



ID 157314184 © motortion | Dreamstime.com

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Eine **Informationsbroschüre** zur Sensibilisierung von Eltern – mit einem Fokus auf die generalisierte Angststörung

Verfasst von: **Sina Hunger**

Universität Zürich

Psychologisches Institut

Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie: Säuglings- und Kindesalter

Im Rahmen des Seminars *Angewandte Entwicklungspsychologie*

Dozierende: Ira Kurthen und Lea Inge Mörsdorf

Herbstsemester 2019

Abgabedatum: 19.12.19

Inhalt

1. Einleitung.....	1
1.1 Ziele dieser Broschüre	1
2. (Generalisierte) Angststörung im Kindes- und Jugendalter	2
2.1 Abgrenzung entwicklungsphasentypische Ängste vs. klinische Angststörungsbilder.....	2
2.2 Begriffserklärung generalisierte Angststörung:	2
2.3 Symptomatik im Kindes- und Jugendalter.....	2
2.4 Diagnosekriterien	3
2.5 Entstehung und Verlauf.....	4
2.6 Zwei Interventionsmethoden.....	5
2.6.1 Kognitive Verhaltenstherapie.....	5
2.6.2 Medikamentöse Behandlung	7
3. Zusammenfassung/Diskussion	7
4. Literaturverzeichnis.....	9

1. Einleitung

Sorgen und damit verbundene Ängste einer Person werden für Aussenstehende oft nicht sichtbar, da sie sich meist im Inneren der betroffenen Person abspielen und verarbeitet werden. Auch schon im Kindesalter kann ein solches «Sich-Sorgen-Machen» oder «Angst-Haben» auftreten und ernstzunehmende Konsequenzen mit sich bringen. Die Forschung zu Angststörungen im Kindes- und Jugendalter wurde lange Zeit vernachlässigt, während in dem gleichen Forschungszweig für das Erwachsenenalter zahlreiche störungsspezifische Erklärungs- und Behandlungsansätze erarbeitet wurden. Ein möglicher Grund für diesen tiefen Dornröschenschlaf könnte sein, dass Angststörungen des Kindes- und Jugendalters häufig als vorübergehende Ängste aufgrund von Entwicklungsphasen angesehen wurden (Schneider, 2006). Die heutige Forschung konnte mit empirischen Arbeiten von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters allerdings eindrücklich belegen, dass Angststörungen mit Abstand die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters sind (Schneider, 2006). Trotz ihrer Häufigkeit werden Betroffene verhältnismässig weniger in Therapieeinrichtungen vorgestellt als solche mit einer externalisierenden Störung wie bspw. ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens (Schneider & In-Albon, 2010). Ein Grund für diese Unverhältnismässigkeit könnte die Tatsache darstellen, dass Angststörungen des Kindes- und Jugendalters den eher «stillen» psychischen Störungen angehören und somit auch für Bezugspersonen der davon Betroffenen in der Regel weniger störend, belastend und auch auffallend sein mögen. Vernachlässigt sollten sie aber auf keinen Fall werden, da sie neben ihrer Häufigkeit sowohl mit einem sehr hohen Leidensdruck bei den Kindern und Jugendlichen als auch einer langfristig ungünstigen Prognose verbunden sind. Angststörungen des Kindes- und Jugendalters stellen bedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung von Angststörungen, affektiven Störungen und Substanzabhängigkeit im Erwachsenenalter dar (Schneider, 2006).

1.1 Ziele dieser Broschüre

Diese Informationsbroschüre möchte Eltern auf Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, mit einem Fokus auf die generalisierte Angststörung, überhaupt erst aufmerksam machen und vor allem auch sensibilisieren. Es soll anhand dieser Broschüre aufgezeigt werden, wie man eine Angststörung definiert, erkennt und was es für Behandlungsmöglichkeiten gibt. Als erstes wird die klinisch relevante Angststörung von einer entwicklungsphasentypischen «normalen» Angst abgegrenzt und im Sinne einer Begriffserklärung definiert. Anschliessend werden Symptomatik und Diagnosekriterien der generalisierten Angststörung erläutert. Im Weiteren wird auf deren Entstehung und Verlauf eingegangen. Zusätzlich werden zwei verschiedene Therapiemöglichkeiten aufgezeigt. Zum Schluss werden diese Therapieformen diskutiert und die wichtigsten Punkte herausgehoben.

2. (Generalisierte) Angststörung im Kindes- und Jugendalter

Klassischerweise wird zwischen vier Angststörungen im Kindes- und Jugendalter differenziert: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters, phobische Störung des Kindesalters, Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters und generalisierte Angststörung des Kindesalters (Schneider et al., 2010).

2.1 Abgrenzung entwicklungsphasentypische Ängste vs. klinische Angststörungsbilder

Sehr wichtig ist die Unterscheidung zwischen Ängsten, welche typisch für gewisse Entwicklungsphasen im Kindes- und Jugendalter sind und solchen, welche klinisch relevant sind. Beispiele für entwicklungsphasentypische Ängste sind die Achtmonatsangst oder die Dunkelangst. Charakteristisch sind diese Ängste vergleichsweise mild, altersspezifisch und vorübergehend. Die Inhalte der Ängste ändern sich mit der Entwicklung und dem Alter. Von diesen «normalen» Ängste sind nun klinisch bedeutsame Störungsbilder der Angst abzugrenzen. «Generell gelten [...] Ängste des Kindes- und Jugendalters dann als klinisch relevant, wenn sie:

1. unrealistisch und übertrieben sind,
2. über eine bestimmte Zeitdauer ([...] 6 Monate bei der generalisierten Angststörung) anhalten und
3. zu einer deutlichen Beeinträchtigung führen bzw. die normale Entwicklung des Kindes gefährden» (Schneider, 2006, S. 100).

2.2 Begriffserklärung generalisierte Angststörung:

Bei der generalisierten Angststörung stehen **übermäßige und subjektiv unkontrollierbare Sorgen** im Vordergrund, assoziiert mit körperlichen Merkmalen. Diese Symptome zeigen sich zwar auch bei vielen anderen Störungen, aber nur bei der generalisierten Angststörung sind **Sorgen das Kernmerkmal** (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011).

Betreffend der Themen der Sorgen unterscheiden sich Gesunde und Personen mit generalisierter Angststörung nicht. Sowohl bei Gesunden als auch Personen mit einer generalisierten Angststörung sind typische Sorgenthemen z.B. die eigene Gesundheit oder die von nahestehenden Personen, zwischenmenschliche Beziehungen etc. – was sich jedoch merklich unterscheidet, sind **Intensität, Kontrollierbarkeit** und **Dauer der Sorgen** sowie die **Anzahl assoziierter Symptome** und die **Beeinträchtigung durch die Sorgen** (Hoyer, Becker & Roth, 2001; Hoyer, Becker & Margraf, 2002; zit. n. Hoyer & Beesdo-Baum, 2011).

2.3 Symptomatik im Kindes- und Jugendalter

Häufig werden Kinder mit einer generalisierten Angststörung auch als «**kleine Erwachsene**» bezeichnet, da sich ihre Sorgen viel um erwachsenentypische Themen wie z.B. Pünktlichkeit,

katastrophale Ereignisse wie Erdbeben und Krieg, Gesundheit, Finanzen oder Sicherheit drehen. Kinder mit einer generalisierten Angststörung machen sich aber auch Sorgen über altersangemessene Themen, meist beziehen sich diese Sorgen auf ihre Kompetenzen im sozialen, sportlichen oder schulischen Bereich. Aufgrund dessen sind sie stets bemüht, **Rückversicherung und Anerkennung** von anderen einzuholen. So zeigen Kinder mit einer generalisierten Angststörung häufig ein perfektionistisches Verhalten wie z.B. mehrmaliges oder sehr sorgfältiges Durchführen der Hausaufgaben. Perfektionismus ist eines der möglichen Merkmale der generalisierten Angststörung, welche in vernünftigem Ausmass sozial erwünscht sind. So wird es manchmal erschwert, die Störung bei Kindern zu erkennen, wobei hinzugefügt werden muss, dass sich auch nicht bei jeder generalisierten Angststörung perfektionistische Züge zeigen. **Körperliche Beschwerden** sind ein weiteres Kennzeichen der generalisierten Angststörung: Neben Schlafschwierigkeiten, Ruhelosigkeit, gastrointestinalen Problemen, Kopf- und Muskelschmerzen können auch Symptome wie unwillkürliches Einnässen, Schwitzen und Zittern zu beobachten sein (In-Albon, 2009). Aus Kindersicht sind die am **häufigsten angegebenen Symptome** bei einer generalisierten Angststörung: Gefühle der Anspannung (100%), angespannte Erwartungen (96%), Wunsch nach Rückversicherung (92%), negatives Selbstbild (90%), körperliche Beschwerden (82%), Reizbarkeit (72%), Grübeln (64%), Konzentrationsschwierigkeiten (62%), psychomotorische Agitiertheit (62%), Schlafprobleme (56%) und Müdigkeit (56%) (Masi et al., 2004; zit. n. In-Albon, 2009). (Schul)vermeidung aus Angst Fehler zu machen oder aus Angst vor etwas Ungewissem ist ein **typisches Verhaltensproblem** von Betroffenen. **Kognitive Merkmale** bei der generalisierten Angststörung zeigen sich z.B. darin, dass ein kleiner Fehler gleich als Beweis interpretiert wird, völlig versagt zu haben. Daran anknüpfend ist auch ein geringes Selbstvertrauen und somit ein insgesamt unsicheres und negatives Selbstbild der betroffenen Kinder zu nennen (In-Albon, 2009). Im nächsten Unterkapitel werden nun die Kriterien aufgezeigt, anhand derer die generalisierte Angststörung diagnostiziert werden kann.

2.4 Diagnosekriterien

Laut dem ICD-10, dem internationalen Klassifikationssystem für Krankheiten der WHO, sind zentrale Merkmale der generalisierten Angststörung Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme (Dilling & Freyberger, 2014). Für das Stellen einer Diagnose der generalisierten Angststörung des Kindesalters nach dem ICD-10 sind Kriterien der folgenden Tabelle 1 zu beachten:

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der generalisierten Angststörung des Kindesalter nach ICD-10, nach In-Albon, 2009, S. 596.

A.	Intensive Ängste und Sorgen (ängstliche Erwartung) über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten an mindestens der Hälfte der Tage. Die Ängste und Sorgen beziehen sich auf mindestens einige Ereignisse und Aktivitäten (wie Arbeits- oder Schulleistungen).
----	--

B.	Die Betroffenen haben Schwierigkeiten, mit den Sorgen fertig zu werden.
C.	Die Ängste und Sorgen sind mit mindestens drei der folgenden Symptome verbunden (mindestens zwei Symptome an mindestens der Hälfte der Tage): 1. Ruhelosigkeit, Gefühl überdreht, nervös zu sein 2. Gefühl von Müdigkeit, Erschöpfung oder leicht ermattet zu sein durch die Sorgen und Ängste 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Gefühl, der Kopf sei leer 4. Reizbarkeit 5. Muskelverspannung 6. Schlafstörung wegen Ängsten und Sorgen
D.	Die vielfältigen Ängste und Befürchtungen treten in mindestens zwei Situationen, Zusammenhängen oder Umständen auf.
E.	Beginn in der Kindheit oder in der Adoleszenz (vor dem 18. Lebensjahr).
F.	Die Ängste, Sorgen oder körperlichen Symptome verursachen klinisch deutliches Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder in anderen wichtigen Lebens- und Funktionsbereichen.
G.	Ausschlusskriterium: direkte Folge einer Substanzaufnahme oder einer organischen Krankheit, z. B. Hyperthyreose, affektive oder psychotische Störung oder tiefgreifende Entwicklungsstörung.

2.5 Entstehung und Verlauf

Meist beginnt die generalisierte Angststörung langsam und schleichend, was eine genaue Angabe zum Alter bei Beginn der Störung erschwert. Grundsätzlich kann die generalisierte Angststörung aber in jedem Lebensalter zum ersten Mal auftreten (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011).

Da sich die Grundlagenforschung bisher vermehrt den verschiedenen Angststörungen (wie z.B. generalisierte Angststörung, emotionale Störung mit Trennungsangst, phobische Störung, etc.) gemeinsam widmet, ist es bislang noch schwierig, genaue Aussagen über störungsspezifische (also z.B. explizit für die generalisierte Angststörung) Risikofaktoren zu treffen (In-Albon, 2009). Generell kann aber als Ursache für das Entstehen einer Angsterkrankung im Allgemeinen im Kindesalter von einem multifaktoriellen, biopsychosozialen Erklärungsmodell ausgegangen werden. Das heisst, dass bei der Erklärung für die Entstehung einer Angsterkrankung mehrere Faktoren, nämlich biologische, psychologische und soziale Faktoren einzeln aber auch in ihren Wechselwirkungen zu berücksichtigen sind. Dabei gelten folgende Faktoren als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Angsterkrankung: Biologische/genetische Veranlagung, Temperament des Kindes (Grad der Verhaltenshemmung), elterliche Ängste, häusliche Interaktion (Vorbildfunktion), elterliche Überbehütung/-kontrolle, unsichere Bindung und vermeidender Copingstil (Bewältigungsstrategie) des Kindes (Weninger, Nestler & Schulze, 2013). Wird die generalisierte Angststörung nicht behandelt, verläuft sie oft chronisch über ein Jahrzehnt oder länger (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Unbehandelte

Angststörungen stellen ausserdem bedeutsame Risikofaktoren vor allem für die Entwicklung von Depressionen, weiteren Angststörungen und Substanzabhängigkeit/-missbrauch im Erwachsenenalter dar. Somit wird durch eine erfolgreiche Behandlung nicht nur das aktuelle Leid der betroffenen Kinder und Jugendlichen verringert, sondern es kann auch ein beträchtlicher Beitrag zur Prävention psychischer Störungen im Erwachsenenalter geleistet werden (Schneider, 2006). Es gibt mittlerweile zahlreiche Studien, welche die Effektivität der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen auch tatsächlich belegen (Blanz, 2015). Im Folgenden soll nun auf zwei Interventionsmethoden eingegangen werden.

2.6 Zwei Interventionsmethoden

Zum einen wird in diesem Kapitel die kognitive Verhaltenstherapie genauer angeschaut, da für diese Therapie die beste Evidenz für gute Behandlungsergebnisse vorliegt (Rufer, Brühl & Weidt, 2014). Vertieft wird dabei auf ein Entspannungsverfahren eingegangen. Zum anderen wird noch die medikamentöse Behandlung detaillierter betrachtet, da viele Betroffene nicht unbedingt primär von ihren Sorgen, sondern vielmehr von den damit verbundenen körperlichen Symptomen, wie z.B. innere Unruhe, berichten (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Diese können durch die medikamentöse Behandlung verringert werden.

2.6.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Programme der kognitiven Verhaltenstherapie sind die Behandlung der ersten Wahl bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Die Ziele dieser Therapie umfassen folgende Bestandteile:

- Veränderung der Bewertung von Angstausslösern und Angstsymptomen,
- Abbau von Vermeidungsverhalten,
- Ggf. der Aufbau selbstsicheren Verhaltens und
- Aufbau der Selbstwirksamkeitsüberzeugung
(Schneider & In-Albon, 2010)

Normalerweise sind es dabei komplexe Behandlungsprogramme, welche circa 20 bis 25 Therapiestunden umfassen und diese Elemente enthalten:

- Psychoedukation
- Kognitive Techniken
- Reizkonfrontationsverfahren,
- Operante Techniken
- Soziales Kompetenztraining,
- Entspannungstraining und
- Hausaufgaben.
(Schneider & In-Albon, 2010).

Da Gefühle der Anspannung und körperliche Beschwerden bei Kindern mit einer generalisierten Angststörung während einer Sorgenepisode im Vordergrund stehen können, wird nun

genauer auf eine dieser Komponenten, ein Entspannungsverfahren, eingegangen: die progressive Muskelentspannung (In-Albon, 2009).

Progressive Muskelentspannung

Die progressive Muskelentspannung wurde vermehrt als «Skill» zur Bewältigung von angstauslösenden Situationen angesehen, beispielsweise im Sinne einer Selbstkontrolltechnik (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Der Methode der progressiven Muskelentspannung liegt die Hauptannahme zugrunde, dass sich muskuläre Veränderungen und mentale Prozesse wechselseitig beeinflussen. Wird Angst erlebt, reagiert der Körper mit physiologischen Veränderungen, wie z.B. Ansteigen der Muskelspannung. Umgekehrt ist es auch möglich, durch die Verringerung der muskulären Spannung ein Entspannungsempfinden zu induzieren und somit dem Stress- bzw. Angsterleben entgegenzuwirken. Das Ziel der progressiven Muskelentspannung ist es, dass die Spannung einzelner Muskelgruppen willentlich reduziert wird. Es handelt sich dabei um ein aktives Verfahren, wobei man einzelne Muskelgruppen aufeinanderfolgend systematisch an- und dann entspannen muss. Bei der Therapie bekommt das betroffene Kind oder der/die Jugendliche zuerst von der therapeutischen Fachperson erklärt, wie die progressive Muskelentspannung funktioniert. Es werden verschiedene Muskelgruppen in einer bestimmten Reihenfolge fokussiert bzw. die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, um diese Muskelgruppen einige Sekunden anzuspannen und anschliessend zu entspannen (Speck, 2013):

«Das **Grundprinzip der einzelnen Übungen** lautet immer gleich:

- Anspannen der jeweiligen Muskelgruppe,
- genaues Beobachten der Empfindungen, die bei der Anspannung der Muskulatur in dieser Region zu spüren sind,
- Wieder-locker-Lassen der Muskeln,
- Beobachten, welche Empfindungen beim Entspannen der jeweiligen Muskelgruppe zu spüren sind.»

(Ruhl, U., Hach, I. & Wittchen, H. – U., 2011, S. 593)

Beispiel für eine **Instruktion** der Hand- und Armmuskulatur:

«Ich balle jetzt die **rechte Hand** zur Faust ... und achte auf die Spannung in den Fingern, ... der Faust, ... dem Handrücken und im Unterarm ... Ich halte die Spannung, beobachte die Anspannungsempfindungen ... und lasse nun die rechte Hand wieder **locker**, ... ganz locker, und achte auf die veränderten Empfindungen in den Fingern, ... der Hand, ... dem Handrücken ... und dem Unterarm ...

Ich wiederhole die Übung [...]

Ich lasse nun meine Aufmerksamkeit zur linken Hand wandern [...]» (Ruhl et al., 2011, S. 593)

Wichtig für ein erfolgreiches Training ist regelmässiges Üben, so auch z.B. mit einem Instruktionstonband zu Hause als Hausaufgabe zwischen den Sitzungen. Anschliessend geht es auch darum, dass gelernt wird, wie man das Geübte gezielt im Alltag bzw. in den Problemsituationen anwenden kann. Schon nach einigen Versuchen wird man erfahren, wie Gedanken, Gefühle und körperlich-muskuläre Vorgänge zusammenspielen. Dieses schnelle «Bemerkbarmachen» wirkt sich positiv auf die Motivation der Kinder aus, ebenso wie die Kombination aus aktiv sein und entspannen. Ziel ist es also, bei ersten Anzeichen der Angst blitzschnell zu entspannen und so einem Aufschaukeln der Sorgen, Anspannung und Angst entgegenzuarbeiten. Wird die Methode erfolgreich eingesetzt und regelmässig geübt, kann beobachtet werden, dass man eine solche sogenannte Entspannungsreaktion zu entwickeln lernt. Dies ist ein Zustand, bei dem sich Körperfunktionen wie die Herzschlagrate, aber auch die allgemeine Muskelspannung in einen «idealen» Ruhezustand einpendeln. Das wirkt für den Körper entlastend und wird als angenehm und erholsam empfunden (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Eine weitere mögliche Interventionsmethode, die Therapie anhand von Medikamenten, wird im nächsten Kapitel aufgezeigt.

2.6.2 Medikamentöse Behandlung

Die Wahl einer reinen psychopharmakologischen Therapie sollte dann in Betracht gezogen werden, wenn eine besonders schwere und ausgeprägte Angstsymptomatik vorliegt, welche das Beginnen einer Psychotherapie gar erst verhindern würde. Ein weiterer Faktor, welcher für eine medikamentöse Behandlung sprechen würde, sind Wartezeiten bis zur spezifischen Psychotherapie, so dass die Psychopharmaka als Überbrückung dienen (Schneider & In-Albon, 2010). Bei der generalisierten Angststörung sind bei einer medikamentösen Behandlung vor allem sogenannte moderne Antidepressiva zu empfehlen, insbesondere die selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer («selective serotonin reuptake inhibitors»; SSRI; Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). Diese ermöglichen, dass der Botenstoff Serotonin in grösserer Menge im Gehirn vorhanden ist. Studien zur Wirksamkeit von SSRI zeigen, dass die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen auf das Medikament anspricht (die subjektiv wahrgenommenen Angstbeschwerden können reduziert werden), dieses gut toleriert wird und verhältnismässig nur milde und vorübergehende Nebenwirkungen von den behandelten Personen berichtet werden (Schneider & In-Albon, 2010).

3. Zusammenfassung/Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sehr häufig vorkommen, mit einem hohen Leidensdruck verbunden sind, noch zu wenig «entdeckt» werden, aber mit guten Behandlungsmöglichkeiten therapiert werden können. Angststörungen im Kindes- und Jugendalter können zum Beispiel anhand der kognitiven Verhaltenstherapie erfolgreich

behandelt werden, wobei Behandlungserfolge über mehrere Jahre stabil bleiben. Bei einer Zusammenfassung verschiedener Studien zeigten sich beim Vergleich von individueller und Gruppentherapie keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich des Behandlungserfolgs, ebenso wie zwischen der kind- und familienzentrierten Therapie (Schneider, 2006). Die kognitive Verhaltenstherapie ist ein Behandlungsansatz, welcher sich aus verschiedenen Behandlungstechniken zusammensetzt (Hoyer & Beesdo-Baum, 2011). In dieser Broschüre wurde ein Fokus auf eine Entspannungstechnik gesetzt, da aus Sicht der von der generalisierten Angststörung betroffenen Kinder das Gefühl der Anspannung das am häufigsten angegebene Symptom ist. An dieser Stelle soll aber daraufhingewiesen werden, dass es auch durchaus andere erfolgreiche und ergänzende Komponenten der kognitiven Verhaltenstherapie gibt wie bspw. das Reizkonfrontationsverfahren oder soziales Kompetenztraining. Die kognitive Verhaltenstherapie in ihrer Gesamtheit gilt als die beste bisher erforschte wirksame Therapie. Wenn die betroffene Person schwer durch die Angststörung beeinträchtigt ist oder auch die alleinige kognitive Verhaltenstherapie nicht die gewünschte Wirkung zeigt, kann eine psychopharmakologische Therapie in Erwägung gezogen werden (Rufer et al., 2014). Der kurzfristige Erfolg der medikamentösen Behandlung mit SSRI gilt heute als belegt (Schneider & In-Albon, 2010). Um auch Langzeiteffekte zu erzielen, ist die Kombination aus der psychopharmakologischen Therapie und einer Therapiealternative wichtig, damit auch beim schrittweisen Absetzen der SSRI Therapieerfolge gesichert werden können (Rufer et al., 2014).

- Angststörungen sind die **häufigsten psychischen Störungen** des Kindes- und Jugendalters.
- Angststörungen im Kindes- und Jugendalter stellen **bedeutsame Risikofaktoren** für die **Entwicklung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter** dar, insbesondere von Angststörungen, Depressionen und Substanzabhängigkeit/-missbrauch.
- Von einer generalisierten Angststörung betroffene Kinder und Jugendliche machen sich übermässig starke und subjektiv unkontrollierbare **Sorgen** über verschiedene Situationen und Lebensbereiche.
- Typisch für die generalisierte Angststörung von Kindern und Jugendlichen ist das Auftreten von **körperlichen Symptomen** der Anspannung.
- Die aktuell am besten untersuchten Therapiemethoden für Kinder und Jugendliche mit einer generalisierten Angststörung sind Verfahren der **kognitiven Verhaltenstherapie**.

4. Literaturverzeichnis

- Blanz, B. (2015). Angststörungen. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann & H. Steiner (Hrsg.), *Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 138 – 158). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Dilling, H., & Freyberger, H.J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Hoyer, J. & Beesdo-Baum, K. (2011). Generalisierte Angststörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 937 – 952). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- In-Albon, T. (2009). Generalisierte Angststörung. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 593 – 608). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Rufer, M., Brühl, A. B. & Weidt, S. (2014). Kognitive Verhaltenstherapie bringt gute Behandlungsergebnisse. *INFO Neurologie & Psychiatrie*, 12(5), 21-24.
- Ruhl, U., Hach, I. & Wittchen, H. – U. (2011) Entspannungsverfahren. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 587 – 600). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Schneider, S. (2006). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Behandlungsbedarf und Behandlungsmöglichkeiten. *Psychotherapeut*, 2 (51), 99-106.
- Schneider, S. & In-Albon, T. (2010). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut*, 6 (55), 525-540.
- Speck, V. (2013). *Training progressiver Muskelentspannung für Kinder* (2., korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Weninger, L., Nestler, J. & Schulze, U. (2013). Angststörungen und phobische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In J. M. Fegert & M. Kölch (Hrsg.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 43 – 62). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.