. Als spezifische Belastungen müssen die Trennung der Eltern und der anschließende psychische Zusammenbruch der Mutter betrachtet werden.

Für die akute Verstärkung der Ängste wird weder von der Mutter noch von der Schule ein singuläres Ereignis im Sinne eines traumatischen Auslösers berichtet. Zu vermuten ist hier eine zunehmende Belastung im Rahmen der Schule. Die Lehrerin schildert I. als noch emotional unreif und früh eingeschult. Darüber hinaus besteht hier eine Belastung durch die soziale Ängstlichkeit, die im schulischen Kontext als deutlich stärker eingeschätzt werden muss als im Kontext des Kindergartens. Das seit einer Woche ansteigende aggressive und oppositionelle Verhalten des Patienten kann vor dem Hintergrund des, durch die Ängste ausgelösten, starken Drucks gesehen werden. Dieser Druck wird durch das Verhalten der Mutter, die verzweifelt aber auch zunehmend aggressiv auf I.s Verhalten reagiert, verstärkt.

### **Therapieverlauf**

Während I. zunächst interessiert aber sehr still und belastet wirkte, zeigte er sich nach den ersten fünf Therapiestunden zunehmend offener und fröhlicher. Ungefähr ab der Hälfte der Therapie wirkte er dann völlig gelöst, sprach viel und zeigte zunehmend verschmitztes, charmantes Verhalten.

Neben der Behandlung der Trennungsängste bestand ein wichtiger Teil der Interventionen darin, die Mutter zu stützen und ihre Unsicherheit und Anspannung abzubauen, um eine Umsetzung der Interventionen zu ermöglichen. Vereinbarte Ziele für die Therapie waren der alleinige Schulbesuch von I. von zu Hause aus, der Besuch des Hortes sowie der Besuch anderer Kinder. Zu Beginn der Interventionen fügte die Mutter als weiteres Ziel hinzu, dass I. in seinem eigenen Bett schlafen solle, was er erst seit einigen Wochen nicht mehr tue.

Vor Beginn der Expositionsübungen wurde im Rahmen von Psychoedukation die Angst als häufiger auftretendes Problem angesprochen und als hohe Belastung für Kind und Mutter eingestuft. Im Rahmen des individuellen Störungsmodells wurde die biologische Komponente betont, um die Mutter zu entlasten. Durch diese Form des Aufgreifens der individuellen Belastung konnten zunächst die Aggression und die Vorwürfe der Mutter gegenüber I. weitgehend abgebaut werden. In der Besprechung der aufrechterhaltenden Bedingungen wurde die zuspitzende Auswirkung zusätzlicher Bestrafungen darüber hinaus intensiv thematisiert.

Als kognitive Intervention wurde die Familie dazu aufgefordert, mutiges Verhalten von I. im Alltag aufzuschreiben oder zu malen. Neben der Stärkung der Selbstwirksamkeit von I. wurde durch diese Maßnahme ebenfalls eine Wahrnehmungsveränderung der Mutter hin zu einer positiveren, im Sinne einer ganzheitlichen, Wahrnehmung des Verhaltens ihres Sohnes intendiert.

Nachdem durch diese Interventionen die Mutter-Kind-Beziehung wieder verbessert werden konnte und die Belastung der Mutter etwas abgenommen hatte, wurde die Familie über die Exposition informiert und mit der Expositionsplanung begonnen.

Die Exposition wurde in Form von Verträgen durchgeführt. Neben dem Hauptthema der Ausweitung des eigenständigen Wegs zur Schule wurden sich spontan ergebende schwierige Situationen wie Schulschwimmen, Abwesenheit der Lehrerin o.ä.) zusätzlich in die Verträge aufgenommen bzw. die sonstige Wochenplanung adaptiert. Innerhalb der ersten 11 Expositionsplanungen konnte erreicht werden, dass die Mutter I. nur noch bis zum Parkplatz der Schule bringen musste; nach weiteren vier Stunden wurde das Ziel, den gesamten Schulweg alleine zu gehen, erreicht. In begleitenden Gesprächen mit der Mutter wurde zunächst versucht, die allgemeine Belastung der Mutter durch eine zunehmende Sicherheit bezüglich der therapeutischen Interventionen und des erwarteten Therapieverlaufs abzubauen. In therapiebegleitenden allgemeinen Gesprächen zum Thema Erziehung wurde darüber hinaus versucht, Schuldgefühle der Mutter abzubauen und eine Sicherheit bezüglich Ihrer Erziehungskompetenzen aufzubauen.

Die neben den Ängsten zu Beginn der Therapie geschilderten Probleme wie die Aggression von I. sowie seine Weigerung, im Hort zu essen, gingen, durch die zunehmende Entlastung der Gesamtsituation ohne spezifische Interventionen innerhalb der ersten drei Therapiestunden völlig zurück. I. dehnte den Hortbesuch auf eigenen Wunsch sogar noch aus. Ebenfalls nach der ersten Therapiestunde schlief I. wieder ohne Probleme im eigenen Bett.

Als weiteres Therapieziel wurde zu Beginn das Spielen bei anderen Kindern definiert. Nach der Hälfte der Therapie äußerte I. den Wunsch, auf einen Kindergeburtstag zu

gehen, zu dem er eingeladen worden war. Die Situation wurde in der Therapiesitzung geplant und von I. erfolgreich durchgeführt. Daraufhin äußerte er in den folgenden Wochen immer häufiger den Wunsch, andere Kinder zu besuchen. Eine diesbezügliche Zieldefinition von insgesamt fünf Besuchen wurde nach weiteren drei Therapieterminen erfüllt. Danach erfolgten mehrfach wöchentlich geplante sowie spontane Verabredungen mit anderen Kindern, die vom Patienten selbständig initiiert wurden. Während der Stabilisierungsphase der erreichten Ziele wurde auf Wunsch von I. eine Exposition bezüglich des Sprechens in der Schule geplant und mit Absprache der Lehrerin in mehreren Stufen durchgeführt: Aufzeigen, im Erzählkreis einen / mehrere Sätze sagen, die Lehrerin etwas fragen waren die Stufen, die von I. weitgehend selbständig geplant und durchgeführt wurden. Dabei zeigte sich die Sicherheit von I. in den in der Therapie vermittelten Übungsplanungen. Die Lehrerin berichtete anschließend über eine deutliche Zunahme des Sprechens und des Aufzeigens in der Schule. Auf eine weitere ausführliche Exposition der sozialen Ängste wurde im Rahmen der Therapie, in Absprache mit der Familie verzichtet. Die Symptomatik wurde von der Schule, dem Hort sowie der Mutter als deutlich verbessert beschrieben. Nach wie vor wurden Ängste beim Kontakt mit fremden Erwachsenen geschildert. Diesbezüglich wurden mögliche Ziele und Übungen mit der Familie besprochen. Die letzten Therapiestunden wurden im Rahmen einer Stabilisierungskontrolle in größeren Abständen geplant. dabei zeigte sich die Symptomatik auch nach mehreren kurzen Schulferien stabil. Mehrere Stunden im letzten Abschnitt der Therapie wurden als Elternstunden für die Thematisierung bestehender Sorgen bei der Mutter sowie der ausführlichen Besprechung der Rückfallprophylaxe verwendet. Da I. bei der Durchführung der Übungen deutlich sicherer war als seine Mutter, wurde mit ihm nur innerhalb einer Stunde als Rückfallprophylaxe die erreichten Erfolge sowie die gelernten Übungsmechanismen rekapituliert.

Die Therapie wurde im vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) durchgeführt. Außerdem fand eine abschließende Spielstunde statt. Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigen ein fast vollständiger Symptomrückgang bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Fremdurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,2; Ende Ø 0,1, SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,0, Ende Ø 0,2) (Lehrerin FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn Ø 1,5; Ende Ø 0,0). Bei den anderen Ängsten zeigt sich im Elternurteil im FBB-Angst ein Rückgang, im SCAS blieben die Werte auf dem niedrigen Anfangsniveau stabil (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,5, Ende Ø 0,1; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 0,2, Ende Ø 0,2). Im Lehrerurteil zeigt

sich ein deutlicher Rückgang der Symptome (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn Ø 1,2; Ende Ø 0,1).

Bezüglich der komorbiden sozialen Ängstlichkeit zeigt sich im Elternurteil im FBB-Angst eine leichte Symptomverminderung im SCAS keine Veränderung (Mutter FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 0,7; Ende Ø 0,3; SCAS Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 0,3; Ende Ø 0,3) Im Lehrerurteil zeigt sich eine deutliche Symptomverminderung (FBB-Angst Skala „Soziale Ängste“ Beginn Ø 1,7; Ende Ø 0,3). Die Kompetenz, eingeschätzt durch die Kompetenzskala des FBB-Angst zeigt im Elternurteil eine deutliche Zunahme (Mutter FBB-Angst Kompetenzskala Beginn Ø 1,75; Ende Ø 2,75). Für das Lehrerurteil lagen keine Informationen vor.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

### **5.3.10 Fall 10**

#### **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik**

Der 9;11 Jahre alte J. wird von seiner Mutter vorgestellt. Die Mutter berichtet, dass J. große Schwierigkeiten habe, sich von ihr zu trennen und insgesamt ängstlich und unsicher sei. Bis vor kurzem habe sie dies gar nicht wahrgenommen und dann gedacht, dass es sich irgendwann legen werde. Mittlerweile gebe es aber wegen dieser Probleme zunehmend Spannungen in der Familie, so dass sie sich für eine professionelle Unterstützung entschieden habe. Ihr Mann sei eher dagegen, da er mehr Strenge für ausreichend halte. J. habe Schwierigkeiten, sich in Läden von der Mutter zu trennen, aber auch für eine kurze Zeit alleine z. B. im Auto zu bleiben. Zu Hause könne er gar nicht alleine bleiben, teilweise mache er Kontrollrufe, wenn sich die Eltern in einer anderen Etage befänden. Ein weiteres Problem sei, dass er nicht woanders übernachtete. Mit dem Schulbesuch gebe es aktuell keine Probleme, allerdings sei eine Klassenfahrt im letzten Jahr sehr problematisch verlaufen. Andere feste Termine außer Haus, z.B. Hobbys, breche J. immer wieder nach kurzer Zeit wieder ab. Aktuell gehe er regelmäßig zum Gitarrenunterricht, dort müsse ihn seine Mutter in den Unterrichtsraum bringen. J. frage dann meist, wann sie zurückkomme und ob sie pünktlich sei. Bis vor einiger Zeit sei J. regelmäßig nachts ins Bett der

Eltern gekommen. Seit einiger Zeit dürfe er erst nach 5 Uhr morgens kommen, was er aber auch immer tue, wenn er wach werde.

Besonders viele Auseinandersetzungen gebe es dadurch, dass J. immer wieder Dinge machen wolle und sich dann kurz vor der Umsetzung doch noch anders entscheide. Dadurch nähme vor allem sie selbst aber auch ihr Mann immer wieder Mühen auf sich, in der Hoffnung, dass es diesmal mit der Trennung funktioniere und dann sage J. kurz vorher alles ab.

J. selbst äußert sich kaum, nickt oder bestätigt aber auf Nachfrage, dass er es in den geschilderten Situationen nicht schaffe, sich von seiner Mutter zu trennen. J. bestätigt ebenfalls, dass es aufgrund dessen viel Streit zu Hause gebe und äußert, dass er etwas an der Situation ändern wolle und gerne weniger Angst hätte.

In der weiteren Anamnese berichtet die Mutter, dass J. nur wenige soziale Kontakte und Ängste im Kontakt zu fremden Kindern und Erwachsenen habe. Er sei immer besser mit Mädchen ausgekommen und habe in der Klasse zur Zeit nur einen Freund. Diesbezüglich gebe es durch einen dritten Jungen, der J.s Freund für sich beanspruche, jedoch eine problematische Konstellation. J. leide unter dieser Situation sehr und könne sich, nach Aussage der Mutter, kaum durchsetzen. Sie habe auch den Eindruck, dass er sich in anderen Situationen schwer durchsetzen könne. Dies tue ihr selbst sehr weh und sie wisse gar nicht, wie sie damit umgehen solle. J. selbst äußert keine Ängste vor anderen Menschen und berichtet, dass er mit den meisten Kindern in seiner Klasse gut auskomme.

Weiterhin werden in der Anamnese Ängste vor Fahrstühlen benannt.

### **Anamnestiche Daten**

J. ist das erste Kind einer 42jährigen Mutter, gelernte Rechtsanwaltsgehilfin, aktuell Hausfrau und eines 39jährigen Vaters, in Vollzeit als Bankkaufmann tätig. J. hat eine 5jährige Schwester, die den Kindergarten besucht.

Die Schwangerschaft sei, abgesehen von starker Übelkeit in den ersten 4 Wochen problemlos verlaufen. Komplikationslose Geburt in der 39. SSW, 4100g. . J. sei ein Schreibaby gewesen und die ersten drei Monate nach der Geburt seien extrem anstrengend gewesen. In dieser Zeit habe J. Physiotherapie wg. starker Blähungen bekommen. Als Kleinkind sei J. immer anstrengend gewesen. Er habe sich kaum selbst beschäftigen können und sei weiterhin schwer zu beruhigen gewesen. Die Meilensteine der Entwicklung habe J. zeitgerecht erreicht. Belastend für die Familie seien mehrere Umzüge (bedingt durch die Arbeit des Vaters) gewesen, durch die die Mutter zwischen dem Ende von J.s erstem bis zur Mitte des dritten Lebensjahres quasi allein mit J. bei ihren Eltern gelebt habe. Die Kindertagesstätte sei immer schwierig

gewesen. Zunächst sei die Mutter mit J. in eine Mutter-Kind-Spielgruppe gegangen; dort habe J. nur bei ihr gehangen und kaum gespielt. Ab dem dritten Lebensjahr sei er dann in eine Gruppe ohne Mütter gekommen. Dort sei die Trennung für J. sehr schwierig gewesen. Irgendwann habe die Erzieherin die Mutter dann weggeschickt. Dies habe sie im Nachhinein so geärgert, dass sie J. aus der Gruppe herausgenommen habe. Kurz darauf habe es erneut einen arbeitsbedingten Umzug an den jetzigen Wohnort gegeben. Wieder sei der Vater zunächst umgezogen, die Mutter sei, bedingt durch Übelkeit in der zweiten Schwangerschaft, für sechs Monate erneut mit J. zu ihren Eltern gezogen. Anschließend sei sie mit J. nachgezogen. Dort sei J. dann mit Beginn seines fünften Lebensjahres in den Kindergarten gekommen. Zunächst sei er zwei Wochen gerne dorthin gegangen, dann bis zur Einschulung nicht mehr gerne, obwohl es dort eigentlich keine Probleme gegeben habe. Nach der Geburt seiner Schwester habe J. Kot zurückgehalten, weshalb die Mutter ihn auch beim Kinderarzt vorgestellt habe. Nach drei Monaten habe sich dies aber gegeben. Es habe danach nie übermäßige Geschwisterrivalität gegeben, allerdings sei es für J. spürbar schwierig, wenn seine Schwester im Mittelpunkt stehe (z. B. an ihrem Geburtstag). Die Einschulung sei unproblematisch verlaufen. J. habe eine sehr liebe Lehrerin gehabt und es habe nie schulische Probleme gegeben. J. sei immer gerne in die Schule gegangen.

Die Probleme bei Trennungen hätten immer schon bestanden, im Kleinkindalter auch stark von der Seite der Mutter.

### **Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgesprächs**

J. zeigt sich als freundlicher, sehr zurückhaltender Junge. Er beantwortet Fragen kurz aber ausreichend differenziert. Er wirkt sehr angepasst, und äußert sich im Beisein seiner Mutter kaum. In der Mutter-Kind-Beziehung erscheint eine starke Fürsorge der Mutter deutlich, auf die J. jedoch nicht reagiert. Bezüglich der Symptomatik zeigt sich J. sehr differenziert, seine Mutter schildert die verschiedenen Angstsituationen wenig differenziert und zeigt sich eher abwertend gegenüber J.s Verhalten.

Im CFT 20 erreicht J. in der Gesamtsumme einen T-Wert von 51 und damit ein Ergebnis im durchschnittlichen Bereich.

Im FBB-Angst, ausgefüllt durch die Mutter, werden Trennungsängste als „besonders ausgeprägt“ bzw. „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben. Darüber hinaus werden soziale Ängste sowie die Angst vor Menschenmengen und Fahrstühlen als besonders ausgeprägt beschreiben. Im SCAS werden im Fremdurteil von der Mutter Trennungsängste als „immer“ bzw. „häufig zutreffend“ angegeben. Ebenfalls als „häufig zutreffend“ werden Ängste im Aufzug sowie in engen Räumen und öffentlichen

Verkehrsmitteln beschrieben. Im Fremdurteil (FBB-Angst) gibt die Lehrerin einzelne Aspekte der Trennungsängste (auswärts schlafen und somatische Beschwerden) als weitgehend ausgeprägt an. Soziale Ängste werden als „weitgehend ausgeprägt“ beschrieben.

Die Kompetenz, erfasst durch die Kompetenzskala des FBB-Angst, wird von der Mutter sowie der Lehrerin als sehr gering eingeschätzt.

In der Diagnose-Checkliste für Angststörungen werden die Diagnosekriterien einer Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0) erfüllt. Darüber hinaus werden die Diagnosekriterien einer phobischen Störung des Kindesalters (ICD 10: F 93.1 G) erfüllt.

Es gibt keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Störungen der Orientierung und des Bewusstseins.

### **Diagnose**

Achse I: Störung mit Trennungsangst (DSM-IV: 309.21, ICD 10: F 93.0)

Phobische Störung des Kindesalters (ICD 10: F 93.1 G)

Achse II: keine (0)

Achse III: durchschnittliche Intelligenz (3)

Achse IV: keine (00.00)

Achse V: keine (0)

Achse VI: mäßige soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

### **Funktionelle Analyse**

Bei problematischer Kleinkindphase und allgemein ängstlicher Disposition kann durch die vielen Umfeldveränderungen (Umzüge, familiäres Zusammenleben) eine weitere Destabilisierung der emotionalen Situation von J. vermutet werden. Die Mutter-Kind-Beziehung war bis zum fünften Lebensjahr von J. sehr eng, da die Mutter bis dahin über viele Phasen quasi alleinerziehend war und nach den Umzügen über keine eigenen sozialen Kontakt verfügte. Durch die Geburt der Schwester und durch die längere Phase des Zusammenlebens mit dem Vater wurde die familiäre Struktur dahingehend deutlich verändert, dass der enge Bezug aufeinander nicht mehr möglich/ nötig war. Hierin kann ein weiterer Belastungsfaktor vermutet werden. Ein auslösender Faktor für die aktuell angestiegenen Ängste kann darüber hinaus nicht ausgemacht werden. Als aufrechterhaltend für die Trennungsängste kann der Umgang der Eltern mit der Symptomatik gesehen werden. Beide Elternteile betrachten die Ängste des Patienten als inkonsequentes, intendiertes Verhalten und gehen

vorwurfsvoll damit um. Auf der Handlungsebene wird es J. jedoch immer wieder ermöglicht, Trennungssituationen zu vermeiden. Die Eltern reagieren auf Zusagen von J. bezüglich Trennungen mit viel Hoffnung, die zu Frustration und Ärger ihm gegenüber führt, wenn dieser sich kurz vor einer Trennungssituation verweigert. J. verhält sich gegenüber seiner eigenen Symptomatik passiv, positive Bewältigungserlebnisse hat es nach den Schilderungen der Familie noch nicht gegeben, der Selbstwert des Patienten ist insgesamt sehr niedrig. Das erzieherische Muster, auf Rückzug des Patienten vorwurfsvoll aber auf der Handlungsebene nachgiebig zu reagieren, zeigt sich auch bezüglich Hobbys, die von J. häufig nach kurzer Zeit abgebrochen wurden. Aufgrund der geringen Anzahl fester Sozialkontakte sowie aufgrund der auch im Nachmittagsbereich geringen Einbindung in die Gleichaltrigengruppe fehlt ein weiterer Bereich, in dem selbstwertstärkende Erfahrungen gemacht werden könnten.

### **Therapieverlauf**

J. zeigte sich in der Therapie durchgängig zurückhaltend. Er sprach nicht viel, arbeitete inhaltlich in der Therapie jedoch von Beginn an intensiv mit und setzte die therapeutischen Inhalte zu Hause aktiv um bzw. entwickelte sie für sich weiter. Die Mutter war durch die Situation in der Peer-Group und die schulische Situation von J. zunächst stark belastet, so dass es ihr schwer fiel, die vereinbarten Ziele und Interventionen zum Thema Angst konsequent umzusetzen. Mit zunehmendem Verständnis für die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Problemen von J. änderte sich dies hin zu einer sehr motivierten und intensiven Mitarbeit an den therapeutischen Zielen.

Im Schwerpunkt der gesamten Behandlung standen Interventionen bezüglich der Trennungsängste. Die umschriebenen Ängste wurden nicht in die Therapie einbezogen, da sich hier nur ein sehr geringer Leidensdruck und keine Veränderungsmotivation zeigten.

Neben dem Beziehungsaufbau wurde mit der Familie zunächst das Störungsmodell von Trennungsängsten erarbeitet. Die Psychoedukation wurde dabei mit der Mutter und J. getrennt durchgeführt. Schwerpunkt der Psychoedukation mit der Mutter war die Dynamik und die aufrechterhaltenden Faktoren für Trennungsängste. Dabei wurden die unterschiedlichen Strategien der Eltern thematisiert sowie die problematische Auswirkung der emotionalen Abwertung von J.s Verhalten durch die Eltern. Der Versuch, kognitive Interventionen durchzuführen, wurde von der Familie nicht angenommen. Daher wurde das Konzept der Exposition mit der Familie besprochen und anschließend mit der Planung der Expositionsübungen für das erste

Ziel „alleine zu Hause bleiben“ begonnen. Dieses Ziel konnte langsam gesteigert werden, allerdings stagnierte bei eher langsamer Steigerung die Dauer bei 20 min nach der 12. Therapiestunde. Während J.s Motivation zur Durchführung der häuslichen Übungen in dieser Phase relativ hoch war, lag der Fokus der Mutter in dieser Zeit stark auf der schulischen Leistung, um die Gymnasialempfehlung zu erreichen sowie auf der Peer-Situation von J., die durch eine Dreierkonstellation in der Schule eher ungünstig war. Durch diese Fokussierung sowie die insgesamt den Ängsten gegenüber weiterhin eher ignorierende Einstellung der Mutter ließ diese sich zunächst nur sehr zögerlich auf die geplanten Übungen ein. Um zu vermeiden, dass J. seine hohe Motivation für die Übungen verliert, wurden mit der Mutter flankierende Gespräche vereinbart, in denen kontinuierlich und intensiv am Störungskonzept Angst gearbeitet wurde, parallel aber auch die Sorgen der Mutter zum Thema Schule sowie Sozialkontakte besprochen wurden. Kurz nach dieser Vereinbarung gab es eine krisenhaften Zuspitzung vor der 14. Therapiestunde, in der J., vermutlich im Zuge des Drucks durch die anstehende Schulempfehlung, begann den Schulbesuch zu verweigern. Dies konnte mit einer Krisenintervention und enger telefonischer Begleitung über eine Woche hinweg abgefangen werden, so dass J. nach 1,5 Wochen wieder regulär die Schule besuchte. Anschließend an diese Krise zeigte sich bei der Mutter eine deutlich höhere Motivation, die Übungen durchzuführen. Dies geschah in der Folge kontinuierlich und wie in der Therapiestunde besprochen. Zwischen der 16. und der 18. Therapiestunde konnten die Übungen so gesteigert werden, dass das Ziel der Familie, 35min alleine zu Hause zu bleiben, während die Mutter einkaufen fährt, erreicht wurde. In den, wie geplant durchgeführten, flankierenden Elterngesprächen wurde neben der Thematisierung der Sorgen der Mutter auch der Erziehungsstil der Mutter deutlich, Auseinandersetzungen zu vermeiden und zu erwarten, dass J. alle Dinge aus Einsicht und Verständnis tue (z. B. lernen oder auch alleine zu Hause bleiben). Hier konnte mit der Mutter erarbeitet werden, dass dies eine Überforderung für J. darstellt und Auseinandersetzungen mit Kindern einen wichtigen Teil der Erziehung darstellen. Darüber hinaus konnte die Durchführung der Übungen im häuslichen Rahmen verbessert werden, in dem die sehr strenge und strafende Haltung des Vaters in Angstsituationen thematisiert wurde. Dies führte dazu, dass der Vater sich zunehmend aus Angstsituationen heraushalten konnte und die Mutter versuchte, die in der Therapie erarbeiteten Strategien in ihrem Verhalten umzusetzen. Aufgrund des zunächst sehr langsamen Steigerungstempos bei den häuslichen Übungen wurde die Therapie über das geplante Stundenkontingent hinaus mit weiteren 21 Stunden durchgeführt. In diesen Stunden wurde zunächst der erreichte Stand von 35min Trennung (Mutter fährt weg) stabilisiert. Zunehmend gelang es J. in

dieser Phase auch beim Einkaufen sowie in anderen Situationen (z. B. Urlaub), auch in ungeplanten Situationen alleine zu bleiben. Parallel und ohne zusätzliche Interventionen gelang es J. , in seinem eigenen Bett zu schlafen. Ein einwöchiger Urlaub der Eltern gelang mit enger Begleitung, bedeutete für J. aber eine große Belastung. Nach zunächst unproblematischer Trennung stieg seine Belastung zunehmend an, so dass er sehr häufig mit seinen Eltern telefonierte und zunehmend genauer wissen musste, wann die Mutter sich wo aufhielt. Durch den Urlaub erfolgte jedoch kein Rückfall, so dass die Situation weiterhin stabilisiert werden konnte. Bei den letzten Übungen wurden zunehmend auch „Unsicherheitsintervalle“ eingeübt, so dass die Mutter innerhalb eines Zeitrahmens von 15min zurückkommen konnte, ohne die genaue Zeit festlegen zu müssen. Damit konnte eine weitere Flexibilisierung erreicht werden. Mit der Mutter wurde in dieser Phase parallel weiter am Störungsverständnis gearbeitet, da sie weiterhin dazu neigte, J. Absicht in seinen Verweigerungen zu unterstellen. Dies nahm in den vorbesprochenen Übungen zwar deutlich ab, zeigte sich in ungeplanten Situationen aber immer wieder, so dass eine konstante Thematisierung notwendig war. Dies wurde von der Mutter als zunehmend entlastend erlebt, da sie merkte, dass die Kompetenzen von J. konstant zunahmen. Durch die Gymnasialempfehlung und das Aufnehmen des Themas „Freundschaft“ in die Gespräche mit J. war die Mutter zusätzlich entlastet. Im Anschluss an die Sommerferien wurde nach erneuter Überprüfung der Stabilität der Situation, in Absprache mit den Eltern, die Sitzungsfrequenz heraufgesetzt, so dass nur noch 4- bis 6-wöchentliche Termine stattfanden. In diesen Sitzungen wurden gut oder schlecht gelaufene Angstsituationen der letzten Wochen besprochen und dadurch zunehmend die selbständige Planung und Bewältigung von Situationen angestrebt. Da sich keine erneuten Trennungsängste zeigten, konnte in der Stabilisierungsphase auch am Thema Sozialkontakte intensiver gearbeitet werden. Nach dem Wechsel ins Gymnasium zeigte sich bei J. eine sehr ablehnende Haltung gegenüber seinen Mitschülern. Mithilfe von Soziogrammen und zunehmender Differenzierung der einzelnen Kinder nahm J. nach und nach Kontakt mit einzelnen Kindern auf und seine ablehnende Haltung nahm ab. Dadurch konnten Kontakte zu einigen Kindern hergestellt werden.

Am Ende der Therapie wurde mit der Familie eine ausführliche Rückfallprophylaxe durchgeführt, bei der die erreichten Therapieziele sowie die erlernten Übungsmechanismen rekapituliert und mögliche zukünftige Angstsituationen besprochen wurden.

Insgesamt wurde die Therapie in 40 Kontakten durchgeführt. Zusätzlich zum vorgesehenen Umfang von 19 Stunden (Erstkontakt und 18 Therapiekontakte) wurden

weitere 21 Kontakte durchgeführt, die vor allem durch die anfangs nur schleppend anlaufende Exposition aber auch durch die in der Familie hoch chronifizierte Haltung gegenüber der Symptomatik notwendig waren.

Die zu Behandlungsbeginn und –ende durchgeführten Fragebögen zeigten einen geringen Symptomrückgang bezüglich der Trennungsangstsymptomatik im Fremdurteil (Mutter FBB-Angst Skala „Trennungsängste“ Beginn  $\bar{X}$  1,8; Ende  $\bar{X}$  1,4, SCAS Skala „Trennungsängste“ Beginn  $\bar{X}$  1,8, Ende  $\bar{X}$  1,0) Das Lehrerurteil lag aufgrund einer hohen Anzahl fehlender Items nur für die Eingangsdiagnostik vor. Bei den anderen Ängsten zeigte sich im Elternurteil im FBB-Angst kein Rückgang, im SCAS zeigte sich ein leichter Rückgang der Symptomatik (FBB-Angst Skala „Andere Ängste“ Beginn  $\bar{X}$  1,2, Ende  $\bar{X}$  1,1; SCAS Skala „Andere Ängste“ Beginn  $\bar{X}$  1,6, Ende  $\bar{X}$  1,1). Auch hier lagen für das Lehrerurteil keine Vergleichswerte der Ausgangsdiagnostik vor.

Die Kompetenz, eingeschätzt durch die Kompetenzskala des FBB-Angst, zeigt im Elternurteil eine geringe Zunahme (Mutter FBB-Angst Kompetenzskala Beginn  $\bar{X}$  0,25; Ende  $\bar{X}$  0,75). Für das Lehrerurteil konnte durch fehlende Werte keine Skala für die die Abschlussdiagnostik gebildet werden.

Die fall- sowie stichprobenbezogenen Darstellungen der Fragebogenbeurteilungen sind im Kapitel 5 tabellarische sowie grafische dargestellt. Eine Übersicht hinsichtlich der Stichprobenmerkmale Alter, Geschlecht, Intelligenz, Schulbesuch und Komorbidität findet sich in Kapitel 5.1. Eine Übersicht über die in den Fällen verwendeten Module ist in Kapitel 5.2 dargestellt.

## 5.4 Primäre Analysen

Die Erhebung der Daten für die primären Analysen erfolgten über die SCAS (Kap. 4.2.3) sowie über den FBB-Angst (Kap. 4.2.3). Der FBB-Angst wurde ursprünglich als Screening-Instrument eingesetzt. Da keiner der Fälle durch den erhobenen Wert auf diesem Instrument ausgeschlossen wurde, wurde der FBB-Angst neben der SCAS zu jedem Haupt-Messzeitpunkt eingesetzt (jeweils Elternurteil). Gründe hierfür waren sowohl die bessere Verbreitung des FBB-Angst im deutschsprachigen Raum wie auch das Vorhandensein deutscher Normen, die einen Vergleich zwischen Therapiebeginn und Therapieende auch auf normativer Ebene ermöglichen. Darüber hinaus war es möglich, die Kompetenzskala des FBB-Angst zur Überprüfung der 3. Hypothese einzusetzen und so die Erweiterung der Fragebogenbatterie um einen weiteren

Fragebogen zu vermeiden. Bei der Problemliste ist zu beachten, dass die in einigen Fällen nachträglich im Verlauf der Therapie ergänzten zusätzlichen Probleme (Fälle 4, 6, 9, 10) nicht in die Daten der vorliegenden Arbeit einbezogen wurden.

In Tabelle 13 sind die individuell erreichten Skalenwerte auf der Skala Trennungsängste des FBB-Angst aufgeführt sowie zur Orientierung die Grenzwerte zur klinischen Auffälligkeit ( $\geq$  Stanine 8), ermittelt an einer deutschen Normstichprobe (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008).

Tab. 13: FBB-Angst: gemittelte Rohwerte zu M1, M2 und M5 sowie Bereich klinischer Auffälligkeit

Fall	M1 FBB-TA	M2 FBB-TA	M5 FBB-TA	Grenzwerte klinischer Auffälligkeit ***
1	<b>1,0*</b>	<b>0,6</b>	0,1	$\geq 0,6$
2	**	<b>1,8</b>	0,1	$\geq 0,9$
3	<b>1,3</b>	<b>1,7</b>	<b>1,4</b>	$\geq 0,9$
4	**	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>	$\geq 0,4$
5	<b>1,3</b>	0,7	0,2	$\geq 0,9$
6	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	0,1	$\geq 0,6$
7	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	0,2	$\geq 1,1$
8	<b>1,1</b>	<b>0,9</b>	0,6	$\geq 0,9$
9	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	0,1	$\geq 0,9$
10	<b>1,8</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	$\geq 0,6$

\* fett gedruckte Zahlen markieren Werte oberhalb des Normbandes

\*\* keine Baselinephase aufgrund chronifizierter Schulverweigerung (Kap. 4.2.2)

\*\*\* (Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008)

Da die statistische Prüfung der Hypothesen 1 und 2 anhand beider durchgeführter Fragebogenverfahren (SCAS, FBB-Angst) erfolgt, wurde zunächst der Zusammenhang der beiden Verfahren jeweils zu M1 und M5 bestimmt. Die nach Pearson berechneten Korrelationen sind in der folgenden Tabelle aufgeführt, dabei befinden sich die Korrelationen zum Zeitpunkt M5 in den grau hinterlegten Feldern.

Tab. 14: Korrelation zwischen FBB-ANG Skalen Trennungsängste und Andere Ängste und SCAS, Skalen Trennungsängste (TA) und Andere Ängste (AN) zu M1 und M5 (grau hinterlegt)

		FBB- Angst TA	FBB- Angst AN	SCAS TA	SCAS AN
FBB- Angst TA	Pearson Korrelation		,38	<b>,82*</b>	,60
	Sig. (2-seitig)		,36	,01	,12
	N		8	8	8
FBB- Angst AN	Pearson Korrelation	<b>,76*</b>		,29	<b>,80*</b>
	Sig. (2-seitig)	,010		,48	,02
	N	10		8	8
SCAS TA	Pearson Korrelation	<b>,84*</b>	<b>,76*</b>		,50
	Sig. (2-seitig)	,00	,01		,21
	N	10	10		8
SCAS AN	Pearson Korrelation	<b>,89**</b>	<b>,84**</b>	<b>,92**</b>	
	Sig. (2-seitig)	,00	,00	,00	
	N	10	10	10	

\* Korrelation ist signifikant auf dem 0.05 Level (2-seitig).

\*\* Korrelation ist signifikant auf dem 0.01 Level (2-seitig).

Tabelle 14 zeigt zu M1 erwartungsgemäß hohe Korrelationen zwischen den Trennungsangstskalen der beiden Verfahren ( $r = .82$ ) sowie zwischen den Skalen, die die übrigen Ängste erfassen ( $r = .80$ ). Zwischen den Trennungsangstskalen und den Skalen anderer Ängste zeigen sich keine signifikanten Korrelationen. Die Korrelationen liegen hier im unteren bis mittleren Bereich.

Zum Zeitpunkt M5 ergeben sich signifikante Korrelationen zwischen allen verwendeten Skalen ( $r = .76$  bis  $r = .92$ ). Signifikante Korrelationen bestehen damit sowohl zwischen den gleichen Skalen beider Fragebögen als auch zwischen den Trennungsangstskalen und den Skalen Andere Ängste. Im Vorgriff auf die Darstellung der Interpretation der Ergebnisse kann angenommen werden, dass sich der hohe Zusammenhang zwischen den Skalen zu M5 durch ein Abnehmen der Trennungsängste erklären lässt, die so den Werten der Skala Andere Ängste ähnlicher werden, die von Beginn an niedrig ausgeprägt sind. Insgesamt kann damit aber davon ausgegangen werden, dass die Angstskalen der beiden Instrumente ähnliche Konzepte erfassen.

In der Folge werden die Ergebnisse der primären Analysen bezüglich der drei Hypothesen dargestellt. Dazu werden für jede Hypothese zunächst die individuellen Verläufe über die Behandlungszeit hinweg grafisch und tabellarisch aufgeführt. Anschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Überprüfung auf statistische Signifikanz. Für das Multilevel Modelling-Verfahren werden grafisch die geschätzten Regressionsgeraden sowie tabellarisch die wichtigsten Kennwerte dargestellt.

Die Berechnung der Effektstärken erfolgte für den gesamten Behandlungszeitraum (M1 und M5), sowie für die beiden Untersuchungsphasen (Baseline M1 – M2; Therapiephase M2 – M5) getrennt. Darüber hinaus wurde die Nettoeffektstärke (Kap. 4.2.5) zum Vergleich der beiden betrachteten Untersuchungsphasen berechnet. Alle Effektstärken werden tabellarisch dargestellt.

### 5.4.1 Hypothese 1 – Verminderung Trennungsängste

Die Trennungsängste der Kinder vermindern sich durch die Intervention.

Als Messinstrumente zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die SCAS, Skala Trennungsängste im Elternurteil (5 Messzeitpunkte M1 bis M5), der FBB-Angst, Skala Trennungsängste im Elternurteil (5 Messzeitpunkte M1 bis M5) sowie die Problemliste mit der wöchentlichen Beurteilung der individuellen Probleme durch die Eltern (25 Messzeitpunkte K1 bis K25) eingesetzt.

#### SCAS - Trennungsängste

In Tabelle 15 sind zunächst die fallbezogenen Rohwerte der Skala Trennungsängste der SCAS im Zeitverlauf sowie die jeweiligen Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen dargestellt.

Tab. 15: SCAS „Trennungsängste“, Fallweise gemittelte Rohwerte sowie Gruppenmittelwert und Standardabweichung im Behandlungsverlauf

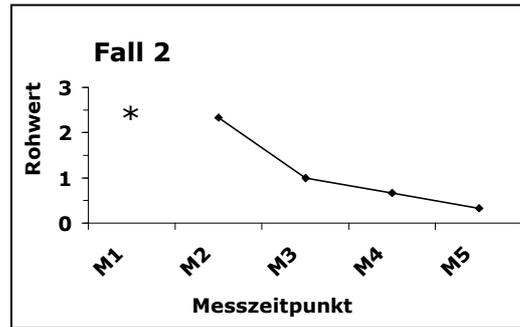
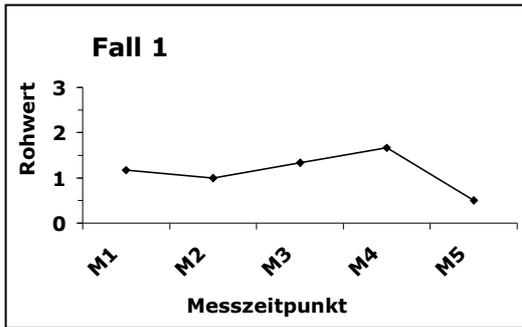
	M1	M2	M3	M4	M5
Fall 1	1,17	1,00	1,33	1,67	0,50
Fall 2	*	2,33	1,00	0,67	0,33
Fall 3	1,50	1,67	1,00	1,33	1,17
Fall 4	*	1,50	1,50	0,83	1,17
Fall 5	1,83	1,33	0,83	0,50	0,83
Fall 6	1,00	1,33	1,17	0,67	0,33
Fall 7	2,00	2,17	1,00	0,83	0,33
Fall 8	1,50	1,50	0,83	1,50	1,17
Fall 9	1,00	0,83	1,00	0,17	0,17
Fall 10	1,83	2,00	1,50	2,00	1,67
AM**	1,48	1,57	1,12	1,02	0,77
SD***	0,39	0,49	0,25	0,58	0,50

\* keine Baselinephase aufgrund chronifizierter Schulerweigerung (Kap. 4.2.2)

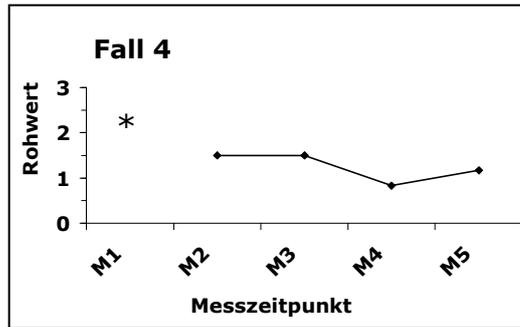
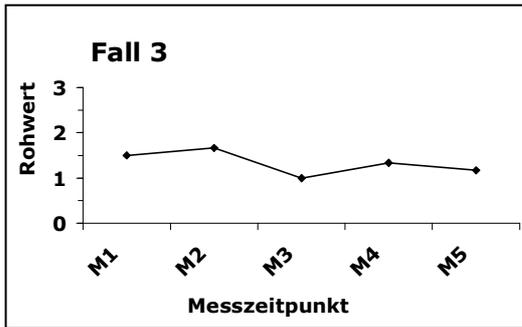
\*\* Arithmetisches Mittel

\*\*\* Standardabweichung

Die Tabelle zeigt im Gruppenmittelwert in der Baselinephase (M1 bis M2) eine minimale Zunahme des gemittelten Rohwertes. Zwischen den Therapiephasen zeigt sich dann eine kontinuierliche Abnahme der Gruppenmittelwerte. Die Standardabweichungen liegen zwischen 0,25 und 0,58. Die folgende Abbildung 4 zeigt den fallbezogenen zeitlichen Verlauf der SCAS Rohwerte auf der Skala Trennungsängste über die fünf erhobenen Messzeitpunkte.



\* keine Baselinephase (Kap. 4.2.2)



\* keine Baselinephase (Kap. 4.2.2)

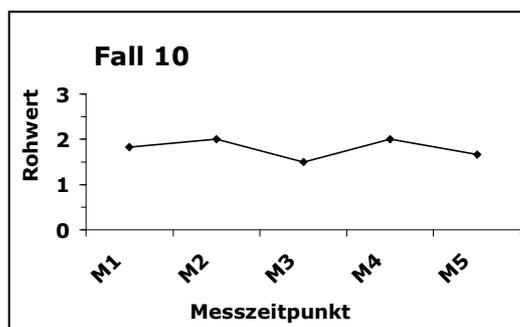
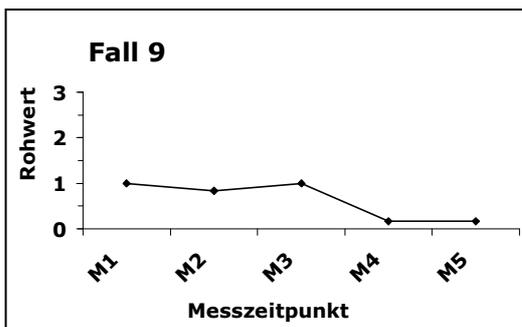
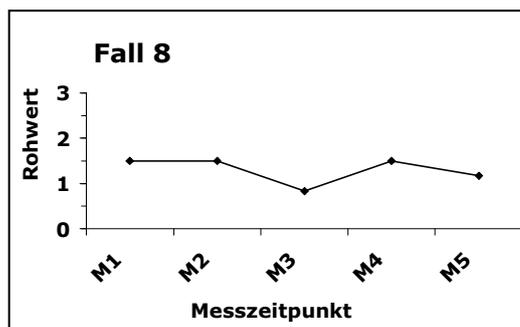
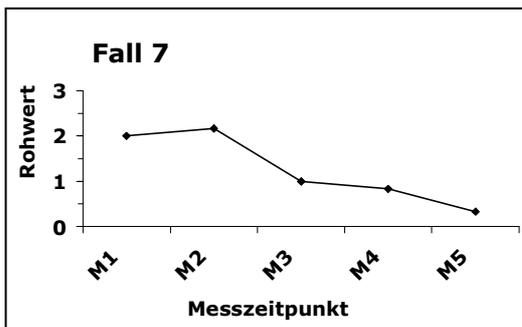
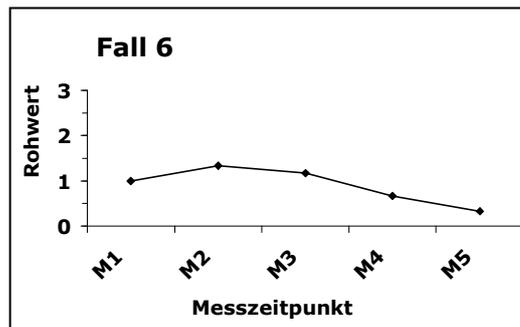
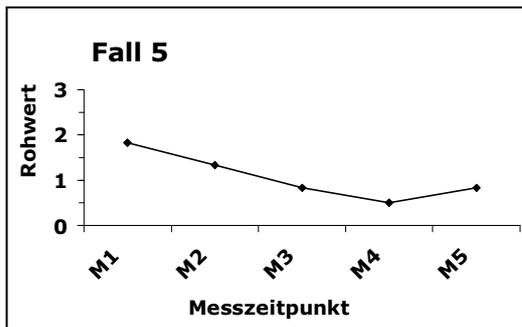


Abb. 4: Fallweise Darstellung der individuellen Therapieverläufe (M1 bis M5) für SCAS „Trennungängste“

Abbildung 4 zeigt anhand der gemittelten Rohwerte für jeden Fall den Verlauf der Trennungsängste in der Elterneinschätzung anhand der Skala Trennungsängste der SCAS. Bei allen Fällen zeigt sich eine Verminderung der Trennungsängste zwischen M1 und M5. Die individuellen Therapieverläufe weisen jedoch deutliche Unterschiede auf. In drei Fällen zeigt sich eine Verminderung der Trennungsängste bereits in der Baselinephase (Fälle 1, 5, 9). Bei einem Fall zeigt sich keine Veränderung während der Baselinephase (Fall 8). Die Fälle 2 und 4 haben aufgrund einer mehrwöchigen Schulverweigerung keine Baselinephase durchlaufen (Kap. 4.2.2). In den übrigen vier Fällen steigen die Trennungsängste während der Baselinephase an. In allen Fällen zeigt sich in der anschließenden Therapiephase (M2 bis M5) eine Abnahme der eingeschätzten Trennungsängste.

Eine kontinuierliche Abnahme zeigt sich bei den Fällen 2, 6, 7 und 9 im Verlauf der Therapie (M2 bis M5). Die Fälle 4 und 5 zeigen zunächst einen Abfall der Trennungsängste, die zwischen M4 und M5 jedoch wieder leicht zunehmen. Insgesamt zeigt Fall 5 eine deutliche Abnahme in den Trennungsängsten zwischen dem Beginn und dem Ende der Therapie. Diese Verminderung ist bei Fall 4 geringer ausgeprägt. Ähnlich geringe Verminderungen der Trennungsängste zeigen sich bei den Fällen 3, 8 und 10. Die Trennungsängste nehmen in diesen Fällen zunächst zu Beginn der Therapiephase ab, nach der Hälfte der Therapiephase zeigen sie jeweils noch einmal eine Zunahme der Trennungsängste, bevor sie dann bis zum Ende der Therapie wieder abnehmen.

Im Folgenden sind die Ergebnisse der statistischen Signifikanzprüfung aufgeführt. Die folgende Abbildung 5 zeigt die Regressionsgeraden, die durch das Multilevel Modelling berechnet wurden sowie, im Vergleich dazu, die Gruppenmittelwerte.

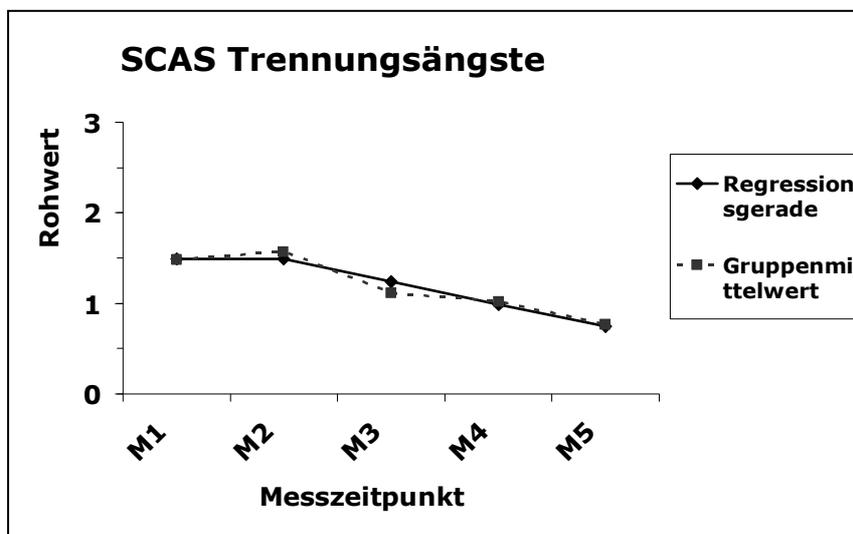


Abb. 5: Regressionsgeraden (MLM) und empirische Gruppenmittelwerte

für SCAS „Trennungsgänge“ im Behandlungsverlauf

Die Abbildung zeigt, dass die Regressionsgeraden fast deckungsgleich mit den Gruppenmittelwerten verlaufen. Die folgende Tabelle 16 zeigt nur geringe Unterschiede zwischen den Werten der Regressionsgeraden und den empirischen Gruppenmittelwerten der SCAS „Trennungsgänge“.

Tab. 16: Werte der durch MLM geschätzten Regressionsgeraden sowie empirische Mittelwerte und Standardabweichungen für SCAS „Trennungsgänge“

	M1	M2	M3	M4	M5
geschätzte Regressionsgeraden	1,49	1,49	1,24	0,99	0,74
AM (SD)	1,48 (0,39)	1,57 (0,49)	1,12 (0,25)	1,02 (0,58)	0,77 (0,50)

Die nachfolgende Tabelle 17 zeigt die Kennwerte des MLM zur Überprüfung der statischen Signifikanz der Therapieeffekte.

Tab. 17: Schätzung der festen Effekte durch Multilevel Modelling für SCAS „Trennungsgänge“

	geschätzte Steigung	SD	Freiheitsgrade	t	Sig.	95% Vertrauensintervall	
						Min.	Max.
Schnittpunkt y-Achse	1,50	0,25	44,43	5,89	.00	0,98	2,00
Zeit 1*	0,00	0,17	36,96	0,03	.98	-0,34	0,34
Zeit 2	-0,25	0,20	36,76	-1,28	.20	-0,66	0,15

\* zentralisierte Variable

In der Baselinephase (Zeit 1) gibt es hypothesenkonform keine Steigung in der Regressionsgeraden. In der Therapiephase zeigt sich eine Steigung von -0,25 (Zeit 1 + Zeit 2) und damit eine hypothesenkonform abnehmende Regressionsgerade. Der Unterschied zwischen den beiden Regressionsgeraden der Baseline- und der Therapiephase wird jedoch nicht signifikant (.20). Die Vertrauensintervalle müssen als groß eingeschätzt werden.

Die folgende Tabelle zeigt die für die SCAS-Trennungsgänge berechneten Effektstärken.

Tab. 18: Effektstärken bzw. Nettoeffektstärke für SCAS „Trennungsgänge“

	Anzahl Intervalle Baseline	Anzahl Intervalle Therapie	geschätzte Steigung Zeit 1	geschätzte Steigung Zeit 2	SD M1	Effektstärke Baseline	Effektstärke Therapie	Nettoeffektstärke
SCAS-Trennungsgänge	1	3	0,00	-0,25	0,44	0,00	-1,70	-1,70

Für die Baselinephase ergibt sich kein Effekt. In der Therapiephase zeigt sich mit -1,7 ein hypothesenkonformer großer Effekt (Cohen, 1988). In der Nettoeffektstärke zeigt sich, aufgrund der Null-Steigung in der Baselinephase, der Treatmenteffekt unvermindert mit einer großen Effektstärke von -1,7.

### **FBB-ANG, Skala Trennungsängste**

In Tabelle 19 sind zunächst die fallweise gemittelten Rohwerte der Skala Trennungsängste des FBB-Angst im Behandlungsverlauf sowie die jeweiligen Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen dargestellt.

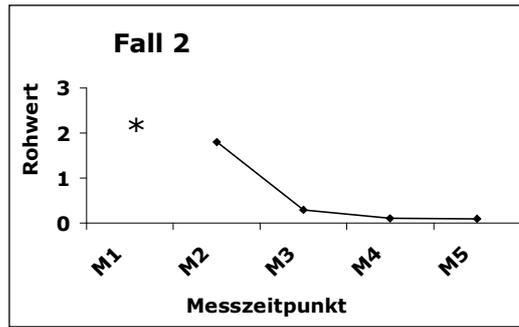
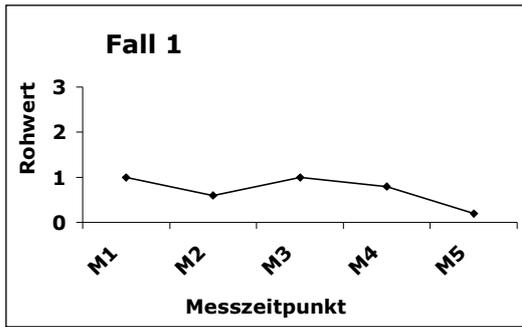
Tab. 19: FBB-Angst „Trennungsängste“ Fallweise gemittelte Rohwerte sowie Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen im Behandlungsverlauf

	M1	M2	M3	M4	M5
Fall 1	1,00	0,60	1,00	0,80	0,20
Fall 2	*	1,80	0,30	0,11	0,10
Fall 3	1,30	1,70	1,11	2,10	1,40
Fall 4	*	0,70	1,40	0,90	0,50
Fall 5	1,30	0,67	0,20	0,10	0,20
Fall 6	0,90	0,70	0,50	0,20	0,10
Fall 7	2,10	2,00	1,30	0,50	0,20
Fall 8	1,10	0,90	0,80	1,10	0,60
Fall 9	1,20	0,90	0,80	0,00	0,10
Fall 10	1,80	1,30	1,20	1,20	1,20
AM	1,34	1,13	0,86	0,70	0,46
SD	0,41	0,53	0,42	0,66	0,48

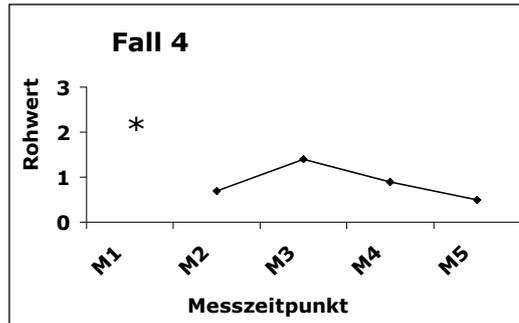
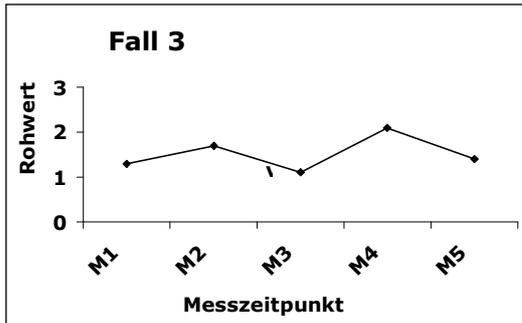
\* keine Baselinephase aufgrund chronifizierter Schulverweigerung (Kap. 4.2.2)

Die Tabelle 19 zeigt im Gruppenmittelwert in der Baselinephase (M1 bis M2) eine leichte Abnahme des gemittelten Rohwertes. Zwischen den Therapiephasen zeigt sich eine fortschreitende Abnahme der Gruppenmittelwerte. Die Standardabweichungen liegen zwischen 0,41 und 0,66.

Die folgende Abbildung 6 zeigt grafisch den fallbezogenen zeitlichen Verlauf Rohwerte des FBB-Angst, Skala „Trennungsängste“ über die fünf erhobenen Messzeitpunkte.



\* keine Baselinephase (Kap. 4.2.2)



\* keine Baselinephase (Kap. 4.2.2)

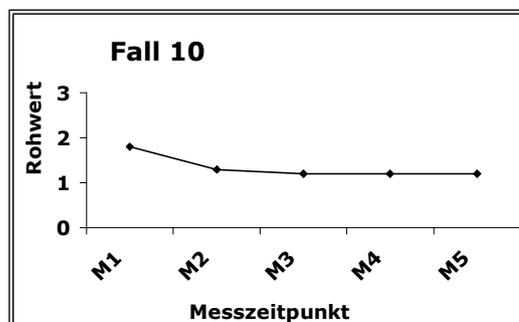
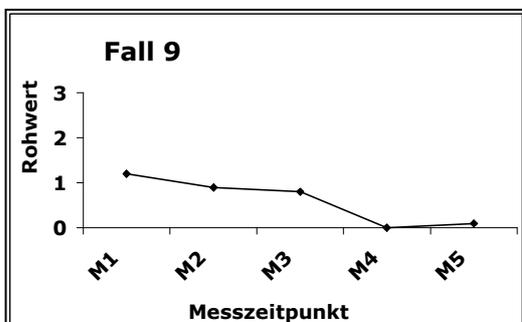
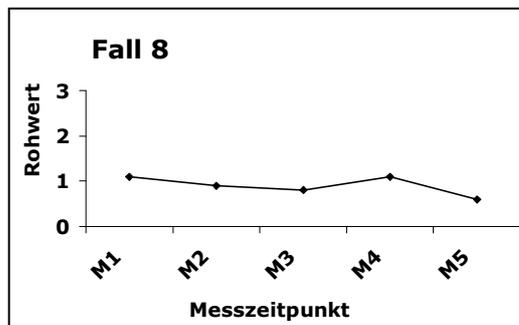
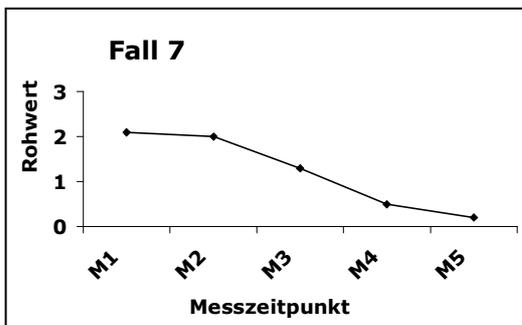
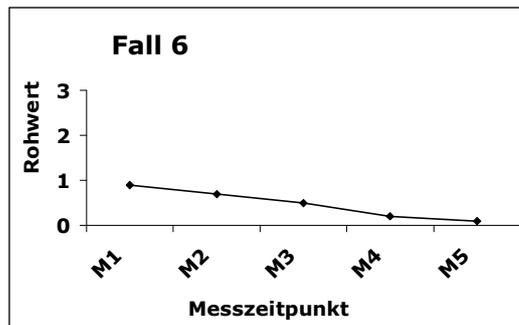
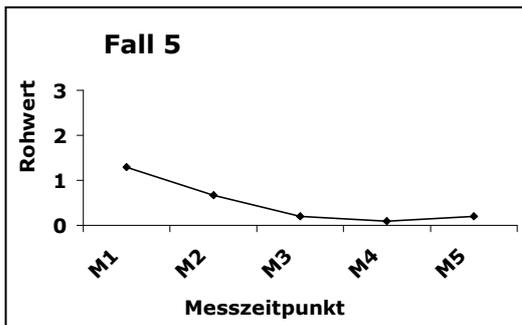


Abb. 6: Fallweise Darstellung der individuellen Therapieverläufe (M1 bis M5) für FBB-Angst „Trennungängste“

Abbildung 6 zeigt anhand der gemittelten Rohwerte den Verlauf der Trennungsängste in der Elterneinschätzung auf der Skala Trennungsängste des FBB-Angst für jeden Fall. Dabei zeigt sich in der Baselinephase im Fall 3 eine Zunahme der Trennungsängste, in allen anderen Fällen zeigt sich eine Abnahme der Trennungsängste in der Baselinephase. Für die Fälle 2 und 4 liegt aufgrund chronifizierter Schulverweigerung (Kap. 4.2.2) keine Baselinephase vor.

In der Therapiephase zeigt sich in den Fällen 2, 5, 6, und 7 eine kontinuierliche Abnahme der Trennungsängste. Im Fall 9 zeigt sich nach einer kontinuierlichen Abnahme der Trennungsängste eine minimale Zunahme in der letzten Therapiephase. In den Fällen 1 und 4 zeigt sich nach einer Zunahme der Trennungsängste zu Beginn der Therapiephase (Tab. 19) im weiteren Verlauf eine kontinuierliche Abnahme. Die Fälle 8 und 10 weisen über den Therapieverlauf hinweg nur wenig Veränderung auf. Insgesamt vermindern sich die Trennungsängste in diesen Fällen minimal. Im Fall 3 zeigt sich ein sehr schwankender Verlauf mit einer leichten Zunahme der Trennungsängste zum Ende der Therapie gegenüber dem Beginn der Therapiephase. Mit Ausnahme von Fall 3 zeigt sich damit bei allen Fällen eine Verminderung der eingeschätzten Trennungsängste im Zeitverlauf. Die individuellen Therapieverläufe weisen jedoch auch hier deutliche Unterschiede auf.

Die folgende Abbildung 7 zeigt die durch Multilevel Modelling berechneten Regressionsgeraden, sowie, im Vergleich dazu, die Gruppenmittelwerte der Skala Trennungsängste des FBB-Angst.

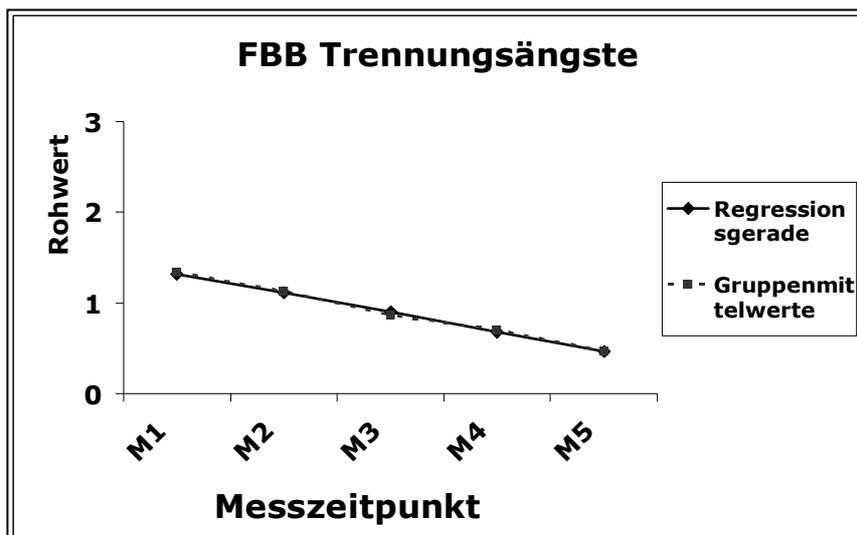


Abb. 7: Regressionsgeraden (MLM) und empirische Gruppenmittelwerte für FBB-Angst „Trennungsängste“ im Behandlungsverlauf

Die Abbildung zeigt, dass die Regressionsgeraden fast deckungsgleich mit den Gruppenmittelwerten verlaufen. In der nachfolgenden Tabelle 20 sind die zugehörigen Werte aufgeführt, die minimale Unterschiede zwischen den Werten der Regressionsgeraden und den Gruppenmittelwerten zeigt.

Tab. 20: Werte der durch MLM geschätzten Regressionsgeraden sowie empirische Mittelwerte und Standardabweichungen für FBB-Angst „Trennungsängste“

	M1	M2	M3	M4	M5
geschätzte Regressionsgeraden	1,32	1,11	0,90	0,68	0,46
AM (SD)	1,34 (0,41)	1,13 (0,53)	0,86 (0,42)	0,70 (0,66)	0,46 (0,48)

Die nachfolgende Tabelle 21 zeigt die Kennwerte des MLM zur Überprüfung der statischen Signifikanz der Therapieeffekte.

Tab. 21: Schätzung der festen Effekte durch Multilevel Modelling für FBB-Angst „Trennungsängste“

	geschätzte Steigung	SD	Freiheitsgrade	t	Sig.	95% Vertrauensintervall	
						Min.	Max.
Schnittpunkt y-Achse	0,90	0,27	44,99	3,37	.00	0,36	1,43
Zeit 1*	-0,21	0,17	36,72	-1,25	.22	-0,56	0,13
Zeit 2	0,00	0,20	36,56	-0,01	1.00	-0,41	0,41

\* zentralisierte Variable

In der Baselinephase (Zeit 1) zeigt die Regressionsgerade mit einer geschätzten Steigung von -0,21 eine Verminderung der Trennungsängste. In der Therapiephase zeigt sich keine Veränderung dieser Steigung (Zeit 2) und damit über die gesamte Behandlungsphase hinweg eine konstante Verminderung der Trennungsängste. Der Unterschied zwischen den beiden Regressionsgeraden der Baseline- und der Therapiephase wird damit nicht signifikant (1.00). Die Vertrauensintervalle sind auch hier groß.

Die folgende Tabelle 22 zeigt die für die Skala „Trennungsängste“ des FBB-Angst berechneten Effektstärken.

Tab. 22: Effektstärken bzw. Nettoeffektstärke für FBB-Angst „Trennungsängste“

	Anzahl Intervalle Baseline	Anzahl Intervalle Therapie	geschätzte Steigung Zeit 1	geschätzte Steigung Zeit 2	SD M1	Effektstärke Baseline	Effektstärke Therapie	Nettoeffektstärke
FBB-Angst Trennungsängste	1	3	-0,21	0,00	0,47	-0,45	-0,45	0,00

Tabelle 22 zeigt für die Therapiephase einen kleinen Effekt von -0,45 (Cohen, 1988). Da sich in der Baselinephase ein Effekt derselben Größe zeigt (im Sinne einer Verminderung der Symptomatik), ergibt sich für die Nettoeffektstärke kein zusätzlicher Effekt der Treatmentphase im Vergleich zur Baselinephase und damit eine Nettoeffektstärke von 0.

### **Problemliste**

Im Rahmen der wöchentlichen Messungen wurde das Elternurteil hinsichtlich der Stärke und Belastung der drei individuell definierten Probleme erfragt.

Da sich in allen Fällen zeigte, dass es ein sehr dominantes Problem gab und die weiteren Probleme für die Familien eine sehr untergeordnete Rolle spielten, wurde nur die Problemstärke des jeweils wichtigsten Problems (definiert als 1. Problem) in den individuellen Verläufen dargestellt und auf statistische Signifikanz geprüft. Die Problemstärke der Probleme 2 und 3 sowie die Belastung mit den einzelnen Problemen und die Gesamtbelastung werden im Rahmen der sekundären Analysen (Kap. 5.5) deskriptiv dargestellt.

Aufgrund der Datenmenge werden die individuellen Verläufe im Folgenden nur grafisch aufgeführt. Eine Darstellung der Einzelwerte in tabellarischer Form befindet sich im Anhang (Kap. 9.3).

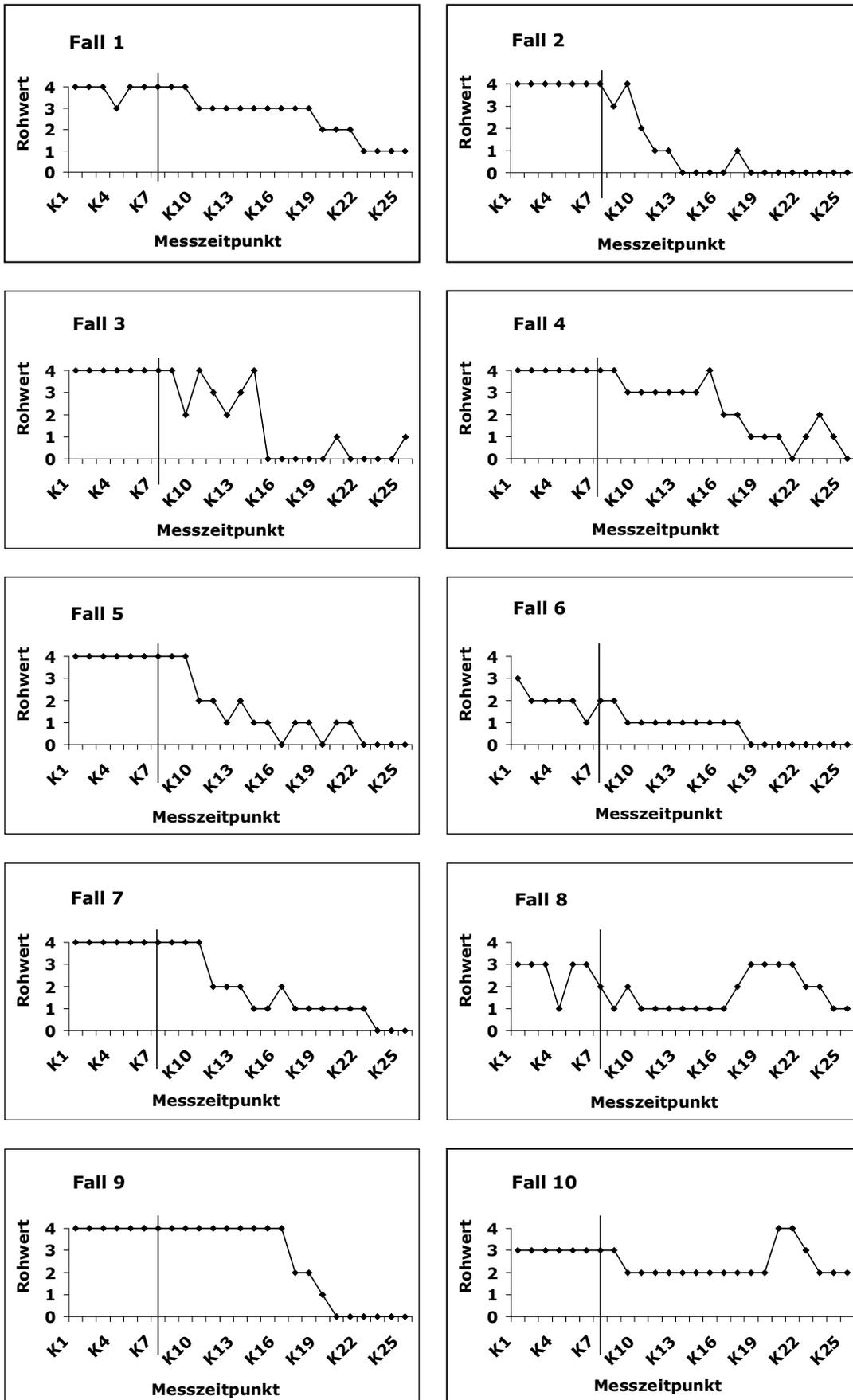


Abb. 8: Fallweise Darstellung der individuellen Therapieerläufe (K1 bis K25) für die Problemliste, 1. Problem, Problemstärke

Abbildung 8 zeigt, dass es in allen Fällen einen Rückgang in der von den Eltern beurteilten Problemstärke des wichtigsten individuellen Problems gab. In nur einem Fall zeigt sich während der Baseline eine Verminderung der Trennungsängste, in den Fällen 1 und 8 zeigt sich ein einmalig niedrigerer Trennungsangstwert in einem Messzeitpunkt. In allen übrigen Fällen zeigen sich während der Baselinephase keine Veränderungen. In den meisten Fällen zeigt sich eine Abnahme der eingeschätzten Problemstärke nach dem 3. Therapiekontakt in der Therapiephase. Bei den Fällen 9 und 10 ist die Phase, in der es zu einer stärkeren Abnahme der beurteilten Problemstärke kommt, deutlich länger. Ebenfalls im Fall 10 sowie in den Fällen 4 und 8 ist eine Zunahme und erneute Abnahme der eingeschätzten Problemstärke in den letzten Therapiekontakten zu sehen. Alle Verläufe zeigten insgesamt abnehmende Problemstärken des wichtigsten Trennungsangstproblems, wobei es in den meisten Fällen deutlich Schwankungen im Verlauf der Therapiephase gibt und nur in den Fällen 1 und 9 die Problemstärke in der Therapiephase kontinuierlich abnimmt.

Die folgende Abbildung 9 zeigt grafisch die durch Multilevel Modelling berechneten Regressionsgeraden sowie vergleichend die empirischen Gruppenmittelwerte.

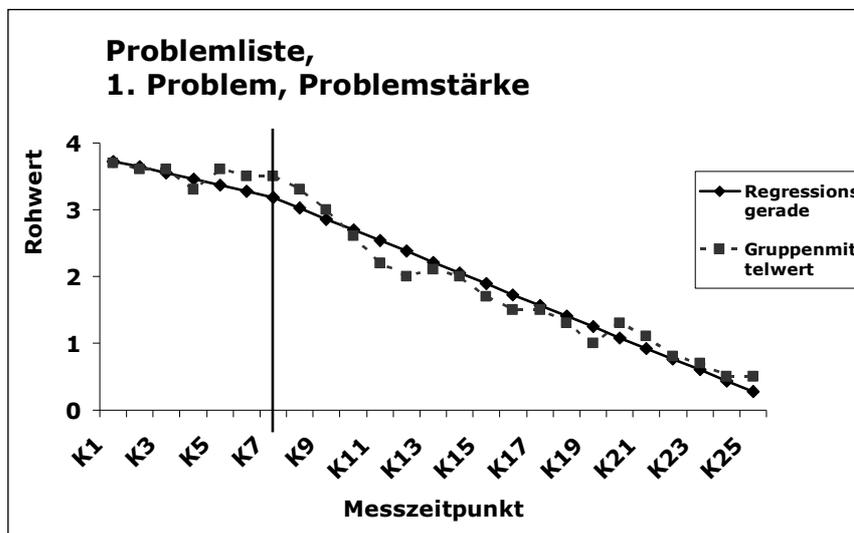


Abb. 9: Regressionsgeraden (MLM) und empirische Gruppenmittelwerte der Problemliste, 1. Problem, Problemstärke im Behandlungsverlauf

Die Abbildung zeigt, dass die Regressionsgeraden fast deckungsgleich mit den Gruppenmittelwerten verlaufen. Die Darstellung der Einzelwerte in tabellarischer Form ist, zusammen mit den Rohwerten der individuellen Verläufe im Anhang (Kap. 9.3) aufgeführt.

Die nachfolgende Tabelle 23 zeigt die Kennwerte des MLM zur Überprüfung der statischen Signifikanz der Therapieeffekte.

Tab. 23: Schätzung der festen Effekte durch Multilevel Modelling für die Problemliste, 1. Problem, Problemstärke

	geschätzte Steigung	SD	Freiheitsgrade	t	Sig.	95% Vertrauensintervall	
						Min.	Max.
Schnittpunkt y-Achse	2,63	0,31	69,38	8,38	.00	1,91	3,26
Zeit 1*	-0,09	0,04	57,66	-2,33	.02	-0,17	-0,01
Zeit 2	-0,07	0,04	229,00	-1,85	.07	-0,14	0,00

\* zentralisierte Variable

In der Baselinephase (Zeit 1) zeigt die Regressionsgerade mit einer geschätzten Steigung von -0,09 eine geringe Verminderung der Trennungsängste. In der Therapiephase (Zeit 1 + Zeit 2) zeigt sich eine Steigung von -0,16. Diese, gegenüber der Baselinephase etwas größere Steigung, bedeutet eine stärkere Verminderung der Trennungsängste in der Treatmentphase als in der Baselinephase. Der Unterschied zwischen den beiden Regressionsgeraden der Baseline- und der Therapiephase wird nicht signifikant (.07), kann jedoch als erkennbarer Trend interpretiert werden. Die Vertrauensintervalle sind eher klein und gleich gerichtet.

Die folgende Tabelle 24 zeigt die Effektstärken sowie die Nettoeffektstärke für die Problemstärke des individuellen ersten Problems der Problemliste.

Tab. 24: Effektstärken und Nettoeffektstärke für die Problemliste, 1. Problem, Problemstärke

	Anzahl Intervalle Baseline	Anzahl Intervalle Therapie	geschätzte Steigung Zeit 1	geschätzte Steigung Zeit 2	SD M1	Effektstärke Baseline	Effektstärke Therapie	Nettoeffektstärke
wöch. EU*	6	17	-0,09	-0,07	0,48	-1,13	-3,60	-2,48

\* Elternurteil

Hypothesenkonform zeigt sich in der Therapiephase ein sehr großer Effekt mit -3,60 (Cohen, 1988). Auch in der Baselinephase zeigt sich mit -1,13 ein großer Effekt im Sinne einer Symptomverminderung. Aufgrund des sehr großen Effektes in der Therapiephase bleibt jedoch, trotz des großen Effektes in der Baselinephase, auch die Nettoeffektstärke im Bereich eines großen Effektes (-2,48).

## 5.4.2 Hypothese 2 – Verminderung komorbide Ängste

Komorbide Ängste vermindern sich durch die Intervention.

Als Messinstrumente zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die SCAS sowie der FBB-Angst verwendet. Bei beiden Verfahren wurden mit Ausnahme der Skala Trennungsangst alle Skalen, die Ängste erfassen, zu einem Gesamtwert „Andere Ängste“ zusammengefasst (Kap. 4.2.3).

### SCAS – Andere Ängste

In Tabelle 25 sind zunächst die fallbezogenen Rohwerte der Skala „Andere Ängste“ der SCAS im Zeitverlauf sowie die jeweiligen Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen dargestellt.

Tab. 25: SCAS „Andere Ängste“, Fallweise gemittelte Rohwerte sowie Gruppenmittelwert und Standardabweichung im Behandlungsverlauf

	M1	M2	M3	M4	M5
Fall 1	0,27	0,62	0,32	0,58	0,35
Fall 2	*	0,62	0,27	0,12	0,15
Fall 3	0,39	0,62	0,46	0,73	0,77
Fall 4	*	0,35	0,54	0,35	0,50
Fall 5	0,27	0,27	0,35	0,15	0,39
Fall 6	0,50	0,60	0,77	0,65	0,27
Fall 7	0,58	0,69	0,19	0,08	0,04
Fall 8	0,42	0,62	0,35	0,62	0,46
Fall 9	0,19	0,27	0,46	0,23	0,15
Fall 10	1,04	1,08	0,92	1,46	1,12
AM	0,46	0,57	0,46	0,50	0,42
SD	0,27	0,24	0,23	0,42	0,32

\* keine Baselinephase aufgrund chronifizierter Schulverweigerung (Kap. 4.2.2)

Die Tabelle zeigt sehr gering ausgeprägte andere Ängste bei allen Fällen. Im Gruppenmittelwert ergeben sich keine kontinuierlichen Zu- oder Abnahmen der komorbiden Ängste über den Therapieverlauf. Auf eine Darstellung der individuellen Verläufe im Zeitverlauf wurde aufgrund der sehr niedrigen Werte und aufgrund der fehlenden Dynamik im Verlauf der gesamten Behandlungsphase verzichtet.

Die folgende Abbildung 10 zeigt die durch Multilevel Modelling berechneten Regressionsgeraden sowie, zur Orientierung, die empirischen Gruppenmittelwerte.

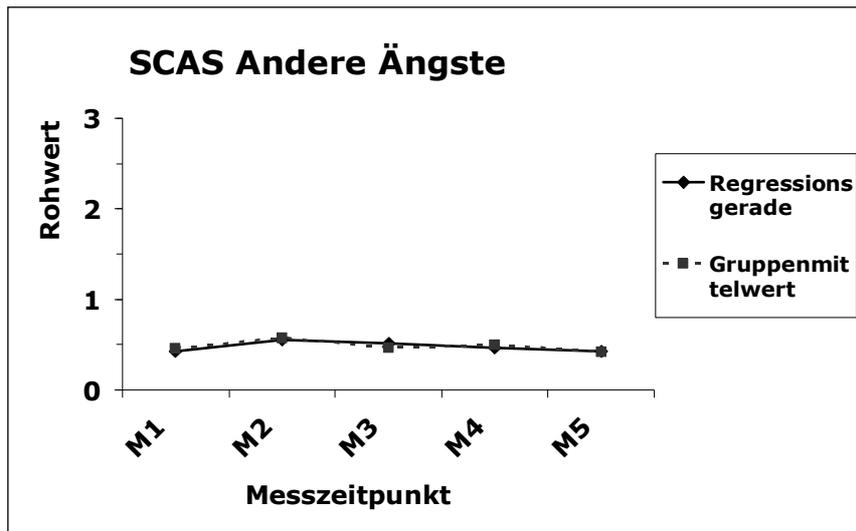


Abb. 10: Regressionsgeraden (MLM) und empirische Gruppenmittelwerte für SCAS „Andere Ängste“ im Behandlungsverlauf

Auch für die Skala Andere Ängste des SCAS verlaufen Regressionsgeraden und Gruppenmittelwerte fast deckungsgleich. In der folgenden Tabelle 26 zeigen sich minimale Unterschiede zu den Gruppenmittelwerten der SCAS Andere Ängste zu den einzelnen Messzeitpunkten.

Tab. 26: Werte der durch MLM geschätzten Regressionsgeraden sowie empirische Mittelwerte und Standardabweichungen für SCAS „Andere Ängste“

	M1	M2	M3	M4	M5
geschätzte Regressionsgeraden	0,43	0,55	0,51	0,47	0,42
AM (SD)	0,46 (0,27)	0,57 (0,24)	0,46 (0,23)	0,50 (0,42)	0,42 (0,32)

Die nachfolgende Tabelle 27 zeigt die Kennwerte des MLM zur Überprüfung der statischen Signifikanz der Therapieeffekte.

Tab. 27: Schätzung der festen Effekte durch Multilevel Modelling für SCAS „Andere Ängste“

	geschätzte Steigung	SD	Freiheitsgrade	t	Sig.	95% Vertrauensintervall	
						Min.	Max.
Schnittpunkt y-Achse	,67	,14	38,81	4,95	,00	,40	,95
Zeit 1*	,12	,08	36,30	1,57	,13	-,04	,28
Zeit 2	-,16	,09	36,23	-1,78	,08	-,35	,02

\* zentralisierte Variable

In der Baselinephase (Zeit 1) zeigt die Regressionsgerade mit einer geschätzten Steigung von 0,12 eine Zunahme der komorbiden Ängste. In der Therapiephase (Zeit 2) zeigt sich eine Steigung von -0,04 (Zeit 1 + Zeit 2) und damit eine sehr geringe hypothesenkonforme Verminderung der komorbiden Ängste. Der Unterschied

zwischen den beiden Regressionsgeraden der Baseline- und der Therapiephase wird nicht signifikant (.08), kann jedoch als erkennbarer Trend interpretiert werden. Die Vertrauensintervalle sind auch hier wieder eher als groß zu bezeichnen.

Die folgende Tabelle 28 zeigt die für die SCAS-Andere Ängste berechneten Effektstärken.

Tab. 28: Effektstärken bzw. Nettoeffektstärke für SCAS „Andere Ängste“

	Anzahl Intervalle Baseline	Anzahl Intervalle Therapie	geschätzte Steigung Zeit 1	geschätzte Steigung Zeit 2	SD M1	Effektstärke Baseline	Effektstärke Therapie	Nettoeffektstärke
SCAS-Andere Ängste	1	3	0,12	-0,16	0,46	0,26	-0,78	-1,04

Für die Therapiephase zeigt sich eine Effektstärke von -0,78 und damit ein mittlerer Effekt (Cohen, 1988). In der Baselinephase zeigt sich eine kleine Effektstärke von 0,26 i. S. eines geringen Symptomanstiegs. In der Nettoeffektstärke zeigt sich damit ein, gegenüber des reinen Effektes der Therapiephase, erhöhter Effekt mit einer Effektstärke von -1,04.

### FBB-Angst „Andere Ängste“

In Tabelle 29 sind zunächst die fallbezogenen Rohwerte der Skala „Andere Ängste“ des FBB-Angst im Zeitverlauf sowie die jeweiligen Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen dargestellt.

Tab. 29: FBB-Angst „Andere Ängste“, Fallweise gemittelte Rohwerte sowie Gruppenmittelwert und Standardabweichung im Behandlungsverlauf

	M1	M2	M3	M4	M5
Fall 1	1,05	0,81	0,86	0,67	0,71
Fall 2	*	1,00	0,33	0,10	0,10
Fall 3	0,62	0,91	1,05	1,14	1,24
Fall 4	*	0,48	0,62	0,43	0,48
Fall 5	0,70	0,62	0,67	0,52	1,00
Fall 6	0,86	0,62	0,57	0,65	0,24
Fall 7	0,86	0,57	0,48	0,05	0,00
Fall 8	0,62	0,71	0,43	0,76	0,48
Fall 9	0,52	0,33	0,71	0,05	0,14
Fall 10	1,30	1,05	1,00	1,29	1,14
AM	0,83	0,71	0,67	0,57	0,55
SD	0,29	0,23	0,24	0,43	0,45

\* keine Baselinephase aufgrund chronifizierter Schulverweigerung (Kap. 4.2.2)

Die Tabelle zeigt auch im FBB-Angst sehr gering ausgeprägte komorbide Ängste bei allen Fällen. Im Gruppenmittelwert zeigt sich zwar eine Abnahme der Ängste, die jedoch als minimal eingeschätzt werden muss. Es ergibt sich keine Entwicklungsdynamik innerhalb der einzelnen Fälle, so dass auch hier auf eine Darstellung der individuellen Verläufe im Zeitverlauf verzichtet wurde.

Die folgende Abbildung 11 zeigt die Ergebnisse der statistischen Signifikanzprüfung, berechnet durch Multilevel Modelling. Abgebildet sind die Regressionsgerade sowie, zur Orientierung, die Gruppenmittelwerte der Skala „Andere Ängste“ des FBB-Angst.

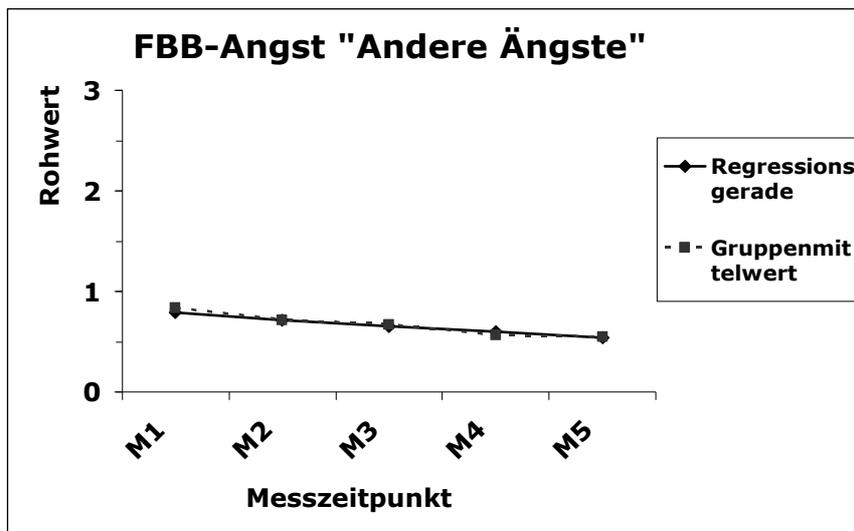


Abb. 11: Regressionsgeraden (MLM) und empirische Gruppenmittelwerte für FBB-Angst „Andere Ängste“ im Behandlungsverlauf

Auch für die Skala „Andere Ängste“ des FBB-Angst verlaufen Regressionsgeraden und Gruppenmittelwerte fast deckungsgleich. In der folgenden Tabelle 30 zeigen sich auch hier nur minimale Unterschiede zu den Gruppenmittelwerten an den einzelnen Messzeitpunkten.

Tab. 30: Werte der durch MLM geschätzten Regressionsgeraden sowie empirische Mittelwerte und Standardabweichungen für für FBB-Angst „Andere Ängste“

	M1	M2	M3	M4	M5
geschätzte Regressionsgeraden	0,79	0,71	0,65	0,60	0,54
AM (SD)	0,83 (0,29)	0,71 (0,23)	0,67 (0,24)	0,57 (0,43)	0,55 (0,45)

Die nachfolgende Tabelle 31 zeigt die Kennwerte des MLM zur Überprüfung der statischen Signifikanz der Therapieeffekte.

Tab. 31: Schätzung der festen Effekte durch Multilevel Modelling für FBB-Angst „Andere Ängste“

	geschätzte Steigung	SD	Freiheitsgrade	t	Sig.	95% Vertrauensintervall	
						Min.	Max.
Schnittpunkt y-Achse	,63	,17	43,81	3,76	,00	,29	,97
Zeit 1*	-,08	,10	36,43	-,81	,43	-,29	,13
Zeit 2	,03	,12	36,33	,21	,84	-,22	,27

\* zentralisierte Variable

In der Baselinephase (Zeit 1) zeigt die Regressionsgerade mit einer geschätzten Steigung von -0,08 eine sehr geringe Verminderung der komorbiden Ängste. In der Therapiephase (Zeit 2) zeigt sich eine Steigung von -0,05 (Zeit 1 + Zeit 2) und damit eine sehr geringe hypothesenkonforme Verminderung der komorbiden Ängste. Der Unterschied zwischen den beiden Regressionsgeraden der Baseline- und der Therapiephase wird nicht signifikant (.84). Die Vertrauensintervalle sind eher klein.

Die folgende Tabelle zeigt die für den FBB-Angst, Skala „Andere Ängste“ berechneten Effektstärken.

Tab. 32: Effektstärken und. Nettoeffektstärke für FBB-Angst „Andere Ängste“

	Anzahl Intervalle Baseline	Anzahl Intervalle Therapie	geschätzte Steigung Zeit 1	geschätzte Steigung Zeit 2	SD M1	Effektstärke Baseline	Effektstärke Therapie	Nettoeffektstärke
FBB-Angst Andere Ängste	1	3	-0,08	0,03	0,29	-0,28	0,03	0,31

Für die Baselinephase ergibt sich eine Effektstärke von 0,28 und damit ein kleiner Effekt im Sinne einer Abnahme der Symptomatik in der Baselinephase (Cohen, 1988). In der Therapiephase zeigt sich dagegen kein Effekt. Die Nettoeffektstärke liegt damit bei einem kleinen Effekt, der allerdings nicht hypothesenkonform ist, da sich in der Baselinephase eine größere Veränderung zeigt als in der Therapiephase.

### 5.1.3 Hypothese 3 – Anstieg Kompetenz

Allgemeine Kompetenzen der Kinder nehmen zu.

Als Messinstrument zur Überprüfung dieser Hypothese wurde die Kompetenzskala des FBB-Angst „Kontaktfreude und Zuversicht“ verwendet, die im Elternurteil erhoben wurde.

In Tabelle 33 sind zunächst die fallbezogenen Rohwerte der Kompetenzskala „Kontaktfreude und Zuversicht“ des FBB-Angst im Zeitverlauf sowie die jeweiligen Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen dargestellt.

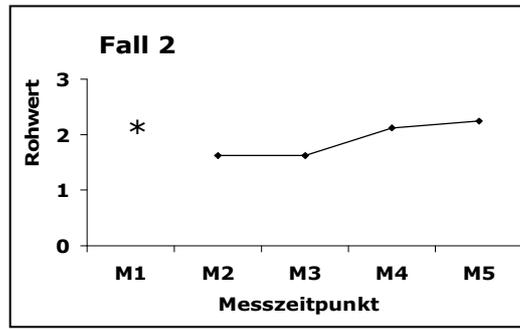
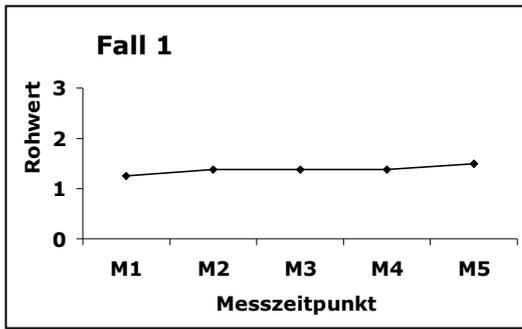
Tab. 33: FBB-Angst „Kontaktfreude und Zuversicht“, Fallweise gemittelte Rohwerte sowie Gruppenmittelwert und Standardabweichung im Behandlungsverlauf

	M1	M2	M3	M4	M5
Fall 1	1,25	1,38	1,38	1,38	1,50
Fall 2	*	1,63	1,63	2,13	2,25
Fall 3	1,63	0,88	1,25	1,25	1,13
Fall 4	*	1,75	1,63	1,75	1,63
Fall 5	1,25	**	1,63	2,00	1,38
Fall 6	0,75	1,50	1,00	1,50	2,13
Fall 7	2,38	1,88	2,50	2,88	2,88
Fall 8	1,50	**	1,88	1,75	1,63
Fall 9	1,75	2,25	1,75	2,75	2,75
Fall 10	0,25	0,75	1,25	0,50	0,75
AM	1,41	1,50	1,59	1,79	1,80
SD	0,59	0,50	0,42	0,71	0,69

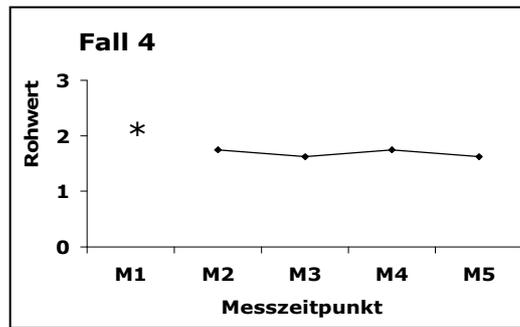
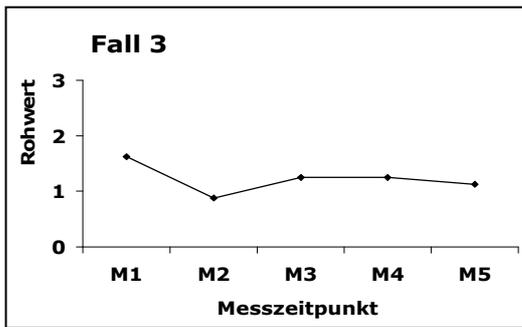
\* keine Baselinephase aufgrund chronifizierter Schulverweigerung (4.2.2)

\*\* keine Skalenbildung möglich aufgrund fehlender Werte

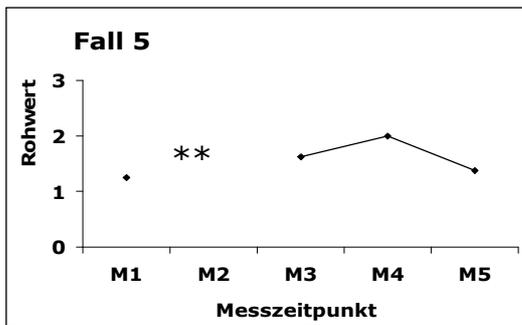
Die Tabelle zeigt für die Fälle 1, 2, 5, 6, 7 und 9 eine ansteigende Kompetenz über den Zeitverlauf. In den übrigen Fällen zeigen sich stark schwankende oder abnehmende Verläufe über den Behandlungszeitraum hinweg. Der Gruppenmittelwert zeigt eine geringfügig ansteigende Kompetenz, die jedoch auch zum Ende der Behandlungszeit nur als mittelhoch einzuschätzen ist. Die folgende Abbildung 12 zeigt grafisch den fallbezogenen zeitlichen Verlauf der Rohwerte auf der Skala „Kontaktfreude und Zuversicht“ des FBB-Angst.



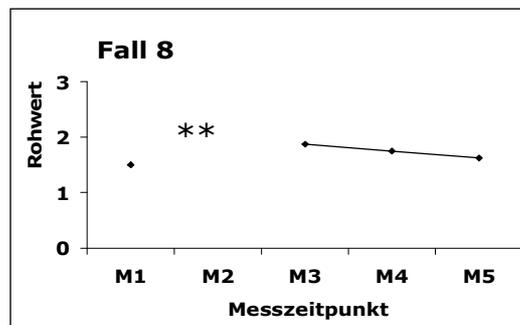
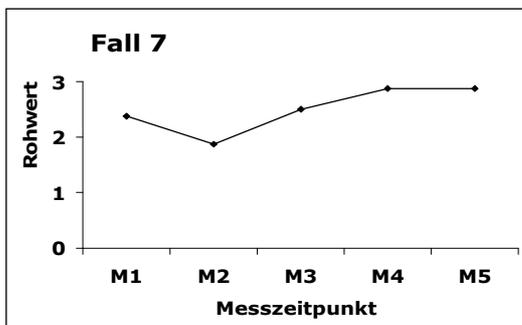
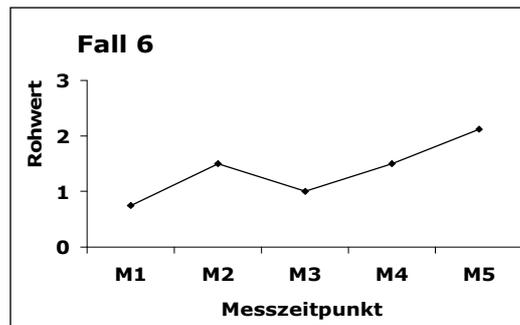
\* keine Baselinephase (Kap. 4.2.2)



\* keine Baselinephase (Kap. 4.2.2)



\*\* durch Missings keine Skalenbildung



\*\* durch Missings keine Skalenbildung

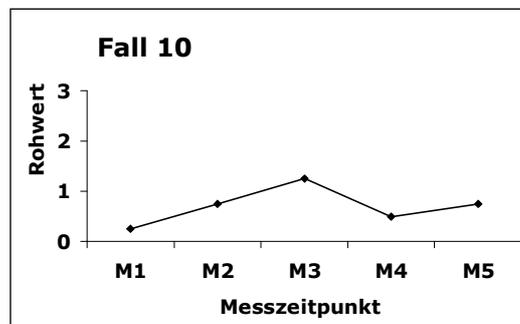
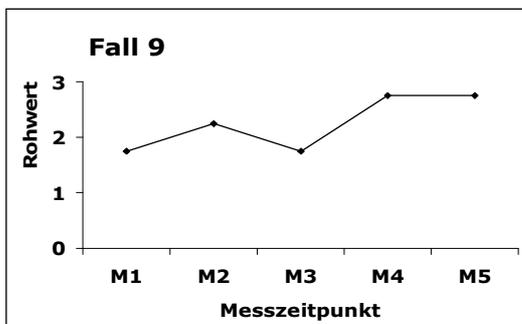


Abb. 12: Fallweise Darstellung der individuellen Therapieerläufe (M1 bis M5) für FBB-Angst „Kontaktfreude und Zuversicht“

Die Abbildung 12 zeigt sehr unterschiedliche Verläufe für die einzelnen Fälle. In den Fällen 1, 4 und 8 zeigen sich über den gesamten Behandlungsverlauf keine deutlichen Veränderungen in der Kompetenz. Im Fall 3 zeigt sich nach einer Abnahme der Kompetenz in der Baselinephase in der anschließenden Therapiephase ein ebenfalls annähernd stabiler Verlauf in der Treatmentphase. In den Fällen 2, 6, 7 und 9 steigt die Kompetenz in der Therapiephase an, allerdings zeigt sich in den Fällen 6 und 9 auch ein Anstieg der Kompetenz in der Baselinephase. In den Fällen 5 und 10 steigt die Kompetenz zunächst an, fällt im zweiten Drittel (Fall 10) bzw. im letzten Drittel (Fall 5) der Therapiephase jedoch wieder ab. Insgesamt steigt die Kompetenz hypothesenkonform in allen Fällen außer den Fällen 3 und 4 an. Dabei sind die Zuwächse jedoch in einigen Fällen sehr gering und die Verläufe, wie oben erläutert, nicht in allen Fällen kontinuierlich.

Die folgende Abbildung 13 zeigt die Ergebnisse der statistischen Signifikanzprüfung, berechnet durch Multilevel Modelling. Abgebildet sind die Regressionsgerade sowie, zur Orientierung, die empirischen Gruppenmittelwerte der Kompetenzskala „Kontaktfreude und Zuversicht“ des FBB-Angst.

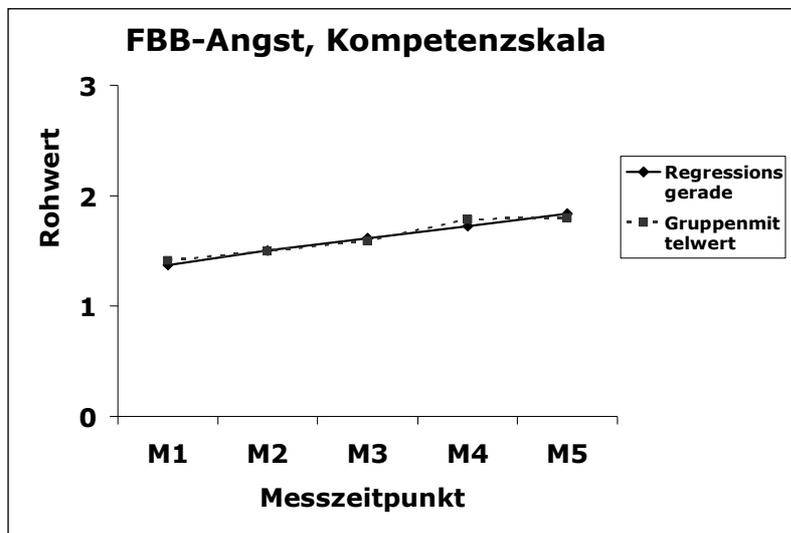


Abb. 13: Regressionsgeraden (MLM) und empirische Gruppenmittelwerte für FBB-Angst „Kontaktfreude und Zuversicht“ im Behandlungsverlauf

Auch für die Kompetenzskala des FBB-Angst verlaufen Regressionsgeraden und Gruppenmittelwerte fast deckungsgleich. In der folgenden Tabelle 34 zeigen sich nur geringfügige Differenzen der geschätzten Regressionsgeraden zu den empirischen Gruppenmittelwerten an den einzelnen Messzeitpunkten.

Tab. 34: Werte der durch MLM geschätzten Regressionsgeraden sowie empirische Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen für FBB-Angst „Kontaktfreude und Zuversicht“

	M1	M2	M3	M4	M5
geschätzte Regressionsgeraden	1,37	1,50	1,61	1,72	1,83
AM (SD)	1,41 (0,59)	1,50 (0,50)	1,59 (0,42)	1,79 (0,71)	1,80 (0,69)

Die nachfolgende Tabelle 35 zeigt die Kennwerte des MLM zur Überprüfung der statischen Signifikanz der Therapieeffekte.

Tab. 35: Schätzung der festen Effekte durch Multilevel Modelling für FBB-Angst „Kontaktfreude und Zuversicht“

	geschätzte Steigung	SD	Freiheitsgrade	t	Sig.	95% Vertrauensintervall	
						Min.	Max.
Schnittpunkt y-Achse	1,63	,26	36,55	6,17	,00	1,10	2,17
Zeit 1*	,13	,15	34,46	,89	,38	-,16	,42
Zeit 2	-,02	,17	34,44	-,11	,91	-,37	,33

\* zentralisierte Variable

In der Baselinephase (Zeit 1) zeigt die Regressionsgerade mit einer geschätzten Steigung von 0,13 eine Zunahme der Kompetenzen. Hypothesenkonform wäre hier eine 0-Steigung bzw. eine Abnahme der Kompetenzen gewesen. In der Treatmentphase (Zeit 2) zeigt sich gegenüber der Baselinephase nur eine minimale Veränderung. Die Regressionsgerade in der Therapiephase (Zeit 1 + Zeit 2) verläuft, entgegen der Hypothese, mit geringerer Steigung (0,11) als die für die Baselinephase geschätzte Regressionsgerade. Der Unterschied zwischen den beiden Regressionsgeraden der Baseline- und der Therapiephase wird nicht signifikant (.91). Die Vertrauensintervalle sind eher groß.

Die folgende Tabelle 36 zeigt die für die Kompetenzskala des FBB-Angst berechneten Effektstärken.

Tab. 36: Effektstärken bzw. Nettoeffektstärke für FBB-Angst „Kontaktfreude und Zuversicht“

	Anzahl Intervalle Baseline	Anzahl Intervalle Therapie	geschätzte Steigung Zeit 1	geschätzte Steigung Zeit 2	SD M1	Effektstärke Baseline	Effektstärke Therapie	Nettoeffektstärke
FBB-Angst Kompetenzskala	1	3	0,13	-0,02	0,59	0,22	0,12	-0,10

In der Therapiephase zeigt sich kein Effekt. In der Baselinephase zeigt sich ein leichter Anstieg der Kompetenz, der sich in einer kleinen Effektstärke von 0,22 ausdrückt (Cohen, 1988). Die Nettoeffektstärke zeigt mit -0,10 keinen Effekt.

## 5.5 Sekundäre Analysen

Zur genaueren Einschätzung der Stichprobeneigenschaften sowie der Therapieeffekte wurden neben Daten zur Trennungsangstsymptomatik und zu komorbiden Ängsten auch Daten zu weiteren Eigenschaften der Kinder bzw. der Familien erhoben.

Im Folgenden werden zunächst weitere Daten zur Kernsymptomatik aufgeführt, die nicht auf statistische Signifikanz überprüft wurden und hier deskriptiv dargestellt werden: Die vollständige Darstellung der drei individuellen, über die Problemliste erhobenen Probleme über den Zeitverlauf. Das durch die Methode des Goal-Attainment erhobene Therapeutenurteil über den Verlauf der Behandlung sowie das Lehrerurteil, erfasst über den FBB-Angst, zu Beginn und Ende der Behandlung.

Anschließend sind die darüber hinaus durchgeführten Verfahren dargestellt, die, zur besseren Übersichtlichkeit in drei Kategorien unterteilt wurden: „Andere Verhaltensauffälligkeiten des Kindes“ im Eltern- und Lehrerurteil erhoben über die parallelen Fragebogenverfahren CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) und TRF (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1993) (Kap. 4.2.3). In der Kategorie „Elterliche Trennungsängste“ werden Informationen zu retrospektiv erfassten Trennungsängsten der Eltern in der Kindheit sowie zur aktuell erlebten Trennungsängstlichkeit der Eltern dargestellt. Im Kapitel „Allgemeine familiäre und elterliche Belastung“ werden Daten zur familiären Belastung durch die Trennungsängste des Kindes sowie allgemeine Belastungen wie elterliche psychische Belastungen und Erziehungskonflikte bzw. erlebte Selbstwirksamkeit in der Erziehung dargestellt. Abschließend werden in Kapitel 5.5.5 die Ergebnisse des Zufriedenheitsfragebogens, der Materialbeurteilung durch die Eltern sowie der Therapeutenbeurteilung der Compliance von Kind und Eltern bezüglich der Therapiestunden und Hausaufgaben (Kap. 3.3) dargestellt.

### 5.5.1 Ängste und Kompetenz

Im Folgenden werden weitere erhobene Werte zur Trennungsangstsymptomatik deskriptiv dargestellt.

#### **Problemliste**

Die folgende Abbildung 14 zeigt die Gruppenmittelwerte für die über die Problemliste erhobenen Einschätzungen von Problemstärke und Belastung durch die drei individuellen Probleme.

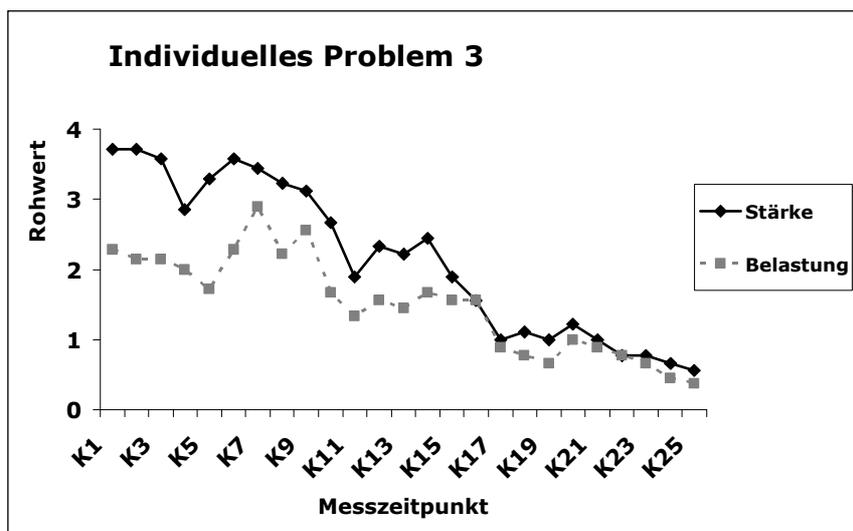
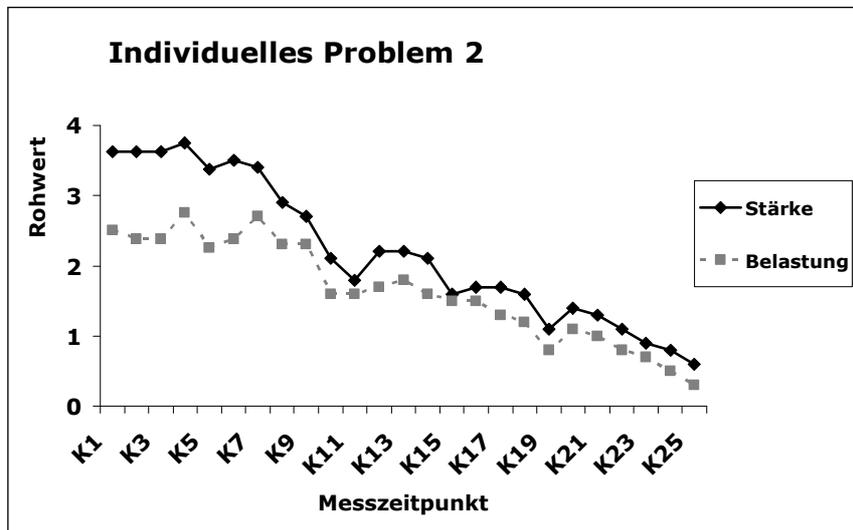
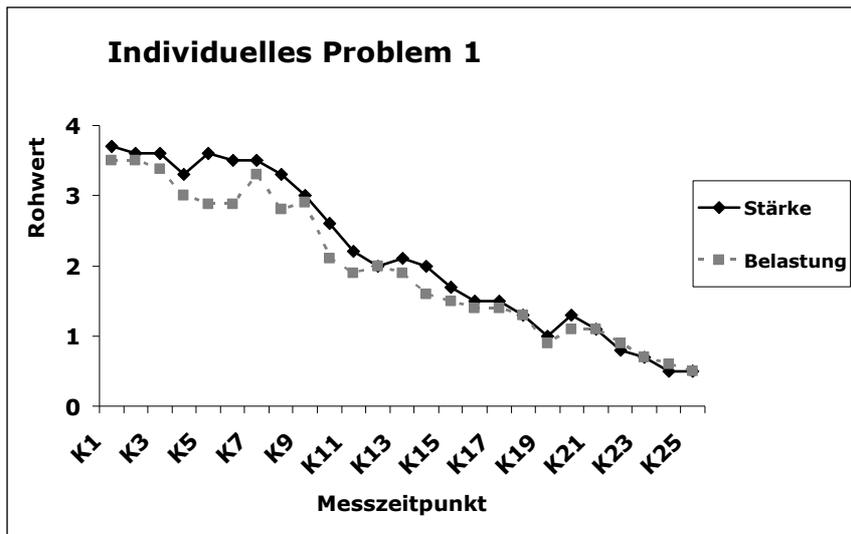
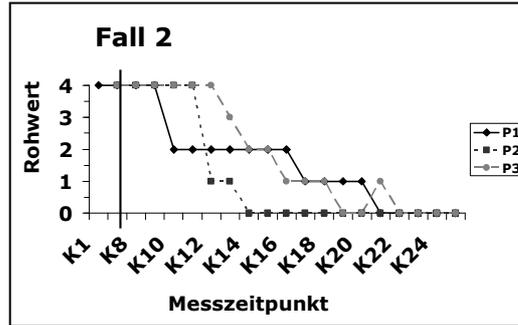
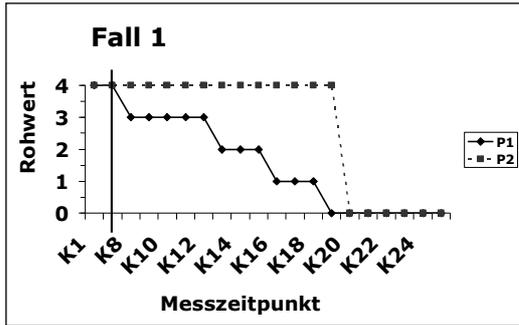


Abb. 14: Gruppenmittelwerte Problemliste, Problemstärke und Problem-  
belastung der individuellen Probleme im Behandlungsverlauf

Abbildung 14 zeigt, dass die Problemstärke aller drei Probleme zunächst als hoch bewertet wurde. Deutliche Unterschiede zwischen den drei Problemen zeigen sich jedoch in der von den Eltern erlebten Problembelastung. Die Belastung nimmt von Problem 1 zu Problem 3 deutlich ab. Für alle drei Probleme zeigt sich eine Abnahme der Problemstärke und Problembelastung im Behandlungsverlauf. Dabei ist die Verminderung für das 1. Problem kontinuierlicher, während sich im Behandlungsverlauf des 2. und vor allem des 3. Problems deutliche Schwankungen zeigen. Die Problembelastung nähert sich bei Problem 2 und 3 über den Behandlungsverlauf hinweg der Problemstärke an. Beim 1. Problem verlaufen Problemstärke und Problembelastung fast parallel. Eine Ausnahme zeigt sich zum Ende der Baselinephase, in der die Problembelastung kurzfristig abnimmt, die Problemstärke jedoch gleich bleibende Werte zeigt. Bei allen drei Problemen liegt die eingeschätzte Problembelastung immer leicht unter der Problemstärke.

#### **Therapeutenurteil Goal-Attainment-Skala**

Die folgende Abbildung 15 zeigt fallweise die über die Methode des Goal-Attainment erhobenen Verläufe der drei individuellen Trennungsangstprobleme im Behandlungsverlauf.



\* keine Baselinephase für P2, P3 (Kap. 4.2.2)

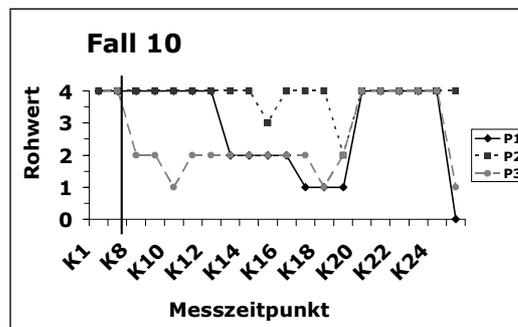
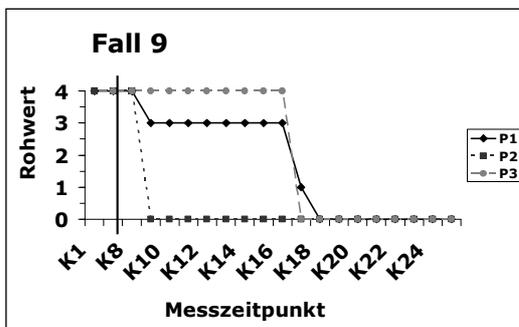
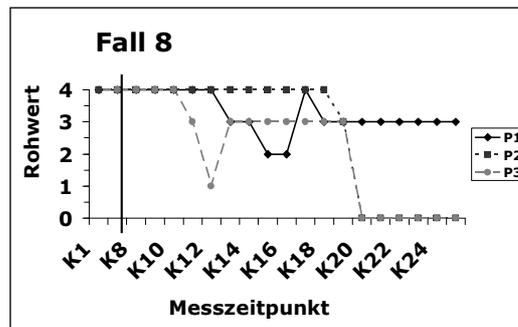
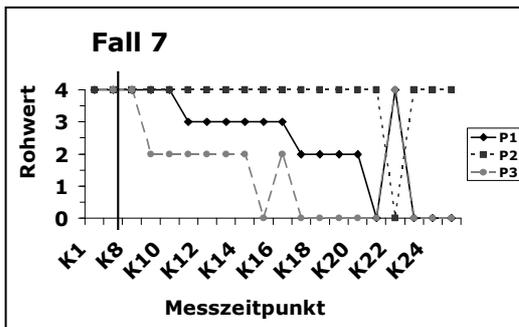
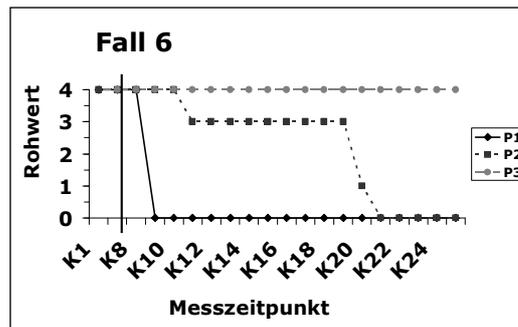
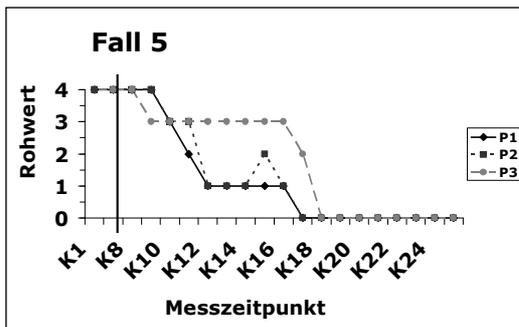
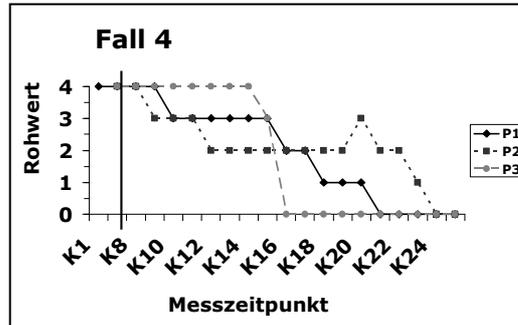
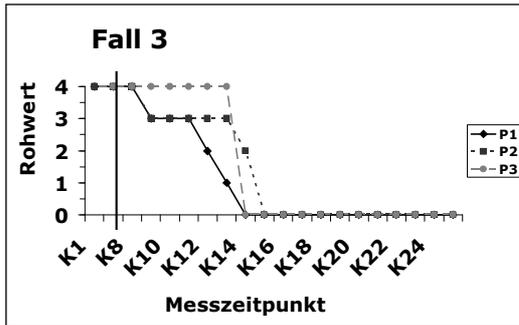


Abb. 15: Fallweise Darstellung der individuellen Therapieverläufe (K1 bis K25) für Goal Attainment-Skala (Therapeutenurteil)

In allen Fällen, außer Fall 1, wurden von den Familien drei (oder mehr) Probleme benannt. Als Problem 1 wurde dabei immer das für die Familie wichtigste Problem definiert, als Problem 3 am wenigsten wichtige, bzw. das Problem, welches als letztes bearbeitet werden sollte (Kap. 3.2).

Im Zeitverlauf zeigen sich sehr unterschiedliche Verläufe bei den verschiedenen Fällen. Therapeutische Effekte zeigen sich in allen Fällen deutlich am Verlauf des therapeutisch als erstes bearbeiteten Problems 1. Parallel zu den in den Kasuistiken beschriebenen individuellen Behandlungsverläufen (Kap. 5.3) wird deutlich, dass die weiteren Probleme in vielen Fällen ohne spezifische Interventionen zurückgingen. In einigen Fällen (Fälle 6, 7, 8 und 10) blieben diese Probleme jedoch bis zum Ende der Behandlungsphase bestehen. In den meisten dieser Fälle wurden die Ziele des Problems 1 erreicht (Fälle 6, 7, 10). Nur in Fall 8 wurden die Ziele bei Problem 3 erreicht, bei Problem 1 und Problem 2 hingegen nicht.

### Lehrerurteil FBB-Angst

Die folgende Tabelle 37 zeigt die Daten des Erzieher-/ Lehrerurteils des FBB-Angst. Da für einige Messzeitpunkte keine Skalenwerte berechnet werden konnten, wird auf eine grafische Darstellung der Ergebnisse verzichtet.

Tab. 37: Lehrerurteil FBB-Angst „Trennungsängste“, „Andere Ängste“, Kompetenzskala „Kontaktfreude und Zuversicht“, Skalenrohwerte, Mittelwerte und Standardabweichungen

Fall	FBB-TA		FBB-AN		FBB-KO	
	M1	M5	M1*	M5	M1*	M5
1	**	0,00	*	0,54	**	1,50
2	2,40*	0,00	1,92*	0,07	0,00*	1,75
3	0,00	0,00	0,21	0,00	**	2,38
4	1,60*	0,50	0,43*	0,43	**	**
5	1,00	**	1,21	**	1,75	1,50
6	0,60	0,00	0,79	0,54	1,63	**
7	0,00	0,80	0,15	0,43	2,50	**
8	2,20	0,40	0,93	0,36	1,88	**
9	1,50	0,00	1,15	0,14	**	**
10	0,80	**	1,00	**	0,63	**
AM	1,12	0,21	0,87	0,31	***	***
SD	0,87	0,31	0,55	0,21	***	***

\* da keine Baselinephase M1=M2

\*\* Daten nicht ausreichend zur Skalenbildung

\*\*\* Daten nicht ausreichend zur Bildung von Mittelwert und Standardabweichung

Für die Skala Trennungsängste können die Fälle 1, 5 und 10 aufgrund eines fehlenden Messzeitpunktes nicht bewertet werden. Im Fall 3 wurden keine Trennungsängste angegeben. In insgesamt 5 Fällen nehmen die Trennungsängste nach Urteil des Erziehers / Lehrers ab, dabei werden nicht in allen Fällen bei M5 Werte von 0 erreicht. Im Fall 7 nimmt die Trennungsangst zu. Insgesamt sind die Ausgangswerte, verglichen mit den Elternurteilen in den meisten Fällen eher gering und liegen nur in den Fällen 2, 4, 8 und 9 über einem gemittelten Skalenrohwert von 1 und damit im klinisch relevanten Bereich.

Für die Skala Andere Ängste zeigen sich in allen Fällen mit einer Ausnahme Ausgangswerte unter einem gemittelten Skalenrohwert und damit, wie im Elternurteil, eher geringe komorbide Ängste zum Behandlungsanfang. Auch hier können die Fälle 1, 5 und 10 aufgrund eines fehlenden Messzeitpunktes nicht bewertet werden. Im Fall 4 bleiben die komorbiden Ängste nach Einschätzung des Lehrers konstant. Im Fall 7 nehmen die komorbiden Ängste, wie auf der Skala Trennungsängste, zu. In den übrigen Fällen werden die komorbiden Ängste zum Ende der Behandlung als geringer eingeschätzt als zum Anfang des Behandlungszeitraumes.

Aufgrund der schlechten Datenlage kann die Kompetenzskala nicht inhaltlich interpretiert werden. Hier liegen nur in zwei Fällen (2 und 5) Skalenwerte zu beiden Messzeitpunkten vor. In einem Fall wird die Kompetenz im Bereich Kontaktfreude und Zuversicht zum Ende der Behandlung als vermindert, im anderen als erhöht eingeschätzt.

### **5.5.2 Andere Verhaltensauffälligkeiten des Kindes**

Die folgenden Tabellen 37 und 38 zeigen die im Eltern- und Lehrer-/Erzieherurteil erhobenen Daten zu Verhaltensauffälligkeiten des Kindes. Aufgeführt sind die übergeordneten Skalen Internalisierende Auffälligkeiten, Externalisierende Auffälligkeiten sowie Gesamtauffälligkeitswert mit Mittelwerten und Standardabweichungen. Die maximalen Rohwertausprägungen liegen bei 62 für die Internalisierenden Auffälligkeiten, 66 für die Externalisierenden Auffälligkeiten sowie 226 für den Gesamtauffälligkeitswert.

Tab. 37: Elternurteil CBCL, Skalenrohwerte, Mittelwerte und Standardabweichungen

CBCL	Internalisierende Auffälligkeiten		Externalisierende Auffälligkeiten		Gesamtauffälligkeitswert	
	M1	M5	M1	M5	M1	M5
1	9	7	11	4	33	14
2	32*	3	40*	12	104*	19
3	9	27	11	14	47	67
4	13*	13	15*	10	39*	38
5	11	10	7	13	23	23
6	11	4	4	0	20	6
7	14	0	4	0	24	0
8	7	8	5	5	17	15
9	17	2	15	1	44	5
10	17	25	4	11	31	53
AM	14,00	9,90	11,60	7,00	38,20	24,00
SD	7,15	9,34	10,90	5,60	25,24	21,99

\* aufgrund fehlender Baselinephase M1=M2 für Fälle 2 und 4

Tab. 38: Lehrer-/Erzieherurteil TRF, Skalenrohwerte, Mittelwerte und Standardabweichungen

TRF	Internalisierende Auffälligkeiten		Externalisierende Auffälligkeiten		Gesamtauffälligkeitswert	
	M1	M5	M1	M5	M1	M5
1	14	8	0	0	25	10
2	19*	1	12*	2	51*	4
3	4	0	9	1	31	5
4	10*	4	6*	2	35*	22
5	15	26	1	5	20	44
6	14	10	2	0	22	10
7	7	8	4	1	13	17
8	12	9	3	3	20	26
9	16	7	2	0	23	7
10	18	19	0	1	23	26
AM	16,80	9,20	3,90	1,50	26,30	17,10
SD	4,75	7,93	3,98	1,58	10,57	12,59

\* aufgrund fehlender Baselinephase M1=M2 für Fälle 2 und 4

Insgesamt zeigen sich sowohl im Erzieher-/Lehrer- als auch im Elternurteil abnehmende Mittelwerte für alle Skalen. Bei Betrachtung der Einzelverläufe zeigt sich jedoch kein allgemeiner Trend. In allen Skalen zeigen sich zwischen Behandlungsbeginn und -ende sowohl Fälle mit einer Zunahme als auch Fälle mit einer Verminderung der eingeschätzten Auffälligkeit. Im Lehrer-/Erzieherurteil zeigen sich in den meisten Fällen Unterschiede zwischen höheren Ausprägungen im internalisierenden Verhalten und niedrigeren Ausprägungen im externalisierenden

Verhalten. Das externalisierende Verhalten wird dabei als sehr gering eingeschätzt. Im Elternurteil wird dieser Unterschied zwischen externalisierendem und internalisierendem Verhalten nicht deutlich. Im Gesamtwert wird die Auffälligkeit von den Eltern in fast allen Fällen stärker eingeschätzt als von den Lehrern/Erziehern.

### 5.5.3 Elterliche Trennungsängste

Zur Einschätzung der elterlichen Trennungsängste wurden durch den MSAS sowohl aktuelle Trennungsängste der Mutter auf ihr Kind bezogen erfragt als auch retrospektiv Trennungsängste in der eigenen Kindheit (SASI). In der folgenden Tabelle 39 sind die Ergebnisse beider Verfahren dargestellt.

Tab. 39: SASI und MSAS Skalenrohwerte, Mittelwerte und Standardabweichungen

Fall	SASI M1	MSAS	
		M1	M5
1	0,40	0,18	0,18
2	0,53*	0,07*	0,25
3	0,00	1,11	0,71
4	0,20*	0,00*	0,33
5	0,13	0,61	0,54
6	0,47	0,43	0,43
7	1,73	0,18	0,07
8	0,20	1,11	1,21
9	0,40	0,79	0,36
10	0,80	1,32	1,11
AM	0,49	0,58	0,52
SD	0,49	0,48	0,38

\* aufgrund fehlender Baselinephase M1=M2 für Fälle 2 und 4

Bei einem möglichen Skalenwert von 3 zeigen sich im SASI in allen Fällen sehr geringe Ausprägungen von eigenen Trennungsängsten der Mütter in der Kindheit. Nur im Fall 7 zeigt sich ein Skalenwert, der auf häufige Trennungsängste in der Kindheit hindeutet.

Im MSAS zeigt sich ein ähnliches Bild für die aktuellen Trennungsängste der Mütter. Bei einem möglichen Skalenwert von 4 müssen alle angegebenen Werte als sehr niedrig eingeschätzt werden. Es ist damit nicht von aktuellen Trennungsängsten bei den Müttern auszugehen.

## 5.5.4 Allgemeine familiäre und elterliche Belastung

In diesem Kapitel werden alle Fragebögen zusammengefasst, die hinsichtlich weiterer familiärer Belastungsfaktoren durchgeführt wurden. Dies betrifft zum einen die Belastung der Familie durch die Störung des Kindes (FaBel) als auch die Belastungen durch die Erziehung des Patienten bzw. der Kinder in der Familie (EKS und FSW) sowie die psychische Belastung der Eltern (DASS). Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Ergebnisse in der folgenden Tabelle 40 zusammengefasst.

Tab. 40: FaBel, EKS, FSW und DASS, Skalenrohwerte, Mittelwerte und Standardabweichungen

Fall	FaBel		EKS		FSW		DASS	
	M1	M5	M1	M5	M1	M5	M1	M5
1	0,62	0,59	1,00	0,50	1,21	0,79	0,43	0,29
2	0,89*	0,30	1,13*	1,06	0,71*	0,86	0,76*	0,21
3	1,58	1,74	0,50	0,88	0,29	0,50	0,48	0,79
4	1,07*	1,00	1,31*	0,69	1,43*	1,43	0,43*	0,14
5	0,44	0,37	1,00	1,25	0,79	1,00	0,26	0,83
6	0,31	0,52	**	**	0,71	0,71	0,43	0,64
7	0,56	0,11	0,00	0,13	0,71	0,14	0,60	0,07
8	0,52	0,78	0,19	0,69	0,36	0,29	0,29	0,79
9	1,36	0,74	**	**	1,29	1,21	1,10	1,21
10	0,56	0,59	1,63	0,81	1,43	1,50	0,64	0,48
AM	0,79	0,67	0,84	0,75	0,89	0,84	0,54	0,54
SD	0,42	0,45	0,56	0,34	0,42	0,46	0,25	0,37

\* aufgrund fehlender Baselinephase M1=M2 für Fälle 2 und 4

\*\* alleinerziehende Mutter

In allen Verfahren zeigen sich niedrige Ausgangswerte zu M1, die sich bis zum Behandlungsende kaum verändern. Es kann also insgesamt von einer eher niedrigen familiären Belastung ausgegangen werden. Im FaBel zeigen sich bei einem Maximalwert von 3 nur bei den Fällen 1 und 9 Werte über 1. Einen Trend in der Veränderung im Zeitverlauf ist für den FaBel nicht zu erkennen. Im EKS zeigen sich ebenfalls keine bedeutsamen Werte, da hier erst bei einer Kodierung von 2 „trifft eher zu“ von einer bedeutsamen Ausprägung ausgegangen werden kann. Auch hier zeigt sich im Zeitverlauf kein Trend über die Fällen hinweg und die Veränderungen zwischen M1 und M5 sind minimal. Im FSW zeigen sich, bei gleichen Antwortkategorien, ebenfalls keine bedeutsamen Ausprägungen. Auch hier verändern sich die Werte zwischen M1 und M5 kaum. Auch im DASS, mit einem Maximalwert von 3, zeigen sich sehr niedrige Ausgangswerte und nur minimale Veränderungen im Zeitverlauf.

## 5.5.5 Patientenzufriedenheit und Compliance

In diesem Kapitel werden alle Fragebögen und Ratings zusammengefasst, die sich auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung und ihre Compliance beziehen. Die Patientenzufriedenheit wurde durch einen Fragebogen erfasst (Kap. 4.2.2), der von den Eltern ausgefüllt wurde. Darüber hinaus gab es für die Eltern die Möglichkeit, das Material zu bewerten. Die Compliance von Eltern und Kind wurde von der Therapeutin sowohl bezüglich der Therapiestunden als auch bezüglich der Hausaufgaben eingeschätzt. Die Ergebnisse werden im Folgenden aufgeführt.

Tab. 41: Fragebogen über die Zufriedenheit mit der Behandlung, gemittelte Rohwertsumme und Standardabweichung

Item	Itembeschreibung	M	SD
1	Verbesserung Probleme	1,90	0,32
2	Zufriedenheit mit Fortschritten	1,70	0,48
3	Therapie hilfreich in Auswirkung auf Probleme	1,50	0,71
4	Ausgang der Behandlung zufrieden stellend	1,70	0,48
5	Angemessenheit des Einbezugs der Eltern	1,80	0,42
6	Zuversicht für Bewältigung der aktuellen Probleme	1,40	0,52
7	Vertrauen in eigene Fähigkeit bei Bewältigung zukünftiger Probleme	1,00	0,94
8	Kind gerne zur Behandlung gekommen	0,90	0,88
9	Vermittlung Ergebnisse aus Anamnese und wöchentlicher Beurteilung aufschlussreich	1,89	0,33
10	Informationen über Trennungsängste hilfreich	1,80	0,42
11	Thematisierung eigener Ängste und Befürchtungen hilfreich	1,44	0,73
12	Fokussierung pos. Ergebnisse und Abläufe in Familie hilfreich	1,20	0,63
13	Mut-Aufgaben hilfreich	2,00	0,00
14	Aufgaben zur Stärkung der Selbständigkeit hilfreich	1,90	0,32
15	Durchführung Belohnungssystem hilfreich	1,80	0,42
16	Hinweise elterlicher Umgang mit Trennungsängsten hilfreich	1,50	0,53
17	Vorbereitung auf Exposition hilfreich	1,50	0,71
18	Unterstützung bei Durchführung von Exposition hilfreich	1,60	0,52
19	Kontakt zu Dritten hilfreich	0,80	1,03
20	alle durchgeführten Techniken zusammen hilfreich	1,90	0,32
21	Güte der Materialien	1,10	0,74
22	Zufriedenheit mit Interesse und Anteilnahme der Therapeutin an Problemen	2,00	0,00

Tabelle 41 zeigt die Einschätzung der Eltern für die gesamte Therapie auf dem Zufriedenheitsfragebogen. Dabei beziehen sich die Fragen 1 bis 8 sowie 19 bis 22 eher auf behandlungsübergreifende Variablen, die Fragen 9 bis 18 beziehen sich auf die einzelnen durchgeführten Behandlungsmodule. Bei einem möglichen Rating von -2

bis +2 wird deutlich, dass die Zufriedenheit der Eltern durchgängig sehr hoch war. Vor allem die Durchführung der Module bzw. der einzelnen Interventionen innerhalb der Module werden von den Eltern als sehr hilfreich bewertet. Insgesamt zeigen sich sehr hohe Zufriedenheitswerte. Alle kindbezogenen Interventionen liegen in der Bewertung auf oder über 1,5. Am positivsten wird die Durchführung der Mut-Aufgaben bewertet. Als etwas weniger hilfreich bewerten die Eltern Interventionen, die ihre eigenen Ängste oder Probleme betreffen. Die Bewertung der behandlungsübergreifenden Variablen ist ebenfalls sehr positiv, als eher neutral wird der Kontakt der Therapeutin zu Dritten (Schule, Kindergarten) bewertet sowie die Frage, wie gerne das Kind zur Therapie gekommen ist. Das Vertrauen in die eigenen Bewältigungsfähigkeiten liegt mit 1,00 ebenfalls unter dem Durchschnitt. Die Güte der Materialien wird mit 1,1 bewertet. Die Bewertung der einzelnen Materialien, die von den Eltern auf der wöchentlichen Beurteilung abgegeben werden konnte, fiel mit Bewertungen von 4 oder 5 (5-stufige Skala „sehr schlecht“ bis „sehr gut“) deutlich positiver aus. Hier wurden allerdings von drei Eltern keine Bewertungen abgegeben. Da die Bewertung der einzelnen Materialien von den Eltern nicht durchgängig durchgeführt wurde und die abgegebenen Bewertungen alle bei 4 bzw. 5 liegen, wird auf eine detaillierte Darstellung der Bewertungen verzichtet.

Die im Fragebogen vorhandenen Freitextitems beinhalteten die Fragen nach den, als am hilfreichsten erlebten Teilen der Therapie sowie nach Verbesserungsvorschlägen. Bei der Frage, wie die Therapie hilfreicher gestaltet werden könnte, wurden von vier der zehn befragten Eltern Antworten gegeben. Von zwei Eltern wurde der Wunsch nach häufigeren Elternstunden genannt, was mit dem eher niedrigen Rating auf den Fragen 11 und 12 des Fragebogens korrespondiert. Ein weiterer Wunsch bestand in mehr Therapiestunden nur mit dem Kind sowie nach flexiblerer Länge der Therapiestunden.

Positiv benannt wurden sowohl die einzelnen Module als auch die Konstanz in Materialien und Stundengestaltung und der Einbezug der Eltern in die Therapie.

Die folgende Tabelle 42 zeigt die durch den Therapeuten wöchentlich eingeschätzte Compliance der Familie hinsichtlich der Therapiestunden sowie hinsichtlich der Hausaufgaben. Erhoben wurde diese Einschätzung zusammen mit der Einschätzung der Zielerreichung. Die Einschätzung erfolgte auf einer 5-stufigen Skala von 0 „keine“ bis 4 „sehr gute“. Da sich im Rating Unterschiede hinsichtlich der Compliance zwischen Kindern und Eltern zeigen, werden die Ratings für Kinder und Eltern differenziert dargestellt und auf die Darstellung der Compliance der gesamten Familie verzichtet.

Tab. 42: Compliance mit Therapie und Hausaufgaben, wöchentliches Therapeutenrating, gemittelte Rohwerte und Standardabweichungen

MZP	Compliance Therapie Kind		Compliance Therapie Eltern		Compliance Hausaufgabe Kind		Compliance Hausaufgabe Eltern	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
K1	1,63	0,74	3,25	0,71	*	*	*	*
K7	2,30	1,16	3,30	0,82	*	*	*	*
K8	2,60	1,07	3,10	0,88	2,67	1,32	3,11	1,36
K9	2,80	1,03	3,10	0,88	2,50	1,51	2,90	1,37
K10	3,00	1,05	3,20	0,92	2,80	1,48	3,10	1,45
K11	2,90	1,10	3,10	1,10	3,20	1,14	3,30	1,25
K12	3,10	1,10	3,20	0,92	3,11	1,27	3,11	1,27
K13	3,20	1,03	3,20	0,92	3,22	1,09	3,33	1,12
K14	3,00	0,87	3,20	0,92	3,30	1,06	3,40	0,97
K15	3,44	0,73	3,56	0,73	3,50	0,97	3,50	0,97
K16	3,30	0,95	3,50	0,97	3,20	1,23	3,50	0,97
K17	3,40	0,70	3,60	0,97	3,40	0,97	3,60	0,97
K18	3,20	1,03	3,50	0,97	3,56	1,01	3,56	1,01
K19	3,10	1,10	3,50	0,97	3,60	0,97	3,60	0,97
K20	3,56	0,73	3,78	0,44	3,50	1,27	3,60	0,97
K21	3,67	0,71	3,70	0,67	3,50	1,27	3,50	1,27
K22	3,25	0,89	3,50	0,76	3,56	1,01	3,44	1,33
K23	3,57	0,79	3,71	0,76	3,60	1,26	3,50	1,27
K24	3,67	0,71	3,89	0,33	3,60	0,97	3,60	0,97
K25	3,78	0,44	3,89	0,33	3,80	0,42	3,90	0,32

\*erste Hausaufgabe in K7, erstes Rating in K8

Die Compliance wird insgesamt als hoch eingeschätzt. Die Compliance der Eltern ist dabei sowohl bezüglich der Therapiestunden als auch bezüglich der Hausaufgaben höher als die der Kinder. Die Compliance steigt jedoch sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern im Verlauf der Therapie kontinuierlich an und erreicht in der letzten Stunde die höchsten Werte. Die Compliance der Kinder mit den Hausaufgaben wird als höher eingeschätzt als die Compliance innerhalb der Therapiestunden, bei den Eltern zeigt sich hier ein nur geringer Unterschied.

## **6. Diskussion**

In diesem Kapitel werden zunächst die Studie und das Behandlungsmanual kritisch diskutiert. Anschließend werden die Ergebnisse in den aktuellen Stand der Forschung eingeordnet und ein Ausblick auf weitere mögliche Forschungsinhalte gegeben.

### **6.1 Diskussion des Studienaufbaus und der Studienergebnisse**

#### **6.1.1 Studienaufbau**

Für den Aufbau der Studie ergeben sich einige Limitationen für die Interpretation der Ergebnisse. Im Folgenden werden sie nach Limitationen der Validität, Objektivität und Reliabilität getrennt aufgeführt.

Eine Beeinträchtigung der Validität besteht in der gemischten Stichprobe der vorliegenden Arbeit, sich zum Teil eine Inanspruchnahmepopulation und zum Teil durch einen Zeitschriftenaufruf rekrutiert wurden. Dabei besteht ein systematischer Unterschied zwischen den beiden Stichprobenteilen. Die Inanspruchnahme der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht vor allem aus Fällen mit höherer Symptomschwere (oder Komorbidität). In drei von fünf Fällen gab es zu Beginn oder im Verlauf der Behandlung eine Schulverweigerung, in den anderen zwei Fällen lag eine komorbide Aufmerksamkeitsstörung vor. Die durch die Telefonaktion rekrutierten Patienten waren tendenziell jünger und wiesen keine expansive Symptomatik (Schulverweigerung oder expansive komorbide Störungen) sondern eher komorbide Entwicklungs- oder Angststörungen auf.

Die größte Limitation der vorliegenden Studie besteht jedoch in der sehr geringen Stichprobengröße von  $N=10$ . Die Ergebnisse einer solchen explorativen Studie haben daher vor allem Hypothesen leitende Funktion, die Hinweise für die weitere Forschung geben können.

Eine weitere Limitation der vorliegenden Studie besteht im Fehlen einer randomisierten Kontrollgruppe. Die Effekte können damit nur über den intraindividuellen Vergleich mit der Baselinephase auf die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen zurückgeführt werden, wodurch die interne Validität eingeschränkt ist. Durch die in 2 Fällen fehlende Baseline ergibt sich eine zusätzliche Einschränkung. Eine weitere Einschränkung der internen Validität ergibt sich durch die unterschiedliche Länge der

Interventionsphasen. Durch diesen realitätsnahen Durchführungsmodus mit ferienbedingten Ausfallzeiten und niederfrequenter Stabilisierungsphase am Ende der Therapien ergibt sich jedoch eine hohe ökologische Validität. Durch die zusätzlichen Messzeitpunkte am Ende der Sommerferien wurde der Effekt der Sommerferien bzw. des Schuleintritts oder Schulwechsels kontrolliert. Da sich in keinem der Fälle eine deutliche Veränderung der Symptomatik zeigte (Kap. 5.2), ist aufgrund der Sommerferien nicht von einer geminderten internen Validität auszugehen. Eine weitere Minderung der internen jedoch Erhöhung der ökologischen Validität ergibt sich durch die individuelle Anpassung der Behandlung. Durch den Verzicht auf eine Festlegung der einzelnen Therapiestunden zugunsten einer individuellen Wahl der Therapiemodule in Anpassung an den Einzelfall ist die ökologische Validität hoch; die interne Validität wird durch die mangelnde Vergleichbarkeit in der Durchführung der Fälle damit jedoch gemindert. Ein weiteres Problem zeigte sich in der Durchführung des geplanten Designs bezüglich der Baselinephase. Durch die Erstellung der individuellen Problemliste im Erstkontakt, sollte eine wöchentliche Erfassung des Problemverlaufs auch in der Baselinephase möglich werden. Dabei trat bei mehreren der zunächst in die Studie aufgenommenen Fälle nach dem Erstkontakt bereits eine so starke Symptomverminderung ein, dass anschließend keine therapeutische Indikation mehr bestand. Die Familien begründeten dies mit der Strukturierung der Probleme durch die Problemliste und das gemeinsame Gespräch. In einem Fall hatte die Patientin selbständig begonnen, Situationen der Problemliste zu üben. Hier zeigt sich bereits eine Interventionswirkung durch den Erstkontakt, so dass davon ausgegangen werden muss, dass es sich in der vorliegenden Studie nicht um eine interventionsfreie Baselinephase handelt. Die Auswirkung für diese Studie wird ausführlicher im Zusammenhang mit den Studienergebnissen diskutiert. Die mögliche positive therapeutische Wirkung einer solchen Kurzintervention wird bei der Diskussion des Behandlungskonzeptes erneut aufgegriffen. Die Wirkung des entwickelten Manuals ist anhand der vorliegenden Studie nur für kurzfristige Effekte einzuschätzen, da kein Follow-Up Messzeitpunkt vorliegt. In Telefonaten mit den Eltern ½ Jahr nach Beendigung der Therapie zeigte sich jedoch in allen Fällen eine stabile Situation ohne Indikation für erneute therapeutische Interventionen.

Die Validität der Erzieher- / Lehrerurteile sind durch den Wechsel des Beurteilers in Fällen eines Schulwechsels oder eines Wechsels von Kindergarten zu Schule in mehreren Fällen beeinträchtigt. Durch den Beurteilerwechsel sind die Daten der Beurteilungen zu M1 und M5 nur bedingt vergleichbar.

Als Limitation der Objektivität der vorliegenden Studie ist zu nennen, dass die Entwicklung, Durchführung und Auswertung der vorliegenden Studie von derselben Person vorgenommen wurde.

Schließlich sind auch Limitationen der Studienreliabilität durch die Wahl der Messinstrumente zu diskutieren. Durch das Alter der Kinder liegt bei den meisten Fragebögen mit dem Elternurteil nur eine Beurteilerebene vor. Die Lehrerbeurteilungen weisen viele Missings auf und sind, aufgrund der gegenüber den Elternfragebögen veränderten Skala (Kap. 4.2.3) nicht statistisch auswertbar und nur eingeschränkt mit der Elternbeurteilung zu vergleichen. Problematisch war durch die unterschiedlichen Altersstufen auch die Lehrerbeurteilung der sonstigen Verhaltensauffälligkeiten, da auch für die Kindergartenkinder der Lehrerbogen TRF eingesetzt wurde, um eine interindividuelle Vergleichbarkeit auf diesem Instrument zu erreichen. Abgeleitet von den bisherigen Forschungsergebnissen zur Komorbidität wäre der Einsatz eines Messinstrumentes zur Erfassung von oppositionellem Verhalten sinnvoll gewesen. Dies wurde in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt. Die Kompetenzskala des FBB-Angst scheint auch nur bedingt die durch das Behandlungskonzept geförderten Kompetenzen im Bereich der Selbstwirksamkeit zu erfassen. Hier wäre es vermutlich besser ein Instrument einzusetzen, welches die Selbstwirksamkeitserwartung in Angstsituationen aber auch in allgemeinen Situationen erfasst.

Als positiv kann die Akzeptanz des Fragebogen-Booklets bei den Eltern bewertet werden, die sich in der sehr geringen Zahl von Missings bei der Elternbeurteilung zeigt. Bei der Diskussion der verwendeten Messinstrumente soll im Folgenden zunächst auf die Messinstrumente zur Erhebung der Trennungsangst-Symptomatik eingegangen werden. Die verwendeten Verfahren FBB-Angst und SCAS sind in ihrer Erfassung des Störungsbildes vergleichbar, was auch die Korrelationen anzeigen (Kap. 5.4). Unterschiede liegen vor allem in der Länge der Skalen, der FBB-Angst erfasst Trennungsängste über 10 Items, die SCAS über 6 Items. Der FBB-Angst beinhaltet ein Item zu körperlichen Beschwerden sowie mehrere Items zu nächtlichen Trennungsängsten. Ein Vorteil der FBB-Angst kann in der besseren Symptombeschreibung in den einzelnen Items gesehen werden („leidet stark“, „Wut“, „unglücklich“). Generell erscheinen beide Fragebögen problematisch, da sie sehr viele kognitive Items beinhalten. Diese Kriterien, anhand derer die Angst des Kindes von den Eltern beurteilt werden soll, werden von den Kindern jedoch nicht formuliert. Daher wäre ein Schwerpunkt der Fragebögen auf Items, die typisches Verhalten auf der behavioralen Ebene beschreiben deutlich besser zur Abschätzung der Symptomausprägung und Symptomschwere (z. B. Einzelitems zu „Besuch der Schule

/ des Kindergartens“, „Bleibt alleine bei Freunden“, „Bleibt alleine im Sportverein / bei Freizeitterminen“, „Verfolgt Hauptbezugsperson durch die Wohnung oder ortet sie durch Kontrollrufe“, „Bleibt kurz alleine im Auto, wenn Hauptbezugsperson kurze Erledigung vornimmt, z. B. Parkschein zieht oder Brötchen holt“, „Bleibt im Kaufhaus in einer anderen Etage“, „Kann beim Einkaufen etwas aus einem anderen Gang holen“, „Muss außerhalb des Hauses immer Sichtkontakt zur Hauptbezugsperson haben“.). Die durch mehrere Items erfasste Schlafsituation scheint hingegen nach Eindruck der vorliegenden Studie nicht so relevant wie Situationen, in denen das Kind tagsüber mit einer Trennungssituation konfrontiert ist. Für die für diese Studie entwickelte Adaptation der Problemliste muss kritisch bemerkt werden, dass die Differenzierung zwischen Problemstärke und Problembelastung für manche Eltern eine Schwierigkeit darstellte. Die Bedeutsamkeit der Differenzierung zeigt sich jedoch in den Ratings, bei denen eine Differenzierung bezüglich der drei aufgeführten Probleme zu Beginn der Therapie eher bei der Problembelastung der Eltern zu sehen ist, als bei der Problemstärke. Im Therapieverlauf zeigen sich beide Einschätzungen als ähnlich differenzierend. Um das Problem der Urteilsdifferenzierung für die Eltern zu vermeiden, wäre die Reduktion der Ratings auf die Problembelastung denkbar. Insgesamt bietet die Problemliste sehr differenzierte Informationen für die Einschätzung des Therapieerfolges und kann damit auch als eine Bestätigung des individuellen Behandlungskonzeptes verstanden werden.

Kritisch bemerkt werden muss bei den eingesetzten Messinstrumenten auch die mangelnde Information über Gütekriterien. Dies gilt, mit Ausnahme der DASS, für alle Fragebögen, die zur Erfassung der sonstigen Belastung von Kind und Familie eingesetzt wurden. Da die Ergebnisse hier nur deskriptiv beschrieben wurden, bedeutet dies keine Limitation der primären Analysen. Trotzdem sollte vor dem Einsatz der verwendeten Messinstrumente in größeren Stichproben eine Überprüfung der Gütekriterien sowie der teilweise vorgenommenen Änderungen erfolgen.

Die genannten Limitationen müssen bei der folgenden Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt werden.

### **6.1.2 Studienergebnisse**

Bei der Betrachtung der Stichprobenmerkmale fällt vor allem auf, dass es eine hohe Komorbidität mit Angststörungen aber auch mit Aufmerksamkeitsstörungen gibt. Bei den Angststörungen werden am häufigsten soziale Ängste benannt. Diese werden von

den Lehrern stärker eingeschätzt als von den Eltern. Oppositionelles Verhalten wird eher von den Patienten mit Schulverweigerung berichtet. Dabei sind die Werte auf der Skala Externalisierende Auffälligkeiten der TRF eher niedrig ausgeprägt. Über das mit der Symptomatik assoziierte Verweigerungsverhalten hinaus lag oppositionelles Verhalten in der vorliegenden Studie vor allem dann vor, wenn eine krisenhaft zugespitzte Situation hinsichtlich der Trennungsängste vorlag. Die in diesem Zuge berichteten oppositionellen und aggressiven Verhaltensweisen bildeten sich jedoch in allen Fällen mit der Verminderung der Symptomatik zurück. Es ist daher zu vermuten, dass die Aggressionen auf den Druck zurückzuführen sind, der in dieser Situation auf den Kindern lastet. Die zur Stichprobenbeschreibung darüber hinaus herangezogenen Fragebögen zeigen eine sehr geringe allgemeine und störungsbezogene Belastung der Familie. Die vermutete hohe Belastung der Familien scheint nur im Rahmen von Krisensituationen bei Schulverweigerung vorzuliegen und sich dann auch nur störungsbezogen zu zeigen. Auch finden sich bei den Eltern keine vermehrten Hinweise auf eigene Trennungsängste in der Kindheit oder in der aktuellen Situation.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der primären Analysen diskutiert. Die deskriptive Darstellung der Ergebnisse zeigt für die 1. Hypothese hypothesenkonforme Ergebnisse. Alle durchgeführten Verfahren zeigen eine stärkere Verminderung der Trennungsangstsymptomatik in der Therapiephase im Vergleich zur Baselinephase. Dieser Trend wird statistisch nicht signifikant, für die Problemliste zeigt sich allerdings ein hypothesenkonformer Trend. Im FBB-Angst und in der Problemliste ist dies durch eine Verminderung der Trennungsängste bereits in der Baselinephase zu erklären. Wie oben erläutert, ist zu vermuten, dass die im Erstkontakt durchgeführte Problemliste, bereits Interventionscharakter hat und die Baselinephase dadurch in die Therapiephase einzurechnen ist. Folgt man dieser Vermutung und berechnet die statistische Signifikanz für die Verminderung der Symptomatik im gesamten Behandlungszeitraum (gegenüber einer gleich bleibenden Symptomausprägung) zeigen sich hochsignifikante Ergebnisse für alle Verfahren (SCAS .00\*\*; FBB-Angst .00\*\*; Problemliste .00\*\*). Dies wird auch durch die berechneten Effektstärken bestätigt, die für den gesamten Behandlungszeitraum sowohl für die SCAS als auch für die Problemliste sehr hoch sind. Im FBB zeigt sich hingegen nur ein kleiner Effekt. In den Nettoeffektstärken zeigen sich aufgrund von Effekten in der Baselinephase für den FBB-Angst kein Effekt. Für SCAS und Problemliste zeigen sich große Nettoeffektstärken. Die größten Effekte zeigen sich für die Problemliste, was sich durch die größere individuelle Passung der Problemliste und die oben bereits kritisierte mangelnde Itempassung der Fragebogenverfahren erklärt. Die Einzelfallbetrachtung

zeigt für die Fälle 3, 8 und 10 Verläufe, die sich wenig verändern. Auf der therapeutischen Ebene zeigte sich in diesen Fällen eine hohe Skepsis bei den Eltern, die sich in den Fällen 8 und 10 erst nach einer Symptomverschlimmerung reduzierte, so dass erst anschließend eine konsequente Durchführung der geplanten Übungen erfolgte. Dieser Verlauf führte in beiden Fällen zu einer deutlichen Verlängerung des Behandlungszeitraumes. In Fall 3 zeigt sich durch eine emotional sehr ambivalente Mutter ein sehr schwankender Verlauf in der Symptomatik.

Neben der statistischen Auswertung weist auch die normative Auswertung des Elternurteils im FBB-Angst, Skala Trennungsängste, auf einen Effekt des angewendeten Behandlungskonzeptes hin. Während zu Beginn der Behandlung alle Fälle im klinisch auffälligen Bereich liegen, gilt dies im letzten Messzeitpunkt nur noch für 3 der behandelten Fälle (3, 4, 10).

Die sekundären Analysen zeigen für die Ergebnisse des Lehrerfragebogens eine Bestätigung des im Elternurteil abgebildeten Interventionseffektes.

Es zeigt sich zwischen Behandlungsbeginn und –ende eine deutliche Verminderung in den eingeschätzten Trennungsängsten, wobei die Erzieher/Lehrer sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Therapie die Trennungsängste etwas geringer einschätzen als die Eltern. Ebenfalls nur in den sekundären Analysen betrachtet wurden die weiteren Beurteilungen aus der individuellen Problemliste. Während die Problemstärke bei allen Problemen ähnlich hoch eingeschätzt wird, zeigen sich deutliche Unterschiede in der Beurteilung der Problembelastung durch die drei Probleme. Diese ist für das erste Problem deutlich höher als für die Probleme 2 und 3. Im Verlauf zeigt sich eine fast parallele Abnahme der Problemstärke über alle drei Probleme hinweg, wobei die Abnahme des ersten Problems den kontinuierlichsten Verlauf zeigt. Dieses Ergebnis ist insofern interessant, als es darauf hinweist, dass die Interventionen für Problem 1 sich vermindernd auf alle drei benannten Probleme auswirken. Neben der Interventionswirkung könnte hier natürlich auch ein Artefakt durch das Ankreuzverhalten der Eltern gegeben sein, im Sinne einer Beeinflussung der Einschätzung von Problem 2 und 3 durch die als erstes abzugebende Beurteilung von Problem 1. Für einen Interventionseffekt spricht jedoch die klinische Beobachtung, dass die Familien in vielen Fällen begannen, ihre Haltung gegenüber der Gesamtsymptomatik zu verändern und die gelernten Therapieinhalte zunehmend auch selbständig einsetzten. Ein Hinweis darauf könnte auch der diskontinuierlichere Verlauf von Problem 2 und 3 sein, da die Interventionen zu Problem 1 in den Sitzungen geplant und dadurch häufig kontinuierlicher verfolgt wurden.

Die differenzierte Betrachtung der Ergebnisse der Goal Attainment Skala zeigt für ungefähr die Hälfte der Fälle ein kontinuierliches Erreichen der Therapieziele bei allen

Problemen. In etwa der Hälfte der Fälle blieb das 2. Problem jedoch eher konstant, während die Ziele des 3. Problems ohne spezifische Intervention erreicht wurden. Zu vermuten ist, dass es sich bei dem 2. Problem um ein stärkeres Problem handelt, was in einigen Fällen nicht ohne spezifische Intervention zurückgeht. Leichte Probleme jedoch, die häufig auch als Folgeprobleme der Kernsymptomatik zeitlich nachgeordnet aufgetreten sind, scheinen sich möglicherweise auch ohne problembezogene Interventionen zu vermindern. Die Verläufe zeigen auch, dass es in 4 Fällen einen Fortbestand einzelner Probleme nach Ende der geplanten Behandlungsphase gab. In einem Fall wurde das Problem von der Familie selbst als nicht mehr relevant für den Therapieerfolg definiert. In den anderen Fällen jedoch war die geplante Interventionsphase von 18 Sitzungen zu kurz, um die definierten Probleme ausreichend zu vermindern. Dies galt vor allem für Fälle mit hoher Komorbidität oder erst langsam wachsender Compliance bei den Eltern.

Insgesamt zeigen die sekundären Analysen eine gute Übereinstimmung zwischen Goal Attainment Skala und individueller Beurteilung der Eltern auf der Problemliste. Eine Ausnahme bildet der Fall 3, in dem die Belastung und Sorge der Mutter um ihr Kind allgemein sehr hoch waren, so dass das Erreichen der in der Therapie definierten Ziele nicht zu einer Abnahme der Belastung oder der geschätzten Problemstärke führte.

Für die zweite Hypothese finden sich in beiden verwendeten Messinstrumenten nur sehr geringe Ausgangswerte. Auch hier zeigt sich im FBB-Angst eine Symptomverminderung bereits in der Baselinephase. Diese Verminderung ist ähnlich stark wie die Verminderung in der Therapiephase, so dass auch hier die statistische Überprüfung keine signifikante Verminderung in der Therapiephase ergibt. Dies zeigt sich auch in der kleinen Nettoeffektstärke. Nimmt man, wie in Hypothese 1 bereits erläutert, auch hier den gesamten Behandlungszeitraum und prüft die Veränderung gegenüber einer angenommenen 0-Linie, wird das Ergebnis auch hier statistisch signifikant (.01\*\*).

In der SCAS zeigt sich in der Baselinephase eine Zunahme der Symptomatik, in der Therapiephase hingegen eine Abnahme. Auch dieser Unterschied wird jedoch aufgrund der geringen Stärke der Veränderungen nicht signifikant. Durch die hypothesenkonformen Verläufe in Baseline und Therapiephase ergibt sich für die SCAS eine große Nettoeffektstärke.

Insgesamt ist aufgrund der sehr geringen Ausgangsproblematisierung mit Rohwerten von unter 1 (mit Ausnahme von Fall 10) inhaltlich nicht von einer relevanten Symptomstärke auszugehen. Um trotz der geringen Fallzahl eine Aussage über die

anderen Ängste zu ermöglichen, wurden die anderen Angstskalen der Fragebögen zu jeweils einer Angstskala zusammengefasst. Wie in der Literatur beschrieben zeigt sich eine hohe Komorbidität mit anderen Angststörungen, vor allem sozialen Ängsten und umschriebenen Phobien. Die in der Hypothese formulierte Annahme, dass andere Ängste durch die Trennungsangstinterventionen im Sinne eines unspezifischen Wirkmechanismus ebenfalls abnehmen, kann aufgrund studienbedingter Limitationen nicht sicher beurteilt werden. In der klinischen Beobachtung zeigt sich eher kein Rückgang der anderen Ängste; es war jedoch gut möglich, die vorliegenden Materialien auch für Expositionen sozialer Ängste zu verwenden.

Die in der 3. Hypothese formulierte Annahme eines Anstiegs von Kompetenzen wird auf der Ebene der Rohwerte bestätigt. Es zeigt sich eine leichte Zunahme in den Kompetenzen, auch hier ist jedoch eine kontinuierliche Zunahme in Baseline- und Therapiephase festzustellen. Die Nettoeffektstärke zeigt keinen statistisch bedeutsamen Effekt, und auch die statistische Überprüfung der Verläufe in Baseline- und Therapiephase ergibt keine signifikante Wirkung der Therapiephase. Betrachtet man auch hier die Veränderung über den gesamten Behandlungszeitraum und testet diesen gegen eine 0-Veränderung ergibt sich ein hoch signifikantes Ergebnis (.001\*\*). Auch für die dritte Hypothese ist damit ein Effekt der therapeutischen Intervention anzunehmen. In den individuellen Verläufen zeigen sich in etwa der Hälfte der Fälle keine oder negative Veränderungen. Dabei zeigen sich nur teilweise Parallelen zwischen dem Therapieerfolg bezüglich der Angstsymptomatik und der Zunahme von Kompetenzen. Dies ist jedoch mit der Tatsache zu erklären, dass sich der Kompetenzerwerb im Rahmen des Manuals vor allem auf eine Zunahme von Selbstwirksamkeitserwartung bezieht, der Fragebogen aber vor allem soziale Kompetenzen erfasst und damit eher mit sozialen Ängsten konfundiert sein könnte. Insgesamt ist fraglich, ob die Items die durch das Manual geförderten Kompetenzen ausreichend sensitiv erfassen können.

## **6.2 Diskussion des entwickelten Behandlungskonzeptes**

Die kritische Diskussion des entwickelten Behandlungskonzeptes erfolgt auf der Basis der während der Durchführung des Behandlungskonzeptes gemachten Erfahrungen der Autorin, auf der Einschätzung der Compliance der Familien sowie auf den Rückmeldungen der Eltern bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung.

Im Folgenden soll zunächst die allgemeine Durchführung und Struktur des entwickelten Behandlungskonzeptes kritisch diskutiert werden. Anschließend werden die einzelnen Module und ihre Materialien hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Wirksamkeit betrachtet.

Insgesamt zeigen die Compliance-Ratings sowie der Zufriedenheitsfragebogen der Eltern eine sehr positive Gesamtbeurteilung des durchgeführten Behandlungskonzeptes. Dies wird durch den Eindruck der praktischen Erfahrungen bestätigt.

Die Notwendigkeit der Individualisierung im Sinne der Entwicklung eines modularen Behandlungskonzeptes und der Wahl eines Einzelsettings hat sich aufgrund des sehr unterschiedlichen Schweregrades der vorgestellten Fälle für die vorliegende Studie bestätigt. Auch der hohe Zielerreichungsgrad bezüglich der individuellen Probleme zeigt die positive Auswirkung des gewählten hohen Individualisierungsmaßes, bei dem als Basis der Therapie die individuellen Problemdefinition dient, auf die die Interventions- und Materialauswahl ausgerichtet wird. Als ebenfalls wichtiger Faktor der Individualisierung hat sich die flexible Handhabung der Sitzungsfrequenz bei Fällen mit hohem Schweregrad bestätigt. Das individuell gemachte Angebot einer erhöhten Stundenfrequenz und/oder täglicher Telefonate trägt dem Krisencharakter vor allem in Fällen von Schulverweigerung Rechnung. Diese Form ermöglicht es, neben einer präzisen Feinabstimmung der therapeutischen Interventionen auch, der Familie ausreichend Sicherheit zu vermitteln, um die Durchführung der Interventionen in dieser für die Familie schwierigen Situation zu ermöglichen.

Bezüglich des Behandlungsplanes wurde von den Eltern jedoch im Zufriedenheitsfragebogen kritisch die zu geringe Zahl von Elternterminen rückgemeldet. Es sollte also darauf geachtet werden, dass regelmäßige und zu Beginn der Therapie eher hochfrequente Elterntermine angeboten werden. Dies erscheint vor allem notwendig, da die Therapiestunden häufig mit Eltern und Kind gemeinsam gestaltet werden und es so nur begrenzte Möglichkeiten für die Eltern gibt, eigene Probleme oder Schwierigkeiten in Abwesenheit des Kindes anzusprechen. Insgesamt wurde die enge Einbindung der Eltern in die Therapie als sehr positiv rückgemeldet und zeigte sich vor allem im Verlauf der Therapie als wichtiges Element der Generalisierung der Therapieeffekte auf den Alltag.

Sehr wichtig erscheint auch der Einbezug des Umfeldes. Bereits für die Differentialdiagnostik und in der Anamnese ist der Kontakt zum Umfeld zwingend, wenn die Symptomatik des Kindes (vor allem) dort auftritt. Bei Fällen von Schulverweigerung ist ein guter und regelmäßiger Kontakt zur Schule zwingend notwendiges Element der Expositionsübungen. Von den Eltern wurden die Kontakte

zum Kindergarten bzw. zur Schule eher neutral bewertet. Bei manchen Eltern bestand zunächst die Befürchtung eines negativen Labels für ihr Kind durch Information der Schule/des Kindergartens über die Inanspruchnahme einer Psychotherapie für ihr Kind. Hier sollte man die Ängste der Eltern berücksichtigen aber behutsam auch die Hintergründe einer Kontaktaufnahme erläutern. In Krisenfällen bei bestehender Schulverweigerung sollte man unbedingt Kontakt zur Schule herstellen, bevor die erste Expositionsübung im schulischen Rahmen durchgeführt wird.

Die Vorbereitung auf einen möglichen (teil-)stationären Aufenthalt war in zwei Fällen notwendig. In beiden Fällen äußerten sich die Eltern positiv über die Transparenz der Perspektive und entschieden sich bewusst für einen ambulanten Behandlungsversuch. Die Entscheidung über den Umgang mit komorbiden Störungen war ein wichtiger Teil der Behandlungsplanung. In der vorliegenden Stichprobe hatte der größte Teil der Kinder komorbide Angststörungen, Aufmerksamkeitsstörungen oder Entwicklungsstörungen. Letztere waren in den meisten Fällen vordiagnostiziert bzw. bereits behandelt. Bei den Kindern mit komorbiden Angststörungen standen in allen Fällen die Trennungsängste im Vordergrund. Sie wurden in den meisten Fällen im Anschluss an die Behandlung der Trennungsängste behandelt. Bei den Aufmerksamkeitsstörungen zeigte sich in den vorliegenden Fällen eher die Notwendigkeit einer parallelen Behandlung, da die Überforderung des familiären Systems und die Überforderung des Kindes zu einer Aufrechterhaltung oder sogar Steigerung der Ängste führte. Aufgrund der geringen Fallzahl lassen sich daraus keine Empfehlungen ableiten, es erscheint aber sinnvoll, Störungsbilder die zu einer deutlichen Belastung des Kindes oder der Familie führen, parallel und nicht nachgeordnet zu den Trennungsängsten zu behandeln.

Als sehr positiv kann der immer gleiche Aufbau der Therapiestunden bewertet werden. Dieser bestand, im Anschluss an die Durchführung des Moduls Psychoedukation in der Besprechung der gemachten Hausaufgaben in Form einer Misserfolgsanalyse oder der Verstärkung für bewältigte Übungen und in der Planung der neuen Aufgaben (zu Kompetenz oder Exposition). Abschließend wurde ein gemeinsames Spielen, meist gemeinsam mit den Eltern, durchgeführt. Die klinischen Beobachtungen zeigten, dass diese gleiche Struktur den Familien Sicherheit gab, was sie in den Therapiestunden erwartete. Dies erhöhte ihre Aktivität innerhalb der Stunden und führte zu einer Erleichterung des Beziehungsaufbaus zwischen Kind und Therapeut. Zum anderen konnte beobachtet werden, dass die häufige Wiederholung der Erarbeitung bestimmter Techniken (z. B. Vertrag) zu einer zunehmend besseren Beherrschung dieser Techniken bei den Familien führt, so dass diese auch im Anschluss an die Therapie leichter selbständig angewendet werden können. Die meisten Kinder begannen nach

einigen Stunden die Übungen zunehmend selbständig zu planen und teilweise auch schon vor den Therapiekontakten über mögliche Übungen nachzudenken. Mehrere Eltern beurteilten diese Vorhersehbarkeit der Inhalte in der Freitextfrage des Zufriedenheitsfragebogens als sehr hilfreich für sich und die Kinder und äußerten dies auch mehrfach im abschließenden Therapiekontakt gegenüber der Therapeutin. Die hohe Akzeptanz der Übungen zeigte sich auch in der durchgängig sehr hohen Compliance von Eltern und Kindern mit den Hausaufgaben.

Gegenüber der sehr hohen Compliance mit den Hausaufgaben zeigt sich bei den Kindern eine zunächst geringere Compliance mit den Therapiestunden und auch im Zufriedenheitsfragebogen wird die Frage, wie gerne die Kinder in die Therapie gekommen sind, von den Eltern als eher neutral beantwortet. Eine Erklärung könnte sein, dass die Therapiestunden von den Kindern, vor allem in den Fällen krisenhafter Zuspitzungen bei Schulverweigerungen als sehr anstrengend erlebt wurden, da sie sich mit ihren Ängsten häufig zum ersten Mal auseinandersetzen mussten.

Die für die Studie geplante Interventionszeit von 18 Wochen stellte sich für einige Fälle als zu kurz heraus. Dies galt vor allem für Fälle mit stark chronifizierter Symptomatik sowie für Fälle mit komplexer oder schwerer komorbider Problematik. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen außerdem vermuten, dass für ältere Kinder längere Behandlungszeiten eingeplant werden müssen. Dies könnte sowohl durch einen höheren Chronifizierungsgrad bedingt sein als auch durch die längere Zeit, die bei älteren Kindern für den Aufbau einer guten Therapeut-Patienten-Beziehung benötigt wird.

Anschließend werden die einzelnen Module des Behandlungskonzeptes und die zugehörigen Materialien kritisch diskutiert.

Das Vorgehen in der **Anamnese** hat sich in der praktischen Durchführung bewährt. Die Explorationsschemata für Eltern und Umfeld sowie die spezifische Herausarbeitung der Angsttriade mit den Eltern haben sich in der Anwendung gut bewährt. Die Therapieentwicklung hat, vor allem bei Fällen mit Schulverweigerung, die Notwendigkeit einer ausführlichen Anamnese mit dem Umfeld bestätigt. Ebenso hat sich bestätigt, dass die Kinder in allen behandelten Altersstufen zu differenzierten Aussagen hinsichtlich ihrer Ängste nicht in der Lage waren. Möglich war die Erfassung einzelner Symptome durch die Symptombblätter. Die vermutete Wirkung der Problemliste als therapeutische Intervention und nicht als ausschließlich der Anamnese dienendes Instrument wurde in der Diskussion der Behandlungsergebnisse bereits thematisiert. Durch die Definition konkreter Probleme scheint eine Strukturierung zu erfolgen, die die Familien bereits entlastet.

Im Rahmen der **Psychoedukation** bestätigte sich ebenfalls die Vorannahme, dass die Kinder durch die geringe Reflexionsfähigkeit ihrer eigenen Ängste zu Beginn der Therapie psychoedukative Inhalte nur in geringem Maß auf ihre eigenen Probleme beziehen können. Wichtiger erschienen in dieser Phase der Therapie das gute Vertrauensverhältnis zur Therapeutin und der Aufbau von Selbstbewusstsein für die Durchführung der Expositionsübungen zu sein. Als Entlastung konnte in einigen Fällen das Arbeitsblatt Prävalenz von Trennungsängsten verwendet werden, um zu zeigen, dass auch andere Kinder Trennungsängste haben. Für die Eltern dagegen ist die Psychoedukation ein sehr wichtiger Baustein der therapeutischen Interventionen. Die differenzierte Erarbeitung eines gemeinsamen Störungsmodells sowie die Erarbeitung der Dynamik und der aufrechterhaltenden Bedingungen der Trennungsängste ermöglichte es den Eltern, anders mit den Kindern umzugehen und sich auf die Expositionsübungen einzulassen. Dies galt vor allem bei Eltern, die die Trennungsängste als Opposition interpretierten und strafend darauf reagierten. Das Informationsblatt zum Umgang mit körperlichen Symptomen wurde nur in einem Fall benötigt, die Zusammenfassung der Informationen über Trennungsängste wurde hingegen allen Eltern mitgegeben und von diesen als sehr hilfreiche Rekapitulierungsmöglichkeit erlebt. Mit dem Umfeld erfolgte die Psychoedukation im Sinne einer an den individuellen Fall angepassten Information über Trennungsängste aus praktischen Beweggründen im Rahmen des anamnestischen Gesprächs. Die Psychoedukation der Kinder erfolgte im späteren Therapieverlauf im Rahmen der Reflexion der einzelnen Expositionsübungen. Hier wurde mit den Kindern individuell erarbeitet, wie ihre Ängste sich in spezifischen Situationen zeigen und wie sie zu beeinflussen sind. Eher zum Ende der Therapie wurde mit den Kindern auf der Basis des Wissens um die Expositionsübungen reflektiert, was mögliche Ursachen für die Ängste im Sinne eines Störungsmodells sein könnten. Es wurden damit psychoedukative Inhalte mit den Kindern besprochen, die jedoch aus der individuellen Behandlung selber abgeleitet wurden und von den Kindern gut verstanden wurden. Die im Rahmen der Psychoedukation verwendeten Materialien wurden von den Eltern durchgängig positiv bewertet. Im Zufriedenheitsfragebogen zeigten sich sehr hohe Werte für die Informationsvermittlung. Allerdings kann der Wunsch der Eltern nach häufigeren Elternterminen auch auf die Psychoedukation bezogen werden, so dass die Erarbeitung der psychoedukativen Inhalte mit den Eltern eventuell ausführlicher sein sollte.

Das Modul **Kognitive Interventionen** wurde von den Familien sehr positiv aufgenommen. In der praktischen Umsetzung ist dieses Modul sehr einfach durchzuführen, da es nur einen kurzen Zeitraum innerhalb der therapeutischen

Kontakte beansprucht. In der Auswirkung verändert es jedoch die Sichtweise des Kindes auf sich selbst im Sinne einer positiven Bewältigungserfahrung. Für die Eltern sind die Interventionen ebenfalls eine Möglichkeit, ihr Kind positiv wahrzunehmen. Es stärkt aber auch das Vertrauen der Eltern in die Therapie, da neben dem Problemfokus auch die Stärken des Kindes in den Vordergrund gestellt werden. Damit erhöht die Durchführung dieses Moduls bei den jüngeren Kindern neben der Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung auch die Beziehung zwischen Therapeutin und Kind und erhöht damit die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit. Darüber hinaus wird durch die Hausaufgaben-Form bereits die Struktur der Expositionsübungen vorweggenommen und eingeübt. Ebenso wird die Form des Verstärkungsprinzipes innerhalb der Therapiestunden bereits eingeführt, dass für die späteren Module Kompetenzaufbau und Exposition weiter genutzt wird. Deutlich wurde in der vorliegenden Studie jedoch die Altersabhängigkeit dieses Moduls. Die beiden älteren Kindern, die zu Beginn der Studie 9;4 bzw. 11;7 Jahre alt waren, konnten für die Durchführung dieses Moduls nicht motiviert werden. Bei diesen Fällen war es wichtiger, kognitive Interventionen mit den Eltern durchzuführen, im Sinne einer intensiveren Begleitung der Eltern während der Durchführung der Expositionsübungen. Insgesamt wurden mit den Eltern keine materialgestützten kognitiven Interventionen durchgeführt. Nach einer ausführlichen Psychoedukation sowie einer intensiven Vorbereitung auf die Exposition (s. u.) war in der Arbeit mit den Eltern vor allem die begleitende Reflexion der Expositionsübungen wichtig. Hier traten bei den Eltern häufiger Zweifel, Ungeduld oder erneute Abwertungen der Leistungen des Kindes auf. An diesen Stellen war es wichtig, die in Psychoedukation und Expositions Vorbereitung thematisierten Inhalte erneut aufzugreifen und die Eltern zu beruhigen. Die in einem Fall auftretenden Trennungsängste der Mutter wurden mit sokratischem Dialog und Worst Case Scenario Interventionen aufgegriffen und vermindert. Im Zufriedenheitsfragebogen zeigen sich sowohl in der Beurteilung dieses Moduls als auch in der Freitextfrage eine sehr hohe Zufriedenheit mit den kognitiven Interventionen. Die hohe Akzeptanz dieses Moduls zeigt sich auch in der hohen Compliance bezüglich der Hausaufgaben. Die verwendeten Materialien wurden von den Eltern ebenfalls sehr positiv bewertet.

Das Modul **Kompetenzaufbau** wurde nur in zwei Fällen durchgeführt. Wichtig erscheint es hier vor allem, das Modul gezielt einzusetzen, wenn die Selbständigkeit deutlich unterhalb des für das Alter des Kindes zu erwartenden Niveaus liegt. In diesen Fällen setzt dieses Modul die Entwicklung einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung des Moduls Kognitive Interventionen fort. Für die Eltern ist es dabei wichtig, den Zusammenhang zwischen Angst und Selbständigkeitsentwicklung zu verstehen und

darin begleitet zu werden, eine höhere Selbständigkeit bei den Kindern zuzulassen und zu fördern. Hier zeigte sich bei der trennungsängstlichen Mutter ein besonders hoher Gesprächsbedarf. Die verwendeten Materialien sowie die Durchführung des Moduls wurden von den Eltern positiv bewertet. Aufgrund der niedrigen Fallzahl kann die Anwendung dieses Moduls nur als tendenziell positiv beurteilt werden.

Das Modul **Exposition** hat sich in der praktischen Durchführung in allen Fällen sehr gut bewährt. In der Vorbereitung der individuellen Expositionsübungen bestätigte sich, dass eine intensive Vorbereitung der Exposition vor allem mit den Eltern notwendig ist. Dabei bewährte sich das hierfür entwickelte Arbeitsblatt mit der Erläuterung der einzelnen Wirkmechanismen. Bei den Kindern bestätigte sich der Verzicht auf eine intensive Vorbereitung zugunsten des bereits in den ersten Stunden eingeführten Begriffs des Übens. Aufgrund ihres Alters ist den Kindern das Konzept des Übens im Falle eines Kompetenzdefizites sehr gut bekannt und kann auf die Erklärung der Exposition angewendet werden. Unterstützend wurden in einigen Fällen die Arbeitsblätter mit der Visualisierung des Angstverlaufs durchgeführt. Dies war vor allem bei den älteren Kindern sinnvoll. Für die Durchführung der Expositionsübungen selbst hat sich die Durchführung der Verträge sehr gut bewährt. Durch die detaillierte Planung innerhalb der Therapiestunden konnte auf eine therapeutische Begleitung im häuslichen Rahmen völlig verzichtet werden. Es zeigte sich anhand eines Falles jedoch, dass die Durchführung der Verträge vor einem Entwicklungsalter von 5 Jahren wahrscheinlich als schwierig einzuschätzen ist. Inhaltlich zeigte sich das Ziel „woanders übernachten“ als schwierig. Es sollte, aufgrund der Abhängigkeit von Gelegenheiten und Umfeldstrukturen sowie aufgrund der schlechten Graduierungseigenschaften zu Beginn der Therapie eher nicht als Hauptziel definiert werden. Ausnahmen bilden Situationen, in denen Klassenfahrten oder andere nicht vermeidbare Übernachtungen geplant sind. Die Verstärkung anhand der Smileyschlange in der Therapie bewährte sich ebenfalls und konnte problemlos aus dem Modul Kognitive Interventionen übertragen werden. Als Unterstützung der Eltern für die Durchführung der Übungen bewährte sich darüber hinaus das Merkblatt mit den Tipps für die Übungen. Die Eltern bewerteten das Modul Exposition im Zufriedenheitsfragebogen als sehr gut. Auch die Materialien wurden sehr positiv bewertet. Auch hier zeigt sich die gute Akzeptanz der Übungen in den hohen Ratings der Compliance mit den Hausaufgaben. Bei allen Fällen, in denen die Symptomatik auch im Umfeld des Kindes auftrat, zeigte es sich als wichtig, den Kontakt zum Umfeld zu suchen. Dies galt vor allem in Fällen, bei denen Schulverweigerung als ein Symptom auftrat. Hier bewährte sich ein besonders enger Kontakt in der Vorbereitung und während der Durchführung der Expositionsübungen, in dem die Therapeutin

zunächst als Vermittler der in der Therapie besprochenen Übungen agierte. Diese Rolle wurde dann zunehmend von den Eltern selbst übernommen, so dass der Kontakt zum Umfeld im Verlauf der Therapie zunehmend in geringerer Frequenz stattfand.

Das Modul **Rückfallprophylaxe** hat sich als sehr wichtiges Modul für den Abschluss der Therapie bewährt. In allen Fällen ging der Rückfallprophylaxe eine Phase mit verminderter Kontaktfrequenz voraus. In der Rückfallprophylaxe wurden die in der Therapie erreichten Ziele sowie die erlernten Bewältigungsmechanismen rekapituliert und zukünftige Angstsituationen reflektiert bzw. geplant. In den meisten Fällen zeigte sich im letzten Drittel der Therapie bei den Kindern selbst das Bedürfnis, sich die Arbeitsmaterialien noch einmal anzuschauen, um zu rekapitulieren, was sie alles gelernt hatten bzw. was sie zu Behandlungsbeginn alles noch nicht konnten. Dieser Impuls der Kinder wurde in allen Fällen aufgegriffen und als Teil der Rückfallprophylaxe damit bereits im Verlauf der Therapie durchgeführt. Durch dieses Bedürfnis der Kinder bestätigte sich die Entscheidung, für die Rückfallprophylaxe keine gesonderten Arbeitsmaterialien zu entwickeln, sondern auf die während der Therapie bearbeiteten Materialien zurückzugreifen. Als zusätzliche positive Bestätigung der erreichten Erfolge wurde die Muturkunde eingesetzt, auf die die Kinder sehr stolz reagierten. In der Rekapitulation der erlernten Bewältigungsmechanismen bestätigte sich die kontinuierliche Anwendung der zentralen Arbeitsmaterialien. Vor allem anhand der Verträge zu den Expositionsübungen konnten die Kinder gut die wichtigsten Mechanismen rekapitulieren. Die Eltern konnten hier zusätzlich das in der Vorbereitung auf die Exposition verwendete Arbeitsblatt sowie die Tipps für die Übungsdurchführung heranziehen. Im Rahmen von Überlegungen bezüglich möglicher zukünftiger Angstsituationen konnte zusätzlich das Wissen der Familie um die individuellen Störungsmechanismen des Kindes überprüft und gegebenenfalls noch einmal verbessert werden. Insgesamt zeigte sich im Rahmen der Rückfallprophylaxe ein sehr hohes Wissen der Familie um die Störung des Kindes und die erlernten Mechanismen. Deutlich wurde jedoch auch eine Unsicherheit bei den Eltern über die Bewältigungsmöglichkeiten zukünftiger Schwierigkeiten. Hier zeigten sich die Kinder bedeutend zuversichtlicher und sicherer im Umgang mit dem in der Therapie erlernten Wissen über sich und ihre Ängste. Diese Unsicherheit der Eltern zeigt sich auch im Zufriedenheitsfragebogen, in dem die Eltern die Frage nach der Zuversicht hinsichtlich ihrer Sicherheit, zukünftige Probleme selbst lösen zu können, am niedrigsten von allen Fragen bewerten. Insgesamt spricht dies dafür, die Rückfallprophylaxe mit den Eltern intensiver zu gestalten beziehungsweise den Eltern möglicherweise zusätzliche Gesprächstermine nach dem Ende der Therapie mit dem Kind anzubieten.

### 6.3 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand

Im Folgenden werden die Erfahrungen und Ergebnisse der vorliegenden Studie in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet. Dabei erfolgt die Einordnung, parallel zu den in der vorliegenden Arbeit behandelten Inhalten, in den Bereichen Störungsbild, Pathogenese, Diagnostik und Behandlung.

Bei der Betrachtung des Störungsbildes zeigt sich im Rahmen der vorliegenden Studie bezüglich der Klassifikation, dass ein Erstauftreten der trennungsängstlichen Symptomatik auch im höheren Kindesalter möglich ist und daher das Kriterium eines Störungsbeginns vor dem 6. Lebensjahr, wie es von den Forschungskriterien des ICD 10 angelegt wird, problematisch erscheint.

Bezüglich der Komorbidität bestätigte sich für die vorliegende Stichprobe die von Studien gefundene hohe Komorbiditätsrate. In der vorliegenden Studie wurden jedoch, im Gegensatz zu einigen früheren Forschungsergebnissen, vor allem Ängste und Aufmerksamkeitsstörungen diagnostiziert und weniger oppositionelle Störungen. Es fanden sich zwar bei einigen Kindern oppositionelle Verhaltensweisen, die jedoch erst seit kurzer Zeit vorlagen und daher nicht als oppositionelle Störungen diagnostiziert wurden. und eher auf die Belastung durch die Ängste zurückgingen. Da diese oppositionellen Tendenzen in allen Fällen mit der Verminderung der Trennungsängste vollständig zurückgingen, ist zu vermuten, dass diese Verhaltensweisen auf die akute Belastung durch die Trennungsängste zurückgehen. Die vorliegende Studie bestätigt die wichtige Rolle, die die Komorbidität als Belastungsfaktor für die Entwicklung von Trennungsängsten spielt und zeigt die Notwendigkeit, die Komorbidität bei der Behandlungsplanung zu berücksichtigen.

Das auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes entwickelte pathogenetische Modell hat sich im Rahmen der vorliegenden Studie bestätigt. In Übereinstimmung mit neueren Forschungsergebnissen zeigte sich bei den meisten Probanden keine traumatische Trennungserfahrung als Ursache der Trennungsängste. In einem Fall war eine solche Erfahrung Auslöser der Symptomatik, bei allen Fällen muss aber eine chronische Belastung durch komorbide Störungen oder Umweltbedingungen als bedeutsamerer Faktor in der Entstehung der Trennungsangstsymptomatik angenommen werden. Ebenfalls bestätigten sich bei der vorliegenden Stichprobe ein hohes Ausmaß behavioraler Hemmung bei der Mehrzahl der Probanden sowie ein stark vermeidender Coping-Stil. Als Auslöser der Symptomatik konnten häufiger akute Verstärkungen der chronischen Belastungsfaktoren oder, wie bereits erwähnt, in einem Fall eine als traumatisch erlebte Trennungssituation identifiziert werden. Ebenfalls bestätigt wurde die Häufigkeit von Ängsten in der Entwicklungsgeschichte oder in der

aktuellen Situation der Eltern, wobei diese eher als aufrechterhaltender und nicht als auslösender Faktor eingeschätzt werden kann. Nur in einem Fall zeigten sich Trennungsängste und stark behütendes Verhalten bei einem Elternteil.

Die bestehenden Fragebogenverfahren zur Erfassung von Trennungsängsten müssen als wenig erschöpfend angesehen werden. Viele Items erfassen die hinter den Ängsten stehenden Kognitionen, die von Eltern oder anderen Bezugspersonen aufgrund der geringen Reflexion und Äußerungen der Kinder bezüglich ihrer Kognitionen von den Beurteilern häufig nicht eingeschätzt werden können. Als sinnvoller würde hier die differenzierte Erfassung der Symptomatik auf der Handlungsebene (Bereiche, in denen das Kind sich nicht trennen möchte) angesehen. In der Anwendung des FBB-ANZ als Instrument zur Erfassung des Erzieher-/Lehrerurteils zeigte sich darüber hinaus die hohe Anzahl von Items zum Thema Schlaf als problematisch, da diese Items von den Erziehern/Lehrern nicht eingeschätzt werden können. Hierdurch könnten sich auch die zum Teil unterschiedlichen Ergebnisse auf den beiden Fragebögen erklären, die sich trotz hoher Korrelationen zwischen den beiden Verfahren zeigen.

In der Behandlung bestätigte sich die in Studien gefundene positive Auswirkung des Einbezugs der Eltern in die Therapie. Diese erscheint bei der Behandlung von Trennungsängsten aufgrund des Angstinhaltes noch wichtiger für den Erfolg der therapeutischen Interventionen als bei anderen Angststörungen. In diesem Rahmen bewährte sich die Durchführung der meisten Kontakte als gemeinsame Therapiestunden sowie die zusätzlichen Elternstunden. Der in der allgemeinen Literatur wenig behandelte Faktor des Einbezugs weiterer Systeme wie Kindergarten oder Schule in die Therapie scheint vor allem dann eine wichtige Rolle zu spielen, wenn die Symptome sich auf diesen Bereich beziehen.

Wie in der bestehenden Literatur häufig genannt aber bisher durch Studien noch wenig untersucht ist die Berücksichtigung der Komorbidität ein wichtiger Faktor bei der Behandlungsplanung. Dabei zeigte sich in der vorliegenden Studie die Tendenz, dass soziale Ängste eher im Anschluss behandelt werden können, während Aufmerksamkeitsstörungen eher parallel behandelt werden sollten. Insgesamt erscheint die Behandlung komorbider Störungen dann notwendig, wenn diese als ein Faktor der chronischen Belastung vermutet werden können, die zu der Entstehung der Trennungsängste beigetragen hat.

Wie in Therapiestudien bisher mehrfach gezeigt werden konnte, stellt die Exposition einen wirksamen Teil der Behandlung dar. Eine hohe Bedeutsamkeit zeigte sich im Rahmen der vorliegenden Studie auch für die Rückfallprophylaxe, zu der bisher keine differentiellen Wirksamkeitsstudien vorliegen. Wie in bisherigen Studien auch gezeigt

wurde, sind kognitive Interventionen ein wirksamer Baustein der Therapie. Diese zielen im vorliegenden Behandlungskonzept jedoch nicht auf eine direkte Veränderung der Angstkognitionen, sondern auf eine indirekte Veränderung der Kognitionen über praktische Bewältigungserfahrungen. Bestätigt hat sich, abweichend von der allgemeinen Literatur, der weitgehende Verzicht auf psychoedukative kindzentrierte Interventionen zu Beginn der Therapie. Diese wurden im Verlauf und gegen Ende der Therapie aus dem individuellen Therapieverlauf abgeleitet und mit den Kindern besprochen. Wie die veränderten kognitiven Interventionen kann der Verzicht auf psychoedukative Inhalte zu Beginn der Therapie als mögliche sinnvolle Adaptation dieser Module an die behandelte Altersstufe angesehen werden. Für die vorliegende Stichprobe hat sich darüber hinaus der Verzicht auf Entspannungsverfahren sowie auf Medikation bewährt, die in keinem Fall notwendig wurden. Vor dem Hintergrund der Bedeutsamkeit kontinuierlicher Reflexion der Ängste sowie der erlernten Bewältigungsmechanismen erscheint eine Medikation sogar eher kontraindiziert.

## **6.4 Ausblick**

Obwohl die vorliegende explorative Studie erste Hinweise auf die Wirksamkeit und gute Anwendbarkeit des entwickelten Behandlungskonzeptes geben konnte, können sichere Aussagen zu ihrer Wirksamkeit nur nach der Durchführung weiterer Studien getroffen werden. Weiterführende Studien müssten dazu vor allem an größeren Stichproben mit randomisierten Kontrollgruppen durchgeführt werden. Wichtig wäre auch die Durchführung der Therapien durch andere Therapeuten, um eine objektivere Beurteilung der Anwendbarkeit des Konzeptes und der Materialien zu erhalten.

Sinnvoll wären darüber hinaus differentielle Untersuchungen zur Wirksamkeit der einzelnen Module. Vor allem das Modul Kompetenzaufbau müsste an einer größeren Probandenzahl auf seine Wirksamkeit und Anwendbarkeit hin untersucht werden. Für das Modul Kognitive Interventionen gibt die vorliegende Studie Hinweise auf eine Wirksamkeit indirekter Beeinflussung der Kognitionen durch Bewältigungserfahrungen. Hier sollte durch weitere Studien untersucht werden, inwieweit bei jüngeren Kindern ein solcher therapeutischer Ansatz dem gängigen Vorgehen der direkten Beeinflussung von Kognitionen überlegen ist. Eine Verbesserung der Rückfallprophylaxe wäre durch die differenzierte Erfassung des in der Therapie erlernten Wissens der Familie über das Störungsbild und die individuellen Bewältigungsmechanismen möglich.

Die Durchführung differentieller Analysen in weiteren Studien könnte auch eine bessere Beurteilung der Wirksamkeit eltern- und umfeldzentrierter Interventionen ermöglichen, die im Rahmen der vorliegenden Studie zwar aufgrund der praktischen Erfahrungen und der Elternzufriedenheit als positiv eingeschätzt werden können, deren differentielle Wirkung im Rahmen des Gesamtkonzeptes jedoch noch nicht beurteilt werden kann.

Um die Behandlungsplanung zu verbessern, wäre die differentielle Analyse der Auswirkung verschiedener komorbider Störungen auf die Trennungsangstsymptomatik sowie auf die therapeutische Wirksamkeit der trennungsangstspezifischen Interventionen eine wichtige Aufgabe zukünftiger Studien. Dabei sollte auch erfasst werden, inwiefern die Anwendung der trennungsangstspezifischen Interventionen die komorbiden Störungen vermindern kann. Dies gilt vor allem für das Vorliegen komorbider anderer Ängste.

Da im Rahmen der vorliegenden Studie nur erste Aussagen zu kurzfristigen Therapieeffekten getroffen werden können, wäre für zukünftige Studien auch die Durchführung einer Follow-Up-Messung sinnvoll.

Neben der Überprüfung der Wirksamkeit des vorliegenden Behandlungskonzeptes durch die Durchführung weiterer Studien könnten die in der vorliegenden Studie gemachten Erfahrungen auch für eine Verbesserung der diagnostischen Verfahren genutzt werden. Hier wäre vor allem die Entwicklung eines störungsspezifischen Fragebogens sinnvoll sowie die Entwicklung eines Fragebogens zur Selbstwirksamkeitserwartung in Angstsituationen.

## 7. Zusammenfassung

Trennungsängste bei Kindern bezeichnen Ängste vor der Trennung von der Hauptbezugsperson. Mit einer in Studien ermittelten Prävalenz zwischen 1,5 und 5% treten diese Ängste vor allem im Kindesalter häufig auf. Die Behandlung von Trennungsängsten bei Kindern erfolgt aktuell durch störungsübergreifende Behandlungsmanuale. Ein störungsspezifisches Behandlungsmanual liegt im deutschsprachigen Raum bisher nicht vor.

Ziel der vorliegenden Arbeit war daher die Entwicklung eines Behandlungskonzeptes für die Therapie von Trennungsängsten bei Kindern. Anschließend an die Entwicklung des Konzeptes sollte seine Anwendbarkeit und Wirksamkeit im Rahmen einer explorativen Studie überprüft werden.

Das entwickelte kognitiv-behaviorale Behandlungskonzept ist multimodal und modular aufgebaut und wird im Einzelsetting durchgeführt. Es kann damit sowohl bezüglich der einbezogenen Personen als auch bezüglich der behandelten Inhalte auf den individuellen Fall angepasst werden. Dabei ist ein Einbezug der Eltern fester und unverzichtbarer Teil des Konzeptes. Darüber hinaus können weitere Systeme, wie z. B. Schule oder Kindergarten in die Therapie einbezogen werden. Das Konzept beinhaltet die folgenden Bausteine: Psychoedukation, Kognitive Interventionen, Kompetenzaufbau (Aufbau von Autonomie), Exposition, Rückfallprophylaxe. Für jeden Baustein wurden Arbeitsmaterialien entwickelt. Diese sind kind-, eltern-, familien- oder umfeldzentriert.

Das Behandlungskonzept wurde im Rahmen einer explorativen Studie an einer Stichprobe von  $n=10$  Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren mit der Diagnose einer Störung mit Trennungsangst durchgeführt. Zusätzlich zur Verminderung der Trennungsängste wurde die Verminderung anderen Ängste sowie die Zunahme von Kompetenz überprüft. Die Studie wurde als Eigenkontrollgruppendesign durchgeführt und umfasste eine 6-wöchige Baselinephase und eine 18 Kontakte umfassende Therapiephase. Fragebogenbasierte Messwerte wurden zu Beginn und am Ende der Baselinephase sowie im Abstand von jeweils 6 Kontakten in der Therapiephase als Elternurteil erhoben. Erfasst wurde Trennungsängste, andere Ängste sowie die Kompetenz im Bereich Kontaktfreude und Zuversicht. Zusätzlich wurde zu jedem Kontakt die Veränderung der Trennungsängste auf einer individuell erstellten Problemliste im Elternurteil erhoben. Die Daten wurden durch linear gemischte Modellanalysen (multimodal) sowie durch Berechnung der Effektstärken ausgewertet. Zusätzlich wurden zu Beginn und am Ende des Behandlungszeitraumes Daten zu

weiteren Problemen der Kinder sowie zu allgemeiner familiärer und elterlicher Belastung erhoben und deskriptiv ausgewertet. Die statistische Auswertung der Daten zeigt keine signifikante Verminderung der Trennungsängste, der anderen Ängste oder der Kompetenzen in der Therapiephase im Vergleich zur Baselinephase. Weitere Analysen zeigten jedoch signifikante Verminderungen aller erfassten Variablen über den gesamten Behandlungszeitraum. Die Wirksamkeit des vorliegenden Behandlungskonzeptes kann damit vorsichtig als positiv eingeschätzt werden. Die Anwendbarkeit des Konzeptes kann aus der praktischen Erfahrung sowie aus der hohen Patientenzufriedenheit als gut beurteilt werden.

Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert, in den aktuellen Forschungsstand integriert und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsfragen gegeben.

## 8. Literaturverzeichnis

1. Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
2. Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
3. Ahrens-Eipper, S. & Leplow, B. (2004). *Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
4. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, E. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
5. Alfano, C. A., Ginsburg, G. S. & Kingery, J. N. (2007). Sleep-Related Problems Among Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 224 – 232.
6. Allen, A. J., Leonard, H. & Swedo, S. E. (1995). Current Knowledge of Medications for the Treatment of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 976 – 986.
7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 69 – 84.
8. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed.) (DSM-III)*. Washington: American Psychiatric Association.
9. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed., rev.) (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatric Association.
10. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.) (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
11. Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. A. (1987). DSM-III diagnoses in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69 – 76.
12. Antony, M.M., Bieling, P.J., Cox, B.J., Enns, M.W. & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.

13. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1993). Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). *Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
14. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). *Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. (2. Aufl.)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
15. Aschenbrand, S. G., Kendall, P. C., Webb, A., Safford, S. M., Flannery-Schroeder, E. (2003). Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 1478 – 1485.
16. Bandelow, B., Tichauer, G. A., Spätz, C., Brooks, A., Hajak, G., Bleich, S. & Rüther, E. (2001). Separation Anxiety and Actual Separation Experiences During Childhood in Patients with Panic Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 948 – 952.
17. Barrett, P. M. (1995). *Group coping koala workbook*. Unpublished manuscript, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
18. Barrett, P. M. (1998). Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 459 – 468.
19. 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.
20. Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children: Long-Term (6-Year) Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 135 – 141.
21. Barrett, P. M., Lowry-Webster, H. & Turner, C. (2000a). *FRIENDS program for children: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic Press.
22. Barrett, P. M., Lowry-Webster, H. & Turner, C. (2000b). *FRIENDS program for youth: Group leaders manual*. Brisbane: Australian Academic Press.
23. Barrett, P. M., Rapee, R. M. & Dadds, M. R. (1996). Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 333 – 342.

24. Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R. & Ryan, S. M. (1996). Family Enhancement of Cognitive Style in Anxious and Aggressive Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187 – 203.
25. Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety. I: Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918 – 924.
26. Bell-Dolan, D. J., Last, C. G. & Strauss, C. C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 759 – 765.
27. Benjamin, R. S., Costello, E. J. & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293 – 316.
28. Bergeron, L., Valla, J. & Breton, J. (1992). Pilot study for the Quebec Child Mental Health Survey: Part 1. Measurement of prevalence estimates among six to 14 year olds. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 374 – 380.
29. Berney, T., Kolvin, I., Bhate, S. R., Garside, R. F., Jeans, J., Kay, B. & Scarth, L. (1981). School phobia: a therapeutic trial with clomipramine and short-term outcome. *British Journal of Psychiatry*, 138, 110 – 118.
30. Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., Perwien, A. R., Crosby, R. D., Kushner, M. G., Thuras, P. D. & Last, C. G. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 276 – 283.
31. Bernstein, G. A., Garfinkel, B. D. & Borchardt, C. M. (1990). Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 773 – 781.
32. Bernstein, G. A., Hektner, J. M., Borchardt, C. M. & McMillan, M. H. (2001). Treatment of school refusal: One-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 206 – 213.
33. Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A. & Nelson, L. P. (2005). Maternal phobic anxiety and child anxiety. *Anxiety Disorders*, 19, 658 – 672.
34. Biedermann, J. (1987). Clonazepam in the treatment of prepubertal children with panic-like symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (suppl), 38 – 42.
35. Biederman, J., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D., Robin, J. A. & Rosenbaum, J. F. (2001). Patterns of Psychopathology and Dysfunction in High-Risk Children of Parents With Panic Disorder and Major Depression. *American Journal Psychiatry*, 158, 49 – 57.
36. Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J. & Faraone, S. V. (2001). Further Evidence of

- Association Between Behavioral Inhibition and Social Anxiety in Children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673 – 1679.
37. Biederman, J., Petty, C., Faraone, S. V., Henin, A., Hirshfeld-Becker, D., Pollack, M. H., de Figueiredo, S., Feeley, R. & Rosenbau, J. F. (2006). Effects of parental anxiety disorders in children at high risk for panic disorder: A controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 94, 191 – 197.
  38. Biederman, J., Petty, C., Faraone, S., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Rauf, A., Scott, M., Pollack, M. & Rosenbaum, J. (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 549 – 561.
  39. Biederman, J., Petty, C. R., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Faraone, S. V., Fraire, M., Henry, B., McQuade, J. & Rosenbaum, J. F. (2007). Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2007.02.016
  40. Biedermann, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. & Kagan, J. (1993). A 3-Year Follow-up of Children with and without Behavioral Inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814 – 821.
  41. Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M. H. Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A. & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120 – 1126.
  42. Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B & Canino, G. (1989). Risk Factors for Maladjustment in Puerto Rican Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847 – 850.
  43. 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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 415 – 423.
  44. Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufmann, J. & McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545 – 553.

45. Birmaher, B., Waterman, G. S., Ryan, N., Cully, M., Balach, L., Ingram, J. & Brodsky, M. (1994). Fluoxetine for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 993 – 996.
46. Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L. & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1174 – 1183.
47. Bögels, S. M. & Zieglerman, D. (2000). Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205 – 211.
48. Bolton, D., Eley, T. C., O'Connor, T. G., Perrin, S., Rabe-Hesketh, S., Rijdsdijk, F. & Smith, P. (2006). Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, 36, 335 – 344.
49. Bowen, R. C., Offord, D. R. & Boyle, M. H. (1990). The Prevalence of Overanxious Disorder and Separation Anxiety Disorder: Results from the Ontario Child Health Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 753 – 758.
50. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York: Basic.
51. Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y., Sanford, M., Szatmari, P., Fleming, J. E. & Price-Munn, N. (1993). Evaluation of the diagnostic interview for children and adolescents for use in general population samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 663 – 681.
52. Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L. & Lépine, S. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375 – 384.
53. Briggs-Gowan, M., Horwitz, S., Schwab-Stone, M. E., Leventhal, J. M. & Leaf, P. J. (2000). Mental Health in Pediatric Settings: Distribution of Disorders and Factors Related to Service Use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 841 – 849.
54. Brown, T.A., Korotitsch, W., Chorpita, B.F. & Barlow, D.H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79-89.
55. Brückl, T. M., 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.

56. Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 421 – 436.
57. Cattell, R. B., Weiß, R. H. & Osterland, J. (1997). *Grundintelligenztest Skala 1 (CFT 1), 5. revidierte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
58. Chorpita, B. F., Albano, A. M. & Barlow, D. H. (1996). Cognitive Processing in Children: Relation to Anxiety and Family Influences. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 170 – 176.
59. Clark, D. B., Birmaher, B., Axelson, D., Monk, K., Kalas, C., Ehmann, M., Bridge, J., Wood, D. S., Muthen, B. & Brent, D. (2005). Fluoxetine for the Treatment of Childhood Anxiety Disorders: Open-Label, Long-Term Extension to a Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1263 – 1270.
60. Cobham, V. E., Dadds, M. R. & Spence, S. H. (1998). The Role of Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 893 – 905.
61. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). New York: Academic Press.
62. Cohen, P., Cohen, J. Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: 1. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 851 – 867.
63. Comer, J. S. & Kendall, P. C. (2004). A Symptom-Level Examination of Parent–Child Agreement in the Diagnosis of Anxious Youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 878 – 886.
64. Compton, S. N., Nelson, A. H. , March, J. S. (2000). Social Phobia and Separation Anxiety Symptoms in Community and Clinical Samples of Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1040 – 1046.
65. Cooper, P. J., Fearn, V., Willetts, L., Seabrook, H. & Parkinson, M. (2006). Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 93*, 205 – 212.
66. Cooper, P. J., Gallop, C., Willetts, L. & Creswell, C. (2008). Treatment Response in Child Anxiety is Differentially Related to the Form of Maternal Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 41 – 48.

67. Costello, E. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851 – 855.
68. Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A. & Worthman, C. M. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129 – 1136.
69. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837 – 844., differenzierte Prävalenzangaben aus <http://devepi.mc.duke.edu/> [März, 2008].
70. Crawford, A. M. & Manassis, K. (2001). Familial Predictors of Treatment Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1182 – 1189.
71. Cronk, N. J., Slutske, W. S., Madden, P. A. F., Buchholz, K. K. & Heath, A. C. (2004). Risk for Separation Anxiety Disorder Among Girls: Paternal Absence, Socioeconomic Disadvantage and Genetic Vulnerability. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 237 – 247.
72. Cronk, N. J., Slutske, W. S., Madden, P. A. F., Buchholz, K. K., Reich, W. & Heath, A. C. (2002). Emotional and Behavioral Problems Among Female Twins: An Evaluation of the Equal Environments Assumption. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 829 – 837.
73. Dadds, M. R., Barrett, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. (1996). Family Process in Child Anxiety and Aggression: An Observational Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715 – 734.
74. Dadds, M. R. & Powell, M. B. (1991). The Relationship of Interparental Conflict and Global Marital Adjustment to Aggression, Anxiety, and Immaturity in Aggressive and Nonclinic Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 553 – 567.
75. Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M. & Laurens, K. R. (1997). Prevention and Early Intervention for Anxiety Disorders: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627 – 635.
76. Dallaire, D. H. & Weinraub, M. (2005). Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attachment & Human Development*, 7, 393 – 408.

77. Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.-C. (1998). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)*. Göttingen: Hogrefe.
78. Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1997). Verhaltensauffälligkeiten von Schülern im Urteil der Lehrer – Reliabilität und faktorielle Validität der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 199 – 214.
79. 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.
80. Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
81. Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W., Lehmkuhl, G. & Poustka, F. (1994). Zur Reliabilität und faktoriellen Validität der Child Behavior Checklist – eine Analyse in einer klinischen und einer Feldstichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 189 – 205.
82. Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H. & Ollendick, T. H. (2006). *Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI)*. Göttingen: Hogrefe.
83. Doerfler, L. A., Toscano Jr., P. F. & Connor, D. F. (2007). Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. *Journal of Anxiety Disorders*, Article in press, corrected proof available online 24. Mai 2007.
84. Duda-Kirchhof, K. & Döpfner, M. (2000). Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen - Behandlungskonzept und Behandlungseffekt. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 161 – 170.
85. Dumas, J. E., LaFreniere, P. J. & Serketich, W. J. (1995). „Balance of Power“: A Transactional Analysis of Control in Mother-Child Dyads Involving Socially Competent, Aggressive, and Anxious Children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104 – 113.
86. Dunn, J., Slomkowski, C., Beardsall, L. & Rende, R. (1994). Adjustment in middle childhood and adolescence: Links with earlier and contemporary sibling relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 491 – 504.
87. Eaves, L. J., Silberg, J. L., Meyer, J. M., Maes, H. H., Simonoff, E., Pickles, A., Rutter, M., Neale, M. C., Reynolds, C. A., Erikson, M. T., Heath, A. C., Loeber, R., Truett, K. R. & Hewitt, J. K. (1997). Genetics and Developmental Psychopathology: 2. Main Effects of Genes and Environment on Behavioral

- Problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 965 – 980.
88. Eisen, A. R. & Schaefer, C. E. (2005). Separation Anxiety in Children and Adolescents – An Individualized Approach To Assessment And Treatment. New York: Guilford Press.
  89. Eley, T. C., Gregory, A. M., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2007). Feeling anxious: a twin study of panic/somatic ratings, anxiety sensitivity and heartbeat perception in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1184 – 1191.
  90. Essau, C. A. & J. Conradt (2003). *Freunde für Kinder. Gruppenleitermanual-Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression*. Ernst Reinhardt Verlag: München.
  91. Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and social impairment of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263 – 279.
  92. Essau, C. A., Muris, P. & Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotionale Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1 – 18.
  93. Federer, M., Herrle, J., Margraf, J. & Schneider, S. (2000). Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 83 – 96.
  94. Federer, M., Margraf, J. & Schneider, S. (2000). Leiden schon Achtjährige an Panik? Prävalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28, 205 – 214.
  95. Federer, M., Schneider, S., Margraf, J. & Herrle, J. (2000). Angstsensitivität und Angststörungen bei Achtjährigen. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 241 – 250.
  96. Feigon, S. A., Waldmann, I. D., Levy, F. & Hay, D. A. (2001). Genetic and Environmental Influences on Separation Anxiety Disorder Symptoms and Their Moderation by Age and Sex. *Behavior Genetics*, 31, 403 – 411.
  97. Ferdinand, R. F., Bonders, I. L., van der Ende, J. van Gastel, W., Tick, N., Utens, E. & Verhulst, F. C. (2006). Distinctions between separation anxiety and social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1523 – 1535.
  98. Ferdinand, R. F., Dieleman, G., Ormel, J. & Verhulst, F. C. (2007). Homotypic Versus Heterotypic Continuity of Anxiety Symptoms in Young Adolescents: Evidence for Distinctions Between DSM-IV Subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 325 – 333.

99. Fergusson, D. M., Horwood, J. & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127 – 1134.
100. Flannery-Schroeder, E. & 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.
101. Foley, D. L., Pickles, A., Maes, H. M., Lilberg, J. L. & Eaves, L. J. (2004). Course and Short-Term Outcomes of Separation Anxiety Disorder in a Community Sample of Twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1107 – 1114.
102. Foley, D. L., Rowe, R., Maes, H., Silberg, J., Eaves, L. & Pickles, A. (2008). The relationship between separation anxiety and impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 635 – 641.
103. Foley, D., Rutter, M., Pickles, A., Angold, A., Maes, H., Silberg, J. & Eaves, L. (2004). Informant Disagreement for Separation Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 452 – 460.
104. Fox, T. L., Barrett, P. M. & Shortt, A. L. (2002). Sibling Relationships of Anxious Children: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 375 – 383.
105. Fox, J. E., Houston, B. K. & Pittner, M. S. (1983). Trait Anxiety and Children's Cognitive Behaviors in an Evaluative Situation. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 149 – 154.
106. Ginsburg, G. S., Riddle, M. A. & Davies, M. (2006). Somatic Symptoms in Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1179 – 1187.
107. Gittleman-Klein, R. & Klein, D. (1980). Separation anxiety in school refusal and its treatment with drugs. In L. Hersov & I. Berg (Eds.), *Out of school: Modern perspectives on truancy and school refusal* (pp. 188-203). Chichester: Wiley.
108. Görtz-Dorten, A. & Döpfner, M. (2008). *Angststörungen von Jugendlichen im Eltern- und Selbsteil – eine Analyse an einer Feldstichprobe mit dem Diagnostik-System DISYPS-II*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Köln.
109. Graae, F., Milner, J., Rizzotto, I. & Klein, R. G. (1994). Clonazepam in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 372 – 376.
110. Grover, R. L., Ginsburg, G. S. & Ialongo, N. (2005). Childhood Predictors of Anxiety Symptoms: A Longitudinal Study. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 133 – 153.

111. Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D, Pritchard, M. & Ollendick, T. H. (2002). Evaluation of Child Therapy and Caregiver Training in the Treatment of School Refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 687 – 695.
112. Hock, E., McBride, S., Gnezda, M. T. (1989). Maternal Separation Anxiety: Mother-Infant Separation from the Maternal Perspective. *Child Development, 60*, 793 – 802.
113. Holtmann, M. & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung, 13*, 195 – 200.
114. Houston, B. K., Fox, J. E. & Forbes, L. (1984). Trait Anxiety and Children's State Anxiety, Cognitive Behaviors, and Performance Under Stress. *Cognitive Therapy and Research, 8*, 631 – 641.
115. Hudson, J. L. & Kendall, P. C. (2002). Showing You Can Do It: Homework in Therapy for Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 58*, 525 – 534.
116. Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1411 – 1427.
117. Hungerige, H. & Borg-Laufs, M. (2006). Operante Methoden. In F. Mattejat (Ed.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd.4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München: CIP-Medien.
118. Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L. & Kellam, S. (1994). The Significance of Self-Reported Anxious Symptoms in First-Grade Children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*, 441 – 455.
119. Ialongo, N., Edelsohn, G., Werthamer-Larsson, L., Crockett, L. & Kellam, S. (1995). The Significance of Self-Reported Anxious Symptoms in First-Grade Children: Prediction to Anxious Symptoms and Adaptive Functioning in Fifth Grade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 427 – 437.
120. In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 15 – 24.
121. Jellinek, M. S. & Kearns, M. E. (1995). Separation Anxiety. *Pediatrics in Review, 16*, 57 – 61.
122. Joormann, J. & Unnewehr, S. (2002). *Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
123. Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development, 58*, 1459 – 1473.

124. Kearney, C. A., Sims, K. E., Pursell, C. R. & Tillotson, C. A. (2003). Separation Anxiety Disorder in Young Children: A Longitudinal and Family Analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 593–598.
125. Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E. & Roth, J. (1992). Chronic Course of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595 – 599.
126. Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100 - 110.
127. Kendall, P. C., Brady, E. U. & Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in Childhood Anxiety Disorders and Treatment Outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 787 – 794.
128. Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E. C., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366 - 380.
129. Kendall, P. C. & Hedtke, K. A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Treatment manual* (3<sup>rd</sup> ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
130. Kendall, P. C. & Hedtke, K. A. (2006b). *Coping Cat workbook* (2<sup>nd</sup> ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
131. 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.
132. 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.
133. King, N. J. & Ollendick, T. H. (1997). Annotation: Treatment of childhood phobias. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 389 – 400.
134. Klein, D. F (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*; 5, 397 – 408.
135. Klein, R. G., Koplewicz, H. S. & Kanner, A. (1992). Imipramine treatment of children with separation anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 21 – 28.
136. Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.

137. Kutcher, S. P., Reiter, S., Gardner, D. M. & Klein, R. G. (1992). The pharmacotherapy of anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 41 – 67.
138. Last, C. G. (1991). Somatic Complaints in Anxiety Disordered Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 125 – 138.
139. Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Finkelstein, R. & Strauss, C. C. (1987) Comparison of DSM-III Separation anxiety and Overanxious Disorders: Demographic Characteristics and Patterns of Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 527 – 531.
140. Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R Anxiety Disorders in Children: Sociodemographic and Clinical Characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070 – 1076.
141. Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1996). A Prospective Study of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502 – 1510.
142. Last, C. G. & Strauss, C. C. (1990). School Refusal in Anxiety-Disordered Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31 – 35.
143. Lavigne, J., Gibbons, R., Christoffel, K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H. & Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 204–214.
144. Layne, A. E., Bernstein, G. A. & March, J. S. (2006). Teacher Awareness of Anxiety Symptoms in Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 383 – 392.
145. Lehmkuhl, U. & Lehmkuhl, G. (2004). Schulverweigerung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 890 – 895.
146. Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. & Andrews, J. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133 – 144.
147. Lipsitz, J. D., Martin, L. Y., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F. & Fyer, A. J. (1994). Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 927 – 929.

148. Livingston, R., Taylor, J. L., & Crawford, S. L. (1988). A study of somatic complaints and psychiatric diagnosis in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 185 – 187.
149. Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995a). German translation of the DASS (dt. Übersetzung durch C. Essau). Verfügbar unter <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass//German/German.htm> [Februar, 2008]
150. Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995b). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd. Ed.)*. Psychology Foundation: Sydney.
151. Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995c). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
152. Lutz, W. J. & Hock, E. (1995). Maternal Separation Anxiety: Relations to Adult Attachment Representations in Mothers of Infants. *Journal of Genetic Psychology*, 156, 57 – 72.
153. Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkevarianten bei Eingruppen Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Rehabilitation*, 39, 189 – 199.
154. Manassis, K. & Bradley, S. J. (1994). The Development of Childhood Anxiety Disorders: Toward An Integrated Model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345 – 366.
155. Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. & Swinson, R. P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1106 – 1113.
156. Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J. & Swinson, R. P. (1995). Behavioural Inhibition, Attachment and Anxiety in Children of Mothers with Anxiety Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 87 – 92.
157. Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D, Avery, D., Fiksenbaum, L, Freire, M., Monga, S. & Owens, M. (2002). Group and Individual Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1423 – 1430.
158. Manicavasagar, V., O'Connell, D. & Morris-Yates, A. (1995). Genetic factors in early separation anxiety: implications for the genesis of adult anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 17 – 24.
159. Manicavasagar, V., Silove, D. & Hadzi-Pavlovic, D. (1998). Subpopulations of early separation anxiety: relevance to risk of adult anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 48, 181 – 190.

160. Manicavasagar, V., Silove, D., Rapee, R., Waters, F. & Momartin, S. (2001). Parent-child concordance for separation anxiety: a clinical study. *Journal of Affective Disorders, 65*, 81 – 84.
161. Martin, C., Cabrol, S., Bouvard, M. P., Lepine, J. P. & Mouren-Simoni, M. C. (1999). Anxiety and Depressive Disorders in Fathers and Mothers of Anxious School-Refusing Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 916 – 922.
162. Masi, G., Favilla, G., Mucci, M. & Millepiedi, S. (2000). Panic Disorder in Clinically Referred Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development, 31*, 139 – 151.
163. Menzies, R. G., & Clarke, J. C. (1995). The etiology of phobias: A non-associative account. *Clinical Psychology Review, 15*, 23 – 48.
164. Menzies, R. G. & Harris, L. M. (2001). Nonassociative Factors in the Development of Phobias. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (S. 183 – 204). Oxford: University Press.
165. Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L. & Grillon, C. (1999). Vulnerability Factors among Children at Risk for Anxiety Disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1523 – 1535.
166. McClure, E. B., Brennan, P. A., Hammen, C. & Le Brocque, R. M. (2001). Parental Anxiety Disorders, Child Anxiety Disorders, and the Perceived Parent-Child Relationship in an Australian High-Risk Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*, 1 – 10.
167. McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Sheila, B., Partridge, F., Silva, P. A. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*, 611 – 619.
168. Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1523 – 1535.
169. Merikangas, K. R., Dierker, L. C., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high-risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 711 – 720.
170. Moore, P. S., Whaley, S. E. & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 471 – 476.
171. Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.

172. Muratori, F., Picchi, L., Apicella, F., Salvadori, F., Espasa, F. P., Ferretti, D. & Bruni, G. (2005). Psychodynamic Psychotherapy For Separation Anxiety Disorders In Children. *Depression And Anxiety*, 21, 45 – 46.
173. Muris, P., Kindt, M., Bögels, S., Merckelbach, H., Gadet, B. & Moulart, V. (2000). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 183 – 199.
174. Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. & Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323 – 336.
175. Muris, P., Meester, C. & van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: a preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143 – 158.
176. Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H. & Hülsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 487 – 497.
177. Muris, P., Merckelbach, H. Mayer, B. & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, 38, 217 – 228.
178. Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders in a Clinical Setting: No Additional Effect of a Cognitive Parent Training. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270 – 1278.
179. Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H. & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813 – 839.
180. Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.) (1998). *Entwicklungspsychologie (4. korr. Aufl.)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
181. Ollendick, T. H., Lease, C. A. & Cooper, C. (1993). Separation Anxiety in Young Adults: A Preliminary Examination. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 293 – 305.
182. Parker, G. (1979). Reported parental characteristics of agoraphobics and social phobics. *British Journal of Psychiatry*, 135, 555 – 560.
183. Perrin, S. & Last, C. G. (1997). Worrisome thoughts in children clinically referred for anxiety disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 181 – 189.
184. Pine, D. S., Klein, R. G., Coplan, J. D., Papp, L. A., Hoven, C. W., Martinez, J., Kovalenko, P., Mandell, D. J., Moreau, D., Klein, D. F. & Gorman, J. M. (2000).

- Differential Carbon Dioxide Sensitivity in Childhood Anxiety Disorders and Nonill Comparison Group. *Archives of General Psychiatry*, 57, 960 – 967.
185. Poulton, R., Davies, S., Menzies, R. G., Langley, J. & Silva, P. A. (1998). Evidence for a non-associative model of the acquisition of a fear of heights. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 537 – 544.
  186. Poulton, R., Menzies, R. G., Craske, M. G., Langley, J. D. & Silva, P. A. (1999). Water trauma and swimming experiences up to age 9 and fear of water at age 18: A longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 39 – 48.
  187. Poulton, R., Milne, B. J., Craske, M. G. & Menzies, R. G. (2001). A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1395 – 1410.
  188. Prins, P. J., Groot, M. J. & Hanewald, G. J. (1994). Cognition in test-anxious children: the role of on-task and coping cognition reconsidered. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 404 – 409.
  189. Prior, M., Sanson, A., Smart, D. & Oberklaid, F. (1999). Psychological disorders and their correlates in an Australian community sample of preadolescent children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 563 – 580.
  190. Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M. Goetz, D., Brennan-Quattrochio, J. & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500 – 507.
  191. Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practises in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47 – 67.
  192. Rapee, R., M. (2000). Group Treatment of Children with Anxiety Disorders: Outcome and Predictors of Treatment Response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125 – 129.
  193. Ravens-Sieberer, U., Morfeld, M., Stein, R. E. K., Jessop, D. J., Bullinger, M. & Thyen, U. (2001). Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 384 – 393.
  194. Reinblatt, S. P. & Riddle, M. A. (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology*, 191, 67 – 86.
  195. Reiss, S. (1991). The expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141 – 153.
  196. Research Units for Pediatric Psychopharmacology (RUPP) Anxiety Study Group (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 344, 1279 – 1285.

197. Safford, S. M., Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Webb, A. & Sommer, H. (2005). A Longitudinal Look at Parent–Child Diagnostic Agreement in Youth Treated for Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 747 – 757.
198. Scarr, S., and McCartney, K. (1983). How people make their own environments: A theory of genotype-environment effects. *Child Development, 54*, 424 – 435.
199. Schneider, S. (2000). Verhaltenstherapie bei Trennungsängsten und Phobien im Kindesalter. *Verhaltenstherapie, 10*, 101 – 109.
200. Schneider, S. (in Vorbereitung). *TrennungsAngstprogramm Für Familien, Taff*. Verfügbar unter <http://www.psychu.unibas.ch/taff> [April, 2008].
201. Schneider, S. & Blatter, J. (2006). Angststörungen. In F. Mattejat (Ed.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd.4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München: CIP-Medien.
202. Schneider, S. & In-Albon, T. (2004). Störung mit Trennungsangst. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer.
203. Schneider, S. & In-Albon, T. (2006). Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert?. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34*, 191 – 202.
204. Schneider, S. & In-Albon, T. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 15 – 24.
205. Seligman, L. D. & Wuyek, L. A. (2007). Correlates of Separation Anxiety Symptoms Among First-Semester College Students: An Exploratory Study. *The Journal of Psychology, 141*, 135 – 145.
206. Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., Lahey, B. B., Bourdon, K., Jensen, P. S., Bird, H. R., Canino, G. & Regier, D. A. (1995). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC 2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MACA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 865 – 877.
207. Shear, M. D., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and Correlates of Estimated DSM-IV Child and Adult Separation Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1074 – 1083.
208. Shortt, A. L., Barrett, P. M. & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS Program: A Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxious Children and Their Parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 525 – 535.

209. Shortt, A. L., Barrett, P. M., Dadds, M. R. & Fox, T. L. (2001). The influence of family and experimental context on cognition in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 585 – 596.
210. Silove, D., Manicavasagar, V., O'Connell, D., Blaszczynski, A., Wagner, R. & Henry, J. (1993). The Development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 477 – 488.
211. Silove, D., Manicavasagar, V. & Drobny, J. (2002). Associations Between Juvenile and Adult Forms of Separation Anxiety Disorder: A Study of Adult Volunteers with Histories of School Refusal. *The Journal of nervous and mental disease*, 190, 413 – 415.
212. Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W. & Carmichael, D. H. (1999). Treating Anxiety Disorders in Children With Group Cognitive-Behavioral Therapy: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995 – 1003.
213. Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
214. Spence, S. H. (1997). Structure of Anxiety Symptoms Among children: A Confirmatory Factor-Analytic Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280 – 297.
215. Spence, S. H. (1999). *Spence Children's Anxiety Scale (parent version)*. Brisbane: University of Queensland.
216. Stein, R. & Riessman, C. (1980). The Development of an Impact-on-Family-Scale: Preliminary Findings. *Medical Care*, 4, 465 – 472.
217. Strauss, C. C., Frame, C. L. & Forehand, R. (1987). *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235 – 239.
218. Strauss, C. C., Lahey, B. B., Frick, P., Frame, C. L. & Hynd, G. W. (1988). Peer Social Status of Children With Anxiety Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 137 – 141.
219. Suhr-Dachs, L. & Döpfner, M. (2005). *Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) – Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
220. Suveg, C., Kendall, P. C., Comer, J. S. & Robin, J. (2006). Emotion-focused Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth: A Multiple-Baseline Evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 77 – 85.
221. Taghavi, M. R., Neshat-Doost, H. T., Moradi, A. R., Yule, W. & Dalgleish, T. (1999). Biases in Visual Attention in Children and Adolescents With Clinical

- Anxiety and Mixed Anxiety-Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 215 – 223.
222. Tewes, U., Schallberger, P., Rossmann, U. (Hrsg.) (1999). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWIK-III)*. Bern: Huber.
223. Topolski, T. D., Hewitt, J. K., Eaves, L. J., Silberg, J. L., Meyer, J. M., Rutter, M., Pickles, A. & Simonoff, E. (1997). Genetic and Environmental Influences on Child Reports of Manifest Anxiety and Symptoms of Separation Anxiety and Overanxious Disorders: A Community-Based Twin Study. *Behavior Genetics*, 27, 15 – 28.
224. Turner, S. M., Beidel, D. C. & Wolff, P. L. (1996). Is behavioural inhibition related to anxiety disorders?. *Clinical Psychology Review*, 16, 157 – 172.
225. Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
226. van der Molen, G. M., van den Hout, M. A., van Dierbn, A. C. & Griez, E. (1989) Childhood Separation Anxiety and Adult-Onset Panic Disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 97 – 106.
227. Vasey, M. W., Crnic, K. A. & Wende, G. C. (1994). Worry in Childhood: A Developmental Perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 529 – 549.
228. Vasey, M. W., Daleiden, E. L., Williams, L. L. & Brown, L. M. (1995). Biased Attention in Childhood Anxiety Disorders: A Preliminary Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 267 – 279.
229. Velez, C. N., Johnson, J. & Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861 – 864.
230. Verduin, T. L. & Kendall, P. C. (2003). Differential Occurrence of Comorbidity Within Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 290 – 295.
231. Verhulst, F. C, van der Ende, J., Ferdinand, R. F. & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329 – 336.
232. Victor, A. M., Bernat, D. H., Bernstein, G. A. & Layne, A. E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 835 – 848.
233. Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B. & Sroufe, A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637 – 644.

234. Waters, A. M., Lipp, O. V., Cobham, V. E. (2000). Investigation of Threat-Related Attentional Bias in Anxious Children Using the Startle Eyeblink Modification Paradigm. *Journal of Psychophysiology*, 14, 142 – 150.
235. Weems, C. F. & Costa, N. M. (2005). Developmental Differences in the Expression of Childhood Anxiety Symptoms and Fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 656 – 663.
236. Weiß, R. H. (1998). *Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgetest (ZF)*, 4. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
237. Westenberg, P. M., Siebelink, B. M. & Treffers, P. D. A. (2001). Psychosocial developmental theory in relation to anxiety and its disorder. In W. K. Silverman & P. D. A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (S. 72 – 89). Cambridge: University Press.
238. Westenberg, P. M., Siebelink, B. M., Warmenhoven, N. J. C. & Treffers, P. D. A. (1999). Separation Anxiety and Overanxious Disorders: Relations to Age and Level of Psychosocial Maturity. *Journal of of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1000 – 1007.
239. Whaley, S. E., Pinto, A. & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 826 – 836.
240. WHO (1974). *International classification of mental and behavioral disorders*. Genf: World Health Organization.
241. WHO (1993). *International classification of mental and behavioral disorders*. Genf: World Health Organization.
242. Wijeratne, C. & Manicavasagar, V. (2003). Separation anxiety in the elderly. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 695 – 702.
243. Wood, J. J. (2006). Parental Intrusiveness and Children's Separation Anxiety in a Clinical Sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 37, 73 – 87.
244. Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C. & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134 – 151.
245. Zatz, S. & Chassin, L. (1983). Cognitions of test anxious children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 526 – 534.

# 9. Anhang

## 9.1 Messinstrumente

Wöchentliche Einschätzung von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

<b>Problemliste</b>		Wie sehr belastet Sie diese Angst?				
		Wie schwierig ist für Ihr Kind zur Zeit, diese Situation zu bewältigen?				
		gar nicht	kaum	mäßig	stark	sehr stark
1.		1	2	3	4	5
2.		1	2	3	4	5
3.		1	2	3	4	5
<b>Wie sehr belastet Sie die Gesamtsituation?</b>		1	2	3	4	5

Wie fanden Sie das in der Stunde verwendete Material?

	sehr schlecht	schlecht	mäßig	gut	sehr gut
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

## Wöchentliche Einschätzung des Therapeuten

Ausgangszustand	1. Zwischenziel	2. Zwischenziel	3. Zwischenziel	Zielzustand
Problem 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Compliance

#### Hausaufgaben

	keine	geringe	befriedigende	gute	sehr gute
Compliance des Kindes	1	2	3	4	5
Compliance der Eltern	1	2	3	4	5
Compliance der gesamten Familie	1	2	3	4	5

#### Therapiestunde

	keine	geringe	befriedigende	gute	sehr gute
Compliance des Kindes	1	2	3	4	5
Compliance der Eltern	1	2	3	4	5
Compliance der gesamten Familie	1	2	3	4	5

### Anwendbarkeit des Materials

	schlechte	befriedigende	gute
Verständlichkeit _____	1	2	3
Attraktivität _____	1	2	3
Verständlichkeit _____	1	2	3
Attraktivität _____	1	2	3
Verständlichkeit _____	1	2	3
Attraktivität _____	1	2	3
Verständlichkeit _____	1	2	3
Attraktivität _____	1	2	3

## FBB

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung die Zahl an, die angibt, **wie zutreffend** die Beschreibung für das Kind ist.

Denken Sie bei der Beantwortung an  
**die letzten zwei Monate.**

Situation:	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht	ein wenig	besonders	
			weitgehend	
		①	②	③
1. Leidet regelmäßig sehr stark, wenn sie/er sich von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) trennen muss, z.B. um in die Schule zu gehen. Reagiert dann mit Angst oder schreit oder bricht in Wut aus oder wirkt unglücklich oder weigert sich wegzugehen.	①	②	③	④
2. Ist in unrealistischer und anhaltender Weise besorgt, dass sie/er die Eltern (bzw. andere Bezugspersonen) verlieren oder dass ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte.	①	②	③	④
3. Ist in unrealistischer und anhaltender Weise besorgt, dass sie/er von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) getrennt werden könnte (z.B. indem sie/er gekidnappt wird oder in ein Krankenhaus muss).	①	②	③	④
4. Weigert sich oder zeigt eine starke Abneigung, aus Angst vor der Trennung von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) in die Schule oder an einen anderen Ort zu gehen.	①	②	③	④
5. Weigert sich oder zeigt eine starke Abneigung schlafen zu gehen, ohne dass ein Elternteil (bzw. eine andere Bezugsperson) in der Nähe ist.	①	②	③	④
6. Steht nachts häufig auf, um die Anwesenheit der Eltern (bzw. anderer Bezugspersonen) zu überprüfen oder um bei ihnen zu schlafen.	①	②	③	④
7. Weigert sich oder zeigt eine starke Abneigung auswärts zu schlafen.	①	②	③	④
8. Hat eine anhaltende und unangemessene Angst oder Abneigung alleine zu sein oder ohne die Eltern (bzw. andere Bezugspersonen) tagsüber zu Hause zu sein.	①	②	③	④
9. Hat nachts wiederholt Alpträume, bei denen es um Trennungserlebnisse geht (z.B. verloren zu gehen).	①	②	③	④
10. Klagt wiederholt über körperliche Beschwerden (z.B. Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen), wenn sie /er sich von den Eltern (bzw. anderen Bezugspersonen) trennen muss.	①	②	③	④
11. Reagiert bei vielen verschiedenen Ereignissen sehr ängstlich oder besorgt (z.B. hat Angst, dass sie/er etwas falsch macht und dass ihr/ihm und den anderen etwas passieren könnte).	①	②	③	④
12. Wirkt nervös, unruhig, überdreht, ständig angestrengt und angespannt.	①	②	③	④
13. Fühlt sich ständig müde oder erschöpft.	①	②	③	④
14. Hat Konzentrationsschwierigkeiten oder erzählt, sie/er habe das Gefühl, der Kopf sei wie leer.	①	②	③	④
15. Ist leicht reizbar.	①	②	③	④

Situation:	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	gar nicht	ein wenig	besonders	
			weitgehend	
		①	②	③
16. Wirkt körperlich angespannt.	①	②	③	④
17. Hat Schlafstörungen (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen) oder einen unruhigen oder schlechten Schlaf.	①	②	③	④
18. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst, in Leistungssituationen zu versagen (z.B. in der Schule, bei Klassenarbeiten, wenn sie/er in der Klasse aufgerufen wird).	①	②	③	④
19. Hat eine anhaltende und ausgeprägte Angst, wenn sie/er mit fremden oder weniger vertrauten Gleichaltrigen zusammen ist und versucht, diese Situationen zu vermeiden.	①	②	③	④
20. Hat eine anhaltende und für das Alter ungewöhnliche Angst, wenn sie/er mit fremden oder wenig vertrauten Erwachsenen zusammen ist und versucht, diese Situationen zu vermeiden.	①	②	③	④
21. Wirkt fremden Gleichaltrigen oder Erwachsenen gegenüber befangen oder verlegen.	①	②	③	④
22. Macht sich übertriebene Sorgen darüber, ob ihr/sein Verhalten Fremden gegenüber angemessen ist.	①	②	③	④
23. Hat wenig Kontakt zu Gleichaltrigen.	①	②	③	④
24. Leidet stark in neuen oder in unvermeidbaren sozialen Situationen, weint dann oder ist unglücklich oder spricht nicht oder zieht sich zurück.	①	②	③	④
25. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor bestimmten Tieren, die übertrieben und unbegründet ist (z.B. Hunden, Spinnen oder Mäusen).	①	②	③	④
26. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor Höhen, vor Stürmen oder vor Wasser, die übertrieben und unbegründet ist.	①	②	③	④
27. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor lauten Geräuschen, die übertrieben und unbegründet ist (z.B. Knallen oder Donner).	①	②	③	④
28. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor Blut, Verletzungen oder Spritzen, die übertrieben und unbegründet ist.	①	②	③	④
29. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor Fahrstühlen oder anderen engen Räumen, die übertrieben und unbegründet ist.	①	②	③	④
30. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor Menschenmengen oder offenen Plätzen oder im Bus oder im Zuge zu fahren, die übertrieben und unbegründet ist.	①	②	③	④
31. Hat eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor anderen Situationen, die übertrieben und unbegründet ist. Bitte beschreiben:	①	②	③	④
32. Muss bestimmte Handlungen stets wiederholen, handelt wie unter einem Zwang (z.B. waschen, ordnen, kontrollieren).	①	②	③	④
33. Berichtet von Gedanken, die sich immer wieder aufdrängen und die als unangenehm oder ängstigend empfunden werden (z.B. Verunreinigung durch Bakterien, oder dass etwas Schlimmes passieren könnte).	①	②	③	④
A1. Sie/er leidet unter den beschriebenen Problemen erheblich. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)	①	②	③	④
A2. Die genannten Verhaltensprobleme beeinträchtigen die Beziehung zu anderen Menschen oder die schulische bzw. die berufliche Leistungsfähigkeit erheblich. (Falls keine Probleme, bitte 0 ankreuzen.)	①	②	③	④

Beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen, wenn **zumindest eines** der beschriebenen Probleme für das Kind / die (den) Jugendliche(n) zutrifft.

B1. Wie lange bestehen die beschriebenen Probleme?	<input type="radio"/> weniger als 1 Monat <input type="radio"/> bis 6 Monate <input type="radio"/> mehr als 6 Monate
B2. Kann zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen gut Kontakt aufnehmen.	<input type="radio"/> stimmt nicht <input type="radio"/> stimmt
B3. Die Probleme traten im Zusammenhang mit einem belastenden Ereignis auf (z.B. Verlust von Bezugspersonen). Bitte beschreiben:	<input type="radio"/> stimmt nicht <input type="radio"/> stimmt

Bitte beantworten Sie abschließend noch folgende 8 Fragen.

	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
				besonders
			weitgehend	
	gar nicht	ein wenig		
K1. Ist unbekümmert und sorglos.	①	②	③	④
K2. Blickt vertrauensvoll in die Zukunft.	①	②	③	④
K3. Ist für sein Alter selbstständig.	①	②	③	④
K4. Hat Vertrauen in ihre/seine Leistungen.	①	②	③	④
K5. Fühlt sich wohl an belebten Orten.	①	②	③	④
K6. Fühlt sich wohl in Gesellschaft von Fremden.	①	②	③	④
K7. Fühlt sich in einer Gruppe Gleichaltriger wohl.	①	②	③	④
K8. Hat Freunde.	①	②	③	④

**Liebe Eltern,**

auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragebögen, mit denen wir wichtige Informationen von Ihnen erfragen möchten. Dazu finden Sie Fragebögen,

- die sich auf Ihr Kind beziehen
- die sich auf Sie selbst beziehen
- die sich auf Ihre Familie beziehen.

Falls Ihnen Fragen unklar sein sollten, wenden Sie sich bitte an die Therapeutin, die Ihnen gerne helfen wird.

Die von Ihnen gegebenen Informationen werden uns dabei helfen, die Therapie individuell auf Ihre Familie auszurichten. Alle Informationen unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

**Wir danken Ihnen für Ihre Mühe!**

---

Datum:

MZP:

Chiffre:

## SCAS-E

Hier finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mit Sorgen und Ängsten bei Ihrem Kind zu tun haben. Lesen Sie sich bitte jeden Satz durch und kreuzen Sie dann an, wie oft dieser Satz für Ihr Kind zutrifft: niemals, manchmal, häufig oder immer. Bitte geben Sie auch Ihren Eindruck wider, wenn Sie sich nicht ganz sicher sind.

	Wie oft trifft diese Aussage zu?			
	niemals	manchmal	häufig	immer
			②	③
		①	②	③
1. Mein Kind macht sich um manches Sorgen	①	②	③	
2. Mein Kind hat Angst vor der Dunkelheit	①	②	③	
3. Wenn mein Kind ein Problem hat, klagt es über ein komisches Gefühl im Bauch	①	②	③	
4. Mein Kind klagt über Angst	①	②	③	
5. Mein Kind hätte Angst, alleine zu Hause zu sein	①	②	③	
6. Mein Kind hat Angst, wenn es eine Arbeit schreiben muss	①	②	③	
7. Mein Kind hat Angst, wenn es auf eine öffentliche Toilette gehen muss	①	②	③	
8. Mein Kind macht sich Sorgen, von uns/mir getrennt zu sein	①	②	③	
9. Mein Kind hat Angst, dass es sich vor anderen lächerlich macht	①	②	③	
10. Mein Kind macht sich Sorgen, schlecht in der Schule zu sein	①	②	③	
11. Mein Kind macht sich Sorgen, dass jemandem aus der Familie etwas Schlimmes passiert	①	②	③	
12. Mein Kind klagt darüber, plötzlich das Gefühl zu haben, keine Luft zu bekommen, ohne dass es einen Grund dafür gibt	①	②	③	
13. Mein Kind muss immer wieder kontrollieren, ob es alles richtig gemacht hat (wie das Licht auszuschalten oder die Tür abzuschließen)	①	②	③	
14. Mein Kind hat Angst, wenn es alleine schlafen muss	①	②	③	
15. Mein Kind hat Schwierigkeiten, morgens zur Schule zu gehen, weil es nervös oder ängstlich ist	①	②	③	
16. Mein Kind hat Angst vor Hunden	①	②	③	
17. Mein Kind scheint schlimme oder dumme Gedanken nicht aus seinem Kopf zu bekommen	①	②	③	
18. Wenn mein Kind ein Problem hat, klagt es über starkes Herzklopfen	①	②	③	
19. Mein Kind fängt plötzlich an zu zittern, ohne dass es einen Grund dafür gibt	①	②	③	
20. Mein Kind macht sich Sorgen, dass ihm etwas Schlimmes passiert	①	②	③	
21. Mein Kind hat Angst, zum Arzt oder zum Zahnarzt zu gehen	①	②	③	
22. Wenn mein Kind ein Problem hat, fühlt es sich ganz wackelig auf den Beinen	①	②	③	

	Wie oft trifft diese Aussage zu?			
	niemals	manchmal	häufig	immer
23. Mein Kind hat Angst, an höher gelegenen Orten zu sein oder mit dem Aufzug zu fahren	①	②	③	④
24. Mein Kind muss bestimmte Sachen denken (wie Zahlen oder Wörter), damit nichts Schlimmes passiert	①	②	③	④
25. Mein Kind hat Angst, mit dem Auto, dem Bus oder dem Zug zu fahren	①	②	③	④
26. Mein Kind macht sich Sorgen, was andere Leute über es denken	①	②	③	④
27. Mein Kind hat Angst, an Orten mit vielen Menschen zu sein (wie in Einkaufszentren, Kinos, Bussen oder auf vollen Spielplätzen)	①	②	③	④
28. Mein Kind bekommt plötzlich ohne Grund ganz große Angst	①	②	③	④
29. Mein Kind hat Angst vor Insekten oder Spinnen	①	②	③	④
30. Mein Kind klagt darüber, dass ihm plötzlich, ohne Grund schwindelig oder schummrig wird	①	②	③	④
31. Mein Kind hat Angst, wenn es vor seiner Klasse etwas sagen muss	①	②	③	④
32. Mein Kind klagt darüber, dass es plötzlich ohne Grund Herzklopfen bekommt	①	②	③	④
33. Mein Kind macht sich Sorgen, dass es plötzlich einfach so Angst bekommt	①	②	③	④
34. Mein Kind hat Angst, in kleinen, geschlossenen Räumen zu sein (wie in Tunneln oder kleinen Zimmern)	①	②	③	④
35. Mein Kind muss manche Dinge immer wieder und wieder tun (wie seine Hände zu waschen, sauber zu machen oder bestimmte Sachen zu ordnen)	①	②	③	④
36. Mein Kind wird durch schlimme oder dumme Gedanken oder Bilder in seinem Kopf gestört	①	②	③	④
37. Manche Sachen muss mein Kind genau richtig machen, damit nichts Schlimmes passiert	①	②	③	④
38. Mein Kind hätte Angst, woanders zu übernachten	①	②	③	④
39. Gibt es irgendetwas anderes, wovor Ihr Kind Angst hat?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Bitte schreiben Sie hier auf, um welche Angst es sich handelt und wie oft Ihr Kind diese Angst hat	<input type="radio"/> Nie <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> Oft <input type="radio"/> Immer			

## CBCL 4-18

Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie **jetzt oder innerhalb der letzten 2 Monate** bei dem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft **sehr deutlich oder sehr oft** zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft **etwas oder manchmal** auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für das Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)    1 = etwas oder manchmal zutreffend    2 = genau oder häufig zutreffend

- |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter.....   | 0 1 2 | 27. Ist leicht eifersüchtig.....  | 0 1 2 |
| 2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____               | 0 1 2 | 28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen/Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: (keine Süßigkeiten angeben) ..... | 0 1 2 |
| 3. Streitet oder widerspricht viel.....   | 0 1 2 | 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____            | 0 1 2 |
| 4. Hat Asthma.....  | 0 1 2 | 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen.....  | 0 1 2 |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen<br>Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge..... | 0 1 2 | 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun.....   | 0 1 2 |
| 6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein.....                                 | 0 1 2 | 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen  | 0 1 2 |
| 7. Gibt an, schneidet auf.....  | 0 1 2 | 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt.....  | 0 1 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.....                           | 0 1 2 | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun.....  | 0 1 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____                        | 0 1 2 | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen.....   | 0 1 2 |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder hyperaktiv.....                                | 0 1 2 | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen.....  | 0 1 2 |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.....                                   | 0 1 2 | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien.....   | 0 1 2 |
| 12. Klagt über Einsamkeit.....  | 0 1 2 | 38. Wird viel gehänselt.....  | 0 1 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut.....  | 0 1 2 | 39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten.....   | 0 1 2 |
| 14. Weint viel.....   | 0 1 2 | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____  | 0 1 2 |
| 15. Ist roh zu Tieren oder quält sie.....   | 0 1 2 | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen.....   | 0 1 2 |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein.....                             | 0 1 2 | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen.....   | 0 1 2 |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren.....  | 0 1 2 | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt.....  | 0 1 2 |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord.....                                 | 0 1 2 | 44. Kaut Fingernägel.....   | 0 1 2 |
| 19. Verlangt viel Beachtung.....  | 0 1 2 | 45. Ist nervös oder angespannt.....   | 0 1 2 |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt.....   | 0 1 2 | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10 erwähnte Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____     | 0 1 2 |
| 21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören.....             | 0 1 2 | 47. Hat Alpträume.....  | 0 1 2 |
| 22. Gehorcht nicht zu Hause.....  | 0 1 2 | 48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen nicht beliebt.....   | 0 1 2 |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule.....   | 0 1 2 |   |       |
| 24. Isst schlecht.....  | 0 1 2 |   |       |
| 25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus.....                                   | 0 1 2 |   |       |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat.....      | 0 1 2 |   |       |

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)    1 = etwas oder manchmal zutreffend    2 = genau oder häufig zutreffend

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| 49. Leidet an Verstopfung .....   | 0 1 2 | 73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: ___  | 0 1 2 |
| 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich .....   | 0 1 2 | 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown .....   | 0 1 2 |
| 51. Fühlt sich schwindelig .....  | 0 1 2 | 75. Ist schüchtern oder zaghaft.....   | 0 1 2 |
| 52. Hat zu starke Schuldgefühle .....   | 0 1 2 | 76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen   | 0 1 2 |
| 53. Isst zu viel.....   | 0 1 2 | 77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 54. Ist immer müde.....   | 0 1 2 | 78. Schmiert oder spielt mit Kot _____   | 0 1 2 |
| 55. Hat Übergewicht.....  | 0 1 2 | 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____                                    | 0 1 2 |
| 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:                                |       | 80. Starrt ins Leere.....  | 0 1 2 |
| a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) .....  | 0 1 2 | 81. Stiehlt zu Hause .....   | 0 1 2 |
| b) Kopfschmerzen .....  | 0 1 2 | 82. Stiehlt anderswo.....  | 0 1 2 |
| c) Übelkeit .....   | 0 1 2 | 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____                               | 0 1 2 |
| d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert _____)                     | 0 1 2 | 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____                                 | 0 1 2 |
| e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme .....  | 0 1 2 | 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____                                     | 0 1 2 |
| f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe .....   | 0 1 2 | 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.....  | 0 1 2 |
| g) Erbrechen.....   | 0 1 2 | 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel .....  | 0 1 2 |
| h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____   | 0 1 2 | 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt .....  | 0 1 2 |
| 57. Greift andere körperlich an.....  | 0 1 2 | 89. Ist misstrauisch.....  | 0 1 2 |
| 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____        | 0 1 2 | 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter.....   | 0 1 2 |
| 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen .....                         | 0 1 2 | 91. Spricht davon, sich umzubringen.....   | 0 1 2 |
| 60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen .....                                       | 0 1 2 | 92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____   | 0 1 2 |
| 61. Ist schlecht in der Schule .....  | 0 1 2 | 93. Redet zuviel.....  | 0 1 2 |
| 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....   | 0 1 2 | 94. Hänzelt andere gern.....   | 0 1 2 |
| 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen .....      | 0 1 2 | 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament   | 0 1 2 |
| 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen .....                               | 0 1 2 | 96. Denkt zuviel an Sex .....  | 0 1 2 |
| 65. Weigert sich zu sprechen.....   | 0 1 2 | 97. Bedroht andere .....   | 0 1 2 |
| 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 98. Lutscht am Daumen .....  | 0 1 2 |
| 67. Läuft von zu Hause weg.....   | 0 1 2 | 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....                                    | 0 1 2 |
| 68. Schreit viel.....   | 0 1 2 | 100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____                                | 0 1 2 |
| 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....  | 0 1 2 | 101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden) .....  | 0 1 2 |
| 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____                                    | 0 1 2 | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge .....                                     | 0 1 2 |
| 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen .....  | 0 1 2 | 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen  | 0 1 2 |
| 72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt   | 0 1 2 |  |       |

**0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)    1 = etwas oder manchmal zutreffend    2 = genau oder häufig zutreffend**

- 104. Ist ungewöhnlich laut..... 0 1 2
- 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente; bitte beschreiben: ..... 0 1 2
- 106. Richtet mutwillig Zerstörungen an ..... 0 1 2
- 107. Nässt bei Tag ein ..... 0 1 2
- 108. Nässt im Schlaf ein..... 0 1 2
- 109. Quengelt oder jammert..... 0 1 2
- 110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein  
Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein ..... 0 1 2
- 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf ..... 0 1 2
- 112. Macht sich zuviel Sorgen ..... 0 1 2

113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden:

\_\_\_\_\_ 0 1 2

\_\_\_\_\_ 0 1 2

\_\_\_\_\_ 0 1 2

\_\_\_\_\_ 0 1 2

**BITTE ÜBERPRÜFEN SIE, OB SIE ALLE FRAGEN BEANTWORTET HABEN!  
UNTERSTREICHEN SIE BITTE DIEJENIGEN PROBLEME, DIE IHNEN SORGEN MACHEN.**

## MSAS

Die folgenden Aussagen betreffen Dinge, die für Eltern von Interesse sind. Sie sollen dabei beurteilen, wie sehr Sie den einzelnen Aussagen zustimmen, stimmt gar nicht, stimmt nicht, stimmt ein wenig, stimmt, stimmt völlig. Nicht alle empfinden die Aussagen gleich, beantworten Sie daher die Aussagen so, wie Sie selbst sie empfinden. Einige Aussagen beziehen sich möglicherweise auf die Zeit, in der Ihr Kind noch jünger war. Schätzen Sie die Aussagen dann bitte so ein, wie Sie sie damals empfunden haben.

Situation:	Wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu?				
	stimmt gar nicht	stimmt nicht	stimmt ein wenig	stimmt	stimmt völlig
1. Ich vermisse die Nähe zu meinem Kind wenn ich von ihm entfernt bin.	0	1	2	3	4
2. Mein Kind ist bei mir glücklicher als bei einem Erzieher/Lehrer.	0	1	2	3	4
3. Kinder haben Angst, wenn sie ohne ihre Mutter in einer fremden Umgebung sind.	0	1	2	3	4
4. Wenn ein Kind unabhängig und kontaktfreudig ist, wird es auch ohne die Hilfe seiner Mutter leicht Freundschaften schließen.	0	1	2	3	4
5. Wenn ich nicht bei meinem Kind bin, frage ich mich häufig, ob für seine Bedürfnisse gesorgt ist.	0	1	2	3	4
6. Für mich ist es ein so gutes Gefühl in der Nähe meines Kindes zu sein, dass ich diese Nähe richtig vermisse, wenn ich weg bin.	0	1	2	3	4
7. Ich bin mehr um die körperliche Sicherheit meines Kindes besorgt als seine Erzieher/Lehrer.	0	1	2	3	4
8. Früher war es für mein Kind schwierig, sich daran zu gewöhnen, dass jemand anderer auf es aufpasst.	0	1	2	3	4
9. Meinem Kind nützen Erfahrungen in Gruppen (z.B. Kindergarten, Schule), weil sie ihm soziale Erfahrungen bieten, die es zu Hause nicht machen kann.	0	1	2	3	4
10. Wenn ich nicht bei meinem Kind bin, fühle ich mich einsam und vermisse es sehr.	0	1	2	3	4
11. Nur eine Mutter weiß ganz instinktiv, wie sie ihr Kind trösten kann.	0	1	2	3	4
12. In der Obhut einer anderen Person reagiert ein Kind wahrscheinlich verstört.	0	1	2	3	4
13. Es ist gut für mein Kind, Zeit ohne mich zu verbringen, so dass es lernen kann, eigenständig mit fremden Menschen und neuen Situationen umzugehen.	0	1	2	3	4
14. Meistens möchte ich mein Kind nahe bei mir haben.	0	1	2	3	4
15. Ich kann mein Kind besser beschützen als jeder andere.	0	1	2	3	4
16. Ich glaube, dass mein Kind mich vermisst, wenn ich es für eine Weile in der Obhut einer anderen Person lassen muss.	0	1	2	3	4
17. Auch wenn mein Kind ein bisschen Theater macht, wenn ich weggehe, weiß ich, dass alles wieder in Ordnung sein wird, wenn ich außer Reichweite bin.	0	1	2	3	4
18. Ich verlasse mein Kind nicht gerne.	0	1	2	3	4
19. Mein Kind ist lieber mit mir als mit irgendjemand anderem zusammen.	0	1	2	3	4
20. Mein Kind fürchtet sich und ist traurig, wenn es nicht bei mir ist.	0	1	2	3	4

<b>Situation:</b>		<b>Wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu?</b>				
						stimmt völlig
					stimmt	
				stimmt ein wenig		
			stimmt nicht			
	stimmt gar nicht					
21.	Mein Kind muss Zeit ohne mich verbringen, um ein Gefühl dafür zu entwickeln, ein eigener, selbständiger Mensch zu sein.	①	②	③	④	
22.	Wenn ich von meinem Kind getrennt bin, frage ich mich, ob es weint und mich vermisst.	①	②	③	④	
23.	Ich kann keinen Spaß haben, wenn ich nicht bei meinem Kind bin.	①	②	③	④	
24.	Ich mache mir Sorgen, dass mein Kind sich alleine in einer unbekanntem Situation nie richtig wohl fühlt.	①	②	③	④	
25.	Kontakt zu vielen verschiedenen Menschen ist gut für mein Kind.	①	②	③	④	
26.	Ich mache mir Sorgen, wenn sich jemand anderes um mein Kind kümmert.	①	②	③	④	
27.	Es gibt Momente im Leben von Kindern, in denen sie mit anderen Menschen als ihren Müttern zusammen sein sollten.	①	②	③	④	
28.	Ich mache mir Sorgen, ob jemand anderes mein Kind trösten und beruhigen kann, wenn es sich einsam fühlt oder aufgeregt ist.	①	②	③	④	

## SASI

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ängste, die Sie vielleicht in Ihrer Kindheit und Jugend hatten. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie häufig diese vor ihrem 18. Lebensjahr aufgetreten ist. Bitte denken Sie daran, alle Fragen zu beantworten.

Situation:	Wie oft trat dieses Gefühl auf?			
		dieses Gefühl trat sehr oft auf		
		dieses Gefühl trat ziemlich oft auf		
		dieses Gefühl trat gelegentlich auf		
	dieses Gefühl hatte ich nie			
1. Ich wollte nicht in die Schule gehen.	①	①	②	③
2. Ich hatte Angst, dass meinen Eltern etwas passieren könnte, wenn ich nicht zu Hause war.	①	①	②	③
3. Ich wollte nicht alleine zu Hause bleiben.	①	①	②	③
4. Ich hatte vor der Schule körperliche Beschwerden wie Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen.	①	①	②	③
5. Ich hatte Angst, dass jemand aus meiner Familie einen Unfall haben könnte, wenn ich nicht dabei war.	①	①	②	③
6. Ich hatte Angst verloren zu gehen, wenn ich an fremden Orten war.	①	①	②	③
7. Ich habe mir vorgestellt, dass Monster oder Tiere mich angreifen könnten, wenn ich in der Nacht alleine war.	①	①	②	③
8. Ich hatte Angst vor Fremden, wenn ich auf mich allein gestellt war.	①	①	②	③
9. Ich habe geträumt, dass mir oder meiner Familie etwas Schlimmes passieren könnte.	①	①	②	③
10. Ich war sehr unglücklich, wenn ich von meiner Familie getrennt war.	①	①	②	③
11. Wenn ich alleine war, hatte ich Angst, verletzt oder gekidnappt zu werden.	①	①	②	③
12. Wenn ich von zu Hause weg war, habe ich mir vorgestellt, mit meiner Familie zusammen zu sein.	①	①	②	③
13. Ich hatte Angst, alleine schlafen zu gehen.	①	①	②	③
14. Ich war sehr angespannt/nervös, bevor ich zur Schule gegangen bin.	①	①	②	③
15. Ich hatte Angst vor der Dunkelheit.	①	①	②	③

## DASS

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Aufstellung von Gedanken und Empfindungen. Bitte lesen Sie die einzelnen Aussagen sorgfältig durch. Kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden

**während der letzten vier Wochen**

am besten entspricht/entsprochen hat.

Während der letzten vier Wochen...	sehr oft			
	selten / manchmal		oft	
	nie			
1. habe ich mich über Kleinigkeiten aufgeregt	①	②	③	④
2. konnte ich mich zu nichts richtig aufraffen	①	②	③	④
3. fühlte ich mich schwach oder kraftlos	①	②	③	④
4. hatte ich Atembeschwerden (z. B. Atemnot) ohne körperliche Belastung	①	②	③	④
5. fühlte ich mich deprimiert/niedergeschlagen	①	②	③	④
6. konnte ich mich nur schwer wieder beruhigen, nachdem mich etwas aufgeregt hatte	①	②	③	④
7. schwitzte ich auffallend viel bzw. hatte ich feuchte Hände	①	②	③	④
8. wurde ich leicht ungeduldig, wenn ich auf irgendeine Weise aufgehalten wurde	①	②	③	④
9. gab es Situationen, die mich so ängstlich machten, dass ich erleichtert war, wenn die Situationen vorüber waren	①	②	③	④
10. neigte ich dazu, in bestimmten Situationen überempfindlich oder übertrieben zu reagieren	①	②	③	④
11. habe ich mich schnell über Dinge aufgeregt	①	②	③	④
12. hatte ich das Gefühl, dass es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann	①	②	③	④
13. schien es mir unmöglich, positive Gefühle zu empfinden	①	②	③	④
14. war ich sehr empfindlich, reizbar und missgelaunt	①	②	③	④
15. litt ich unter Mundtrockenheit	①	②	③	④
16. hatte ich jegliches Interesse verloren	①	②	③	④
17. dachte ich ohne Hoffnung an die Zukunft	①	②	③	④
18. spürte ich ohne körperliche Belastung unregelmäßigen Herzschlag bzw. Herzrasen	①	②	③	④
19. hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst	①	②	③	④
20. dachte ich, es lohnt sich nicht zu leben	①	②	③	④
21. reagierte ich empfindlicher als sonst	①	②	③	④

Während der letzten vier Wochen...				
				sehr oft
			oft	
	selten / manchmal			
	nie			
22. benötigte ich sehr viel Schwung und Energie	①	②	③	④
23. fand ich kein Vergnügen und keine Freude an den Dingen, die ich tat	①	②	③	④
24. hatte ich weiche Knie bzw. Beine	①	②	③	④
25. war ich niedergeschlagen und traurig	①	②	③	④
26. hatte ich Schwierigkeiten, die Initiative aufzubringen, etwas zu tun	①	②	③	④
27. fiel es mir schwer, mich zu entspannen	①	②	③	④
28. war ich wütend auf alles, was mich daran hinderte, meine Beschäftigung fortzuführen	①	②	③	④
29. fiel es mir schwer, Dinge „herunterzuschlucken“	①	②	③	④
30. befürchtete ich, mich könnte eine einfache aber unbekannte Aufgabe umwerfen	①	②	③	④
31. fühlte ich mich wertlos	①	②	③	④
32. konnte ich für nichts Begeisterung empfinden	①	②	③	④
33. machte ich mir Sorgen über Situationen, in denen ich panisch reagieren oder mich blamieren könnte	①	②	③	④
34. war ich ständig in einem nervös-angespannten Zustand	①	②	③	④
35. war ich kurz davor, panisch zu reagieren	①	②	③	④
36. fühlte ich mich als Person wertlos	①	②	③	④
37. konnte ich mich kaum entspannen	①	②	③	④
38. hatte ich schreckliche Angst	①	②	③	④
39. litt ich unter Zittern meiner Hände	①	②	③	④
40. war ich aufgeregt und aufgewühlt	①	②	③	④
41. dachte ich, mein Leben hat keinen Sinn	①	②	③	④
42. konnte ich es nur schwer tolerieren, wenn ich unterbrochen wurde	①	②	③	④

## EKS

Auf dieser Seite finden Sie eine Reihe von Schwierigkeiten bei der Kindererziehung, die von Eltern oft diskutiert werden. Bitte geben Sie jedesmal an **in welchem Ausmaß** (① bis ④) diese Punkte für Sie und Ihren Partner **während der letzten zwei Monate** ein Problem dargestellt haben.

	In welchem Ausmaß ist dieser Punkt ein Problem für Sie und Ihren Partner / Ihre Partnerin?			
	①	②	③	④
			trifft eher zu	trifft zu
		trifft eher nicht zu		
	trifft nicht zu			
1. Meinungsverschiedenheiten über Regeln im Haus (z. B. über die Schlafenszeit oder darüber, wo gespielt werden darf)	①	②	③	④
2. Meinungsverschiedenheiten über die Art der Bestrafung der Kinder	①	②	③	④
3. Meinungsverschiedenheiten darüber, wer die Kinder bestrafen sollte	①	②	③	④
4. Streit in Gegenwart der Kinder	①	②	③	④
5. Unterschiede im Verhalten zwischen Vater und Mutter	①	②	③	④
6. Eltern haben wegen der Kinder kaum Zeit, für sich allein zu sein	①	②	③	④
7. Meinungsverschiedenheiten darüber, wie das Pensum der Kinderbetreuung aufgeteilt wird	①	②	③	④
8. Unfähigkeit, die Unstimmigkeiten bezüglich der Kindererziehung zu lösen	①	②	③	④
9. Diskussionen über die Erziehung der Kinder enden häufig im Streit	①	②	③	④
10. Sich gegenseitig in den Rücken fallen	①	②	③	④
11. Bevorzugung eines Kindes vor einem anderen durch ein Elternteil	①	②	③	④
12. Mangel an Austausch der Partner über die Kindererziehung	①	②	③	④
13. Mangel an Austausch der Partner über andere Dinge	①	②	③	④
14. Ein Elternteil ist nachsichtig, der andere eher streng	①	②	③	④
15. Die Kinder benehmen sich bei einem Elternteil „schlimmer“ als beim anderen	①	②	③	④
16. Meinungsverschiedenheiten darüber, was ungezogenes Verhalten ist	①	②	③	④

## FSW

Auf dieser Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen und Meinungen, die sich auf Ihre Gefühle und Gedanken als Eltern beziehen. Bitte geben Sie jedesmal an, ob und in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen.

Kreuzen Sie dazu die jeweils passende Antwortmöglichkeit (**von ① bis ③**) an. Es gibt dabei keine richtigen und falschen Antworten, sondern es geht um Ihre persönliche Meinung.

			trifft eher zu	trifft zu
		trifft eher nicht zu		
	trifft nicht zu			
1. Eine liebevolle/r Mutter/Vater zu sein, fällt mir leicht.	①	②	③	④
2. Ich bin jemand, der bei seinem Kind Grenzen gut durchsetzen kann.	①	②	③	④
3. Ich denke, dass ich alles kann, was eine Mutter / ein Vater können muss.	①	②	③	④
4. Ich finde das Elternsein zu anstrengend.	①	②	③	④
5. Ich habe Schwierigkeiten, mit Fehlverhalten meines Kindes umzugehen.	①	②	③	④
6. Mutter / Vater zu sein, macht mir Spaß	①	②	③	④
7. Bei vielen Situationen weiß ich schon im Voraus, dass mein Kind seinen Willen durchsetzen wird.	①	②	③	④
8. Ich bin derjenige/diejenige, der/die am besten weiß, was für mein Kind gut ist.	①	②	③	④
9. Mutter / Vater zu sein, ist erfüllend.	①	②	③	④
10. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Ziele in der Erziehung meines Kindes zu erreichen.	①	②	③	④
11. Wenn sich mein Kind weigert, etwas zu tun, was mir wirklich wichtig ist, finde ich Wege, mich durchzusetzen.	①	②	③	④
12. Die Lösung schwieriger Probleme in der Erziehung gelingt mir, wenn ich mich darum bemühe.	①	②	③	④
13. Mutter / Vater zu sein, verunsichert mich oft.	①	②	③	④
14. Ich kann meinen Fähigkeiten als Mutter / Vater vertrauen.	①	②	③	④
15. Für jedes Problem mit meinem Kind kann ich eine Lösung finden.	①	②	③	④

## FABEL

Nachstehend folgen nun einige Aussagen von Betroffenen über das Leben mit einem Kind mit einer psychischen Störung. Bitte kreuzen Sie für jede Aussage an, ob diese **zum momentanen Zeitpunkt** auf Ihre Familie ganz zutrifft, weitgehend zutrifft, weitgehend nicht zutrifft oder überhaupt nicht zutrifft.

Situation:	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
	trifft überhaupt nicht zu	trifft weitgehend nicht zu	trifft weitgehend zu	trifft ganz zu
	①	②	③	④
	①	②	③	④
1. Die Probleme des Kindes verursachen der Familie finanzielle Probleme.	①	②	③	④
2. Durch Therapien geht Arbeitszeit verloren.	①	②	③	④
3. Ich muss meine Arbeitszeit verkürzen, weil ich mich um die Probleme meines Kindes kümmern muss.	①	②	③	④
4. Um die medizinischen und therapeutischen Kosten decken zu können, ist zusätzliches Einkommen nötig.	①	②	③	④
5. Ich habe wegen der Probleme meines Kindes aufgehört zu arbeiten.	①	②	③	④
6. Aufgrund der Probleme unseres Kindes können wir keine weiten Reisen unternehmen.	①	②	③	④
7. Die Leute in der Nachbarschaft behandeln uns anders wegen der Probleme unseres Kindes.	①	②	③	④
8. Wegen der Probleme unseres Kindes haben wir wenig Lust auszugehen.	①	②	③	④
9. Es ist schwer, eine zuverlässige Person zu finden, die auf das Kind aufpasst.	①	②	③	④
10. Manchmal müssen wir unsere Absicht auszugehen wegen der Probleme unseres Kindes in letzter Minute ändern.	①	②	③	④
11. Wegen der Probleme unseres Kindes sehen wir unsere Familie und unsere Freunde seltener.	①	②	③	④
12. Wir stehen uns wegen der gemeinsamen Erfahrung als Familie näher.	①	②	③	④
13. Manchmal frage ich mich, ob ich mein Kind „anders“ als ein normales Kind behandeln soll.	①	②	③	④
14. Meine Verwandten sind sehr verständnisvoll und haben mir immer sehr geholfen.	①	②	③	④
15. Wegen der Probleme unseres Kindes denke ich darüber nach, keine weiteren Kinder zu bekommen.	①	②	③	④
16. Mein Lebenspartner und ich besprechen die Probleme des Kindes gemeinsam.	①	②	③	④
17. Wir versuchen unser Kind so zu behandeln, als wäre es ein ganz „normales“ Kind.	①	②	③	④

Situation:	Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
				trifft ganz zu
			trifft weitgehend zu	
	trifft weitgehend nicht zu			
	trifft überhaupt nicht zu			
18. Das Eingehen auf die Probleme des Kindes nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass ich kaum noch Zeit für die anderen Familienmitglieder habe.	①	②	③	④
19. Die Verwandten mischen sich ein und glauben, besser zu wissen, was für mein Kind gut ist.	①	②	③	④
20. Unsere Familie muss aufgrund der Probleme meines Kindes auf einige Dinge verzichten.	①	②	③	④
21. Aufgrund der Probleme meines Kindes bin ich ständig übermüdet und angespannt.	①	②	③	④
22. Ich lebe von einem Tag auf den anderen und plane nicht für die Zukunft.	①	②	③	④
23. Niemand versteht, mit welcher ungeheuren Belastung ich fertig werden muss.	①	②	③	④
24. Die Fahrten zu Therapien bedeuten eine Belastung für mich.	①	②	③	④
25. Dadurch, dass ich lernen musste, mit den Problemen meines Kindes fertig zu werden, komme ich auch mit mir selbst besser zurecht.	①	②	③	④
26. Ich mache mir Sorgen, was in Zukunft mit meinem Kind sein wird.	①	②	③	④
27. Manchmal habe ich das Gefühl, unser Leben ist eine Achterbahn: völlig am Boden, wenn das Problem meines Kindes akut ist, und obenauf, wenn sein/ihr Zustand gut ist.	①	②	③	④
<b>Wenn Sie noch andere Kinder haben, beurteilen Sie bitte die nachfolgenden 6 Aussagen:</b>				
28. Es ist schwer, den anderen Kindern genügend Aufmerksamkeit zu schenken, weil das eine Kind mich so sehr in Anspruch nimmt.	①	②	③	④
29. Durch die Probleme des einen Kindes sorge ich mich ständig um die Gesundheit der anderen.	①	②	③	④
30. Durch die besonderen Bedürfnisse des einen Kindes kommt es zwischen den anderen Kindern zu Streitereien.	①	②	③	④
31. Die Probleme des einen Kindes machen den anderen Kindern Angst.	①	②	③	④
32. Meine anderen Kinder scheinen öfter Probleme zu haben und öfter unter Beschwerden zu leiden als andere Kinder ihres Alters.	①	②	③	④
33. Die Schulnoten meiner anderen Kinder leiden aufgrund der Probleme des einen Kindes.	①	②	③	④

**VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DER  
FRAGEBÖGEN!**

## TRF

Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie **jetzt oder innerhalb der letzten 2 Monate** bei dem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft **sehr deutlich oder sehr oft** zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft **etwas oder manchmal** auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für das Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
---------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------

- |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter.....   | 0 1 2 | 27. Ist leicht eifersüchtig.....  | 0 1 2 |
| 2. Summt oder macht seltsame Geräusche<br>im Unterricht                                     | 0 1 2 | 28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Es-<br>sen/Trinken geeignet sind; bitte beschreiben:<br>(keine Süßigkeiten angeben) ..... | 0 1 2 |
| 3. Streitet oder widerspricht viel.....   | 0 1 2 | 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situati-<br>onen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte<br>beschreiben: .....            | 0 1 2 |
| 4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende ....   | 0 1 2 | 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen.....  | 0 1 2 |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen<br>Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge..... | 0 1 2 | 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken<br>oder zu tun .....   | 0 1 2 |
| 6. Ist trotzig, ablehnend oder frech zu<br>den Lehrern/Lehrerinnen.....                     | 0 1 2 | 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen  |       |
| 7. Gibt an, schneidet auf .....   | 0 1 2 | 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand<br>ihn/sie liebt .....  | 0 1 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht<br>lange aufpassen .....                       | 0 1 2 | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr<br>etwas antun .....  | 0 1 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los;<br>bitte beschreiben: .....                     | 0 1 2 | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen .....  | 0 1 2 |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig<br>oder überaktiv.....                              | 0 1 2 | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt<br>zu Unfällen .....  | 0 1 2 |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu ab-<br>hängig.....                              | 0 1 2 | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien .....  | 0 1 2 |
| 12. Klagt über Einsamkeit .....   | 0 1 2 | 38. Wird viel gehänselt.....  | 0 1 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut .....   | 0 1 2 | 39. Hat Umgang mit anderen, die in<br>Schwierigkeiten geraten .....   | 0 1 2 |
| 14. Weint viel.....   | 0 1 2 | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die<br>nicht da sind; bitte beschreiben .....  | 0 1 2 |
| 15. Ist zappelig  |       | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu<br>überlegen .....   | 0 1 2 |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder<br>schüchtert sie ein .....                         | 0 1 2 | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen.....   | 0 1 2 |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren.....  | 0 1 2 | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt.....  | 0 1 2 |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht<br>Selbstmord .....                             | 0 1 2 | 44. Kaut Fingernägel.....   | 0 1 2 |
| 19. Verlangt viel Beachtung .....   | 0 1 2 | 45. Ist nervös, reizbar oder angespannt .....   | 0 1 2 |
| 20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt.....   | 0 1 2 | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen<br>(betrifft nicht die unter 10 erwähnte<br>Zappeligkeit); bitte beschreiben: .....       | 0 1 2 |
| 21. Zerstört die Sachen anderer .....   | 0 1 2 | 47. Ist überangepasst.....  | 0 1 2 |
| 22. Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu<br>befolgen .....                                   | 0 1 2 | 48. Wird von anderen Schülern nicht gemocht ..  | 0 1 2 |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule.....   | 0 1 2 |   |       |
| 24. Stört andere Schüler .....  | 0 1 2 |   |       |
| 25. Kommt mit anderen Schülern nicht aus  | 0 1 2 |   |       |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen,<br>wenn er/sie sich schlecht benommen hat .....  | 0 1 2 |   |       |

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)    1 = etwas oder manchmal zutreffend    2 = genau oder häufig zutreffend

- |  |       |  |       |
|--|-------|--|-------|
| 49. Hat Lernschwierigkeiten .....  | 0 1 2 | 74. Produziert sich gern oder spielt den Clown .....                       | 0 1 2 |
| 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich .....  | 0 1 2 | 75. Ist schüchtern oder zaghaft.....                                       | 0 1 2 |
| 51. Fühlt sich schwindelig .....   | 0 1 2 | 76. Zeigt aufbrausendes und unberechenbares Verhalten .....                | 0 1 2 |
| 52. Hat zu starke Schuldgefühle .....  | 0 1 2 | 77. Muss Forderungen sofort erfüllt bekommen, ist schnell frustriert ..... | 0 1 2 |
| 53. Isst zu viel .....   | 0 1 2 | 78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar .....                           | 0 1 2 |
| 54. Ist immer müde .....   | 0 1 2 | 79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben:.....             | 0 1 2 |
| 55. Hat Übergewicht.....   | 0 1 2 | 80. Startt ins Leere.....  | 0 1 2 |
| 56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:                               |       | 81. Ist bei Kritik schnell verletzt.....                                   | 0 1 2 |
| a) Schmerzen (außer Kopf- oder Bauchschmerzen) .....   | 0 1 2 | 82. Stiehlt .....  | 0 1 2 |
| b) Kopfschmerzen .....   | 0 1 2 | 83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben:.....        | 0 1 2 |
| c) Übelkeit .....  | 0 1 2 | 84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben:.....          | 0 1 2 |
| d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche, die durch Brille korrigiert .....                     | 0 1 2 | 85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben:.....              | 0 1 2 |
| e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme .....   | 0 1 2 | 86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.....                              | 0 1 2 |
| f) Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe .....  | 0 1 2 | 87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel .....                  | 0 1 2 |
| g) Erbrechen, Hochwürgen .....   | 0 1 2 | 88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt .....                      | 0 1 2 |
| h) andere Beschwerden; bitte beschreiben:.....   | 0 1 2 | 89. Ist misstrauisch.....  | 0 1 2 |
| 57. Greift andere körperlich an .....  | 0 1 2 | 90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter.....                 | 0 1 2 |
| 58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben:.....        | 0 1 2 | 91. Spricht davon, sich umzubringen .....                                  | 0 1 2 |
| 59. Schläft im Unterricht ein .....  | 0 1 2 | 92. Bleibt unter seinen Möglichkeiten, könnte mehr leisten .....           | 0 1 2 |
| 60. Ist apathisch oder unmotiviert.....  | 0 1 2 | 93. Redet zuviel.....  | 0 1 2 |
| 61. Ist schlecht in der Schule .....   | 0 1 2 | 94. Hänzelt andere gern.....   | 0 1 2 |
| 62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt .....   | 0 1 2 | 95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament 0 1 2                       |       |
| 63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen .....     | 0 1 2 | 96. Scheint sich übermäßig mit Sex zu beschäftigen .....                   | 0 1 2 |
| 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen .....                              | 0 1 2 | 97. Bedroht andere .....   | 0 1 2 |
| 65. Weigert sich zu sprechen.....  | 0 1 2 | 98. Kommt zu spät zur Schule oder zum Unterricht.....                      | 0 1 2 |
| 66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben:..... | 0 1 2 | 99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....            | 0 1 2 |
| 67. Stört in der Klasse.....   | 0 1 2 | 100. Erledigt auftragene Arbeiten nicht.....                               | 0 1 2 |
| 68. Schreit viel.....  | 0 1 2 | 101. Schwänzt die Schule oder fehlt unentschuldigt .....                   | 0 1 2 |
| 69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich .....  | 0 1 2 | 102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge .....             | 0 1 2 |
| 70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben:.....                                    | 0 1 2 | 103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen. 0 1 2                 |       |
| 71. Ist befangen oder wird leicht verlegen .....   | 0 1 2 | 104. Ist ungewöhnlich laut.....  | 0 1 2 |
| 72. Arbeitet unordentlich .....  | 0 1 2 |  |       |
| 73. Verhält sich verantwortungslos; bitte beschreiben:.....                                    | 0 1 2 |  |       |

**0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)    1 = etwas oder manchmal zutreffend    2 = genau oder häufig zutreffend**

- 105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente; bitte beschreiben: \_\_\_\_\_ 0 1 2
- 106. Versucht zu sehr, anderen zu gefallen ..... 0 1 2
- 107. Mag die Schule nicht..... 0 1 2
- 108. Hat Angst, Fehler zu machen ..... 0 1 2
- 109. Quengelt oder jammert ..... 0 1 2
- 110. Sieht ungepflegt aus ..... 0 1 2
- 111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf ..... 0 1 2
- 112. Macht sich zuviel Sorgen ..... 0 1 2

113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme, die der Schüler hat und die bisher noch nicht erwähnt wurden:

\_\_\_\_\_ 0 1 2

\_\_\_\_\_ 0 1 2

\_\_\_\_\_ 0 1 2

\_\_\_\_\_ 0 1 2

\_\_\_\_\_ 0 1 2

**BITTE ÜBERPRÜFEN SIE, OB SIE ALLE FRAGEN BEANTWORTET HABEN!**  
**UNTERSTREICHEN SIE BITTE DIEJENIGEN PROBLEME, DIE IHNEN SORGEN MACHEN.**

**VIELEN DANK!**

Name:

Datum:

## Fragebogen über die Zufriedenheit mit der Behandlung

Der nachfolgende Fragebogen dient unserer Einschätzung Ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung in unserer Einrichtung. Es ist für uns dabei vor allem wichtig, dass Sie ihn so ehrlich wie möglich beantworten. Die Informationen, die wir erhalten, werden uns bei der Verbesserung unseres Behandlungsangebotes sehr nützlich sein. In diesem Sinne danken wir Ihnen für Ihre hilfreiche Unterstützung.

Kreuzen Sie bei den folgenden Fragen bitte die Aussage an, die Ihre Meinung am ehesten wiedergibt.

1.	Die Probleme, die mich ursprünglich zur Vorstellung meines Kindes und zur Aufnahme der Behandlung veranlasst haben, haben sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt...	1 wesentlich verbessert 2 leicht verbessert 3 nicht verändert 4 leicht verschlechtert 5 wesentlich verschlechtert
2.	Mit den Fortschritten meines Kindes fühle ich mich gegenwärtig...	1 sehr zufrieden 2 etwas zufrieden 3 unentschieden 4 etwas unzufrieden 5 sehr unzufrieden
3.	In welchem Maß haben sich die Klinikbesuche auf andere persönliche oder familiäre Probleme ausgewirkt? Sie waren...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch hinderlich 4 etwas hinderlich 5 sehr hinderlich
4.	Der Ausgang der Behandlung ist für uns...	1 sehr zufriedenstellend 2 etwas zufriedenstellend 3 unentschieden 4 wenig zufriedenstellend 5 gar nicht zufriedenstellend
5.	Ich betrachte die Art und Weise, wie die Eltern in die Behandlung einbezogen werden, als...	1 sehr angemessen 2 etwas angemessen 3 unentschieden 4 etwas unangemessen 5 sehr unangemessen
6.	Wie zuversichtlich sind Sie, <u>zur Zeit bestehende Probleme</u> Ihres Kindes zu Hause auch ohne therapeutische Unterstützung handhaben zu können?	0 keine Probleme 1 sehr zuversichtlich 2 eher zuversichtlich 3 unsicher 4 eher nicht zuversichtlich 5 gar nicht zuversichtlich
7.	6. Welches Vertrauen sitzen Sie in Ihre eigenen Fähigkeiten, mögliche zukünftig auftretende Probleme zu Hause handhaben zu können?	1 sehr großes Vertrauen 2 eher geringes Vertrauen 3 kein eindeutiges Gefühl 4 eher geringes Vertrauen 5 sehr geringes Vertrauen
8.	7. Was meinen Sie, wie gerne Ihr Kind in die Klinik kommt?	1 sehr gern 2 eher gern 3 weder gern noch ungern 4 eher ungern 5 sehr ungern
9.	8. Die Vermittlung der Ergebnisse aus den Untersuchungen und den wöchentlichen Beurteilungen fand ich...	1 sehr aufschlussreich 2 eher aufschlussreich 3 weder aufschlussreich noch problematisch 4 eher problematisch 5 sehr problematisch

10.	Die Information über Trennungsängste fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
11.	Die Thematisierung meiner eigenen Ängste und Befürchtungen fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
12.	Die Hinweise zur Beachtung guter, positiver Ereignisse oder Abläufe in unserer Familie fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
13.	Die Durchführung der Mut-Aufgaben fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
14.	Die Hinweise und Übungen zur Stärkung der Selbständigkeit meines Kindes fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
15.	Die Durchführung eines Belohnungssystems fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
16.	Die Hinweise für mein eigenes Umgehen mit Trennungssituationen fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
17.	Die Vorbereitung auf die Übungen mit Trennungssituationen fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
18.	Die Unterstützung bei der Durchführung der Übungen fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
19.	Den Kontakt der Therapeutin zum Kindergarten / zur Schule fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
20.	Alle durchgeführten Techniken zusammengenommen fand ich...	1 sehr hilfreich 2 etwas hilfreich 3 weder hilfreich noch nachteilig 4 etwas nachteilig 5 sehr nachteilig
21.	Die schriftlichen Materialien fand ich...	1 sehr gut 2 eher gut 3 weder gut noch schlecht 4 eher schlecht 5 sehr schlecht
22.	Über das Interesse und die Anteilnahme der Therapeutin an unseren Problemen bin ich...	1 sehr zufrieden 2 etwas zufrieden 3 unentschieden 4 etwas unzufrieden 5 sehr unzufrieden

23.	Geben Sie hier bitte an, was für Sie im Rahmen der Behandlung am hilfreichsten war:
24.	Falls Sie Vorschläge haben, wie die Behandlung noch hilfreicher gestaltet werden könnte, notieren Sie diese bitte hier:

## 9.2 Therapeutische Materialien

A1-E	
<b>Explorationsschema für Trennungsängste- Eltern</b>	
<b>Untersucher:</b>	<b>Datum:</b>
Name des Patienten:	Geburtsdatum:
<b>2. Symptom- und Verhaltensanalyse bezogen auf Trennungsängste</b>	
<b>2.1 Exploration des aktuellen Problemverhaltens</b>	
<b>(Exploration der Situation, in der die Trennungsängste auftreten)</b>	
Wann tritt das Verhalten auf? Was löst die Angst aus? (auslösende Situationen):	
Welche Trennungssituationen sind problematisch (Trennungen innerhalb des Hauses, Bezugspersonen verlassen das Kind, Kind verlässt die Bezugspersonen, Nacht):	
Von welcher Person trennt sich das Kind am schwersten (evtl. warum):	
Gibt es Trennungen, die möglich sind (innerhalb des Hauses, Weggehen des Kindes, Weggehen der Eltern, Übernachtungen außerhalb):	
Gibt es Bedingungen oder Zeiten, unter denen eine sonst angstbesetzte Trennung funktioniert (Versprechen von Belohnung, Androhung negativer Konsequenzen, Anwesenheit anderer Personen, Umgebung, Wochenende, Ferien):	

**(Exploration des Verhaltens des Kindes)**

Was ist das genaue Problemverhalten bzw. Wie ist die Reaktion des Kindes in der Problemsituation (emotionale, physiologische, verbale und Verhaltensreaktionen des Kindes):

Wann beginnt die Reaktion, wann hat sie ihren Höhepunkt und wann endet sie (explorieren Sie an einem der o.g. Beispiele):

**(Exploration kurzfristiger und langfristiger positiver oder negativer Konsequenzen)**

Was macht das Kind nach der Situation:

Welche Reaktionen zeigen die Eltern (physiologisch, emotional, verbal, Verhalten):

Was für Reaktionen zeigen andere anwesende Personen (andere Kinder, Geschwister, Verwandte, Nachbarn, Lehrer):

Gibt es langfristige/ dauerhafte Veränderungen (des Alltags) durch die Angst des Kindes:

**(Exploration der Ausprägung der Symptomatik)**

Wie häufig tritt das Problemverhalten auf (an wie vielen Tagen der Woche):

(Falls der Schulbesuch/ Besuch des Kindergartens) betroffen ist: An wie vielen Tagen in den letzten 6 Wochen ist Ihr Kind nicht zur Schule / zum Kindergarten gegangen:

Wie stark ist das Kind im Alltag durch die Symptomatik belastet:

Wie stark sind die Eltern im Alltag durch die Symptomatik belastet:

**2.2 Erstmaliges Auftreten des Problemverhaltens**

Wann ist das Problemverhalten zum ersten Mal aufgetreten:

(Exploriere das Störungsmodell)

Gab es spezifische externale oder internale Auslöser (spezifische eigene oder stellvertretende Trennungserfahrungen):

Welche sonstigen Ursachen haben die Probleme (organische, psychische, familiäre, schulisches Umfeld) nach Meinung

des Patienten:

der Eltern:

der Lehrer:

anderer Bezugspersonen:

Wie sah das Problemverhalten zum Zeitpunkt des ersten Auftretens aus:

Wie waren zu dieser Zeit die Reaktionen des Kindes und der Umgebung auf das Problemverhalten:

### **2.3 Symptomverlauf und –bewältigung**

Wie hat sich das Problem seit dem ersten Auftreten entwickelt? (exploriere Zusammenhang mit bestimmten Veränderungen (z.B. Umschulung, Klassenwiederholung), Schwankungen, symptomfreie Phasen, Verschlimmerungen):

Welche Bewältigungsversuche durch Patienten, Familie, Schule gab es und als wie hilfreich haben sie diese erlebt:

Gab es Vorbehandlungen:			
Alter (bei Beginn)	Art der Behandlung	Dauer	Verlauf

### 3. Erwartungen an die Therapie und Ressourcen

Therapieerwartungen und Therapieziele

des Patienten:

der Eltern:

der Lehrer:

anderer Bezugspersonen:

Welche Bedingungen können günstig auf einen Therapieerfolg wirken (Motivation des Kindes und der Bezugspersonen, Zeitpunkt der Behandlung, familiäre Strukturen, bereits funktionierende Trennungen):

Wie ist die Einstellung der Eltern bzw. anderer wichtiger Bezugspersonen zur Symptomatik:

Wie ist die Einstellung des Kindes zur Symptomatik:

Gibt es Probleme in der Familie, im Umfeld, die ungünstig auf einen Therapieerfolg wirken könnten (z.B. Eheprobleme, finanzielle Probleme, Probleme mit einem anderen Kind o.ä.)?

#### **4. Ängste der Mutter (bzw. der Hauptbezugspersonen)**

Wie erlebt die Hauptbezugsperson selbst Trennungen von ihrem Kind:

Was denkt, tut, fühlt sie in dieser Situation:

Besteht der Wunsch, anders zu reagieren:

Wann fällt der Hauptbezugsperson die Trennung besonders schwer/ leicht::

Bestehen Befürchtungen hinsichtlich negativer Konsequenzen bei Trennungen vom Kind:

Bestanden bei der Hauptbezugsperson in der Kindheit auch Trennungsängste:

Welche Sorgen haben die Eltern um ihr Kind:

#### **5. Andere psychische Auffälligkeiten**

Problemstärke: 0=nicht vorhanden; 1=leicht; 2=deutlich; 3=stark

Interaktionsverhalten (z.B. überangepasst, scheu, sozial unsicher, demonstrativ, distanzgemindert)

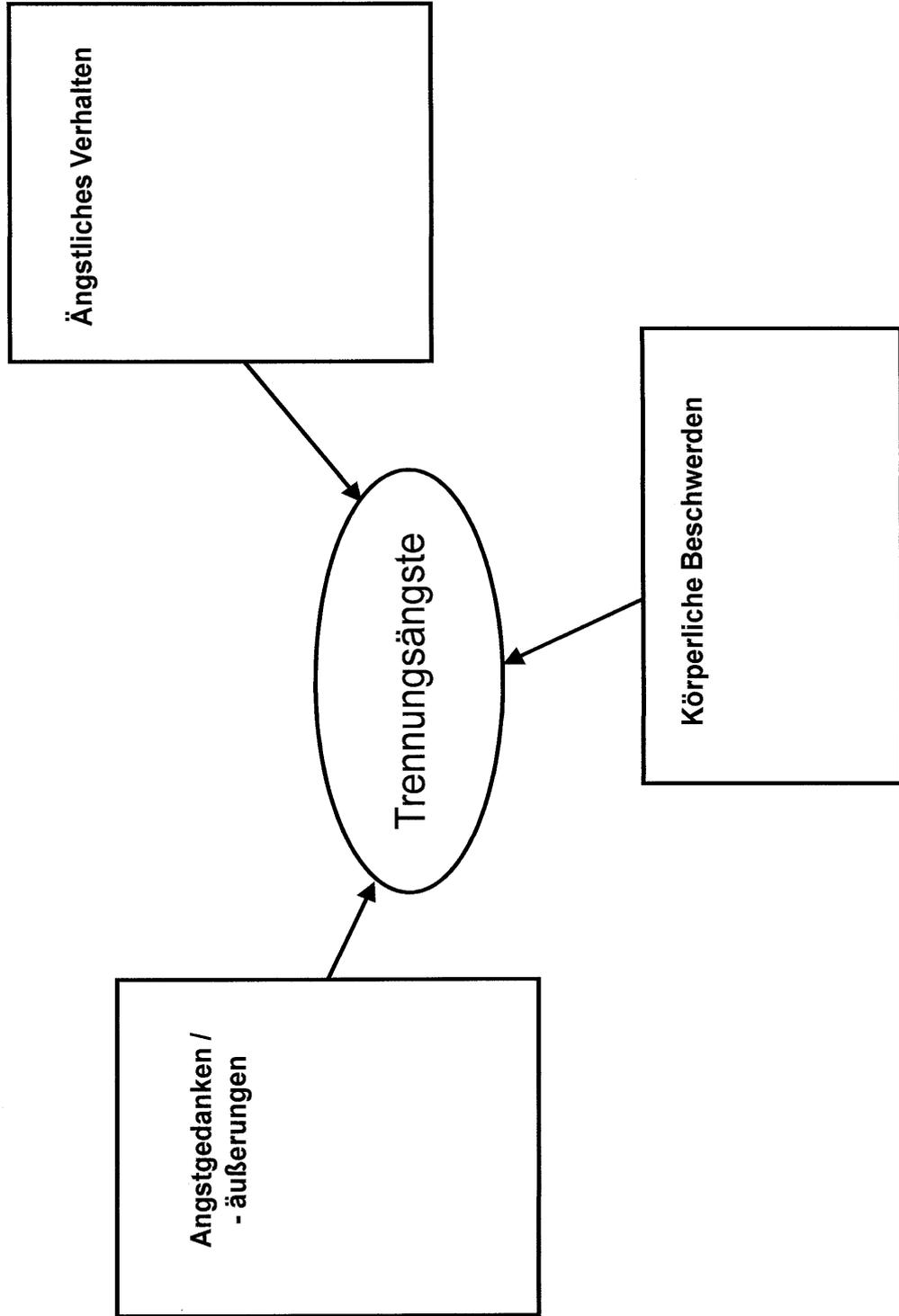
Aggressiv-dissoziales Verhalten (z.B. dominant, oppositionell, aggressiv, lügen, stehlen)

Intelligenz, Entwicklungsstörungen (z.B. Artikulation, expressive Sprache, Motorik), schulische Fertigkeiten:

Aktivität und Aufmerksamkeit (z.B. verminderte/gesteigerte Aktivität, Impulsivität, Unaufmerksamkeit):

Psychomotorik (z.B. Tics, Stereotypien, abnorme Gewohnheiten wie Nägelbeißen):
<p>Andere Ängste und Phobien (außer der Trennungsangst):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziale Ängste</li> <li>- Leistungsängste</li> <li>- Isolierte Phobien</li> <li>- Generalisierte Angststörung</li> </ul>
Stimmung und Affekt (z.B. depressiv, reizbar, mangelndes Selbstvertrauen, interesselos, innere Unruhe, euphorisch)
Essverhalten (z.B. verminderte oder erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhungerattacken):
Körperliche Beschwerden unabhängig von der Angstsituation (z.B. Appetitverlust, Erbrechen, Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen):
Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein:
Denken und Wahrnehmung (z.B. gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, inkohärent, Halluzination, Wahn):
Andere Störungen (z.B. selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, Alkohol-/Drogenmissbrauch):

## Welche Angstsignale zeigt Ihr Kind?



## Explorationsschema für Trennungsängste - Kind

**Untersucher:****Datum:**

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Wovor hast Du Angst? (anders: Wann hast Du Angst?, Worüber machst Du Dir Sorgen)

Wann fängt die Angst an *erfrage, ob vor / während der Situation?*

Hast Du schon mal versucht, *ersetze Bewältigung indiv. Angstsituation?*

Hast Du es schon mal geschafft, *ersetze indiv. Angstsituation?*

*Falls ja:* Das ist ja super! Wie hast Du das denn geschafft?

statt Symptomblatt Körper: Wie fühlt sich das, wenn *ersetze indiv. Angstsituation?*

statt Symptomblatt Körper: Was denkst Du dann, wenn *ersetze indiv. Angstsituation?*

statt Symptomblatt Handlung: Was machst Du, wenn *ersetze indiv. Angstsituation?*

Was macht die Mama/der Papa dann?

Was könnte passieren, wenn *ersetze indiv. Angstsituation?*

Hast Du schon mal darüber nachgedacht; woher das kommen könnte, dass Du Angst hast? (anders: dass Du Dir Sorgen um *ersetze indiv. Angstsituation* machst? Warum hast Du Angst?)



Wusstest Du, dass viele Kinder irgendwas von den Sachen haben,  
die unten in den Blasen stehen?  
Male alle aus, die Du auch hast und streiche die anderen durch.

Angst, wenn Mama  
weggeht

Angst, in die Schule  
zu gehen

Angst, woanders zu  
übernachten

Angst, in einem anderen  
Raum zu sein als Mama

Angst, in den Kinder-  
garten zu gehen

Angst, von Mama  
wegzugehen

Angst, alleine einzu-  
schlafen

Wie siehst Du aus, wenn Du Angst hast? 



Male, wie es sich in Deinem Körper anfühlt, wenn Du Angst hast.  
Wo steckt die Angst? Was denkt Dein Kopf?

## Was machst Du, wenn Du Angst hast?



Schreibe oder male in das Kästchen, was Du machst, wenn Du Angst hast.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to draw or write their answer to the question.



## Ziele der Therapie

Was sind die Ziele, die in der Therapie erreichen werden sollen? Was genau soll sich verändern?

Ziel 1:



Ziel 2:



Ziel 3:



**Explorationsschema für Trennungsängste - Umfeld****Untersucher:****Datum:**

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

**2. Reaktionen des Umfeldes**

Wie gehen die anderen Menschen in diesem Umfeld damit um (Kinder und Erwachsene)?

Wie sehr stört / hemmt das Verhalten des Kindes den normalen Ablauf in der Situation?

**2. Weitere Probleme und Störungsmodell**

Hat das Kind andere Probleme, außer den Ängsten in Trennungssituationen?

Haben Sie eine Idee, woher das Verhalten kommt?

**3. Ressourcen**

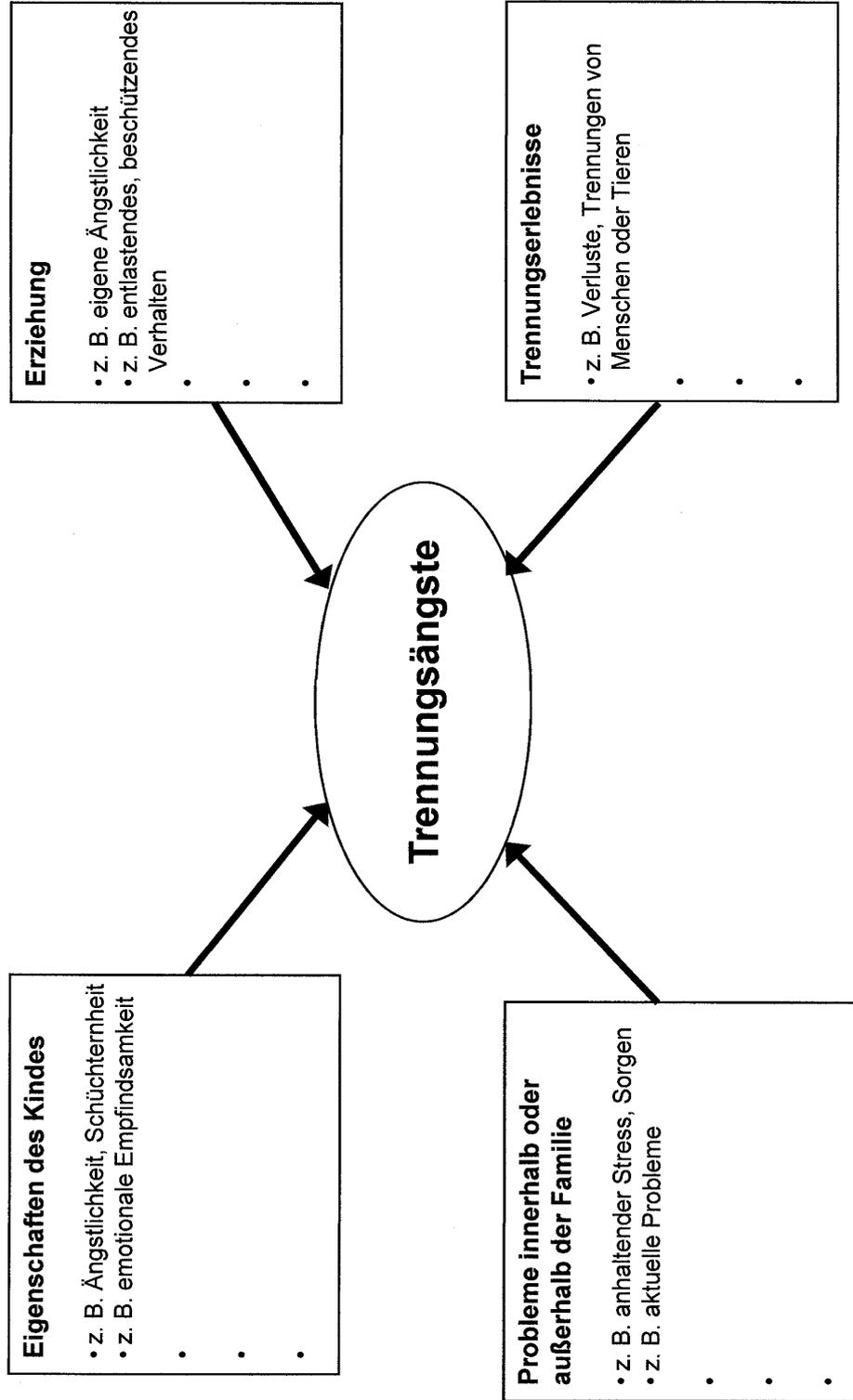
Gibt es Möglichkeiten, wie Sie oder andere dem Kind in der Situation helfen können?

Gab es in den letzten Tagen / Wochen, in denen die Trennung (problemlos) funktioniert hat?

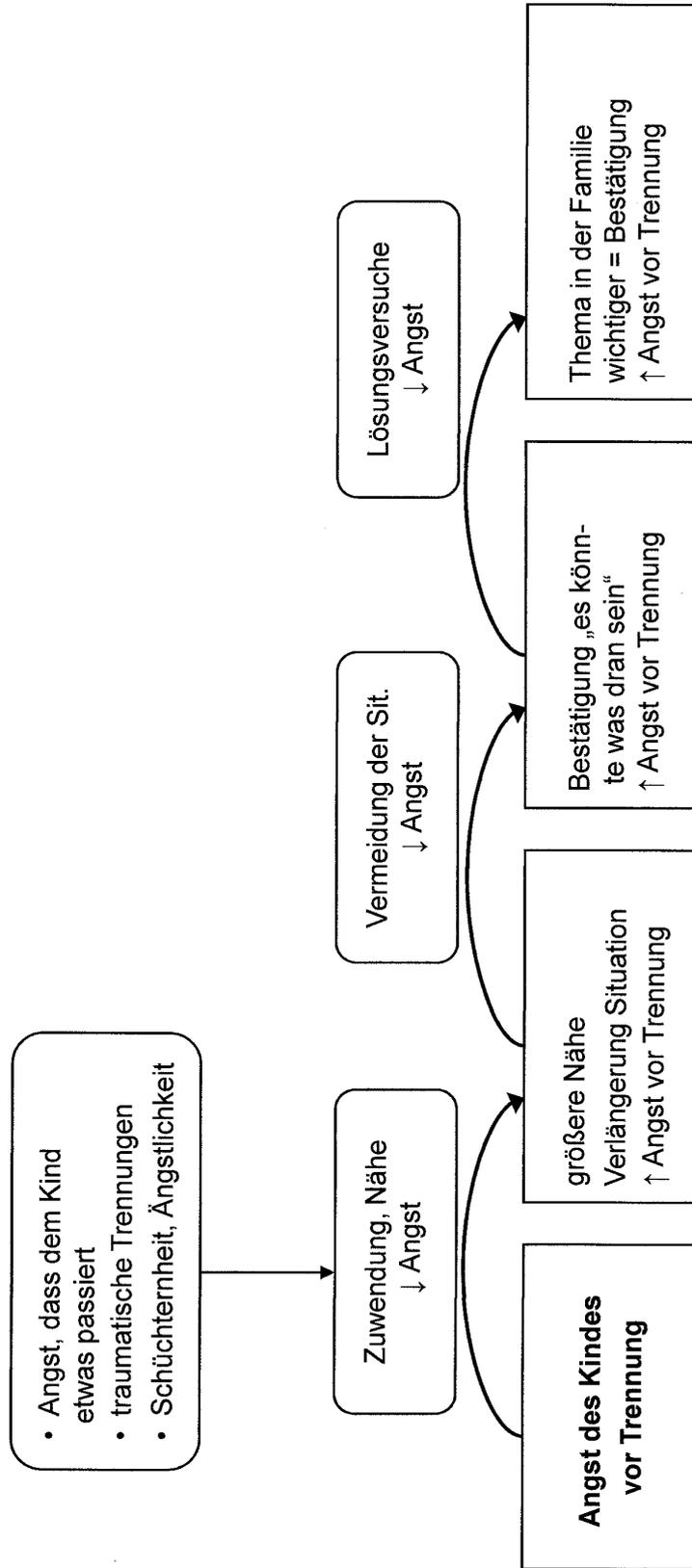
Hat das Kind Stärken im jeweiligen Umfeld?

Gibt es Kontakte zu den Eltern (regelmäßig, nur bei Krisen, etc.)?

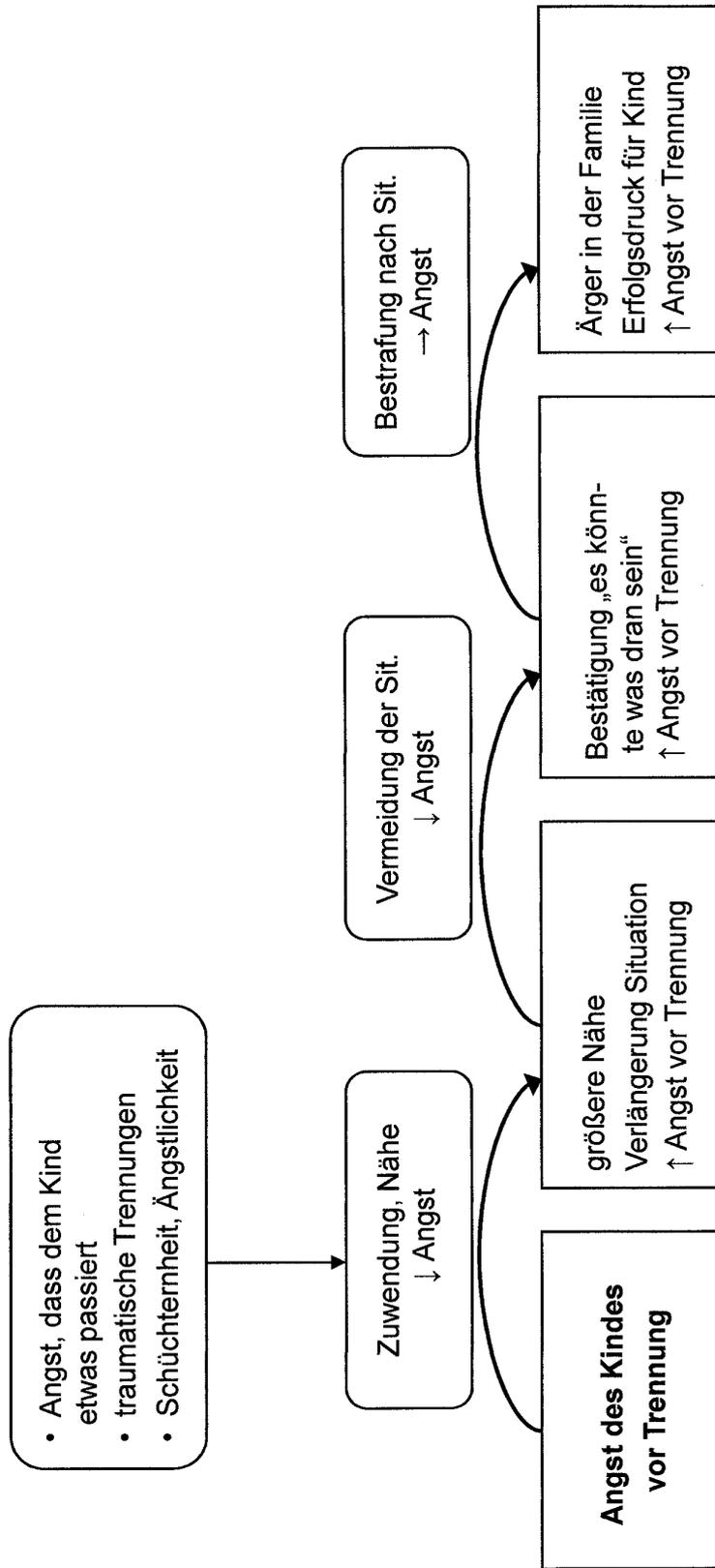
## Ursachenmodell für Trennungsängste



## Verlauf von Trennungängsten



## Verlauf von Trennungssängsten



## **Wie gehe ich mit körperlichen Beschwerden meines Kindes um?**

Kinder mit Ängsten haben neben ihren Angstgedanken häufig auch körperliche Beschwerden. Diese zeigen sich vor oder in den Situationen, in denen die Kinder Angst haben. Bei jüngeren Kindern sind dies meist Bauchschmerzen bzw. ein „komisches Gefühl im Bauch“ und Kopfschmerzen.

Für den Abbau der Ängste ist es wichtig zu wissen, wie man mit den körperlichen Beschwerden des Kindes umgehen kann.

### **Woran merke ich, dass Schmerzen ein Symptom der Trennungsängste sind?**

1. Von den Kindern werden meist Bauch- oder Kopfschmerzen benannt. Diese Schmerzen werden häufig als „komisches Gefühl“ bezeichnet und können selten konkret beschrieben werden.
2. Die Beschwerden werden von Kindern mit Trennungsängsten vor oder in Trennungssituationen geschildert. Wenn Ihr Kind die körperlichen Symptome in Zusammenhang mit der Angst vor einer bevorstehenden Trennung äußert, sind die Schmerzen mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Symptom der Trennungsängste Ihres Kindes.
3. Typisch für diese Schmerzen ist, dass sie bald nach einer bewältigten Trennung enden. Die Schmerzen dauern dagegen meist an, wenn die Trennung nur verschoben wird bzw. weiterhin bevorsteht.
4. Häufig wird aufgrund der Beschwerden ein Kinderarzt aufgesucht. Findet dieser keine medizinischen Ursachen der körperlichen Beschwerden, ist es wahrscheinlich, dass die Beschwerden mit den Trennungsängsten zusammenhängen. Weitere Arztbesuche bestätigen das Kind eher in seinen gefühlten Symptomen und sollten lieber vermieden werden.

## Informationen über Trennungsängste

**Angst als normale Reaktion:** Die Angst von Kindern vor Trennungen von ihren Eltern ist ungefähr bis zum 3. Lebensjahr normal und wichtig. Der Protest des Kindes bei einer Trennung dient als Schutz und hilft dem Säugling oder Kleinkind, die Mutter nicht zu verlieren. Diese Reaktion beginnt meist zwischen 7 und 12 Monaten und erreicht mit dem „Fremdeln“ zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat ihren Höhepunkt. In dieser Zeit zeigen die meisten Kinder deutliche Angstreaktionen bei der Konfrontation mit Fremden und suchen Schutz bei Mutter oder Vater. Mit ungefähr drei Jahren sind Kinder dann in der Lage, eine Trennung von der Bezugsperson ohne starke Ängste zu ertragen. Dies wird oft zum ersten Mal im Kindergarten verlangt und ist ein wichtiger Schritt in der Selbständigkeitsentwicklung des Kindes.

**Was ist Trennungsangst:** Manche Kinder zeigen jedoch weiterhin starke Protestreaktionen bei einer Trennung von Mutter oder Vater. Wenn dies bei Kindern ab dem 3. Lebensjahr auftritt und das Kind darunter leidet (z.B. weil es nicht im Kindergarten bleiben kann), spricht man von einer Trennungsangst. Trennungsängste sind immer Ängste vor der Trennung von der Hauptbezugsperson, meist Mutter oder Vater. Sie können dabei aber in verschiedenen Formen auftreten: z.B. Angst vor dem Schlafen im eigenen Bett; Angst, in einem anderen Raum der Wohnung zu sein als die Mutter; Angst, alleine im Kindergarten oder in der Schule zu bleiben.

**Erscheinungsbild:** Die Angst zeigt sich auf drei verschiedenen Ebenen: emotional, gedanklich und körperlich. Neben dem Gefühl von Angst äußern die Kinder häufig Befürchtungen, dass ihnen selbst oder der Bezugsperson während des Getrenntseins etwas Schlimmes passieren könnte. Manche Kinder befürchten, dass ihre Mutter oder ihr Vater nicht wiederkommen, um sie, z.B. vom Kindergarten, abzuholen. Daneben zeigen sich auch körperliche Reaktionen wie z.B. Bauch- oder Kopfschmerzen, Erbrechen, Zittern oder Hautrötungen. In Anklammern oder Nachlaufen zeigt sich oft am deutlichsten die Verzweiflung des Kindes über die bevorstehende Trennung. Emotionale, gedankliche und körperliche Reaktion können dabei zusammengekommen so stark werden, dass sie das Kind und die Eltern an das Ende ihrer Kraft und Geduld bringen können.

**Ursachen und Auslöser:** Die Ursachen der Trennungsangst liegen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sowohl in der Persönlichkeit des Kindes als auch in seiner Umwelt.

Schon Säuglinge zeigen unterschiedlich viel Angst im Umgang mit Neuem. So gibt es Säuglinge, die eher neugierig reagieren und sich Neuem zuwenden und andere, die weinen und sich von Neuem abwenden. Diese Neigung zu vorsichtigem und ängstlichem Reagieren kann auch bei den Eltern vorhanden sein. Aber auch ein Kind nicht ängstlicher Eltern kann eine solche Neigung haben. Manche Kinder sind sehr schüchtern, was zum Beispiel dazu beiträgt, dass sie nicht gerne mit anderen Personen Kontakt aufnehmen. Häufig reagieren andere Menschen auf so ein ängstliches, vorsichtiges Kind mit viel Nähe und Schutz. Durch diesen Schutz macht das Kind nur wenige Erfahrungen, schwierige Situationen selbst bewältigen zu können. Die Ängstlichkeit kann sich dann zu einer Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen entwickeln. Im Alter zwischen 3 und 7 Jahren ist dies häufig die Angst vor Trennungen. Die Angst kann auch durch ein bestimmtes Erlebnis ausgelöst werden. Ängstliche Kinder nehmen Situationen häufig als sehr gefährlich wahr und merken sie sich sehr lange. Manchmal dehnt sich die Angst auch auf Merkmale der erlebten Trennungssituation aus, z.B. mag ein Kind die Farbe rot nicht mehr, weil es in der Situation einen roten Pullover an hatte. Eine Therapie kann dazu beitragen, Kind und Eltern aus dem entstandenen Teufelskreis herauszuhelfen.

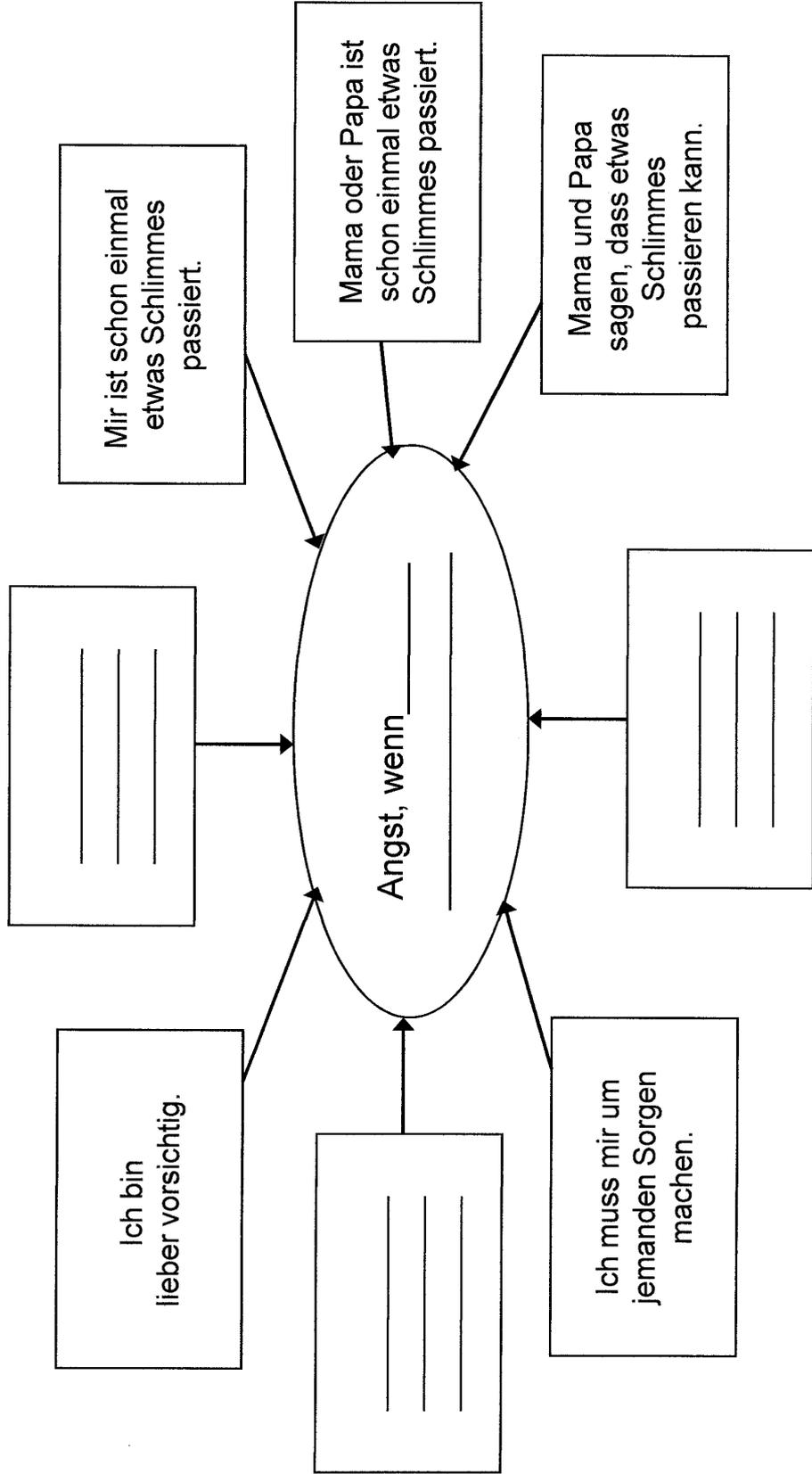
## Ängste im Verlauf der kindlichen Entwicklung

Im Verlauf der Entwicklung treten bei Kindern in verschiedenen Altersstufen verschiedene Ängste auf. Diese Ängste sind normal und hängen mit Fähigkeiten zusammen, die das Kind in dieser Entwicklungsphase erwirbt. Sind diese Ängste übermäßig stark und behindern sie das Kind in seiner Entwicklung, besteht eine Angststörung. Dies gilt auch für Ängste, die weit über das typische Auftretensalter hinausgehen.

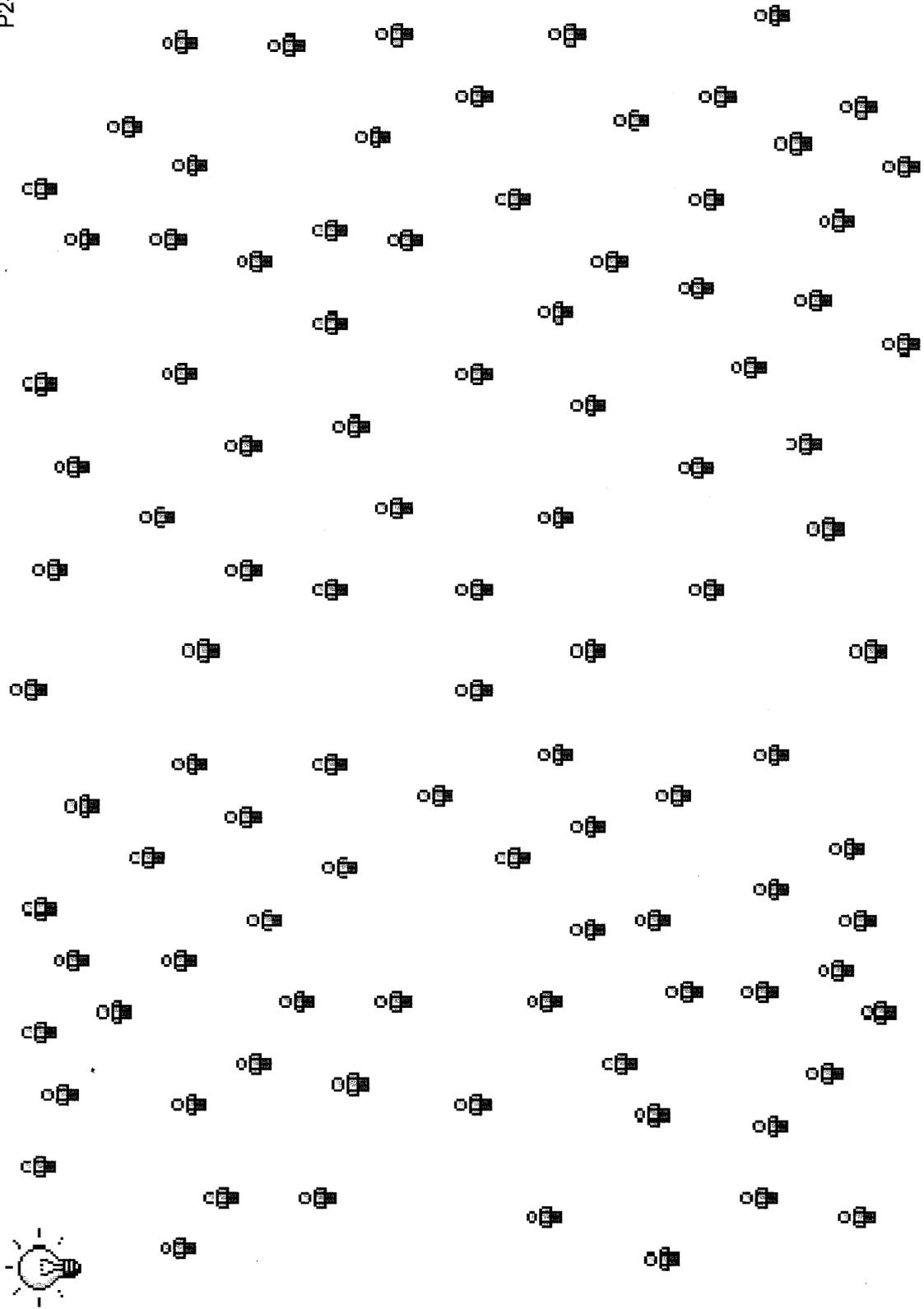
Altersstufen	Erworbene Fähigkeiten	Typische Ängste
0 bis 6 Monate	Sinneswahrnehmungen (Sehen, Hören etc.)	Angst vor starken Sinnesreizen, z.B. lauten Geräuschen
6 bis 18 Monate	Erkennen der eigenen Person, Bewusstsein für Unterschied zwischen selbst u. anderen	Angst vor Trennung
18 Monate bis 4 Jahre	Entwicklung der Vorstellungskraft, schlechte Unterscheidung zw. Wirklichkeit u. Phantasie	Angst vor Phantasiegestalten, Einbrechern, Dunkelheit, Angst vor Trennungen
5 bis 7 Jahre	Fähigkeit, zu logischen u. voraus denkenden Vorstellungen	Angst vor Naturgewalten (Feuer, Gewitter), Verletzungen (Spritzen, Blut), Tieren
8 bis 11 Jahre	Selbstwert abhängig von schulischen und anderen (musikalisch, sportlich) Leistungen	Angst vor schlechten Leistungen
12 bis 18 Jahre	Voraussehen künftiger Gefahren Selbstwert abhängig von sozialer Anerkennung	Angst vor körperlichen Krankheiten, zukünftigen Gefahren, Angst vor sozialer Ablehnung



### Wie es kommt, dass ich Angst habe?



P2-K



## Informationen über Trennungsängste

**Angst als normale Reaktion:** Die Angst von Kindern vor Trennungen von ihren Eltern ist ungefähr bis zum 3. Lebensjahr normal und wichtig. Der Protest des Kindes bei einer Trennung dient als Schutz und hilft dem Säugling oder Kleinkind, die Mutter nicht zu verlieren. Diese Reaktion beginnt meist zwischen 7 und 12 Monaten und erreicht mit dem „Fremdeln“ zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat ihren Höhepunkt. In dieser Zeit zeigen die meisten Kinder deutliche Angstreaktionen bei der Konfrontation mit Fremden und suchen Schutz bei Mutter oder Vater. Mit ungefähr drei Jahren sind Kinder dann in der Lage, eine Trennung von der Bezugsperson ohne starke Ängste zu ertragen. Dies wird oft zum ersten Mal im Kindergarten verlangt und ist ein wichtiger Schritt in der Selbständigkeitsentwicklung des Kindes.

**Was ist Trennungsangst:** Manche Kinder zeigen jedoch weiterhin starke Protestreaktionen bei einer Trennung von Mutter oder Vater. Wenn dies bei Kindern ab dem 3. Lebensjahr auftritt und das Kind darunter leidet (z.B. weil es nicht im Kindergarten bleiben kann), spricht man von einer Trennungsangst. Trennungsängste sind immer Ängste vor der Trennung von der Hauptbezugsperson, meist Mutter oder Vater. Sie können dabei aber in verschiedenen Formen auftreten: z.B. Angst vor dem Schlafen im eigenen Bett; Angst, in einem anderen Raum der Wohnung zu sein als die Mutter; Angst, alleine im Kindergarten oder in der Schule zu bleiben.

**Erscheinungsbild:** Die Angst zeigt sich auf drei verschiedenen Ebenen: emotional, gedanklich und körperlich. Neben dem Gefühl von Angst äußern die Kinder häufig Befürchtungen, dass ihnen selbst oder der Bezugsperson während des Getrenntseins etwas Schlimmes passieren könnte. Manche Kinder befürchten, dass ihre Mutter oder ihr Vater nicht wiederkommen, um sie, z.B. vom Kindergarten, abzuholen. Daneben zeigen sich auch körperliche Reaktionen wie z.B. Bauch- oder Kopfschmerzen, Erbrechen, Zittern oder Hautrötungen. In Anklammern oder Nachlaufen zeigt sich oft am deutlichsten die Verzweiflung des Kindes über die bevorstehende Trennung. Emotionale, gedankliche und körperliche Reaktion können dabei zusammengekommen so stark werden, dass sie das Kind und die Eltern an das Ende ihrer Kraft und Geduld bringen können.

**Ursachen und Auslöser:** Die Ursachen der Trennungsangst liegen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen sowohl in der Persönlichkeit des Kindes als auch in seiner Umwelt.

Schon Säuglinge zeigen unterschiedlich viel Angst im Umgang mit Neuem. So gibt es Säuglinge, die eher neugierig reagieren und sich Neuem zuwenden und andere, die weinen und sich von Neuem abwenden. Diese Neigung zu vorsichtigem und ängstlichem Reagieren kann auch bei den Eltern vorhanden sein. Aber auch ein Kind nicht ängstlicher Eltern kann eine solche Neigung haben. Manche Kinder sind sehr schüchtern, was zum Beispiel dazu beiträgt, dass sie nicht gerne mit anderen Personen Kontakt aufnehmen. Häufig reagieren andere Menschen auf so ein ängstliches, vorsichtiges Kind mit viel Nähe und Schutz. Durch diesen Schutz macht das Kind nur wenige Erfahrungen, schwierige Situationen selbst bewältigen zu können. Die Ängstlichkeit kann sich dann zu einer Angst vor bestimmten Dingen oder Situationen entwickeln. Im Alter zwischen 3 und 7 Jahren ist dies häufig die Angst vor Trennungen. Die Angst kann auch durch ein bestimmtes Erlebnis ausgelöst werden. Ängstliche Kinder nehmen Situationen häufig als sehr gefährlich wahr und merken sie sich sehr lange. Manchmal dehnt sich die Angst auch auf Merkmale der erlebten Trennungssituation aus, z.B. mag ein Kind die Farbe rot nicht mehr, weil es in der Situation einen roten Pullover an hatte. Eine Therapie kann dazu beitragen, Kind und Eltern aus dem entstandenen Teufelskreis herauszuhelfen.



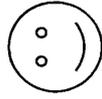
## Ich war mutig!

Hier kannst Du malen oder schreiben, wann Du mutig warst.

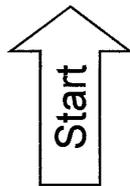




**Gut gemacht!**



Male hier für alle Übungen, die Du geschafft hast, ein lachendes Gesicht!



## Selbständigkeit als Hilfe gegen Angst

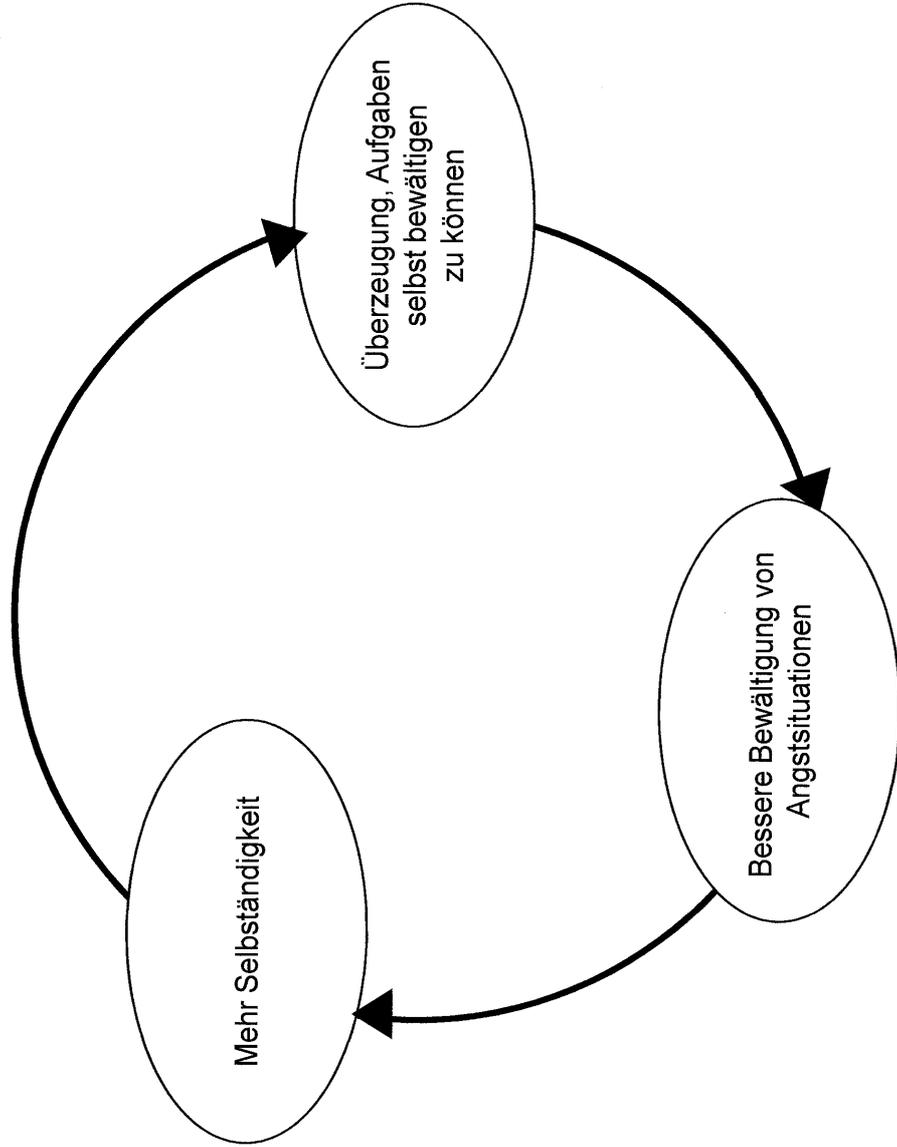
Ein Kind mit Trennungsängsten spricht bei Eltern eine ihrer wichtigsten Aufgaben an – das eigene Kind zu beschützen. Bei Trennungsängsten vermeiden Kinder jedoch häufig Situationen, die weder gefährlich sind noch eine Überforderung darstellen. In Situationen wie dem Einschlafen oder dem Schulbesuch brauchen Kinder nicht die unmittelbare Nähe ihrer Eltern, um beschützt zu sein. Für Kinder mit Trennungsängsten ist es wichtig, ihre Selbständigkeit in diesen Bereichen zu vergrößern oder wieder aufzubauen. Kinder in ungefährlichen Trennungssituationen zu beschützen bedeutet eine Einschränkung ihrer Selbständigkeit. Die Kinder erleben, dass sie es nicht wie andere Kinder schaffen, alleine ins Bett zu gehen oder die Schule zu besuchen. Durch die Erweiterung der Selbständigkeit kann auch die Überzeugung wachsen, Trennungssituationen selber bewältigen zu können.

Im Folgenden finden Sie eine Aufzählung von Aktivitäten, die Kinder im Alter ab 6 Jahren selbständig erledigen können. Markieren Sie, welche Tätigkeiten Ihr Kind schon von sich aus ausführt, welche es nach Aufforderung selbständig ausführt und welche es noch nicht selbständig ausführt.

Tätigkeit	selbständig		
	von sich aus	nach Aufforderung	nicht
<b>1. Körperhygiene</b>			
Wäscht sich die Hände			
Wäscht sich das Gesicht			
Geht zur Toilette			
Putzt sich die Zähne			
Duscht oder badet			
<b>2. Anziehen/Ausziehen</b>			
Zieht sich an			
Zieht sich aus			
Achtet auf seine Kleidung (Sauberkeit, Vollständigkeit)			
Räumt Kleidung an den richtigen Ort			
<b>3. Aufräumen</b>			
Räumt benutztes Spielzeug weg			
Räumt das Zimmer auf			
Weiß, wo die Dinge in seinem Zimmer hingehören			
<b>4. Mithilfe beim Kochen</b>			
Rührt um			
Zupft oder schneidet Lebensmittel klein			
Schüttet Flüssigkeiten um oder ein			
<b>5. Mithilfe im Haushalt</b>			
Deckt den Tisch und räumt ihn ab			
Trocknet Geschirr ab			
Räumt Geschirr in die/ aus der Geschirrspülmaschine			
Bringt Müll raus			
<b>6. Einkaufen</b>			
Sucht Dinge in einem Laden			
Legt Einkäufe auf das Band			
Kauft alleine Kleinigkeiten (z.B. Brötchen) ein			
<b>7. Telefonieren</b>			
Ruft bekannte Personen an			
Spricht (kurz) mit Fremden			
<b>8. Weitere</b>			

Gibt es Aufgaben aus der Liste oder andere Aufgaben, durch die Ihr Kind seine Selbständigkeit erweitern könnte?

## Zusammenhang von Angst und Selbständigkeit





## Was ich schon alles kann!

Hier findest Du ganz viele Sachen, die man selber machen kann. Schau Dir an, welche Sachen Du schon selber machen kannst und für welche Du noch Hilfe brauchst.

Sachen, die man alleine machen kann	stimmt	stimmt nicht
Ich kann mich alleine waschen.		
Ich kann alleine zur Toilette gehen.		
Ich kann mir alleine die Zähne putzen.		
Ich kann alleine duschen / baden.		
Ich kann mich alleine anziehen.		
Ich kann mich alleine ausziehen.		
Ich räume meine Anzihsachen selber weg.		
Ich räume mein Spielzeug selber weg.		
Ich räume mein Zimmer selber auf.		
Ich weiß selber, wo mein Spielzeug hingehört.		
Ich kann beim Kochen helfen.		
Ich kann den Tisch decken.		
Ich kann den Tisch abräumen.		
Ich kann Geschirr abtrocknen.		
Ich kann Geschirr in die Spülmaschine räumen.		
Ich bringe selber Müll raus.		
Ich kann alleine einkaufen.		
Ich lege Einkäufe selber aufs Band.		
Ich kann Sachen in einem Laden alleine finden.		
Ich kann Leute anrufen, die ich kenne.		
Ich kann selber einen Anruf annehmen.		

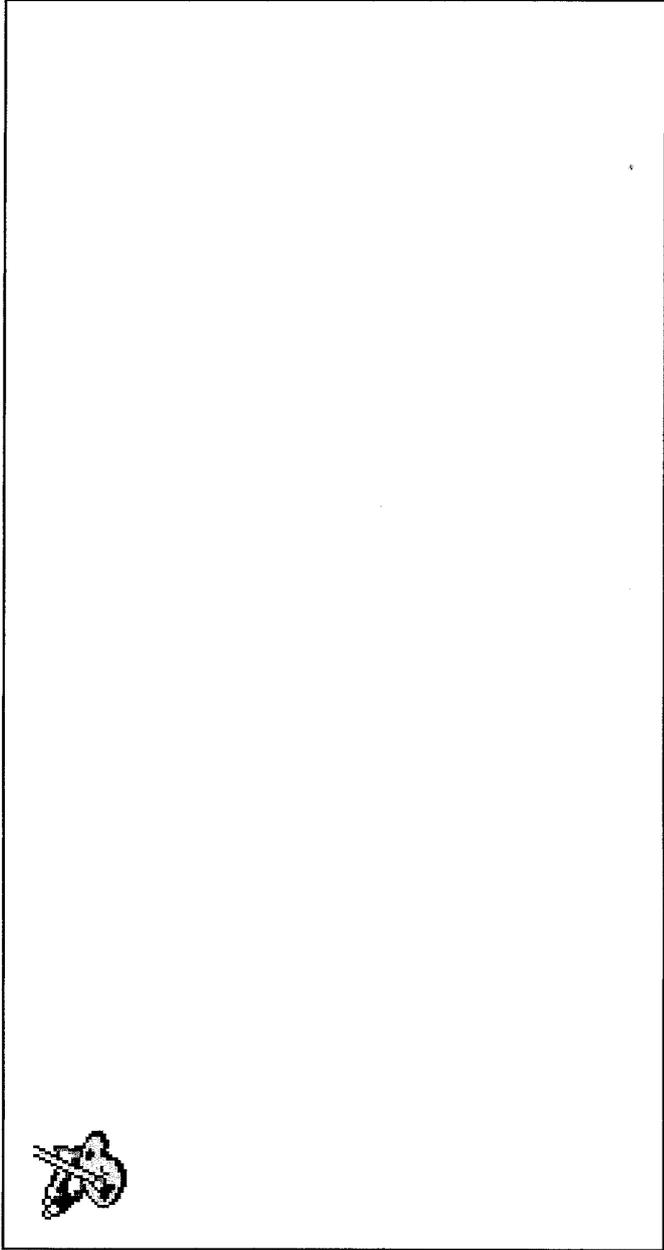


S2-K

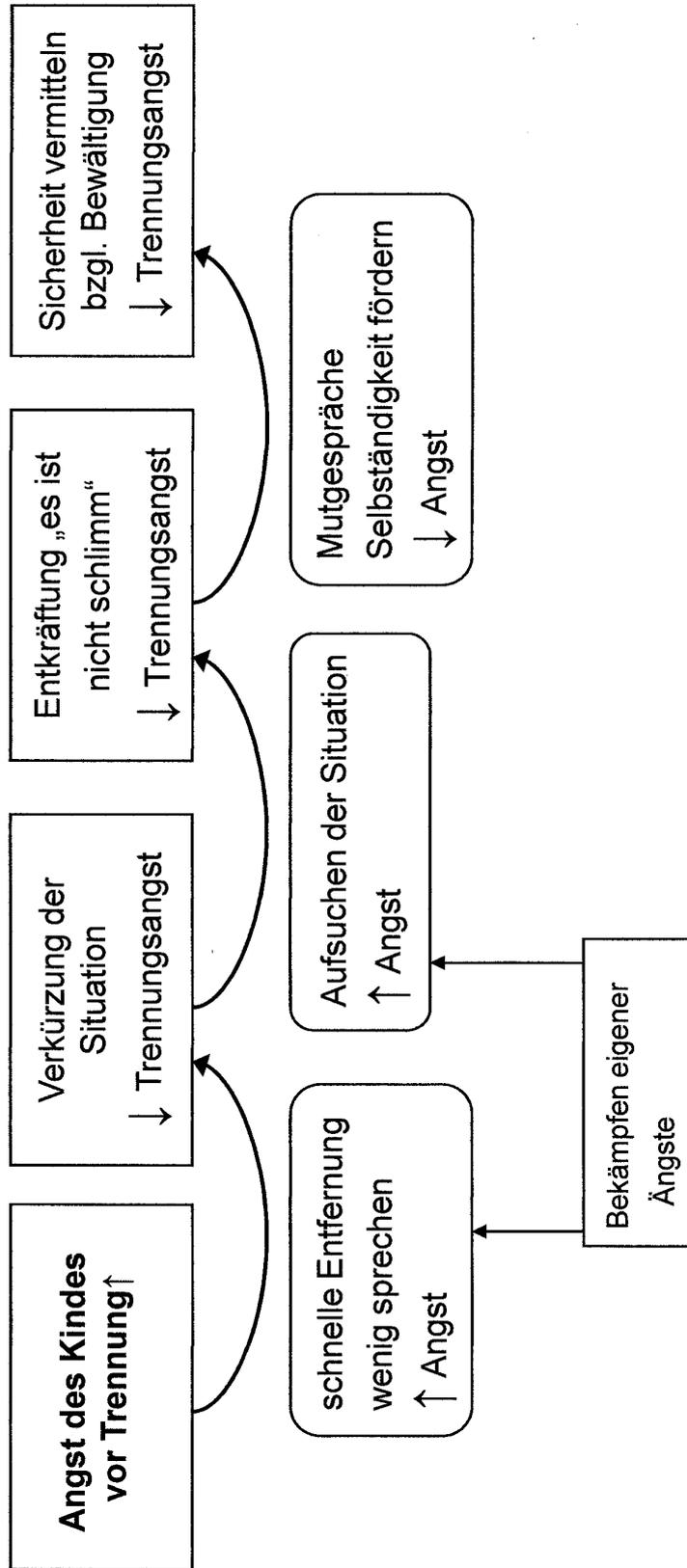
## Das kann ich doch selber!

Was ich in dieser Woche ausprobieren möchte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Wie wirken Übungen auf die Ängste?



## Tipps für die Übungen

**Sprechen Sie die Übungssituation vorher mit dem Kind genau ab:** Das Kind muss wissen, was wann passieren wird und sich darauf einlassen können. Beginnen Sie jedoch kein Gespräch über die Angst sondern bleiben Sie so gut wie möglich bei der Besprechung der geplanten Übung. Vermitteln Sie auch hier dem Kind Ihr Vertrauen, dass es die Situation schaffen wird.

**Kein Thema mehr:** Sprechen Sie außer in der Vorbereitung nicht über die Trennungsängste. Alle Gespräche führen eher zu einem Angstaufbau als zu einer Angstverminderung. Auf Bemerkungen Ihres Kindes reagieren Sie möglichst kurz und beruhigend.

**Führen Sie die Trennung auf jeden Fall durch:** Wichtig ist, dass sich Ihr Kind der Angst aussetzt. So kann es die Erfahrung machen, dass es die Angst aushält. Belohnen Sie Ihr Kind dafür, dass es so mutig ist.

**Beruhigen Sie Ihr Kind, aber versuchen Sie nicht, ihm die Angst auszureden:** Benutzen Sie einen beruhigenden Satz und sagen Sie diesen nicht zu häufig (z.B. Du schaffst das.)

**Vermitteln Sie Ihrem Kind Sicherheit:** Zeigen Sie ihm, dass Sie überzeugt sind, dass es die Situation bewältigen kann. Lassen Sie es eigene Unsicherheit oder Befürchtungen nicht spüren. Ihre Sicherheit und Ihr Vertrauen wird auch Ihr Kind sicherer machen.

**Trennen Sie sich möglichst schnell:** Je länger Sie in der Trennungssituation in der Nähe Ihres Kindes sind, umso schwerer wird ihm die Trennung fallen.

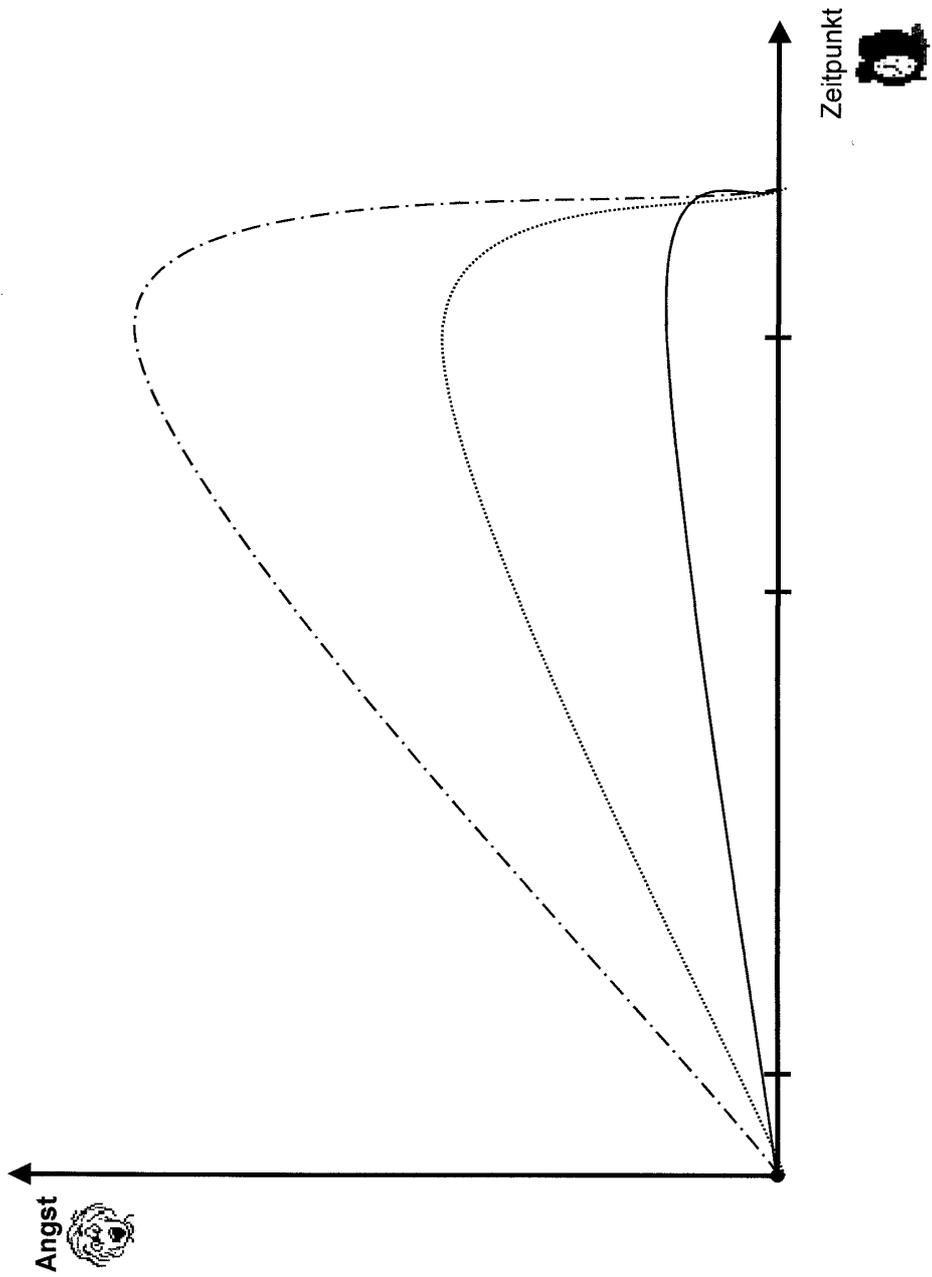
**Halten Sie in der Trennungssituation körperliche Nähe möglichst gering:** Die körperliche Nähe zu Ihnen bedeutet für Ihr Kind höchste Sicherheit und es wird ihm noch schwerer fallen, sich in die Unsicherheit der Trennung zu begeben.

**Ihr Kind und Sie bilden ein Übungsteam:** Sollten sich bei einer Übung Probleme ergeben, ist das weder Ihre Schuld noch die Schuld Ihres Kindes. Beenden Sie die Übung, wenn sie für Sie oder für Ihr Kind zu schwierig wird. Alle Schwierigkeiten verbessern die Planung der nächsten Übungen.



## Wie man Angstberge klein macht!

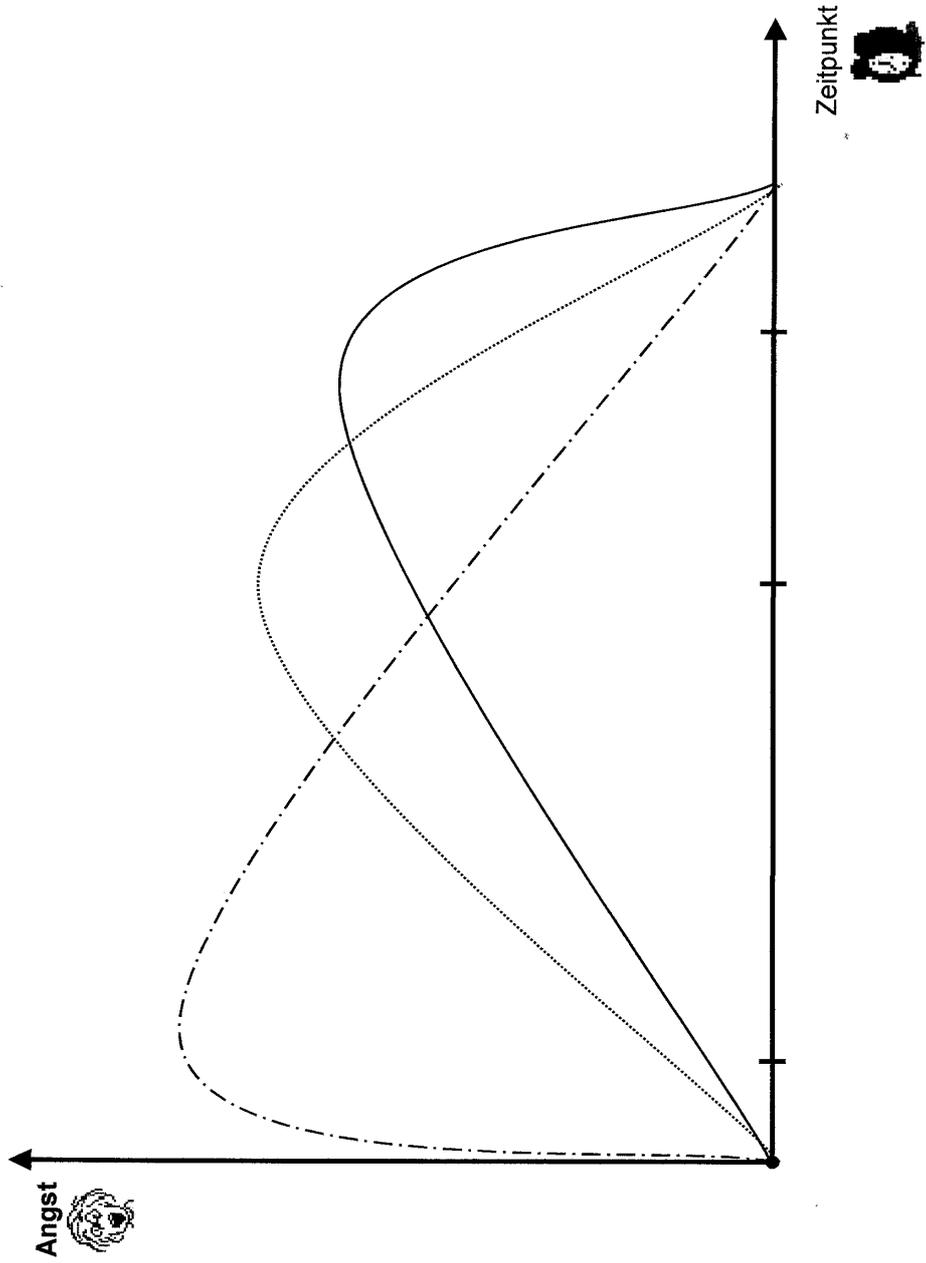
E1-K





## Wie man Angstberge verschiebt!

E2-K





## Vertrag

Ziel:

Ausrüstung:

Belohnung:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Muturkunde

für \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ hat sehr eindrucksvoll Mut in den  
folgenden Bereichen gesammelt:



Wir gratulieren \_\_\_\_\_ zu so viel Mut!

Damit der Mut nicht verschwindet, sollte \_\_\_\_\_ auch  
zu Hause weiter so mutig sein!

ausgestellt am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Therapeut(in)

## 9.3 Ergebnisse

Tab. 43, Teil 1: Problemliste, 1. Problem, Problemstärke, Rohwerte sowie Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen im Behandlungsverlauf

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Fall 1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3
Fall 2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	1	1
Fall 3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	2
Fall 4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3
Fall 5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1
Fall 6	3	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1
Fall 7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2
Fall 8	3	3	3	1	3	3	2	1	2	1	1	1
Fall 9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Fall 10	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
AM	3,70	3,60	3,60	3,30	3,60	3,50	3,50	3,30	3,00	2,60	2,20	2,00
SD	0,48	0,70	0,70	1,06	0,70	0,97	0,85	1,06	1,15	1,17	1,03	1,05

Tab. 43, Teil 2: Problemliste, 1. Problem, Problemstärke, Rohwerte sowie Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen im Behandlungsverlauf

	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	K24	K25
Fall 1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1
Fall 2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fall 3	3	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Fall 4	3	3	4	2	2	1	1	1	0	1	2	1	0
Fall 5	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
Fall 6	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fall 7	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0
Fall 8	1	1	1	1	2	3	3	3	3	2	2	1	1
Fall 9	4	4	4	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0
Fall 10	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3	2	2	2
AM	2,10	2,00	1,70	1,50	1,50	1,30	1,00	1,30	1,10	0,80	0,70	0,50	0,50
SD	1,20	1,41	1,49	1,35	0,85	1,16	1,05	1,34	1,45	1,03	0,95	0,71	0,71

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.