

ANGSTSTÖRUNGEN

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER ANGSTSTÖRUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

SUBTYPEN

PANIKSTÖRUNG (F41.0). Auftreten wiederkehrender, ausgeprägter Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken, nicht vorhersehbar sind und deshalb zu Erwartungsangst führen können.

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG (F41.1). Frei flottierende, anhaltende Angst mit vielfältigen, insbesondere vegetativen Symptomen; im Kindes- und Jugendalter häufig weniger typische Beschwerden und spezifische vegetative Symptome (andere emotionale Störung des Kindesalters, Störung mit Überängstlichkeit, F93.8).

PHOBIEN (F40.X ; Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie)

Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte - außerhalb der betreffenden Person - hervorgerufen wird.

Diese Situationen oder Objekte werden charakteristischerweise gemieden oder mit ausgeprägter Angst ertragen.

Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden, sie variiert zwischen leichtem Unbehagen bis zur Panik.

Befürchtungen des Betroffenen können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, sie treten häufig zusammen auf mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, verrückt zu werden

Die Angst wird nicht durch die Erkenntnis gemildert, dass andere solche Situationen oder Objekte nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten

Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst

Psychische oder vegetative Symptome sind primäre Manifestationen der Angst und beruhen nicht auf anderen Symptomen wie Wahn- oder Zwangsgedanken.

EMOTIONALE STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST DES KINDESALTERS (F93.0). Angst vor der Trennung von wichtigen Bezugspersonen, die erstmals während der ersten Lebensjahre auftritt und durch außergewöhnlichen Schweregrad sowie abnorme Dauer zu einer Beeinträchtigung sozialer Funktionen führt

SYMPTOMATIK

➤ PANIKSTÖRUNG

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

➤ GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

1. Das wesentliche Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die sich aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt, sondern frei flottiert
2. Symptome von Angst treten an den meisten Tagen über eine Dauer von mindestens mehreren Wochen auf: Befürchtungen (übertriebene Sorgen bezüglich alltäglicher Ereignisse und Probleme wie die Schul- oder Arbeitssituation; Sorgen über zukünftiges Unglück; Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren; Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität)
3. Symptome der Anspannung (Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen, körperliche Unruhe, Zittern, Unfähigkeit zum Entspannen)
4. Vegetative Übererregbarkeit (Tachykardie, Tachypnoe, Schwitzen, Schwindel, Benommenheit, Mundtrockenheit, Oberbauchbeschwerden)
5. Bei Kindern herrschen oft das Bedürfnis nach Beruhigung und somatische Beschwerden vor.

➤ AGORAPHOBIE

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

➤ SOZIALE PHOBIEN

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

➤ SPEZIFISCHE PHOBIEN

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

➤ PHOBISCHE STÖRUNGEN DES KINDESALTERS

1. Abnorm gesteigerte Furcht vor alterstypisch angstbesetzten Objekten oder Situationen, z.B. laute Geräusche, imaginäre Gestalten (Gespenster), Tiere (Hunde), Dunkelheit oder Gewitter
2. Der Beginn liegt in der entwicklungsangemessenen Altersstufe
3. Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gegenüber solchen Objekten oder Situationen
4. Die Angst ist nicht Teil einer generalisierten Störung.

➤ STÖRUNG MIT SOZIALER ÜBEREMPFINDLICHKEIT DES KINDESALTERS

1. Kinder mit dieser Störung zeigen eine durchgängige oder wiederkehrende altersunangemessene Furcht vor Fremden oder meiden diese
2. Dieses Verhalten führt zu einer bedeutsamen sozialen Beeinträchtigung
3. Die Störung beginnt vor dem 6. Lebensjahr und ist nicht Teil einer generalisierten Störung.

➤ EMOTIONALE STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST DES KINDESALTERS

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

EPIDEMIOLOGIE

Agoraphobie: Lebenszeitprävalenz zwischen 3,4 bis 9%

Panikattacken: Lebenszeitprävalenz 1,4 bis 2,4%

Trennungsangststörung: Ca. 1 bis 2% der schulpflichtigen Kinder sind betroffen

VERLAUF

Im Allgemeinen gute Prognose, aber schlechte Prognose bei Depression als Komorbidität bzw. bei fehlender Behandlung über Zeitraum von 1 Jahr (Chronifizierung!).

Agoraphobie und Panikattacken: Altersgipfel zwischen 20 und 30 Jahren, Chronifizierung bei Verläufen > 1 Jahr ohne Behandlung.

Generalisierte Angststörungen können mit angstfreien Lebenszeitabschnitten alternieren, Neigung zur Chronifizierung.

Trennungsangststörung hängen in der Prognose von drei Faktoren ab: Alter des Patienten, Schweregrad der Störung und Compliance der Eltern. Je jünger und je früher der Behandlungsbeginn, desto besser ist die Prognose. Je schwerer der Ausprägungsgrad der Störung, desto schlechter die Prognose. Compliance der Eltern nimmt mit zunehmendem Alter der Patienten als prognostischer Faktor ab.

DIFFERENTIALDIAGNOSEN

- Organische Angststörungen (F06.4)
- Substanzbedingte Störungen (F1)
- Schizophrenie (F20)
- Affektive Störungen (F32, F33, F34)
- Zwangsstörungen (F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Somatoforme Störungen (F45)
- Depersonalisationssyndrom (F48.1)
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91).
- Angstsymptome können im Rahmen körperlicher Erkrankungs- oder Störungszustände auftreten, z.B. bei Hyperthyreose, Hyperparathyreose, hypoglykämischen Zuständen, Phäochromozytom, vestibulärem Syndrom, Anfallsleiden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Laboruntersuchungen bei klinischen Hinweisen: Schilddrüsenhormone, Parathormon, Blutzucker, Adrenalinabbauprodukte, ggf. EEG und EKG.

MULTIMODALES THERAPIEKONZEPT

➤ EMOTIONALE STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST DES KINDESALTERS

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

➤ PHOBISCHE STÖRUNGEN

- Generell ist die Gabe von Psychopharmaka bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter eher die Ausnahme und sollte nur vorübergehend und als Unterstützung für andere Maßnahmen eingesetzt werden. Eine alleinige Behandlung mit Psychopharmaka ist abzulehnen
- Insgesamt ist die empirische Evidenz für die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter noch gering (III). Eine kontrollierte randomisierte Studie (jedoch mit methodischen Mängeln behaftet) belegt die Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern, deren Effektivität im Erwachsenenalter hinreichend bestätigt ist
- Bei Angststörungen sind eine Reihe verschiedener Substanzen wirksam: Mittel der ersten Wahl sind derzeit selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Mittel der zweiten Wahl serotonerge und noradrenerge trizyklische Antidepressiva, die jedoch vermehrt unerwünschte Nebenwirkungen aufweisen und eher bei komorbider Depressivität Erfolge zeigen. Benzodiazepine wirken rasch, ohne ausgeprägte Nebenwirkungen, sollten aber wegen ihres Suchtpotentials nur möglichst kurzfristig (maximal 6 Wochen) eingesetzt werden. Ausreichende empirische Evidenz für die Behandlung mit Benzodiazepinen und Beta-Rezeptorenblockern liegt bisher nur bei Erwachsenen vor
- Bei ausgeprägten verlängerten Angstzuständen, die ein Überwinden von Schwellensituationen unmöglich machen, kann die Gabe von Benzodiazepinen oder anxiolytisch wirksamer Antidepressiva kurzfristig indiziert sein, z.B. auch bei einer notwendigen medizinischen Intervention
- Bei begleitender depressiver Störung sollte diese pharmakologisch behandelt werden.

➤GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

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

➤PANIKSTÖRUNG

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

➤Zu vermeidende Therapiefehler

- Spezifische Therapie somatischer Beschwerden
- Vorsicht bei therapeutischen Arrangements, die Vermeidung erleichtern
- Vorsicht bei verbaler Instruktion über mögliche Gefahren (konditionierendes Element)
- Entlassung aus stationärer Behandlung ohne definitive Wiederaufnahmevereinbarung

Kommentar [GR1]:

- Angst kann von Bezugspersonen erzeugt werden (z.B. um Leistungen zu steigern), was bei steigender Autonomie des Kindes eher verstärkt wird

➤EMOTIONALE STÖRUNG MIT TRENNUNGSANGST DES KINDESALTERS

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

Kommentar [GR2]: Seite: 2

Besonderheiten Besonderheiten bei ambulanter Behandlung Panikstörung/Generalisierte Angststörung

- Bei den meisten Angststörungen im Kindes- und Jugendalter ist ambulante Behandlung ausreichend, insbesondere bei leichter bis mäßiger Ausprägung der Störung, guter Erreichbarkeit und Kooperation der Eltern