

# 1 Einleitung

Beim Schreiben an diesem Buch habe ich mich oft an „meine“ Therapiekinder zurückerinnert. Kinder, die aufgrund ihrer Ängste längere Zeit die Schule nicht besuchen konnten, die sich nicht mit Freunden verabredeten oder ganz allgemein nicht die Kindheit oder Jugend leben konnten, die man allen Kindern und Jugendlichen eigentlich wünschen würde. Aufgrund dieser Erfahrungen und weiterer Fakten, die im Verlauf des Buches beschrieben werden, sind die Angststörungen als häufig sehr beeinträchtigende und belastende Störungen zu sehen, die Kinder ihrer Kindheit und Unbekümmertheit berauben können.

Ein großes Dankeschön geht daher an dieser Stelle an alle Kinder, von denen ich so viel lernen durfte. Es macht mir viel Freude, zu sehen, wie sie ihre Jugend „nachholen“ oder mir erzählen, dass sie ihre Mutmach-Karten noch immer haben. Selbstkritisch muss ich mir aber auch die Frage stellen, was ich hätte besser machen können. Die Hoffnung bleibt, dass auch jene Kinder etwas mitnehmen konnten, die mir von keinem Erfolgserlebnis berichteten. Auch ihnen gilt ein großes Dankeschön, dass sie mich zum Nachdenken angeregt und damit aufgefordert haben, weiter zu untersuchen, wie man den betroffenen Kindern besser helfen kann. Denn obwohl die Therapieforschung bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter gute Ergebnisse zeigt, gibt es doch noch einige Kinder, die nicht oder nur ungenügend von den gegenwärtigen Therapien profitieren. Ganz zu schweigen von den Kindern, die im Stillen leiden und gar keine Behandlung erhalten. Das Ziel muss daher sein, dass auch diese Kinder von einer nachhaltig wirksamen Therapie profitieren, und dass Kinder mit einem erhöhten Risiko, eine Angststörung zu entwickeln, frühzeitig erkannt werden und präventiv gehandelt werden kann, damit es gar nicht erst zu einer Angsterkrankung kommt.

Tatsache ist leider noch immer, dass Kinder mit Angststörungen leicht verkannt werden, da sie nicht wie Kinder mit Verhaltensstörungen auffallen. Fast jedes zehnte Kind leidet an einer Angststörung, und es ist erwiesen, dass sich Angststörungen nicht „von alleine auswachsen“, sondern einen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter darstellen. Dennoch erhalten die wenigsten Kinder und Jugendlichen mit einer Angststörung eine adäquate Behandlung. Dies beispielsweise im Gegensatz zu Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten. Das zappelige, unruhige Verhalten kann von außen wahrgenommen werden, während Ängste sich im Inneren des Kindes abspielen und es daher eher im Stillen leidet.

Angst ist ein normales Gefühl, das jeder kennt, wie Freude, Wut und Traurigkeit. Normalerweise tritt Angst als angemessene Reaktion auf bedrohlich

beurteilte Ereignisse auf. Obwohl Angst meistens als unangenehm erlebt wird, ist sie nicht gefährlich. Im Gegenteil, die Angst kann sehr nützlich und sinnvoll sein. Als die Menschen noch in der freien Natur lebten, war Angst lebensnotwendig als Vorbereitung auf Flucht und Kampf. Auch heute ist ein gewisses Maß an Angst sinnvoll. Beispielsweise zeigt sich diese Alarmreaktion beim Überqueren einer Straße, wenn plötzlich ein Auto hupend und schnell auf uns zukommt, so dass diese automatische Angstreaktion uns rasch zur Seite springen lässt und uns so vielleicht das Leben rettet. Die körperlichen Reaktionen, die man verspürt, wenn man Angst hat oder nervös ist, dienen der Vorbereitung des Körpers auf schnelles Handeln, wie zum Beispiel schnelles Herzklopfen, um möglichst schnell weglaufen zu können. Dieser Aspekt der Angst geht häufig unter, wenn von Ängsten gesprochen wird. Ängste werden häufig nur als etwas Gefährliches und Schlimmes angesehen. Dass die Angst jedoch in gewissem Ausmaß sinnvoll sein kann, ist für die Zielsetzung in der Behandlung wichtig. Das Ziel einer Angsttherapie ist nicht, dass das Kind keine Angst mehr hat, sondern dass es angemessen mit angstauslösenden Situationen umgehen kann.

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind von großer gesundheitspolitischer Bedeutung, da sie zu den häufigsten psychischen Störungen gehören, über den Verlauf stabil sind und einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter darstellen. Zudem liegt das Erstauftretensalter psychischer Störungen häufig im Kindes- und Jugendalter, so dass anzunehmen ist, dass eine adäquate Behandlung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter auch eine Prävention psychischer Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter darstellt.

Diese Hinweise und die Tatsache, dass Kinder mit Angststörungen oft einen hohen Leidensdruck haben und ihr Alltag beeinträchtigt ist, verweisen auf den dringenden Handlungsbedarf, die Erkennung von Angststörungen zukünftig zu verbessern, damit Betroffene frühzeitig eine adäquate Behandlung bekommen.

Im ersten Teil dieses Buches wird ein Überblick über die Epidemiologie und Erscheinungsbilder der verschiedenen Angststörungen gegeben. Im zweiten Teil werden Erklärungsansätze von Angststörungen beschrieben. Im dritten Teil wird auf die Diagnostik eingegangen, gefolgt vom vierten Teil, in dem der aktuelle Stand der Therapieforschung vorgestellt und diskutiert wird. Besonderen Wert wird auf den Teil zur Behandlung gelegt. Voraussetzungen und einzelne Komponenten für die Therapie werden ausführlich beschrieben und mit praktischen Beispielen veranschaulicht. Es sollte an dieser Stelle jedoch deutlich gesagt werden, dass das Buch kein Therapiemanual darstellt. Zusätzlich werden neue Ansätze in der Psychotherapie vorgestellt. Zudem wird im Buch eingegangen auf Geschwister von Kindern mit Angststörungen, Emotionsregulation sowie Angststörungen und Autismus. Um Prävention geht es im Abschlussteil.

## 2 Angst und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

### 2.1 Geschichte der Angststörungen im Kindesalter

In der Geschichte der Klinischen Psychologie war die Erforschung von Angststörungen bei Kindern und deren Behandlung zu Beginn der 1920er Jahre ein angesagter Forschungsbereich. Aus heutiger Sicht sind die beiden bekanntesten Studien, die im Folgenden beschrieben werden, ethisch sicherlich sehr fragwürdig, dennoch sind sie für die Erforschung von Ängsten und deren Behandlung bedeutsam.

Berühmt-berüchtigt sind die Konditionierungsversuche an „Little Albert“, publiziert 1920 von John B. Watson und Rosalie Rayner. Albert war ein gesundes, normal entwickeltes neun Monate altes Kind. In einer Vorstudie beobachtete man Alberts Reaktionen, als er mit einer Ratte, einem Hasen, einem Hund, einem Affen, Wolle und Masken mit und ohne Haare konfrontiert wurde. Dabei zeigte Albert keinerlei Angstreaktionen. Hingegen zeigte er Furcht und begann zu weinen, wenn hinter ihm mit einem Hammer auf eine Eisenstange geschlagen wurde. Watson und Rayner stellten folgende Fragestellungen auf: Kann eine Angstkonditionierung auf Tiere wie z. B. eine weiße Ratte hergestellt werden, indem gleichzeitig zur visuellen Darbietung der Ratte auf eine Eisenstange geschlagen wird? Wird es nach dieser Konditionierung zu einer Generalisierung der Ängste auf andere Objekte kommen? Welche Effekte hat die Zeit? Falls nach einer gewissen Zeit die emotionalen Reaktionen nicht abflachen, welche Methoden gibt es zur Beseitigung? Die Konditionierungsversuche mit Albert begannen, als dieser elf Monate alt war. Bezüglich ethischer Bedenken beschrieben die Autoren, dass sie zunächst gezögert hätten, die Konditionierung durchzuführen, dann aber zur Überzeugung gelangt seien, dass es sowieso irgendwann zu solchen Ereignissen kommen würde, wenn das Kind das behütete Umfeld verlasse.

Die ersten Konditionierungen fanden mit einer Ratte statt. Als Albert die Ratte berührte, wurde hinter ihm mit einem Hammer auf eine Eisenstange geschlagen. Beim zweiten Durchgang begann Albert zu wimmern und zögerte, die Ratte zu berühren. In der Folge fanden fünf Durchgänge statt, in denen die Ratte gleichzeitig mit dem lauten Ton präsentiert wurde. Beim fünften Durchgang und in Folge bei der alleinigen Präsentation der Ratte begann Albert zu weinen und krabbelte weg. Weitere fünf Tage später wurde untersucht, ob sich die Angst generalisiert hatte. Bei der ersten Präsentation eines Hasen lehnte er sich weg, wimmerte und brach in Tränen aus. Das gleiche

Verhalten zeigte er bei Pelz, Baumwolle und Watsons Haaren. Bei der Präsentation der Ratte wimmerte er und krabbelte davon. Mit Holzblöcken spielte er nach wie vor gerne. Wiederum fünf Tage später fixierte Albert die Ratte mit den Augen und zog sich zurück, weinte jedoch nicht. Damit war es den Autoren leider noch nicht genug und es wurden weitere Konditionierungsversuche durchgeführt. Zudem wurde Albert in einen anderen Raum gebracht. Bei der Konfrontation mit der Ratte, dem Hasen und dem Hund zeigte Albert nur leichte Angstreaktionen und versuchte, seine Hände so weit weg wie möglich von den Tieren zu halten. Erneut wurde dann bei der Präsentation der Tiere auf eine Eisenstange geschlagen. Dies führte bei Albert wiederum zu einem Rückzugsverhalten. Nach einem Monat wurden Albert die Maske mit Bart, der Pelz, die Ratte und der Hase präsentiert. Er weinte, als der gezwungen wurde, die Maske zu berühren, und wimmerte, wenn man sich ihm mit dem Pelz näherte. Die Ratte fixierte er mit seinen Augen und als die Ratte seine Hand berührte, zog er sie schnell weg. Das gleiche Verhalten zeigte sich auch beim Hasen und beim Hund.

Dann wurde von den Autoren beschrieben, dass im Anschluss an diese (letzte) Sitzung die Mutter mit Albert weggezogen sei, so dass keine Rekonditionierung hätte durchgeführt werden können. Watson und Rayner erwähnten folgende Methoden zur Beseitigung der Ängste: Konstante Konfrontation, damit sich eine Habituation auf den angstausslösenden Reiz einstellt. Rekonditionierung, indem bei der Präsentation der Tiere Süßigkeiten oder andere beliebte Lebensmittel gegeben werden.

Weshalb die Mutter wegzog, und was aus Albert wurde, ist bis heute nicht bekannt. Im Zusammenhang mit dieser Studie können, neben den ethischen Aspekten bezüglich der Durchführung der Studie und der Nicht-Beseitigung der willkürlich erzeugten Angst, weitere Probleme festgehalten werden. Es fehlte eine Operationalisierung der Variable „Furcht“ und eine klare Quantifizierung des Verhaltens von Albert. So wird im Studienprotokoll nur von „verzieht das Gesicht“, „wimmert“ und „fällt vorn über“ berichtet. Zudem werden gegen Ende des Experiments die Reaktionen von Albert immer unklarer beschrieben. Des Weiteren wurde der Versuchsplan immer wieder neu angepasst. Beispielsweise wurden weitere Konditionierungsversuche durchgeführt, als die Reaktionen von Albert schwächer wurden.

Die zweite wichtige Studie von Mary Cover Jones folgte 1924 aus dem Versuch von Watson, wenn man Kindern Ängste ankonditionieren könne, es auch möglich sein sollte, diese wieder abzukonditionieren. Die von Watson beschriebenen Methoden zur Rekonditionierung und Beseitigung der Ängste wurden in der Behandlung des „kleinen Peters“ angewendet. Peter war ein fast drei Jahre alter Junge mit einer starken Angst vor Kaninchen, Ratten, Pelzmänteln, Federn und Baumwolle. Am stärksten ausgeprägt war seine Angst vor Kaninchen. Zunächst bestand die Behandlung darin, ihn mit einem Kaninchen zu konfrontieren. Da dieses Vorgehen nicht zur gewünschten Angstreduktion führte, bekam Peter in Anwesenheit des Kaninchens sein Lieblingsessen. Dabei wurde das Kaninchen graduiert immer näher an Peter herangeführt. Peter

wurde immer vertrauter mit dem Kaninchen und war dann auch fähig, das Kaninchen zu berühren und mit ihm zu spielen.

Die Geschichte des kleinen Peter ist der erste Fall der Verhaltenstherapie, dessen Behandlungsgeschichte bekannt ist (Pongratz, 1973). Mit dieser Behandlung nahm Jones die von Wolpe entwickelte Methode der Desensibilisierung vorweg (Wolpe, 1958). In Anwesenheit des angstausslösenden Reizes wird eine positive Reaktion provoziert, die inkompatibel und stärker als die negative Reaktion ist (Peter erhält sein Lieblingsessen, während ein Kaninchen anwesend ist). Zudem erfolgt die Annäherung an das Kaninchen schrittweise. Auch bei diesem Experiment gibt es einige kritische Punkte zu berücksichtigen. Beispielsweise der Wechsel der Behandlungsmethode von der einfachen Präsentation des angstausslösenden Stimulus zur Präsentation mit der Darbietung des Lieblingsessens sowie die Nicht-Überprüfung der Generalisierung der Effekte auf andere angstausslösende Stimuli wie beispielsweise Ratten, Pelzmäntel und Federn. Zudem wurden keine Nachuntersuchungen durchgeführt, so dass keine Aussagen zur Stabilität des Behandlungserfolges gemacht werden können.

Man könnte denken, dass insbesondere die „Therapieergebnisse“ zum kleinen Peter dem Bereich der Angststörungen im Kindesalter hätten Auftrieb geben sollen, aber nach diesen Versuchen gingen Forschungsarbeiten zum Thema „Angststörungen bei Kindern“ stark zurück. Für lange Zeit herrschte die Meinung vor, Ängste bei Kindern würden „sich schon wieder auswachsen“. Dass dem nicht so ist, konnten in den vergangenen Jahren mehrere wissenschaftliche Studien zeigen, die unter anderem in den folgenden Kapiteln behandelt werden.

## 2.2 Angst, Furcht und Phobien

Bevor auf die übermäßigen Ängste, d. h. die krankhafte Angst eingegangen wird, soll hier zunächst eine Definition erfolgen, was unter Angst zu verstehen ist. Angst ist eine notwendige und normale Emotion. Evolutionsgeschichtlich hat die Angst eine überlebensnotwendige Funktion: Sie ist ein Schutzmechanismus, der in tatsächlichen oder auch nur vermeintlichen Gefahrensituationen ein angemessenes Verhalten einleitet. Da die Kosten einer Flucht relativ gering sind, aber diejenigen einer übersehenen Bedrohung sehr hoch sein können (Tod), ist die „Alarmanlage Angst“ eher empfindlich eingestellt, was jedoch zu einigen „Fehlalarmen“ führen kann. Im Folgenden werden die verschiedenen Begriffe Angst, Furcht und Phobie beschrieben:

*Angst* ist eine elementare, überlebensnotwendige Basisemotion, welche sich in als bedrohlich empfundenen Situationen äußert. Angst ist ein in die Zukunft gerichtetes Warnsignal.

*Furcht* ist das Gefühl konkreter Bedrohung. Im Gegensatz zur allgemeinen Emotion Angst ist die Furcht immer ganz konkret auf ein bestimmtes Objekt bezogen, meist rational begründbar und angebracht. Man spricht daher von der Furcht *vor* etwas.

*Phobie* ist eine krankhafte, unbegründete und anhaltende Angst vor Situationen, Gegenständen, Tätigkeiten oder Personen. Sie äußert sich im übermäßigen, unangemessenen Wunsch, den Anlass der Angst zu vermeiden. Ein Kennzeichen von Phobien ist die unmittelbare Angstreaktion bei Auftreten des phobischen Reizes (z. B. Hund, Spritze, vor anderen sprechen).

### 2.3 Angst oder Angststörung?

Was ist nun aber der Unterschied zwischen normaler Angst und krankhafter Angst?

Ängste werden dann als eine Krankheit bezeichnet, wenn sie lange anhalten, starke und anhaltende Beeinträchtigungen für das Kind bedeuten, das Kind darunter leidet, sie langfristig die normale Entwicklung des Kindes verhindern (z. B. nicht mit Freunden spielen, nicht zur Schule gehen) oder familiäre Probleme auslösen. Ängste, die mild oder nur vorübergehend auftreten und für die jeweilige Entwicklungsphase normal sind, sollten entsprechend nicht behandelt werden und gehen mit einer neuen Entwicklungsphase vorüber.

Wie bereits beschrieben, sind Ängste etwas Normales. Milde Ängste gehören zur normalen Entwicklung eines Kindes dazu. Typischerweise handelt es sich im Kindesalter um schwache Ängste, die zeitlich vorübergehend auftreten. **Tabelle 2.1** gibt einen Überblick über Ängste und Angststörungen im Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen. Man erkennt dabei, dass sich verschiedene Formen der Angst im Laufe des Lebens entwickeln. „Fremdelangst“ (oder „Achtmonatsangst“) ist eine weitgehend kulturunabhängige Angst, die die meisten Kinder in unterschiedlicher Ausprägung zwischen dem siebten und zwölften Lebensmonat haben, aber dann wieder von alleine abklingt. Des Weiteren rufen plötzliche, laute Geräusche, Dunkelheit und Geister Angstreaktionen bei Kleinkindern hervor. Diese Ängste sind Teil der normalen Entwicklung. Eltern können die Kinder bei der Angstverarbeitung unterstützen und dem Kind Sicherheit geben, aber die Ängste können sie nicht verhindern.

**Tab. 2.1:** Entwicklungstypische Ängste und alterstypische Angststörungen von Kindern und Jugendlichen (nach Carr, 1999, S. 404 und Schneider, 2004, S. 10)

Alter	Entwicklungstypische Ängste	Alterstypische Angststörungen
0–6 Monate	Intensive sensorische Reize, Verlust von Zuwendung, laute Geräusche	
6–12 Monate	Fremde Menschen, Trennung	
2–4 Jahre	Phantasiecreaturen, potentielle Einbrecher, Dunkelheit	Trennungsangst, Spezifische Phobien (Geister)

<b>Alter</b>	<b>Entwicklungstypische Ängste</b>	<b>Alterstypische Angststörungen</b>
5–7 Jahre	Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmung), Verletzungen, Tiere	Spezifische Phobien (Tier-Typus, Blut-Spritzen-Verletzungstypus)
8–11 Jahre	Schlechte schulische und sportliche Leistungen	Prüfungsangst
12–18 Jahre	Ablehnung durch Alterskameraden	Soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung

### **Fazit – Angst oder Angststörung?**

Eine Angst ist dann behandlungsbedürftig, wenn das Leben und die Entwicklung des Kindes beeinträchtigt sind und das Kind über einen längeren Zeitraum unter der Angst leidet.

## 3 Epidemiologie der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Bevor die Prävalenzen von Angststörungen beschrieben werden, möchte ich eine kurze Einbettung der Angststörungen in die Häufigkeiten der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter vornehmen. Die Mehrheit der Übersichtsarbeiten zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter fand Lebenszeitprävalenzraten von 20 %, so dass eine relative Einheitlichkeit der Ergebnisse von ungefähr 20 % als gültig angenommen werden kann, trotz methodischer Unterschiede über die Studien hinweg (z. B. Petermann, 2005; Ihle & Esser, 2002; Steinhausen, Metzke, Meier & Kannenberg, 1998). Dies wird auch durch eine aktuelle Studie aus den USA mit 10 123 Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren belegt, welche eine Prävalenzrate von 22,2 % für psychische Störungen gefunden hat (Merikangas et al., 2010). Es ist anzunehmen, dass etwa jedes fünfte bis zehnte Kind zu einem gegebenen Zeitpunkt unter einer psychischen Störung leidet.

Weniger Studien liegen zu Prävalenzraten bei jüngeren Kindern vor, jedoch zeigen sich auch da bereits bedenkliche Häufigkeiten. In einer aktuellen Studie von Carter et al. (2010) zeigte sich auch bei Sechsjährigen, dass jedes fünfte Kind die Kriterien für eine psychische Störung erfüllte, welche mit einer Beeinträchtigung einherging (21,6 %). Ohne Beeinträchtigung ergab sich eine Häufigkeit von 32 %. Kuschel et al. (2008) untersuchten in Deutschland drei- bis sechsjährige Kindergartenkinder. Je nach Beurteiler (Eltern, Erzieher) lagen die Prävalenzraten zwischen 0,5 % und 9,4 %, wobei internalisierende Störungen deutlich häufiger angegeben wurden als externalisierende Störungen.

### 3.1 Prävalenzen der Angststörungen

Angststörungen kommen im Kindes- und Jugendalter häufig vor. In einer Überblicksarbeit haben Ihle und Esser (2002) die wichtigsten Studien zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters zusammengefasst. Für die Angststörungen liegt der Median für die in den Studien untersuchten Periodenprävalenzen (Sechsmontats- bis Lebenszeitprävalenzen) bei 10,4 %. Somit sind Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (siehe auch Costello et al., 2003; Merikangas et al., 2010). **Tabelle 3.1** gibt einen Überblick zu den Prävalenzraten von Angststörungen aus verschiedenen epidemiologischen Studien im deutschen Sprachraum.



**Tab. 3.1:** Prävalenzraten (in %) von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter im deutschsprachigen Raum

Angststörung	Federer et al. 2000	Steinhausen et al. 1998	Essau et al. 1998		Wittchen et al. 1998	
Alter (Jahre)	8	7–16	12–17		14–24	
Stichprobengröße	826	1964	3021		1035	
Zeitraum Prävalenz-erhebung	6 Mte	6 Mte	12 Mte	LZ	12 Mte	LZ
Angststörung	9.5	11.4	11.3	18.6	9.3	14.4
Störung mit Trennungsangst	2.8	0.8	--	--	--	--
Spezifische Phobie	5.2	5.8	2.7	3.5	1.8	2.3
Soziale Phobie	0.4	4.7	1.4	1.6	2.6	3.5
GAS	1.4	0.6	0.2	0.4	0.5	0.8
Panikstörung	0	--	0.5	0.5	1.2	1.6
Agoraphobie	0	1.9	2.7	4.1	1.6	2.6
Zwangsstörung	--	0.2	1.0	1.3	0.6	0.7
PTBS	0.1	--	1.0	1.6	0.7	1.3

Anmerkung: -- = Störung nicht erhoben, LZ = Lebenszeit

Bei den sog. „pre-teens“ (Kinder unter zwölf Jahren) finden konservative Schätzungen eine Periodenprävalenz von 3,05 % (Ford, Goodman & Meltzer, 2003), wogegen gemäß anderen Studien bis zu 23,9 % der Population von einer Angststörung betroffen sind (für einen Überblick siehe Carthwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006).

Über das Alter hinweg zeigen sich bei den verschiedenen Angststörungen unterschiedliche Prävalenzraten. Im Vorschulalter ist die Störung mit Trennungsangst die häufigste Angststörung (Cartwright-Hatton et al., 2006; Costello et al., 2005a; Pine et al., 1998). In der Adoleszenz zeigt sich ein Anstieg der Prävalenzraten bei der Sozialen Phobie und der Generalisierten Angststörung (Fergusson et al., 1993; Verhulst et al., 1997). Die Panikstörung im Kindes- und Jugendalter ist mit einer Lebenszeitprävalenz von unter 1 % eher selten (Federer et al., 2000; Pine et al., 1998; Reed & Wittchen, 1998). Unterschiedliche Prävalenzraten in den Studien hängen davon ab, ob das Kriterium einer klinisch signifikanten Beeinträchtigung im Zusammenhang mit der Angststörung gegeben ist, welche Verfahren zur Erfassung der Angststörungen eingesetzt wurden sowie welches Klassifikationssystem zugrunde lag.

### 3.2 Erstauftrittsalter der Angststörungen

Wie wichtig bereits das Kindesalter in Bezug auf die psychische Gesundheit ist, zeigen Untersuchungen zum Erstauftrittsalter psychischer Störungen. Sowohl retrospektive als auch prospektive Studien verweisen darauf, dass die Hälfte aller Lebenszeitdiagnosen bereits vor dem 14. Lebensjahr beginnen (Kim-Cohen et al., 2003; Kessler et al., 2005). Wie **Tabelle 3.2** verdeutlicht, haben die Angststörungen insgesamt einen frühen Beginn, wobei dieser je nach Angststörung variieren kann. Eine retrospektive Befragung von 9 282 erwachsenen Probanden ergab einen Median von elf Jahren für das Erstauftrittsalter von Angststörungen. Spezifische Phobien und die Störung mit Trennungsangst hatten mit sieben Jahren den frühesten Beginn. Der Median bei der Sozialen Phobie lag bei 13 Jahren. Das Auftretensalter der weiteren Angststörungen lag im Median zwischen 19 und 31 Jahren (Kessler et al., 2005). Im Vergleich dazu haben zum Beispiel Störungen durch Substanzkonsum durchschnittlich einen späteren Beginn und eine größere Spannweite. Diese Daten werden durch eine prospektive Studie gestützt (Kim-Cohen et al., 2003). Diese zeigte, dass 50 % von 26-jährigen Jugendlichen mit einer aktuellen Diagnose einer psychischen Störung bereits im Alter zwischen 11 und 15 Jahren eine psychische Störung hatten.

### 3.3 Stabilität der Angststörungen

Mehrere Studien verweisen auf einen stabilen Verlauf der Angststörungen von der Kindheit in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter (z. B. Essau, Conradt & Petermann, 2002; für einen Überblick siehe Weems, 2008). Gemäß der Überblicksarbeit von Ihle und Esser (2002) zeigen psychische Störungen über alle Altersstufen eine hohe Stabilität. Die Stabilitätsrate emotionaler Störungen zeigte, dass ungefähr die Hälfte psychisch auffälliger 13-Jähriger auch noch im Alter von 18 Jahren emotionale Störungen aufwies. Ein ähnliches Bild zeigte sich für den Verlauf der emotionalen Störungen vom 18. bis zum 25. Lebensjahr (Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2002). Interessant sind auch die Ergebnisse zu den zeitlichen Veränderungen und Variationen der Geschlechterverhältnisse von internalisierenden und externalisierenden Störungen der Mannheimer Kurpfalzstudie. Bei den externalisierenden Störungen zeigten die Jungen diese Störungen im Grundschul- und im Erwachsenenalter häufiger als Mädchen, nicht aber im Jugendalter. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei den internalisierenden Störungen, dass Frauen erst im frühen Erwachsenenalter höhere Werte aufwiesen (Ihle et al., 2002). In einer Studie von Zivin et al. (2009), in der auch eine hohe Persistenz psychischer Störungen gefunden wurde, zeigte sich zudem, dass der wahrgenommene Bedarf an Hilfe ein Prädiktor für Angststörungen zwei Jahre später war. Wie bereits Pine et al. (1998) konnten auch Carballo et al. (2010) zeigen, dass die höchste Stabilität der Angststörungen Phobien und die Soziale Phobie aufwiesen.