

Aktueller Stand Internalisierender Störungen im Kindes- und Jugendalter: Sind sie aus den Kinderschuhen ausgewachsen?

Tina In-Albon

Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Basel, Schweiz

English Version available at
www.karger.com/doi/10.1159/000345231

Schlüsselwörter

Internalisierende Störungen · Angststörungen im Kindes- und Jugendalter · Depression im Kindes- und Jugendalter · Psychotherapie · Prävention · Psychotherapieforschung · Klassifikation

Zusammenfassung

Internalisierende Störungen sind die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Es kann heute als erwiesen angesehen werden, dass Angst- und depressive Störungen nicht auswachsen, sondern im Gegenteil stabil sind und einen beträchtlichen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter darstellen. Daher sollte diesen Störungen in der Früherkennung, Prävention und Versorgung vermehrt Beachtung geschenkt werden, da diese Kinder häufig zu lange im Stillen leiden, bevor sie adäquate Hilfe erhalten. Für eine Verbesserung der Versorgungslage sollte eine Reihe von Fachpersonen mit einbezogen werden, die mit Kindern und Jugendlichen in regelmäßigem Kontakt stehen. Zudem sollten auch Kinder und Jugendliche selbst über psychische Probleme aufgeklärt werden. Sind Angst- und depressive Störungen erkannt, liegen gut überprüfte Therapien vor, die auch nachhaltig wirksam sind. Nebst der Verbesserung der Früherkennung und Steigerung der Wirksamkeit von Interventionsprogrammen sollten Präventionsprogramme zur Verbesserung der allgemeinen psychischen Gesundheit gefördert und durchgeführt werden.

Keywords

Internalizing disorders · Anxiety disorders in children and adolescents · Depression in children and adolescents · Psychotherapy · Prevention · Psychotherapy research · Classification

Summary

State of Research on Internalizing Disorders in Children and Adolescents: Is It Still in Its Infancy?
Internalizing disorders are the most common mental disorders in children and adolescents. It is a fact that anxiety disorders and depression do not vanish over time. On the contrary, they are stable and represent significant risk factors for the development of further mental disorders in adulthood. Therefore, these disorders deserve more attention regarding early recognition, prevention and care, as these children often suffer in silence for too long before receiving adequate professional help. To improve their supply situation, various specialists who are in regular contact with children and adolescents should be included in the process. Furthermore, children and adolescents themselves should be educated about mental problems. If anxiety and depressive disorders are recognized, several well-evaluated treatment programs are available, which have demonstrated sustained effects. In addition, improvements in early recognition and enhancements in efficacy and effectiveness of treatment and prevention programs should be supported and warranted.

Einleitung

Im Editorial für das Themenheft «Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen» der Zeitschrift VERHALTENSTHERAPIE [Schneider, 2000] im Jahre 2000 stellte Silvia Schneider die Frage: «Steckt die Verhaltenstherapie bei Kindern noch in den Kinderschuhen?» Die Antwort auf diese Frage kann mit «ja» vorweggenommen werden. Die 4 aufgeführten Gründe für die damalige Vernachlässigung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter lauteten: 1) Psychische Störungen wachsen sich aus und erfordern daher nicht speziell Beachtung, 2) die geringe Versorgungslage von Kindern mit psychischen Störungen, 3) Schwierigkeiten in der Forschung mit Kindern (zu aufwendig und damit mit einigen ethischen Problemen einhergehend) und 4) in der Psychotherapieforschung stellen kontrollierte Gruppenvergleiche die Ausnahme und nicht die Regel für den Wirksamkeitsnachweis dar.

Zwölf Jahre später möchte ich anhand aktueller Literatur auf einige der aufgeführten Gründe eingehen und die Frage umformulieren: «Ist die Verhaltenstherapie bei Kindern aus den Kinderschuhen ausgewachsen?» Zusätzlich zur Schilderung des aktuellen Standes aus den Bereichen Epidemiologie und Psychotherapieforschung werde ich auf die Klassifikation, Prävention und Therapieinhalte eingehen. Dabei werde ich mich in diesem Überblick auf Angst- und depressive Störungen beschränken.

Epidemiologischer Überblick

Die Mehrheit der Übersichtsarbeiten zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter fand Lebenszeitprävalenzraten von ca. 20%, sodass eine relative Einheitlichkeit dieser Prävalenzrate als gültig angenommen werden kann, trotz methodischer Unterschiede über die Studien hinweg [z.B. Ihle und Esser, 2002; Petermann, 2005; Steinhausen et al., 1998]. Diese Prävalenzrate wird auch durch eine aktuelle Studie aus den USA mit 10 123 Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren belegt, aus der eine Prävalenzrate von 22,2% für psychische Störungen resultiert [Merikangas et al., 2010]. Weniger Studien liegen zu Prävalenzraten bei jüngeren Kindern vor, jedoch zeigen sich auch da bereits nachdenklich stimmende Häufigkeiten. In einer Studie von Carter et al. [2010] zeigte sich bei 6-Jährigen, dass jedes 5. Kind die Kriterien für eine psychische Störung erfüllte (21,6%), die mit einer Beeinträchtigung einherging. Ohne Beeinträchtigung ergab sich eine Häufigkeit von 32%. Kuschel et al. [2008] untersuchten 3- bis 6-jährige Kindergartenkinder in Deutschland. Je nach Beurteiler (Eltern, Erzieher) lagen die Prävalenzraten zwischen 0,5 und 9,4%, wobei internalisierende Störungen deutlich häufiger angegeben wurden als externalisierende. Diese Verteilung zeigt sich konsistent in epidemiologischen Studien, anhand derer deutlich wird, dass im Kindes- und Jugendalter Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen sind, gefolgt von Aufmerksamkeits-

defizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sowie aggressiven Verhaltensstörungen. Angst- und depressive Störungen werden zu internalisierenden Störungen zusammengefasst, aggressive Verhaltensstörungen und ADHS zu externalisierenden Störungen. In einer mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführten Studie [Wittchen et al., 1998] wurden affektive Störungen und Angststörungen etwa gleich häufig diagnostiziert. Während bei Kindern unter 13 Jahren weniger als 3% von Depressionen betroffen sind, steigen die Prävalenzraten bei Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren auf 6% an [Costello et al., 2006]. Hinsichtlich Geschlechterunterschieden zeigen epidemiologische Studien, dass im Kindesalter internalisierende Störungen bei Mädchen und Jungen gleich häufig auftreten, dass aber ab dem Jugendalter weibliche Jugendliche höhere Prävalenzraten internalisierender Störungen aufweisen als männliche Jugendliche [Merikangas et al., 2010; Steinhausen et al., 1998]. Bezüglich des ersten Auftretens psychischer Störungen zeigen Studien, dass die Mehrheit von Erwachsenen mit psychischen Störungen bereits im Jugendalter die Diagnose einer psychischen Störung hatte. In der prospektiven Studie von Kim-Cohen et al. [2003] zeigte sich, dass 50% der 26-Jährigen mit der aktuellen Diagnose einer psychischen Störung bereits im Alter zwischen 11 und 15 Jahren eine psychische Störung hatten. Dabei treten Angststörungen deutlich früher auf als affektive Störungen [Kessler et al., 2005; Wittchen et al., 2000a]. Im Folgenden wird auf die in der Einleitung aufgeführten 4 Gründe für die Vernachlässigung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter Bezug genommen.

Wachsen sich psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter von alleine aus?

Der erste von Schneider [2000] aufgeführte Grund für die Vernachlässigung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen war die lange Zeit vorherrschende Meinung, dass sich Verhaltensprobleme «von alleine wieder auswachsen». Seit Erscheinen des Editorials sind mehrere retro- und prospektive Studien erschienen, die eindrücklich nachweisen konnten, dass psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, insbesondere Angststörungen, einen beträchtlichen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter darstellen [In-Albon, 2011]. Woodward und Fergusson [2001] zeigten, dass Jugendliche mit einer Angststörung ein erhöhtes Risiko hatten, als junge Erwachsene Angst- oder affektive Störungen zu entwickeln, drogenabhängig zu werden und schwache schulische Leistungen zu erbringen. Dabei ist das Spektrum der sich infolge von Angststörungen entwickelnden Störungen sehr breit: diese reichen von Angst- und depressiven Störungen über Schmerzstörungen bis zu Alkoholabhängigkeit [z.B. Brückl et al., 2007; Copeland et al., 2009]. Ergebnisse zum Verlauf von Angststörungen gehen einher mit der Stabilität. In der Übersichtsarbeit von Ihle und Esser [2002] wiesen psychische Störungen über

alle Altersstufen eine hohe Stabilität auf. Die Stabilitätsrate emotionaler Störungen zeigte, dass ungefähr die Hälfte psychisch auffälliger 13-Jähriger auch noch im Alter von 18 Jahren emotionale Störungen aufwies. Es liegen jedoch auch kontroverse Befunde vor. In der Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP)-Studie mit 14- bis 24-Jährigen erfüllten zum 2-Jahres-Follow-Up nur noch 19,7% der Betroffenen zur Baseline-Erhebung die Kriterien für eine Angststörung [Wittchen et al., 2000b], wobei sich eine große Varianz zwischen den unterschiedlichen Angststörungen zeigte. Die Frage, ob es diesen Jugendlichen im späteren Verlauf gut geht, muss jedoch verneint werden. Nur gerade 10% der Jugendlichen, die zur Baseline-Erhebung die Diagnose einer Spezifischen Phobie erfüllten, hatten 10 Jahre danach keine Störung mehr. 41% der Jugendlichen berichtete von Spezifischen Phobien, und bei insgesamt 73% wurde eine andere Angst- oder depressive Störung diagnostiziert [Emmelkamp et al., 2009]. Ähnlich verhält sich der Verlauf bei depressiven Störungen. Unbehandelt ist der Verlauf der Depression meist chronisch rezidivierend, sodass nach einer gewissen Verbesserung zwischen 40 und 90% der betroffenen Kinder und Jugendlichen mindestens eine weitere depressive Episode erleben [Birmaher et al., 1996].

Es kann somit festgehalten werden, dass sich psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nicht von alleine auswachsen, sondern im Gegenteil die weitere Entwicklung stark beeinflussen.

Die Versorgungslage

Eine frühzeitige Erkennung ist eine zentrale Voraussetzung für eine optimale Versorgung betroffener Kinder und Jugendlichen. Dabei sind gerade die internalisierenden Störungen schwierig von außen zu erkennen, da sich ihre Kernsymptome auf Beeinträchtigungen des inneren Erlebens und vermeidendes Verhalten beziehen. Einer deutschen [Essau, 2005] und einer amerikanischen Studie [National Institute of Mental Health (NIMH), 2001] zufolge erhalten nur etwa 20% aller Kinder und Jugendlichen, die wegen psychischer Probleme als behandlungsbedürftig eingestuft wurden, tatsächlich professionelle Hilfe. Des Weiteren konnte in einer deutschen Studie [Meltzer et al., 2000] nachgewiesen werden, dass Kinder mit externalisierenden Störungen häufiger professionelle Hilfe erhalten als Kinder mit internalisierenden Problemen. Diese Überlegungen gehen einher mit der Frage, wie psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter besser und früher erkannt werden können. Dabei kommt Pädiatern eine wichtige, aber auch schwierige Rolle zu. Pädiater sind meistens die erste Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen oder deren Eltern, da sich psychische Störungen häufig durch körperliche Beschwerden zeigen können. Die Ergebnisse einer Umfrage bei Pädiatern in der Schweiz [In-Albon et al., 2010] zeigten, dass das Vorhandensein von

psychischen Störungen in der pädiatrischen Praxis auf 15%, das Vorkommen internalisierender Störungen auf 7% und das externalisierender Störungen auf 9% geschätzt wurde. Zudem zeigte sich, dass ADHS sehr häufig in der pädiatrischen Praxis diagnostiziert wird und sich die Pädiater bei der Diagnostik dieser Störung sicher fühlen. Im Vergleich zu externalisierenden Störungen waren internalisierende Störungen ebenfalls häufig, jedoch fühlten sich die Pädiater bei Diagnosen von Angst- und depressiven Störungen unsicher und wünschten sich diesbezüglich Weiterbildungen.

Zusammenfassend muss im Hinblick auf die Erkennung und Versorgung, wie bereits im Jahr 2000, noch heute von einer deutlichen Unterversorgung und Nicht-Erkennung von internalisierenden Störungen bei Kindern und Jugendlichen ausgegangen werden. Dies trifft zu, obwohl das Weiterbildungsangebot für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie in den letzten Jahren stetig ausgebaut wurde und Psychotherapieambulanzen eröffnet wurden. Ein Grund für diesen Missstand, spezifisch für die Schweiz, ist, dass die psychologische Psychotherapie nicht über die Grundversicherung abgedeckt ist, und somit eine Psychotherapie bei einem Psychologen mit erheblichen Kosten einhergehen kann. Immerhin wird per Januar 2013 der Titelschutz für Psychologen und Psychotherapeuten eingeführt. Da die Versorgung in Deutschland jedoch nicht besser ist, gibt es noch weitere Hindernisse, eine psychologische Behandlung in Anspruch zu nehmen oder nehmen zu können, die zukünftig erforscht werden müssen. Da auch bei einer guten Versorgung mit Psychotherapie noch nicht davon ausgegangen werden kann, dass die durchgeführten Therapien evidenzbasiert sind, ist die Verbreitung evidenzbasierter Therapien eine zentrale Aufgabe. Eine Vorreiterrolle für die Verbesserung des Zugangs zu evidenzbasierten Methoden nimmt derzeit England ein. Nach ersten Erfahrungen mit dem Erwachsenenprogramm gibt es nun auch einen Fokus auf Kinder und Jugendliche. Ein Hauptmerkmal des Projekts ist die Ausbildung von Fachpersonen in evidenzbasierten Methoden (aktuell für die Bereiche Elternschulungen bei oppositionellem Verhalten, Verhaltenstherapie bei Angststörungen und Depressionen im Kindes- und Jugendalter). Zusätzlich wird regelmäßige Supervision angeboten. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit ist ein zentraler Punkt des gesamten Projekts, dass vorgegebene Therapieerfolgsmaße während und nach der Therapie eingeholt und eingereicht werden müssen. Die ersten Ergebnisse im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können mit Spannung erwartet werden (www.iapt.nhs.uk).

Psychotherapieforschung

Seit dem Erscheinen des Themenhefts im Jahr 2000 zur Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter hat die Anzahl an Wirksamkeitsnachweisen mit kontrollierten Gruppenverglei-

Tab. 1. Meta-Analysen und ihre Effektstärken zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Angst- und depressiven Störungen

	Effektstärke nach Cohen's d ^a
Angststörungen	
In-Albon und Schneider [2007]	d = 0,86 (n = 24) ^b , FU d = 1,36
Silverman et al. [2008]	d = 0,91 (n = 4)
Depressive Störungen	
Reinecke et al. [1998]	d = 1,02 (n = 6), FU d = 0,61
Lewinsohn und Clarke [1999]	d = 1,27 (n = 12)
Weisz et al. [2006]	d = 0,34 (n = 35, inklusive Präventionsstudien und unterschiedlichem Schweregrad der Depression)
Klein et al. [2007]	d = 0,53 (n = 11)
^a Nach Cohen indiziert d = 0,2 einen kleinen Effekt, d = 0,5 einen mittleren und d = 0,8 einen großen Effekt.	
^b In Klammern ist die Anzahl Studien aufgeführt, die in die Meta-Analyse eingingen.	
FU = Follow-Up.	

chen stark zugenommen, sodass im Gegensatz zum Jahr 2000 randomisierte kontrollierte Therapiestudien (RCTs) auch in der klinischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die Regel und nicht mehr die Ausnahme darstellen. Aufgrund der großen Anzahl an Studien liegen bereits mehrere Übersichtsarbeiten vor, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Angststörungen [In-Albon und Schneider, 2007; Silverman et al., 2008] und depressiven Störungen [Reinecke et al., 1998; Weisz et al., 2006] bei Kindern und Jugendlichen untersucht haben. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Effektstärken von Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Angst- und depressiven Störungen. Es kann somit festgehalten werden, dass die Psychotherapie bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und bei depressiven Störungen im Jugendalter wirksam ist [z.B. James et al., 2005], wobei bei den Angststörungen nur die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) die Kriterien als evidenzbasiertes Psychotherapieverfahren erfüllt. Bezüglich der Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie oder systemischer Therapie liegen bislang kaum Hinweise vor [American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), 2007]. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat zwar 2008 die Systemische Therapie für den Bereich Affektive Störungen und Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen anerkannt, doch beruhte diese Bewertung fast ausschließlich auf Studien zu Depressionen des Kindes- und Jugendalters und nicht zu Angststörungen. Eine Therapiestudie zu Angststörungen des Kindes- und Jugendalters zeigte, dass die Kombination von KVT und Systemischer Therapie im Vergleich zur «puren» KVT keine besseren Therapieerfolge verzeichnen konnte [Siqueland et al., 2005]. Gemäß des Berichts des Wissenschaftlichen Beirats liegen für Gesprächspsychotherapie, Psychodrama, Neuropsychologie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und Hypnotherapie für den Bereich Kinder und Jugendliche derzeit keine hinreichenden Wirksamkeitsnachweise vor; sie sind somit nicht als Behandlungsmethode bei Angststörungen des Kindes- und Jugendalters indiziert (www.wbpsychotherapie.de). Zusätzlich zur Wirksamkeit kann auch die Nachhaltigkeit der Therapie-

effekte bei Angststörungen als gegeben angesehen werden [Kendall et al., 2004; Saavedra et al., 2010]. Zudem beschränken sich die Behandlungserfolge nicht nur auf die Angstsymptomatik, sondern äußern sich auch in der Reduktion der depressiven Symptomatik [In-Albon und Schneider, 2007]. Im Bereich der Angststörungen ist einschränkend festzuhalten, dass die in den Meta-Analysen zusammengefassten Studien die «efficacy-Wirksamkeit» (Wirksamkeit unter Laborbedingungen) und nicht die «effectiveness-Wirksamkeit» (Alltagswirksamkeit) untersucht haben. Des Weiteren wurden in die Therapiestudien vorwiegend Kinder im Schulalter einbezogen, sodass die Frage offen bleibt, inwiefern die Verhaltenstherapie auch bei Kindern im Vorschulalter wirksam ist. Ein weiterer Punkt ist, dass die meisten Therapiestudien Kinder mit unterschiedlichen Angststörungen (Störung mit Trennungangst, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung) zusammengefasst haben und es im Vergleich zu den Erwachsenen wenig störungsspezifische RCTs im Bereich der Angststörungen gibt. Auf diese Punkte wird im Folgenden eingegangen. Die effectiveness-Forschung steht noch immer in ihren Anfängen, obwohl bereits 1999 eine Therapiestudie publiziert wurde, in der eine Effektstärke von -0,08 für traditionelle Therapien gemessen wurde [Weisz et al., 1999]. Dieser Effekt verbesserte sich in einer Katamneseuntersuchung nach 2 Jahren nur geringfügig [Weisz et al., 2000]. Bachmann et al. [2010] untersuchten die Alltagswirksamkeit im naturalistischen ambulanten Setting in 9 Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxen. Kleine bis moderate Therapieeffekte wurden für die Angststörungen und ADHS berichtet, keine signifikanten Effekte für depressive Störungen und die Störung des Sozialverhaltens. Kinder mit Angststörungen im Vorschulalter wurden in kürzlich erschienenen Therapiestudien untersucht [Hirshfeld-Becker et al., 2010; Schneider et al., 2011]. In einer amerikanischen Therapiestudie mit einem Warteliste-kontrolldesign für Kinder zwischen 4 und 7 Jahren wurden unterschiedliche Angststörungen (Störung mit Trennungangst, Soziale Phobie, Agoraphobie, Spezifische Phobie) zusammengefasst. Die Responder-Rate der Intent-to-Treat-Analyse lag bei 59% [Hirshfeld-Becker et al., 2010]. Die Stu-

die von Schneider et al. [2011] ist eine randomisierte und kontrollierte Psychotherapiestudie mit Kindern zwischen 5 und 7 Jahren, die an einer Störung mit Trennungsangst leiden. Die 43 Kinder mit einer primären Diagnose einer Störung mit Trennungsangst wurden entweder einer 16-wöchigen störungsspezifischen Therapie oder einer 12-wöchigen Warteliste zugeteilt. Die Ergebnisse zeigten, dass 76% der Kinder nach der Behandlung die Diagnosekriterien für die Störung mit Trennungsangst nicht mehr erfüllten und das Vermeidungsverhalten in Trennungssituationen aus Sicht der Kinder, Mütter und Väter signifikant abnahm.

Für eine verbesserte Wirksamkeit von Therapien sollten zukünftig weitere Verfahren entwickelt und evaluiert werden, wie beispielsweise die computerunterstützte Verhaltenstherapie [z.B. Khanna und Kendall, 2010; Spence et al., 2011] oder die Modifikation von kognitiven Verzerrungen [Coward und Ollendick, 2011; In-Albon und Schneider, 2012a].

Störungstypische Psychotherapiestudien

In den Kinderschuhen steckt im Kinderbereich der Angststörungen noch immer die Störungsspezifität. Die meisten Therapiestudien fassen Kinder mit unterschiedlichen Angststörungen zusammen, sodass wenige störungsspezifische Kenntnisse im Grundlagenbereich, aber auch in der Therapieforschung zu den einzelnen Angststörungen, vorliegen. Eine Ausnahme stellt die Soziale Phobie dar. Für die Soziale Phobie haben Kremberg und Mitte [2005] einen Überblick zur Wirksamkeit der KVT erstellt. Im Prä-Post-Vergleich der Behandlungs- und Kontrollgruppe zeigte sich über 9 Studien hinweg eine hohe Effektstärke (Hedges $g = 0,82$). 2 aktuelle Therapiestudien aus Deutschland für Kinder mit Sozialer Phobie berichteten vielversprechende Daten zur Wirksamkeit und Stabilität der Ergebnisse [Tuschen-Caffier et al., 2010; Melfsen et al., 2011]. Für die Spezifische Phobie liegt eine amerikanisch-schwedische 1-Session-Therapiestudie vor [Ollendick et al., 2009]. Es wurden 2 aktive Therapiebedingungen (1-Session-Behandlung vs. Aufmerksamkeit) und 1 Wartelistekontrollgruppe miteinander verglichen. Die 1-Session-Behandlung dauerte maximal 3 h und beinhaltete die Bearbeitung katastrophisierender Gedanken, graduierte Konfrontation in vivo und Verhaltenstests. Die Aufmerksamkeitsbedingung dauerte gleich lange, beinhaltete aber keine In-vivo-Konfrontationen. Die Effekte der 1-Session-Behandlung ($d = 1,84$), aber auch jene der Aufmerksamkeitsbedingung ($d = 1,23$) können als hoch interpretiert werden. Gute Effekte ($d = 0,58$) der Therapiekomponente Psychoedukation zeigten sich auch in unserer Meta-Analyse [In-Albon und Schneider, 2007].

In der Therapieforschung von Angst- und depressiven Störungen sind 2 große Therapiestudien zu nennen, die die Wirksamkeit von Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und der kombinierten Behandlung untersucht haben: die «Treat-

ment for Adolescents with Depression Study» (TADS) [Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team, 2007] zur Behandlung von Depressionen und die «Child-Adolescent Anxiety Multimodal Study» (CAMS) [Walkup et al., 2008] für die Behandlung von Angststörungen. Die Gemeinsamkeiten der Studien sind der multizentrische Ansatz und das Studiendesign mit 4 Bedingungen (KVT alleine, Psychopharmaka (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)) alleine, KVT und SSRI kombiniert, Placebo-Bedingung). Zusätzlich wird die «Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents» (TORDIA)-Studie [Brent et al., 2008] beschrieben, die mit depressiven Jugendlichen durchgeführt wurde, die nicht auf die primäre Behandlung mit SSRIs angesprochen haben.

In der CAMS bestand die Stichprobe aus 488 Kindern im Alter zwischen 7 und 17 Jahren mit einer primären Angstdiagnose (Störung mit Trennungsangst, Generalisierte Angststörung oder Soziale Phobie). Ausgeschlossen wurden Kinder mit Schulvermeidung aufgrund von Angst und einem früheren Nichtansprechen auf eine SSRI- oder eine KVT-Behandlung. Die Kinder wurden randomisiert den 4 Bedingungen zugeordnet. Die KVT-Bedingung bestand aus 14 Sitzungen (12 Sitzungen mit dem Kind/Jugendlichen, 2 Sitzungen mit den Eltern, Dauer 12 Wochen) unter Anwendung des Manuals «Coping Cat» [Kendall und Hedtke, 2006], der medikamentösen Behandlung (12 Wochen SSRI Sertralin, Dosis-Range 25–200 mg/Tag, 8 Sitzungen), der kombinierten KVT- und SSRI-Bedingung und der Placebo-Bedingung. Haupterfolgsmaß der Studie war die allgemeine globale Verbesserungsskala, die vom Therapeuten ausgefüllt wurde. Dabei zeigte sich unter der Kombinationsbedingung eine Verbesserung von 80,7%, unter der KVT-Bedingung 59,7%, unter der Sertralin-Bedingung 54,9% und unter der Placebo-Bedingung 23,7%. Somit zeigte sich eine Überlegenheit der Kombinationsbedingung. Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse zeigte sich unter der KVT-Bedingung, dass diese Kinder nach der Therapie weniger Schlafstörungen, Müdigkeit und Ruhelosigkeit aufwiesen sowie weniger Therapieabbrüche auftraten. Kritisch anzumerken ist, dass das Coping-Cat-Programm mit 16 Sitzungen seine Wirksamkeit nachweisen konnte und nicht mit 14 Sitzungen [Kendall, 1994; Kendall et al., 1997]. Weniger Therapiesitzungen könnte eine mögliche Erklärung für die relativ niedrige Effektstärke der KVT sein (Hedges $g = 0,31$). Bei der Wirksamkeit der SSRI-Behandlung gibt es Hinweise, dass Jugendliche stärker profitieren als Kinder [Bridge et al., 2007]. Jedoch ist die Wirksamkeit bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen deutlich niedriger [Steinhausen, 2010]. Für Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen sollten die Katamnesedaten der Studie abgewartet werden. Für einen Überblick zur Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen siehe Rynn et al. [2011].

Die TADS-Stichprobe bestand aus 439 Kindern im Alter zwischen 12 und 17 Jahren mit einer primären Diagnose einer Major Depression. Direkt nach der Therapie [TADS, 2004]

zeigte sich eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung (KVT und SSRI) und der medikamentösen Behandlung mit Fluoxetin. Die KVT war weniger effektiv als diese beiden Bedingungen und nicht signifikant wirksamer als die Placebo-Bedingung. Betrachtet man jedoch die Katamnesedaten nach 36 Wochen, sieht das Bild differenzierter aus. Die Responder-Raten lagen nach 36 Wochen für die Kombinationsbehandlung bei 86%, bei 81% für die SSRI-Behandlung und bei 81% für die KVT, d.h. im Langzeitverlauf zeigten sich keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Behandlungen. Die Kombinationsbehandlung bzw. die SSRI-Behandlung beschleunigten das Ansprechen auf die Therapie, während der Zusatz KVT zur Medikation deren Sicherheit erhöhte. Brent [2006] merkte kritisch an, dass die Effektstärke der KVT-Behandlung, verglichen mit anderen Effektstärken von Therapiestudien bei Depressionen, geringer ausfiel, und dass viele Therapiekomponenten in jeweils geringer Dosis nicht unbedingt zu einer besseren Wirksamkeit führen, entsprechend dem Sprichwort «weniger ist oft mehr».

TORDIA [Brent et al., 2008] fokussierte auf Jugendliche mit depressiven Störungen, die nicht auf die primäre Behandlung mit SSRIs angesprochen haben. Die Jugendlichen wurden zufällig 4 Bedingungen zugeteilt: 1) Wechsel zu einem anderen SSRI, 2) Wechsel zu einem anderen SSRI plus KVT, 3) Wechsel zu Venlafaxin, 4) Wechsel zu Venlafaxin plus KVT. 334 Jugendliche nahmen an der Studie teil, ihr mittleres Alter betrug 16 Jahre (12–18 Jahre). Die Ergebnisse zeigten, dass sich für Jugendliche, die in einer ersten Behandlung nicht auf ein SSRI ansprachen, der Wechsel zu einem anderen Antidepressivum in Kombination mit KVT am wirksamsten erwies [Brent et al., 2008].

Bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Jugendlichen mit leichten und mittelschweren Depressionen kann die KVT und die Interpersonelle Therapie (IPT) empfohlen werden [Ihle et al., 2004]. In 2 Studien zeigten sich positive Effekte der IPT [Mufson et al., 1999; Rosselló und Bernal, 1999] und der Familientherapie [Brent et al., 1997; Diamond et al., 2002]. Langfristig zeigten sich hingegen weniger positive Ergebnisse in der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsverfahren [Pössel und Hautzinger, 2006]. Die Evidenzbasierung der Depression im Kindesalter ist als unbefriedigend einzustufen [Ihle et al., 2004]. Gegenwärtig liegen keine Psychotherapiestudien aus dem deutschsprachigen Raum vor, sodass die vorliegenden Behandlungsmanuale, die auf Deutsch erhältlich sind [Ihle und Herrle, 2003; Harrington, 2001], bezüglich ihrer Komponenten empfohlen werden können, aber ihre Effektivität, insbesondere auch die längerfristige Wirksamkeit, noch nachweisen müssen.

Setting in der Psychotherapie

In der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist die Frage nach dem Setting, in dem die Therapie durchgeführt

wird, eine wichtige Komponente. In der Angst- und Depressionsbehandlung zeigen sich keine Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit, ob die Therapie individuell oder in der Gruppe durchgeführt wird [In-Albon und Schneider, 2007; Silverman et al., 2008; Pössel und Hautzinger, 2006]. Eine zusätzliche Setting-Variable stellt, im Unterschied zur Psychotherapie mit Erwachsenen, die Frage des Einbezugs der Eltern in die Angstbehandlung der Kinder dar. Aufgrund der Forschungsbefunde, dass verschiedene Elternfaktoren wie ein kritisches Elternverhalten, Angststörungen der Eltern oder eine konfliktreiche Eltern-Kind-Beziehung bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen eine Rolle spielen [Hudson und Rapee, 2005; Schneider et al., 2009], könnte man davon ausgehen, dass Eltern in die Behandlung ihrer Kinder miteinbezogen werden sollten. Mehrere Übersichtsarbeiten konnten jedoch keine unterschiedliche Wirksamkeit zwischen Therapien zeigen, die kindfokussiert oder mit Einbezug der Eltern durchgeführt wurden [Casey und Berman, 1985; In-Albon und Schneider, 2007; Silverman et al., 2008]. Interessanterweise zeigte sich in der Studie von Silverman et al. [2009], dass sich auch unter der kindfokussierten Bedingung die mütterliche Angst reduzierte sowie sich die Eltern-Kind-Beziehung verbesserte. Die Autoren gehen von einem reziproken Einfluss zwischen Kind- und Elternvariablen aus. Für die Praxis stellt sich daher die Frage: Für welches Kind bzw. welche Familie ist welches Setting am wirksamsten? Gegenwärtig können folgende Empfehlungen abgegeben werden: Die Eltern von jüngeren Kindern und Eltern, die selbst ängstlich sind, sollten in die Therapie der Kinder miteinbezogen werden [Bodden et al., 2008]. Im Hinblick auf die Ängstlichkeit der Eltern braucht es jedoch weitere Forschung zur Frage, wann die Eltern eine Therapie für sich selbst in Anspruch nehmen sollten. Für den kindfokussierten Ansatz spricht die klinische Erfahrung, dass für eine erfolgreiche Therapie die Steigerung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Kindes zentral ist. Sind die Eltern überfürsorglich, sodass das Kind nicht die Erfahrung machen kann, dass ihm etwas zugetraut wird, kann die kindzentrierte Therapie wirksamer sein. Das Kind sollte die Erfahrung machen, dass ihm zugetraut wird, seine Ängste alleine bewältigen zu können. Auch hier zeigen sich reziproke Effekte: Das Selbstvertrauen der Kinder wird weiter gesteigert, wenn die Eltern realisieren, dass das Kind selbst gegen seine Ängste angehen kann, und sie ihm dadurch mehr zutrauen und mehr Autonomie gewähren [Kendall et al., 2003].

In der Depressionsbehandlung liegen keine systematischen Studien zur Effektivität einer zusätzlichen Elternarbeit vor. Bei Betroffenen im Jugendalter wird geraten, den Anteil der Elternarbeit in der Therapie möglichst gering zu halten, da Eltern zunehmend weniger bedeutsame Rollenvorbilder sind und eine von den Eltern unabhängige Therapiebeziehung wichtig sein kann, um den Ablösungsprozess von den Eltern zu unterstützen und den Selbstwert des Jugendlichen zu erhöhen [Pössel, 2009]. Bei der Auswahl des Settings in der Be-

handlung der Depression spielen die Schwere, der bisherige Verlauf, die Motivation, mögliche Suizidalität sowie soziale und familiäre Ressourcen eine Rolle. Je nachdem muss aufgrund dieser Faktoren zwischen ambulanter und stationärer Behandlung entschieden werden [Ihle et al., 2004].

Klassifikation und Diagnostik

Die bevorstehende Neuauflage des Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM, www.dsm5.org) hat im Bereich der Klassifikation einige Artikel hervorgebracht. So wird für das DSM-V eine Trennung zwischen Symptomen und klinischer Beeinträchtigung aufgrund der Symptomatik diskutiert. Die Beeinträchtigung und Belastung aufgrund einer Störung soll als Folge betrachtet werden und nicht als erforderliches Kriterium für die Vergabe einer Diagnose, sodass empfohlen wird, das Kriterium der klinischen Beeinträchtigung/Belastung aus den Diagnosekriterien zu entfernen [Rapee et al., 2012]. Rapee et al. [2012] fassen die Probleme des Kriteriums Beeinträchtigung wie folgt zusammen: Bei komorbiden Störungen sei es schwierig, die Beeinträchtigung einer spezifischen Störung zuschreiben zu können. Zudem sei das Konzept der klinischen Beeinträchtigung und des Leidensdrucks vage, subjektiv und tautologisch. Des Weiteren sei das Konzept inkonsistent mit demjenigen des International Classification of Diseases 10 (ICD-10). Bei Kindern kann als Einschränkung zusätzlich festgehalten werden, dass viele Kinder in diagnostischen Interviews mit der Frage nach der Beeinträchtigung Verständnisschwierigkeiten haben. Im Gegenzug kann angefügt werden, dass das Konzept der klinischen Beeinträchtigung klarer beschrieben werden könnte, z.B. durch Verhaltensbeschreibungen und Ankerwerte. Ein möglicher Nachteil eines Ausschlusses des Beeinträchtigungskriteriums ist eine Steigerung der Prävalenzraten [z.B. Merikangas et al., 2010]. Eine Empfehlung könnte sein, den «Schweregrad» der Symptome zu erhöhen. Zukünftig wird daher die objektive Erfassung vom Konstrukt Beeinträchtigung eine wichtige Rolle spielen [Rapee et al., 2012]. Ein kindgerechtes Verfahren zur Erfassung der Beeinträchtigung und Belastung («Beeinträchtigungs- und Belastungsrating») wird von In-Albon und Schneider [2012b] vorgestellt. Auf störungsspezifischer Ebene werden für das DSM-V folgende Änderungen diskutiert: Bei der Sozialen Phobie wird empfohlen, zukünftig den Begriff der Sozialen Angststörung zu verwenden, da die Betroffenen selten durchgängig soziale Situationen vermeiden, sondern diese häufig unter starker Angst ertragen. Des Weiteren soll der Subtypus «generalisiert» aufgegeben und ein neuer Subtypus, «nur Leistungsangst», aufgenommen werden [Bögels et al., 2010]. Ob die Prüfungsangst und das Nichtsprechen beim Selektiven Mutismus spezifische Subtypen der Sozialen Angststörung werden, muss in zukünftigen Studien untersucht werden. Bei der Störung mit Trennungsangst wird diskutiert, ob der Beginn vor dem 18. Le-

bensjahr aufgehoben wird und ob die Anzahl der Symptome und die Dauer empirisch nachgewiesene Kriterien sind (www.dsm5.org). Mögliche Änderungen im DSM tragen vermutlich auch zu Veränderungen und stärkerer empirischer Evidenz der ICD-11-Kriterien bei. Eine Überarbeitung sollte beispielsweise darin bestehen, dass die Generalisierte Angststörung den anderen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter nicht mehr hierarchisch übergeordnet wird (z.B. bei der Emotionalen Störung mit Trennungsangst, der Störung mit Sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters, der Phobischen Störung des Kindesalters). Des Weiteren sollte das Kriterium der Einsicht, dass die Angst übertrieben und unbegründet ist, bei Kindern mit Angststörungen überprüft werden. Diese aufgeführten Punkte sind häufige Gründe für Diskrepanzen zwischen DSM und ICD, d.h. weshalb ein Kind die Kriterien einer ICD-Diagnose nicht erfüllt, während die DSM-Kriterien erfüllt sind. Für DSM-V wird auch wieder diskutiert, die «Störung mit Angst und Depression, gemischt» aufzunehmen. Die Diagnose war bereits in den Forschungskriterien des DSM-IV und ist im ICD-10 enthalten. Empirische Hintergründe sind die hohe Komorbiditätsrate von Angststörungen und Depression [Axelson und Birmaher, 2001] sowie gemeinsame ätiologische Faktoren [Barlow et al., 2004].

Mit der Klassifikation verbunden ist die Diagnostik. Auch in diesem Bereich findet eine stetige Weiterentwicklung statt. Eine reliable und valide Diagnosestellung ist eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Sowohl die Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von depressiven Störungen [Ihle et al., 2004] als auch die Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter [Schneider und Döpfner, 2004] betonen den Einsatz von verschiedenen diagnostischen Methoden wie diagnostischen Interviews sowie Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen. Eine aktuelle Übersicht liefern Barkmann et al. [2011] mit dem Buch «Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter». Weitere Materialien für die Diagnostik und Therapie sind im 4. Band des Lehrbuchs der Verhaltenstherapie [Meinlschmidt et al., 2012] zu finden.

Prävention

Für die Prävention, die Früherkennung und einen erleichterten Zugang zu Versorgungssystemen ist die Wissensvermittlung ein zentraler Schritt; zum einen, um Wissenslücken zu reduzieren, zum anderen, um Stigmatisierungen entgegenzuwirken. Im deutschsprachigen Raum liegen 2 evaluierte Broschüren vor, die zum Ziel haben, niederschwellig über Angst [Schneider und Borer, 2007] bzw. Depression bei Jugendlichen [Schiller und Allgaier, 2011] aufzuklären. Bei beiden Broschüren zeigten sich ein Wissenszuwachs und eine gute Akzeptanz [Schneider und Borer, 2003] sowie Einstellungsveränderungen [Allgaier et al., 2011]. Im deutschsprachigen

Tab. 2. Empirisch validierte Interventionen und deutschsprachige Manuale für die einzelnen Angststörungen des Kindes- und Jugendalters [nach In-Albon, 2011]

Angststörung	Empirisch validierte Interventionen	Therapiemanuale
Verschiedene Angststörungen	Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Coping Cat [Kendall und Hedtke, 2006] FRIENDS [Barrett et al., 2000; deutsche Übersetzung von Barrett et al., 2003] Cool Kids [Lyneham et al., 2003]
Spezifische Phobie	1-Session Behandlung; teilnehmendes Modell-Lernen; kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elternttraining (einzeln und in der Gruppe): Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Derzeit kein störungsspezifisches Manual verfügbar
Soziale Phobie	kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elternttraining (individuell oder in der Gruppe): Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, soziales Kompetenz-/Selbstsicherheitstraining, graduierte Reizkonfrontation	Petermann und Petermann [2010] Joormann und Unnewehr [2002] Beck et al. [2006] Tuschen-Caffier et al. [2009] Büch und Döpfner [2012]
Störung mit Trennungsangst	kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elternttraining: Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren	Trennungsangstprogramm für Familien (TAAF, Schneider, 2004, in Vorbereitung)
Generalisierte Angststörung	kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elternttraining: Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, Konfrontation in sensu, operante Verfahren, Entspannungsverfahren	Derzeit kein störungsspezifisches Manual verfügbar
Leistungsängste	kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme mit und ohne Elternttraining: Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannungsverfahren, Fertigkeitentraining	Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd 1: Leistungsängste [Suhr und Döpfner, 2005]

Raum liegen zudem empirisch abgesicherte Präventionsprogramme für Angst- und depressive Störungen vor. Das Training «Lars & Lisa» [Pössel et al., 2003, 2004] wurde als universales Trainingsprogramm zur Prävention von Depression entwickelt. Zielgruppe sind Jugendliche im Alter von 14 und 15 Jahren. Methoden des Programms sind Selbstmanagement-Therapie, kognitive Umstrukturierung sowie soziales Kompetenz- und Selbstsicherheitstraining. Das Programm «FREUNDE» [Barrett et al., 2000, 2003] dient der universellen Prävention von Angst und Depression bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren. FREUNDE ist verhaltenstherapeutisch aufgebaut und hat zum Ziel, die Fähigkeiten und Techniken der 3 Komponenten physiologischer Bereich, kognitiver Bereich und Lernen zu vermitteln. Verschiedene Studien haben die Wirksamkeit und Akzeptanz des Programms untersucht und belegt [Barrett et al., 2003, 2006; Essau et al., 2004]. Eimecke et al. [2010] ergänzten das FREUNDE-Training um ein Elternttraining und untersuchten dessen Wirksamkeit in der indizierten Prävention bei 8- bis 12-jährigen Kindern. Das Elternttraining hatte keinen zusätzlichen Effekt auf die Veränderung introversiver Symptome. Jedoch erlebten sich alle Eltern nach dem Training kompetenter im Umgang mit ihren Kindern. «GO!» [Junge et al., 2002, 2007] ist als universelles Trainingsprogramm für Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren zur Prävention von Angst und Depression

konzipiert. Das Konzept basiert auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modellen, wobei sich die Elemente auf Angst, Depression, Training sozialer Kompetenzen und Stressbewältigung beziehen.

Die Setting-Frage stellt sich auch in der Präventionsforschung. Eine kürzlich erschienene Studie verweist darauf, dass, wie in der Psychotherapie für Angststörungen auch, in der Prävention kein Wirksamkeitsunterschied zwischen kind- und elternfokussiertem Programm besteht [Simon et al., 2011]: Sowohl in der eltern- als auch kindfokussierten Gruppe zeigte sich eine Angstreduktion. In der universellen Prävention stellt sich die Frage, inwieweit Programme störungsspezifisch sein müssen oder ob es nicht sogar sinnvoller wäre, Programme durchzuführen, die die psychische Gesundheit allgemein fördern. Gemeint sind dabei z.B. Programme zur Verbesserung der Emotionsregulation und zur Steigerung der sozial-emotionalen Kompetenzen und des Selbstwerts. Petermann et al. [2007] entwickelten für Kinder im Grundschulalter ein Training zur Förderung emotionaler, sozialer und moralischer Entwicklung. Die Kinder lernen beispielsweise, Gefühle zu erkennen und angemessen mit Gefühlen und Konfliktsituationen umzugehen. Die Ergebnisse zeigten eine Zunahme sozialer Kompetenzen und eine Abnahme sozial-emotionaler Probleme [von Marées und Petermann, 2009].

Therapieinhalte

In den vergangenen Jahren sind einige empirisch validierte Therapiemanuale für die Behandlung von Angststörungen erschienen. Wie in Tabelle 2 ersichtlich, sind jedoch störungsspezifische Angstmanuale bislang eher selten. Die am besten überprüften Programme wurden für verschiedene Angststörungen entwickelt. Dabei zeigen sich über die Manuale hinweg geringe Veränderungen in den Inhalten. Nachdem immer mehr Komponenten in die Therapien aufgenommen wurden, zeigte sich jedoch, dass weniger oft mehr ist und dass es nicht sinnvoll ist, die Therapiesitzungen mit möglichst vielen Komponenten zu ergänzen. Es sollte genügend Zeit zur Verfügung stehen, das Gelernte umzusetzen und zu üben. Zudem sollten bezüglich der Konfrontationsübungen neue Forschungserkenntnisse aufgenommen werden, z.B. dass es für eine erfolgreiche Konfrontationstherapie entscheidend ist, diese in verschiedenen Kontexten durchzuführen. Zudem scheint die Verfügbarkeit von Hinweisreizen für Patienten hilfreich zu sein, da sie diese außerhalb des Therapiekontextes in neue Situationen mitnehmen können [Arch und Craske, 2009]. In der Therapie mit Kindern können dies beispielsweise ein Mutmach-Stein oder ein Mutmach-Kärtchen sein, die sich leicht in der Hosentasche und Schultasche unterbringen lassen.

Für die Behandlung depressiver Störungen liegen, wie im Abschnitt zur Psychotherapieforschung beschrieben, 2 Manuale vor, für die aber RCTs noch ausstehen [Ihle und Herrle, 2003; Harrington, 2001].

Gemeinsame Bausteine in der Therapie von Angst- und depressiven Störungen sind [Ihle et al., 2004; In-Albon, 2011; Pössel, 2009]: 1) Psychoedukation, 2) kognitive Interventionen (Selbstinstruktions- und Problemlösetrainings), 3) verhaltensorientierte Techniken (Angststörungen: Abbau Vermeidungsverhalten durch Konfrontationsübungen; depressive Störungen: Aktivitätsaufbau) und 4) Rückfallprophylaxe. Folgende zusätzliche Komponenten können in den Therapien sinnvoll sein: Entspannungsverfahren, Förderung der emotionalen und sozialen Kompetenzen.

Aufgrund der hohen Komorbidität von Angststörungen und Depressionen entwickelten Barlow et al. [2011] ein transdiagnostisches Therapieprogramm zur Behandlung von Angst- und depressiven Störungen für Erwachsene. Theoretischer Hintergrund ist das Tripartite-Modell, das zeigte, dass negative Affekte und geringe positive Affekte übergeordnete Faktoren der unipolaren Depression und verschiedener Angststörungen sind [Chorpita et al., 1998]. Dies konnte auch für das Kindes- und Jugendalter bestätigt werden [Chorpita, 2002]. Das Programm ist modulartig aufgebaut und beinhaltet 3 Hauptstrategien: 1) Änderung und Neubewertung kognitiver Prozesse, 2) Prävention emotionaler Vermeidung und 3) Verhaltensänderung [Allen et al., 2005]. Das Programm wurde für das Kindes- und Jugendalter angepasst, und Evaluationsstudien zur Gruppentherapie werden derzeit durchgeführt [Ehrenreich et al., 2009; Ehrenreich et al., 2012].

Zusammenfassung und Ausblick

Ist nun die Verhaltenstherapie bei Kindern mit Angst- und depressiven Störungen aus den Kinderschuhen ausgewachsen? Diese Frage aus der Einleitung kann zum heutigen Zeitpunkt weder eindeutig verneint noch bejaht werden. Seit dem Erscheinen des Sonderhefts zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen im Jahre 2000 sind viele Studien erschienen, die aufzeigen, dass internalisierende Störungen im Kindes- und Jugendalter häufig und stabil sind sowie einen beträchtlichen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter darstellen. Dennoch werden diese «stillen Störungen» häufig übersehen und betroffene Kinder und Jugendliche erhalten eine unzureichende Versorgung. Diese aufgeführten Fakten sprechen jedoch klar für eine frühe Erkennung, Prävention und wirksame Behandlung internalisierender Störungen. Risikoreiche Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen können mithilfe von Präventions- und Interventionsprogrammen positiver gestaltet werden. Voraussetzung für die Entwicklung wirksamer Präventions- und Behandlungsprogramme ist eine gute Kenntnis der Risiko- und Schutzfaktoren. Auf der Basis des derzeitigen Forschungsstands fehlt jedoch ein umfassendes, empirisch fundiertes Modell zur Wirkung von Schutz- und Risikofaktoren.

Die Anzahl publizierter kontrollierter Psychotherapiestudien hat in den vergangenen 12 Jahren beträchtlich zugenommen. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass insbesondere die Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und bei depressiven Störungen im Jugendalter nachhaltig wirksam ist. Falls eine pharmakologische Behandlung erforderlich ist, sind SSRIs die Behandlung erster Wahl. Klinisch relevante Erkenntnisse liegen aus dem Bereich der Setting-Frage vor. Der derzeitige Stand der Forschung zeigt, dass keine Wirksamkeitsunterschiede vorliegen, wenn die Verhaltenstherapie individuell oder in der Gruppe, kindfokussiert oder mit Einbezug der Eltern durchgeführt wird. Für welches Kind bzw. welche Familie welches Setting optimal ist, fehlen aber noch Hinweise. Weitere Forschung ist zudem notwendig im Bereich der effectiveness-Wirksamkeit, der Behandlung von Kindern im Vorschulalter bzw. von Jugendlichen, der störungsspezifischen Therapiestudien und der Wirksamkeit einzelner Therapiekomponenten. Im Hinblick auf die Überarbeitung der Klassifikationssysteme muss abgewartet werden, wie sich die Veränderungen auf die Vergabe von Diagnosen und Prävalenzraten von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter auswirken werden. Mögliche Änderungen in den Diagnosekriterien führen wiederum zu Anpassungen in diagnostischen Verfahren, z.B. klinisch diagnostischen Interviews, die an die Klassifikationssysteme angelehnt sind. Da die reliable und valide Diagnostik eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist, findet in diesem Bereich eine stetige Weiterentwicklung statt. Für die Zukunft bleibt zu klären, wie internalisierenden Störungen präventiv vorgebeugt werden kann. Eine Möglichkeit könnte

die Wissensverbreitung zur Erkennung von Angst- und Depressionssymptomen durch Pädiater und Lehrpersonen sein, aber auch durch die Schulung von Jugendlichen selbst, z.B. mit Aufklärungsbroschüren. Ein Faktor, der einen Prädiktor und nicht nur ein Epiphänomen für internalisierende Störungen darstellt, ist der Selbstwert [Sowislo und Orth, 2012]. Daher sollte der Selbstwert in Präventionsprogrammen für die psychische Gesundheit eine zentrale Rolle einnehmen. Für die Therapie von Angststörungen liegen empirisch überprüfte deutschsprachige Manuale vor. Die bestehenden

deutschsprachigen Therapiemanuale für depressive Störungen müssen noch auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Neben der Steigerung der Wirksamkeit von vorhandenen Programmen ist die Verbreitung der empirisch validierten Programme in die klinische Praxis eine zentrale Aufgabe.

Disclosure Statement

Hiermit bestätige ich, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Referenzen

- AACAP: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:267–283.
- Allen LB, Ehrenreich JT, Barlow DH: A unified treatment for emotional disorders: applications with adults and adolescents. *Jpn J Behav Ther* 2005;31:3–31.
- Allgaier A-K, Schiller Y, Schulte-Körne G: Wissens- und Einstellungsänderungen zu Depression im Jugendalter – Entwicklung und Evaluation einer Aufklärungsbroschüre. *Kindheit und Entwicklung* 2011;20:247–255.
- Arch JJ, Craske MG: First-line treatment: a critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32:525–547.
- Axelson DA, Birmaher B: Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depress Anxiety* 2001;14:67–78.
- Bachmann M, Bachmann CJ, John K, Heinzel-Gutenbrunner M, Remschmidt H, Matthejat F: The effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting. *World Psychiatry* 2010;9:111–117.
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML: Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 2004;35:205–230.
- Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich-May J: Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide. New York, Oxford University Press, 2011.
- Barrett P, Webster H, Turner C: FRIENDS for Children. Bowen Hills, Australian Academic Press, 2000.
- Barrett P, Webster H, Turner C, Essau CE, Conradt J: FREUNDE für Kinder. München, Reinhardt, 2003.
- Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, Dadds M: Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the FRIENDS program. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006;35:403–411.
- Barkmann C, Schulte-Markwort M, Brähler E: Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Hogrefe, 2011.
- Beck N, Cäsar S, Leonhardt B: Training sozialer Fähigkeiten. Tübingen, DGVT, 2006.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427–1439.
- Bodden DH, Bögels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, Appelboom C, Brinkman AG, Appelboom-Geerts KC: Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:1384–1394.
- Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, Voncken M: Review – social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety* 2010;27:168–189.
- Brent DA: Glad for what TADS adds, but many TADS grads still sad. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1461–1464.
- Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, Iyengar S, Johnson BA: A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:877–885.
- Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M, Vitiello B, Ritz L, Iyengar S, Abebe K, Birmaher B, Ryan N, Kennard B, Hughes C, DeBar L, McCracken J, Strober M, Suddath R, Spirito A, Leonard H, Melhem N, Porta G, Onorato M, Zelazny J: Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299:901–913.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA: Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicidal attempts in pediatric antidepressant treatment. *JAMA* 2007;297:1683–1696.
- Brückl TM, Wittchen HU, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R: Childhood separation anxiety and the risk for subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom* 2007;76:47–56.
- Büch H, Döpfner M: Soziale Ängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst und Zwangsstörungen (THAZ), Bd 2. Göttingen, Hogrefe, 2012.
- Carter AS, Wagmiller RJ, Gray SAO, McCarthy KJ, Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ: Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: sociodemographic risks and social adaptation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:686–698.
- Casey RJ, Berman JS: The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 1985;98:388–400.
- Chorpita BF: The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: an examination of structure in a large school sample. *J Abnorm Child Psychol* 2002;30:177–190.
- Chorpita BE, Albano AM, Barlow DH: The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 1998;107:74–85.
- Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A: Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:764–772.
- Costello EJ, Erkanli A, Angold A: Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1263–1271.
- Cowart MJ, Ollendick TH: Attention training in socially anxious children: a multiple baseline design analysis. *J Anxiety Disord* 2011;25:972–977.
- Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L: Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1190–1196.
- Eimecke S, Pauschardt J, Matthejat F: Prevention of childhood anxiety and depression: efficacy of an additional parent training program. *Verhaltenstherapie* 2010;20:193–200.
- Ehrenreich JT, Goldstein CM, Wright LR, Barlow DH: Development of a unified protocol for the treatment of emotional disorders in youth. *Child Fam Behav Ther* 2009;31:20–37.
- Ehrenreich May J, Laird EA, Guttman LE: The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cogn Behav Pract* 2012;19:41–55.
- Emmelkamp PMG, Wittchen HU: Specific phobias; in Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, et al. (eds): *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-IV*. Arlington, APA, 2009.
- Essau CA: Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *J Depress Anxiety* 2005;22:130–137.
- Essau CA, Conradt J, Reiss AL: Klassifikation, diagnostisches Vorgehen und Epidemiologie; in Schneider S (ed): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin, Springer, 2004, pp 79–102.
- Harrington RC: Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Hogrefe, 2001.
- Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, Blakely LR, Pollock-Wurman RA, McQuade J, DePetrillo L, Briesch J, Ollendick TH, Rosenbaum JF, Biederman J: Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:498–510.

- Hudson J, Rapee R: Psychopathology and the Family. Oxford, Elsevier, 2005.
- Ihle W, Esser G: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. Psychol Rundsch 2002;53:159–169.
- Ihle W, Herrle J: Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter. Tübingen, DGVT, 2003.
- Ihle W, Ahle MA, Jahnke D, Esser G: Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. Kindheit und Entwicklung 2004;13:64–79.
- In-Albon T: Kinder und Jugendliche mit Angststörungen. Stuttgart, Kohlhammer, 2011.
- In-Albon T, Schneider S: Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. Psychother Psychosom 2007;76:15–24.
- In-Albon T, Zumsteg U, Müller D, Schneider S: Psychological problems in the pediatric setting – results of a Swiss survey. Swiss Med Wkly 2010;140:w13092.
- In-Albon T, Schneider S: Does the vigilance-avoidance gazing behaviour of children with separation anxiety disorder change after cognitive-behavioral therapy? J Abnorm Child Psychol 2012a;40:1149–1156.
- In-Albon T, Schneider S: Verlaufsdiagnostik und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen; in Meinschmidt G, Schneider S, Margraf J (eds): Materialien für die Psychotherapie. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 4. Berlin, Springer, 2012b, pp 515–522.
- James A, Soler A, Weatherall R: Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2005; CD004690.
- Joormann J, Unnewehr S: Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Hogrefe, 2002.
- Junge J, Neumer S, Manz R, Margraf J: Angst und Depression im Jugendalter vorbeugen. GO! – Ein Programm für Gesundheit und Optimismus. Weinheim, PVU Beltz, 2002.
- Junge J, Annen B, Margraf J: GO! – Ein Programm zur Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Langzeiteffekte und Weiterentwicklungen; in Röhrle B (ed): Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Tübingen, DGVT, 2007.
- Khanna MS, Kendall PC: Computer-assisted cognitive behavioural therapy for child anxiety. J Consult Clin Psychol 2010;78:737–745.
- Kendall PC: Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 1994;62:100–110.
- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM, Southam-Gerow M, Henin A, Warman M: Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 1997;65:366–380.
- Kendall PC, Aschenbrand SG, Hudson JL: Child-focused treatment of anxiety; in Kazdin AE, Weisz JR (eds): Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. New York, Guilford Press, 2003, pp 81–100.
- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schröder E, Webb A: Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. J Consult Clin Psychol 2004;72: 276–287.
- Kendall PC, Hedtke K: Coping Cat Workbook, ed 2. Ardmore, Workbook Publishing, 2006.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:593–602.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R: Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry 2003;60:709–717.
- Klein JB, Jacobs RH, Reinecke MA: Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46:1403–1413.
- Kremberg E, Mitte K: Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter. Z Klin Psychol Psychother 2005;34:196–204.
- Kuschel A, Heinrichs N, Bertram H, Naumann S, Hahlweg K: Psychische Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern aus der Sicht der Eltern und Erzieherinnen in Abhängigkeit von soziodemographischen Merkmalen. Kindheit und Entwicklung 2008; 17:161–172.
- Lewinsohn P, Clarke GN: Psychosocial treatments for adolescent depression. Clin Psychol Rev 1999;19: 329–342.
- Lynham HJ, Abbott MJ, Wignall A, Rapee RM: The Cool Kids Family Program – Therapist Manual. Sydney, Macquarie University, 2003.
- Meinschmidt G, Schneider S, Margraf J: Materialien für die Psychotherapie. Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 4. Berlin, Springer, 2012.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T: Mental health of children and adolescents in Great Britain. London, Stationery Office, 2000.
- Melfsen S, Kühnemund M, Schwieger J, Warnke A, Stadler C, Poustka F, Stangier U: Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2011;5:1–12.
- Merikangas KR, He J, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J: Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents – results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49:980–989.
- Mufson L, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R: Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. Arch Gen Psychiatry 1999;56: 573–579.
- NIMH (The National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment): Blueprint for Change: Research in Child and Adolescent Mental Health. Washington, NIMH, 2001.
- Ollendick TH, Öst L-G, Reuterskiöld L, Costa N, Cederlund R, Sirbu C, Davis TE 3rd, Jarrett MA: One-session treatment of specific phobias in youth: a randomized clinical trial in the United States and Sweden. J Consult Clin Psychol 2009;77:504–51.
- Petermann P: Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. Kindheit und Entwicklung 2005;14:48–57.
- Petermann F, Koglin U, Natzke H, von Marées N: Verhaltenstraining in der Grundschule. Ein Präventionsprogramm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen. Göttingen, Hogrefe, 2007.
- Petermann F, Petermann U: Training mit Jugendlichen, Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten, ed 9. Göttingen, Hogrefe, 2010.
- Pössel P: Depression/Suizidalität; in Schneider S, Margraf J (eds): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 3. Berlin, Springer, 2009, pp 663–687.
- Pössel P, Horn AB, Hautzinger M: Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Z Gesund Psychol 2003;11:10–20.
- Pössel P, Horn AB, Seemann S, Hautzinger M: Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag – LARS & LISA. Manual eines schulbasierten universalen Schulprogramms von Depression bei Jugendlichen. Göttingen, Hogrefe, 2004.
- Pössel P, Hautzinger M: Effekte pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2006;34:243–255.
- Rapee RM, Bögels SM, van der Sluis CM, Craske MG, Ollendick T: Annual research review – conceptualising functional impairment in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2012;53: 454–468.
- Reinecke MA, Ryan NE, DuBois DL: Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: a review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:26–34.
- Rosselló J, Bernal G: The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. J Consult Clin Psychol 1999;67:734–745.
- Rynn M, Pulliafco A, Heleniak C, Rikhi P, Ghalib K, Vidair H: Advances in pharmacotherapy for pediatric anxiety disorders. Depress Anxiety 2011;28:76–87.
- Saavedra LM, Silverman WK, Morgan-Lopez AA, Kurtines WM: Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood. J Child Psychol Psychiatry 2010;51:924–934.
- Schiller Y, Allgaier A-K: Paul ganz unten – Depressionen bei Jugendlichen verstehen. Aufklärungsbroschüre der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, 2011.
- Schneider S: Steckt die Verhaltenstherapie bei Kindern noch in den Kinderschuhen? Verhaltenstherapie 2000;10:65–66.
- Schneider S, Borer S: Primäre Prävention von Angststörungen: Evaluation einer Broschüre für Kinder und Jugendliche. Kindheit und Entwicklung 2003; 12:111–118.
- Schneider S, Döpfner M: Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. Kindheit und Entwicklung 2004;13:80–96.
- Schneider S, Borer S: Nur keine Panik. Was Kids über Angst wissen sollten, ed 2. Basel, Karger, 2007.
- Schneider S, Houweling JEG, Gommlich-Schneider S, Klein C, Nündel B, Wolke D: Effect of maternal panic disorder on mother-child interaction and relation to child anxiety and child self-efficacy. Arch Womens Ment Health 2009;12:251–259.
- Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren C, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K: Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: a randomized waiting-list-controlled trial. Psychother Psychosom 2011;80:206–215.
- Silverman WK, Pina AA, Wiswesvaran C: Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2008;37:105–130.
- Silverman WK, Kurtines WM, Jaccard J, Pina AA: Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: an initial examination. J Consult Clin Psychol 2009;77:474–485.

- Siqueland L, Rynn M, Diamond GS: Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: phase I and phase II studies. *J Anxiety Disord* 2005;19:361–381.
- Simon E, Bögels SM, Voncken JM: Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011;40:204–219.
- Sowislo JF, Orth U: Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* DOI: [10.1037/a0028931](https://doi.org/10.1037/a0028931).
- Spence SH, Donovan CL, March S, Gamble A, Anderson RE, Prosser S, Kenardy J: A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:629–642.
- Steinhausen HC: *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, ed 7. München, Urban und Fischer, 2010.
- Steinhausen HC, Winkler Metzke C, Meier M, Kannenberg R: Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:261–271.
- Suhr L, Döpfner M: *Diagnostik und Therapie von Leistungsängsten. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)*, Bd 1. Göttingen, Hogrefe, 2005.
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *JAMA* 2004;292:807–820.
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team: Treatment for Adolescents with Depression Study: long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1132–1144.
- Tuschen-Caffier B, Kühl S, Bender C: *Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter. Ein Therapiemanual*. Göttingen, Hogrefe, 2009.
- Tuschen-Caffier B, Krämer M, Seefeldt WL, Heinrichs N: Evaluation of a cognitive-behavioral group treatment for childhood social anxiety disorder in a randomized clinical sample. Symposium at the 6th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Boston, USA, 2010.
- von Marées N, Petermann F: Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung* 2009;18:244–253.
- Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, Ginsburg GS, Rynn MA, McCracken J, Waslick B, Iyengar S, March JS, Kendall PC: Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New Engl J Med* 2008;359:2753–2766.
- Weiss B, Catron T, Harris V, Phung TM: The effectiveness of traditional child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:82–94.
- Weiss B, Catron T, Harris V: A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:1094–1101.
- Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM: Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2006;132:132–149.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998;28:109–126.
- Wittchen H-U, Kessler RC, Pfister H, Lieb M: Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 2000a;102:14–23.
- Wittchen H-U, Lieb R, Pfister H, Schuster P: The waxing and waning of mental disorders: evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Compr Psychiatry* 2000b;41:122–132.
- Woodward LJ, Fergusson DM: Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1086–1093.