Lydia Suhr-Dachs · Manfred Döpfner

Leistungsängste

Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) –

Band 1

2., aktualisierte Auflage

thaz
Therapieprogramm für
Angst- und Zwangsstörungen

HOGREFE

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche
mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)

hrsg. von Prof. Dr. Manfred Döpfner und Dr. Lydia Suhr-Dachs

Leistungsängste
Soziale Ängste
Trennungsängste
Spezifische Phobien
Zwangsstörungen

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Leistungsängste

Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) –

Band 1

von
Lydia Suhr-Dachs und Manfred Döpfner

2., aktualisierte Auflage

HOGREFE

GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI · SÃO PAULO

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Dr. Lydia Suhr-Dachs, geb. 1970. 1990–1996 Studium der Psychologie in Köln. Seit 1996 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln. Seit 2001 Leiterin der Psychotherapie-Ambulanz/Ausbildungsambulanz des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKiP an der Universität Köln. 2001 Promotion. Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Prof. Dr. Manfred Döpfner, geb. 1955. 1974–1981 Studium der Psychologie in Mannheim. 1981–1988 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. 1990 Promotion. 1998 Habilitation. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1999 Leiter des Ausbildungsinstitutes für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKiP an der Universität Köln. Seit 2000 Wissenschaftlicher Leiter des Instituts Köln der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2005 und 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki • São Paulo
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

http://www.hogrefe.de
Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2695-2

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über das Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) 7

Kapitel 1: Grundlagen 10
1.1 Symptomatik und Epidemiologie 10
1.2 Komorbide Störungen 13
1.3 Diagnostische Einordnung und differenzialdiagnostische Aspekte der Leistungsangst 14
1.4 Empirische Befunde zu therapeutischen Interventionen 16
1.5 Die Bedeutung von Kognitionen bei der Entstehung von Leistungsängsten 21
1.6 Die Bedeutung des familiären Kontextes in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Leistungsängsten 28
1.7 Pathogenetisches Modell der Leistungsangst und therapeutische Implikationen . . 30
1.8 Evaluation des Manuals 34

Kapitel 2: Diagnostik von Leistungsängsten bei Kindern und Jugendlichen 38
2.1 Störungsspezifische Diagnostik 39
2.1.1 Exploration von Leistungsängsten 39
2.1.2 Fragebogenverfahren 44
2.2 Diagnostik komorbider Störungen 46
2.3 Therapieplanung und Indikation 50

Kapitel 3: Kognitiv-behaviorales Manual zur Behandlung von Leistungsängsten bei Kindern und Jugendlichen 55
3.1 Das multimodale Behandlungskonzept 55
3.2 Kindzentrierte Interventionen 58
3.2.1 Therapiebaustein: Kognitive Intervention 58
3.2.2 Therapiebaustein: Emotional/Physiologische Intervention 71
3.2.3 Therapiebaustein: Behaviorale Intervention 84
3.3 Elternzentrierte Interventionen 96
3.3.1 Kognitive Intervention 97
3.3.2 Behaviorale Intervention 102

Kapitel 4: Kooperation mit dem Lehrer und Interventionen in der Schule . . 107

Kapitel 5: Kasuistiken 111
5.1 Fallbeispiel Alexander 111
5.2 Fallbeispiel Christian 114

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

5.3 Fallbeispiel Peter 116
5.4 Fallbeispiel Julia 119

Literatur 122

Anhang 128
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/de/products/reader.html erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Übersicht über das Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)

Das Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ) ist ein umfassendes Behandlungspaket zur multimodalen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angst- und Zwangsstörungen. Das Programm ist mit fünf Bänden konzipiert, welche die Diagnostik und Therapie von Leistungsängsten, Spezifischen Phobien, Trennungsängsten, Sozialen Ängsten (Büch & Döpfner, 2012) sowie von Zwangsstörungen thematisieren.

Die Entwicklung und Evaluation des Therapieprogramms THAZ ist eine wichtige Aufgabe der Schwerpunktambulanz für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen, die von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität Köln und vom Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Universität Köln getragen wird. Außerdem ist das Institut Köln der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie an der Entwicklung und Evaluation des Programms beteiligt. Ziel dieser Bemühungen ist es, in der Praxis anwendbare und erprobte Interventionen für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen zur Verfügung zu stellen.

THAZ ist der multimodalen Psychotherapie verpflichtet, die patienten- und umfeldzentrierte Interventionen miteinander verbindet (Döpfner, 2008b, 2009, 2013) und damit den Leitlinien zur Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Schneider & Döpfner, 2004) entspricht. Patientenzentrierte Interventionen bilden bislang den Kern der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen, zumindest bei älteren Kindern und bei Jugendlichen. Die Ansatzpunkte für patientenzentrierte Interventionen bei Angst- und Zwangsstörungen lassen sich Abbildung 1 entnehmen. Die meisten Ängste und Zwänge treten in relativ klar definierbaren Situationen auf (z.B. Prüfungen, Trennung von den Eltern, soziale Situationen, Zahnarzt, Kontakt mit „kontaminierten“ Objekten). Manche dieser Situationen setzen bestimmte Kompetenzen voraus, um sie bewältigen zu können. So lassen sich beispielsweise Leistungssituationen nur dann erfolgreich bewältigen, wenn das Kind oder der Jugendliche über bestimmte Kenntnisse oder Fertigkeiten verfügt; soziale Situationen erfordern ein sozial kompetentes Verhalten. Manchen Kindern und Jugendlichen, die Ängste vor solchen Situationen entwickelt haben, mangelt es (auch) an den entsprechenden grundlegenden Kompetenzen zur Bewältigung dieser Situationen. In anderen Situationen, die Ängste auslösen können, sind nicht besondere Kompetenzen notwendig, um die Situation bewältigen zu können, beispielsweise bei einer Höhenangst, einer Hunde- oder Spritzenphobie oder auch bei Zwangsstörungen. Bei diesen Ängsten und Zwängen spielen mangelnde Kompetenzen für die erfolgreiche Bewältigung der entsprechenden Situation in der Regel eine geringe oder keine Rolle; im Wesentlichen geht es bei diesen Ängsten darum, die Situation durchzustehen.

Die jeweiligen Situationen lösen bei den Betroffenen Kognitionen aus, die in der Regel Ängste erzeugen, weil mit ihnen eine Gefahr antizipiert wird. Die Kognitionen in der Angstsituation gründen mitunter auf situationsübergreifenden dysfunktionalen kognitiven Grundannahmen. Die kognitiven Grundannahmen können auch verschiedene vegetative Reaktionen hervorrufen. Schließlich kommt es zu ängstlichem Verhalten oder auch zu Vermeidungs- und Fluchtreaktionen, die ihrerseits bestimmte Konsequenzen nach sich ziehen; unter anderem die Verminderung der zuvor erlebten Ängste. Die in Abbildung 1 aufgelisteten Ansatzpunkte lassen sich diesen einzelnen Phasen zuordnen:

- *Graduierung:* Die Situationen, die Angst erregen und nicht zu bewältigen erscheinen, können graduiert nach dem Ausmaß der Ängste, die diese auslösen, bzw. nach ihrer Schwierigkeit dargeboten werden.
- *Kompetenztraining:* Falls Kompetenzen, die zur Bewältigung dieser Situationen notwendig sind, nicht hinreichend ausgebildet sind, können diese Kompetenzen mit Hilfe von Kompetenztrainings verbessert werden (z.B. Trainings zur Verbesserung von Kenntnissen oder Fertigkeiten in Leistungssituationen, sozialen Kompetenztrainings).
- *Kognitive Interventionen* dienen dazu, Angst erzeugende Kognitionen sowie dysfunktionale grundlegende Überzeugungen zu vermindern.
- *Exposition incl. Entspannung/Habituation* können Ängste und physiologische Reaktionen vermindern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

- *Exposition und Bewältigung:* Die Erfahrung des Patienten, eine bislang Angst auslösende Situation erfolgreich zu bewältigen und nun weniger Angst in dieser Situation zu verspüren hilft, ängstliches Verhalten und damit verbundene Vermeidungsverhalten abzubauen.
- *Operante Verfahren:* Durch positive Konsequenzen für die erfolgreiche Bewältigung der ängstigenden Situationen und durch die Verminderung von möglichen positiven oder negativen Verstärkungen bei ängstlichem Verhalten kann die Angstsymptomatik ebenfalls vermindert werden.

In dem Therapieprogramm THAZ werden diese grundlegenden Interventionsmethoden im Rahmen der patientenzentrierten Verfahren in einzelnen Behandlungsbausteinen eingesetzt. Sie werden grob unterteilt in:
- kognitive Interventionen (einschließlich Psychoedukation),
- emotional-physiologische Interventionen (einschließlich Exposition),
- behaviorale Interventionen.

Bei den *umfeldzentrierten Interventionen* lassen sich familienzentrierte Verfahren von Kindergarten- und schulzentrierten Verfahren unterscheiden. Obwohl die patientenzentrierten Interventionen meist im Mittelpunkt der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen stehen, gewinnen Interventionen, die das familiäre, aber auch das weitere Umfeld mit einbeziehen, zunehmend an Bedeutung und dies nicht nur bei jüngeren Kindern (Döpfner, 1999, 2013; Kendall et al., 2008; Wood et al., 2006). Das Therapieprogramm THAZ bezieht daher auch familien- und kindergarten- bzw. schulzentrierte Interventionen mit ein. Diese Verfahren können ebenfalls im wesentlichen unterteilt werden in kognitive und behaviorale Interventionen, die darauf abzielen, dysfunktionale Kognitionen und Erwartungen bei den Eltern oder anderen Bezugspersonen zu verändern und Bedingungen zu schaffen, die dem Kind helfen, bisher nicht bewältigte Situationen erfolgreich bewältigen zu können. Dazu gehören der Abbau von angstverstärkendem und überbehütendem Erziehungsverhalten der Eltern und die Einführung von elterlicher Belohnung in Bezug auf angstbewältigendes Verhalten des Kindes.

Das Therapieprogramm THAZ ist modular aufgebaut und beschreibt in einzelnen Behandlungsbausteinen differenziert die verschiedenen symptomorientierten Interventionen. Darüber hinaus wird auch die Behandlung komorbider Probleme und Störungen angesprochen, die sowohl Ursachen als auch Folgen der Angst- oder Zwangssymptomatik sein können.

Die einzelnen Bände des Therapieprogramms haben die gleiche Grundstruktur. Nach einer Übersicht über den Stand der Forschung, insbesondere zur Wirksamkeit der verschiedenen Me-

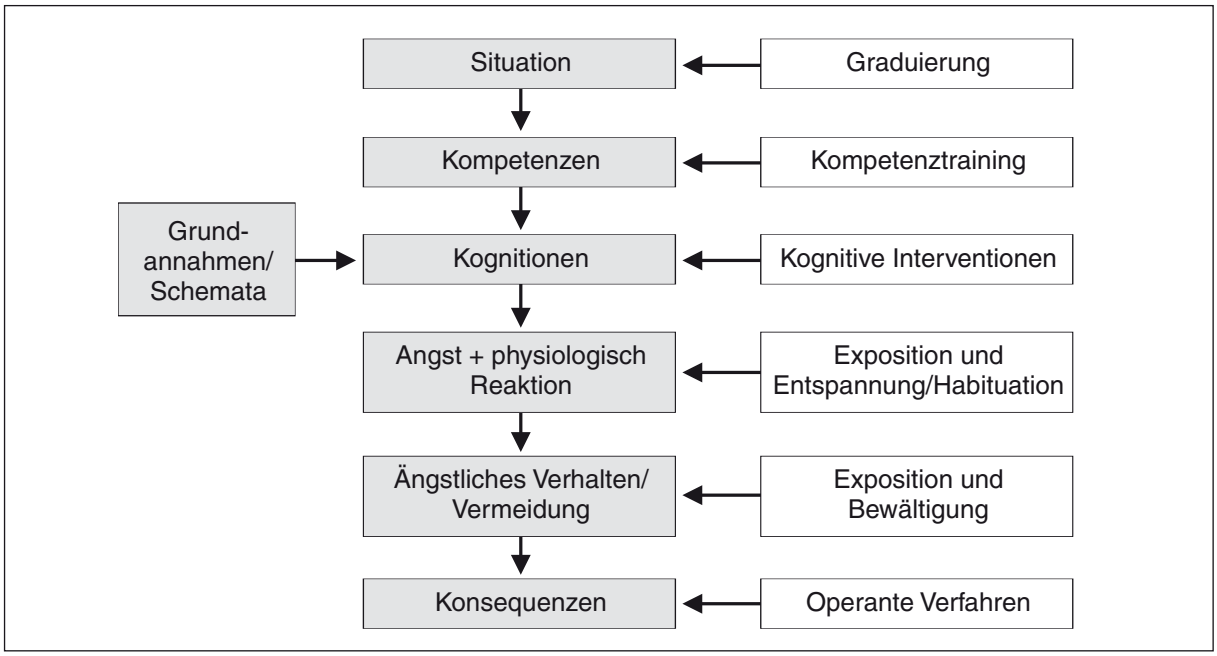

Abbildung 0: Ansatzpunkte in der patientenzentrierten Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

thoden, wird die Diagnostik der entsprechenden Angst- beziehungsweise Zwangsstörung dargestellt. Danach folgt das modular aufgebaute Therapieprogramm. Für die einzelnen Bausteine des Programms werden jeweils Indikationen spezifiziert. Zur Durchführung der einzelnen Therapiebausteine stehen umfangreiche und ausführlich erprobte Materialien zur Verfügung.

Das Therapieprogramm THAZ ist ein langfristiges Projekt; es beruht auf langjähriger klinischer Erfahrung, die sowohl in Einzelfallstudien seinen Niederschlag gefunden hat (Döpfner, 1995, 1997, 1999; Döpfner & Hastenrath, 2000, Hastenrath & Döpfner, 2000; Kirchhoff & Döpfner, 1999) als auch in konzeptionellen Beiträgen und empirischen Studien (Büch & Döpfner, 2011; Döpfner 1999, 2000; Döpfner & Goletz, 2013; Döpfner et al., 1981, 2007; Duda-Kirchhof & Döpfner, 2000; Goletz et al., 2013; Schneider & Döpfner, 2004; Suhr & Döpfner, 2000). Die Publikation und ausführliche Evaluation aller Module wird noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

Literatur

Büch, H. & Döpfner, M. (2011). Behandlung sozialer Ängste im Kindesalter mit einem individualisierten kognitiv-behavioralen Therapieprogramm (THAZ – Soziale Ängste). Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. *Verhaltenstherapie, 21,* 41-47.

Büch, H. & Döpfner, M. (2012). *Soziale Ängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ). Band 2.* Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M. (1995). Behandlung eines Kindes mit Phonophobie und sozialer Angst. *Kindheit und Entwicklung, 4,* 248-253.

Döpfner, M. (1997). Verhaltenstherapeutische Behandlung eines Jugendlichen mit Zwangsstörungen. *Kindheit und Entwicklung, 6,* 90-97.

Döpfner, M. (1999). Agoraphobie, soziale Angst, generalisierte Angst, Trennungsangst, Zwang, Depression? Die Behandlung komplexer Angststörungen im Jugendalter – eine Kasuistik. *Kindheit und Entwicklung, 8,* 247-253.

Döpfner, M. (2000). Diagnostik und funktionale Analyse von Angst- und Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – ein Leitfaden. *Kindheit und Entwicklung, 9,* 143-160.

Döpfner, M. (2004). Multimodale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – auf dem Weg zu einer Schulen übergreifenden Psychotherapie? In F. Resch & M. Schulte-Markwort (Hrsg.), *Trauma – Stress – Konflikt. Langeooger Texte zur Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (Bd. 2, S. 87-98). Stuttgart: Schattauer.

Döpfner, M. (2013). Psychotherapie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7. Aufl., S. 823-841). Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M., Breuer, U., Hastenrath, B. & Goletz, H. (2007). Wirksamkeit und Langzeitstabilität verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Jugendlichen mit Zwangsstörungen. *Kindheit und Entwicklung, 16,* 129-138.

Döpfner, M. & Goletz, H. (2013). Zwangsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7. Aufl., S. 423-438). Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M. & Hastenrath, B. (2000). Zwangsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (2. Aufl., S. 97-121). Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M., Schlüter, S. & Rey, E.-R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren – ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 9,* 233-252.

Duda-Kirchhof, K. & Döpfner, M. (2000). Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen – Behandlungskonzept und Behandlungseffekte. *Kindheit und Entwicklung, 9,* 161-170.

Goletz, H., Yang, Y.-I., Suhr-Dachs, L., Walter, D. & Döpfner, M. (2013). Alltagswirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen in einer Ausbildungsambulanz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41,* 247-260.

Hastenrath, B. & Döpfner, M. (2000). Behandlung eines Jugendlichen mit Angst vor BSE und Waschzwang. *Kindheit und Entwicklung, 9,* 187-192.

Kirchhoff, H. & Döpfner, M. (1999). Behandlung eines Kindes mit Trennungsangst durch Exposition im häuslichen Umfeld. *Kindheit und Entwicklung, 8,* 111-116.

Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13,* 80-96.

Suhr, L. & Döpfner, M. (2000). Leistungs- und Prüfungsängste bei Kindern und Jugendlichen – Ein multimodales Therapiekonzept. *Kindheit und Entwicklung, 9,* 171-186.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Kapitel 1

Grundlagen

1.1 Symptomatik und Epidemiologie

Prüfungsangst ist eine extreme Angst vor schlechtem Abschneiden in Test- und Prüfungssituationen (Beidel et al., 1994). Der Begriff der Leistungsangst wird im vorliegenden Manual als Synonym verwendet. Diese wird von Schwarzer und Warner (2014) als eine „Besorgnis und Aufgeregtheit angesichts von Leistungsanforderungen, die als selbstwertbedrohlich eingeschätzt werden," umschrieben. Beide Definitionen implizieren die auslösenden Bedingungen dieser Angstform, nämlich „(schulische) Lehr-, Lern- und Leistungssituationen im weitesten Sinne" (Rost & Schermer, 2007). So gilt Leistungs- bzw. Prüfungsangst als eine Ereignisangst, die ausschließlich in Leistungssituationen auftritt, d.h. in solchen Situationen, in denen Leistungsanforderungen an die Personen gestellt werden, die es zu erfüllen gilt, in denen die Person einer Bewertung seiner Leistung ausgesetzt ist (Büch et al., 2015). Das Symptombild bleibt jedoch nicht nur auf die akute Leistungssituation beschränkt, sondern manifestiert sich in der Regel bereits im Vorfeld und kann über die Leistungssituation hinaus andauern. Angstauslösende Momente für Kinder/Jugendliche stellen die verschiedensten Bewertungssituationen in der Schule dar (z.B. Klassenarbeiten schreiben, aufgerufen werden, etwas vortragen). Die Betroffenen erleben nicht nur unangenehme emotionale Zustände (Angst bis hin zur Panik), sondern auch spezifische kognitive, behaviorale und physiologische Symptome. Vor der Leistungssituation können gedrückte Stimmung, Nervosität, innere Unruhe, Muskelverspannungen, Ein- und Durchschlafstörungen, Durchfallneigung, Magenschmerzen und Übelkeit vorkommen. Die Aufnahme- und Merkfähigkeit ist unter Umständen bereits während der Vorbereitungsphase beeinträchtigt. In der akuten Leistungssituation kann es zu einer Minderung der mentalen Leistungsfähigkeit kommen, wie z.B. Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsfehler, Blockierungen beim Abrufen von Gedächtnisinhalten und Sprechhemmung (Gerbert, 1989). Oftmals werden die aufgabenrelevanten Denkprozesse immer wieder durch sorgenvolle Gedanken unterbrochen.

Rost und Schermer (2007) differenzieren zwischen mehreren gesonderten Komponenten und Teilprozessen der Leistungsangst, die sich anhand der folgenden Manifestationsebenen beschreiben lässt:

- *Physiologisch:* Kurzfristige körperliche Veränderungen, die akut durch das unmittelbare Bedrohungserleben ausgelöst werden (Herzklopfen, Schwitzen, Erröten etc.), und physiologische Reaktionen, die mit längerer Latenz manifest werden und eventuell chronifizieren (Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit etc.).
- *Emotional:* Unsicherheitsgefühle, Hilflosigkeitsaspekte, Verletzlichkeit, depressive Verstimmungen und Angstgefühle
- *Kognitiv:* Beeinträchtigung des aufgabenbezogenen Denkens (insbesondere Störungen der koordinierten Informationsaufnahme, -verarbeitung und -aktivierung)

Andere Autoren unterscheiden zwischen folgenden drei Komponenten (Brown et al., 2011; Cassady & Johnson, 2002; Huberty & Dick, 2006; Liebert & Morris, 1967; Rothman, 2004; Zeidner, 1998):

- der *kognitiven Komponente* mit ausgeprägten Sorgen über künftige Leistungen, Enttäuschungen über erzielte Leistungen, aber auch Konzentrations- und Gedächtnisprobleme und
- der *emotional-physiologischen* Komponente mit Angstempfinden und der Wahrnehmung von erhöhtem physiologischen Erregung,
- der Verhaltenskomponente, wie Vermeidung von Prüfungssituation, Lernsituationen, Ausweichen auf leichte Aufgaben und körperliche Unruhe.

Typische Symptome der Leistungsangst bei Kindern und Jugendlichen werden durch die Items der Prüfungsangstskala des Angstfragebogens für Schüler von Wieczerkowski und Mitarbeitern (1981) repräsentiert (vgl. Tabelle 1).

Die beschriebenen Symptome stellen typische Angstsymptome dar, die durch die Wahrnehmung einer Bedrohung durch die Leistungssituation ausgelöst werden. Der subjektive Bedro-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Tabelle 1: Items der Prüfungsangstskala des Angstfragebogens für Schüler von Wieczerkowski et al. (1981)

Ich habe Angst davor, dass überraschend eine Klassenarbeit geschrieben wird.
Wenn ich aufgerufen werde, und nach vorne kommen muss, habe ich immer Angst, dass ich etwas Falsches sage.
Nach einer Klassenarbeit habe ich immer wieder das Gefühl, dass ich doch wieder so vieles falsch gemacht habe, was ich vorher konnte.
Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, vergesse ich oft Dinge, die ich vorher gut gelernt habe.
Manchmal ist mir so, als ob die anderen in der Klasse alles viel besser können als ich.
Ich mache mir oft Sorgen, ob ich auch versetzt werde.
Wenn mein Name fällt, habe ich sofort ein beklemmendes Gefühl.
Wenn wir eine Klassenarbeit schreiben, weiß ich meistens schon von Anfang an, dass ich es doch nicht gut machen werde.
Ich glaube, ich könnte in der Schule mehr leisten, wenn ich nicht so viel Angst vor Prüfungen und Arbeiten hätte.
Schon wenn die Klassenarbeitshefte verteilt werden, bekomme ich starkes Herzklopfen.
Manchmal wünschte ich, dass ich mir nicht so viel Sorgen über Klassenarbeiten machte.
Wenn eine Klassenarbeit geschrieben wird, mache ich oft Fehler, weil ich zu viel Angst habe. Wenn geprüft wird, bekomme ich jedes Mal ein komisches Gefühl im Magen.
Vor Klassenarbeiten bin ich immer aufgeregt. Ich habe bei Prüfungen immer Angst, dass ich schlechte Zensuren bekomme.

hungscharakter entsteht durch die Antizipation von Versagen hinsichtlich der zu erbringenden Leistung. Der leistungsängstliche Schüler glaubt, nicht oder sehr schlecht abzuschneiden und den eigenen oder anderen Erwartungen nicht entsprechen zu können. Für die Entstehung der Angst ist dabei weniger die objektive Wahrscheinlichkeit des Versagens von Bedeutung als vielmehr die subjektive Misserfolgserwartung des Schülers. Obwohl die unangenehmen emotionalen Zustände und sorgenvollen Erwartungen bei den Betroffenen Fluchtmotive wecken, muss sich die leistungsängstliche Person in der Regel der Situation stellen.

Angstsituationen weisen hinsichtlich der Symptomatik bei den Betroffenen eine hohe Übereinstimmung zu Stresssituationen auf. Für Kinder und Jugendliche gilt insbesondere die Schule als Hauptquelle für belastendes Stresserleben, wobei Angst vor der Schule ein häufiges Stresssymptom darstellt (Sears & Milburn, 1990). Die Autoren fassen die vorhandenen Studien zur Untersuchung allgemeiner Stressoren im Kindes- und Jugendalter dahingehend zusammen, dass sich die meisten Stressoren in schulischen Zusammenhängen äußern, wie z.B. bei einer Arbeit zu versagen, elterlicher Leistungsdruck oder mangelnde Fähigkeiten zur Hausaufgabenerstellung. Das schulische Umfeld liefert zahlreiche angstinduzierende Momente, da der Schüler regelmäßig schriftlichen und mündlichen Bewertungssituationen ausgesetzt ist, in denen eine Beurteilung und Kontrolle seiner Leistungen erfolgt. Die tägliche oder wöchentliche Routine von Leistungs- oder Prüfungssituationen erzeugt häufig ängstliche Gefühle und Stresserleben. Hinter der Angst vor schlechten Zensuren stehen in der Regel Befürchtungen, die Anerkennung und Akzeptanz Gleichaltriger zu verlieren, und elterliche Sanktionen zu erfahren. Schulische Belastungen besitzen insofern Relevanz für die Entstehung von Leistungsängsten, als dass eine situative Überforderung bei mangelnden Bewältigungskompetenzen in subjektiv empfundener Bedrohung und in verschiedenen Ängsten (z.B. Leistungs- oder Versagensangst) resultieren kann. Dies ist umso bedeutsamer in Anbetracht der Tatsache, dass bei Kindern und Jugendlichen offensichtlich ein Mangel an Möglichkeiten zur Stressbewältigung vorliegt (z.B. Lohaus, 1990; Seiffge-Krenke, 1988).

Leistungs- und Prüfungssituationen häufen sich zwar in der Schule und in der weiteren Ausbildung, dennoch kommen vergleichbare Situationen auch nach abgeschlossener Ausbildung im Beruf sowie im privaten Bereich vor (Präsentationen, Führerscheinprüfung, Ansprachen und Darbietungen vor einem Publikum). Frühzeitige und gezielte Interventionen erscheinen also geboten, da eine fortwährende Konfrontation mit Leistungssituationen über die Schullaufbahn hinaus stattfindet. Die Notwendigkeit therapeutischer Maßnahmen lässt sich auch aus den Katamnesen phobischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ableiten, in denen sich eine Persistenz der sogenannten einfachen Phobien zeigt. So konnten Petersen und Lehmkuhl (1990) in einer katamnes-

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

tischen Studie nachweisen, dass nach fünf Jahren lediglich 61 % der ehemaligen Patienten mit einer Phobie keine Angstsymptomatik mehr hatten. Die Stichprobe der nachuntersuchten Phobiker unterschied sich signifikant von den gesunden Kontrollprobanden in den Angstbereichen: Physische Verletzung, Auftritte, Erkrankungen und ärztliche Behandlung, Abwertung und Unterlegenheit, physische und psychische Angriffe, Bewährungssituationen und globale Angstneigung. In vielen Studien wird ebenfalls eine hohe Stabilität und eine geringe Remissionsrate von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen. In einer Studie von Keller (1992) wiesen 46 % der angstgestörten Kindern noch nach acht Jahren das Symptombild auf. Neben einem chronischem Verlaufscharakter ist zudem eine Zunahme der Auftretenshäufigkeit von Angststörungen im Jugendalter festzustellen, dies gilt insbesondere für Phobien und die posttraumatische Belastungsstörung (Petermann et al., 2000).

Beeinträchtigende Leistungsängste treten bei etwa 20 bis 35 % aller College-Studenten auf (Naveh-Benjamin et al., 1997; Zeidner, 1998). In einer Studie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (2004) gaben 13 % der befragten Studierenden an, dass sie einen Beratungsbedarf bezüglich Prüfungsangst haben. Holm-Hadulla et al. (2009) berichten, dass die Häufigkeit von Prüfungsängsten bei Beratungssuchenden einer Studentenberatungsstelle von 37 % und 38 % in den Jahren 1993 und 1998 auf 56 % im Jahr 2007/2008 angestiegen war. Leistungsangst gilt als eine der häufigsten Angstformen bei Kindern zwischen neun und zwölf Jahren und persistiert häufig bis ins Jugendalter (Morris & Kratochwill, 1991). Silverman et al. (1995) untersuchten die allgemeinen Sorgen und Ängste sieben- bis zwölfjähriger Kinder. In den untersuchten Bereichen rangierte der schulische Bereich hinter dem gesundheitlichen als zweithäufigster besorgniserregender Bereich bei den Kindern. Besorgnis repräsentiert nach den Autoren die kognitive Komponente der Ängstlichkeit.

Im deutschen Sprachraum wurde im Rahmen der bundesweiten PAK-KID-Studie (Döpfner et al., 1997; Lehmkuhl et al., 1998) auf Basis des Elternurteils bei 3,7 % aller Jungen und 3,8 % aller Mädchen im Alter von vier bis zehn Jahren Ängste, in die Schule zu gehen (bewertet mit etwas/manchmal oder genau/häufig zutreffend) festgestellt. Genauere Angaben ließen sich aus der Studie mit dem Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI) in einer repräsentativen Kölner Stichprobe ermitteln (Döpfner, 2006). Anhand von Faktoren- und Konsistenzanalysen konnte eine Dimension isoliert werden, die Schul- und Leistungsängste erfasst. Danach haben rund 20 % aller acht bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen häufig Angst, durch eine Prüfung zu fallen, und rund 13 % aller Jungen sowie 15 % aller Mädchen beschreiben Ängste vor schlechten Noten. Mit Ausnahme der bei Jungen deutlich häufiger auftretenden Angst, in die Schule gehen zu müssen (die sich nicht nur auf Leistungsängste begrenzt), ist die Jungen-Mädchen-Relation weitgehend ausgeglichen. Die Skala Schul- und Leistungsängste ist die einzige Angstskala, auf der keine erhöhten Werte bei den Mädchen festzustellen waren. Außerdem waren Schul- und Leistungsängste auch in den höheren Altersgruppen in gleicher Stärke festzustellen, während die meisten anderen Ängste – ausgenommen soziale Ängste – in den höheren Altersgruppen seltener vorkamen (Döpfner et al., 2006).

Einige ältere Studien veranschaulichen das Ausmaß psychischer und physischer Belastung der Schüler aller Schulformen. Zech (1977) untersuchte die Häufigkeit von Prüfungsängsten an 491 Schülern der Altersgruppe von 14 bis 16 Jahren mit der damals aktuellen Form des Angstfragebogens für Schüler (Wieczerkowski et al., 1974). Dabei zeigte über ein Drittel der befragten Schüler (34 %) hohe Prüfungsangst, 51 % berichteten von sehr großer manifester Angst, 52 % hatten sehr starke Schulunlust. Mädchen zeigten mehr Prüfungsangst (39 %) und manifeste Angst (57 %) als Jungen (30 %; 47 %). Hauptschüler und Schüler mit schlechten Zensuren waren ängstlicher als Gymnasiasten und Schüler mit guten Zensuren. Insgesamt bestanden Zusammenhänge zwischen hoher Prüfungsangst, erhöhter manifester Angst, großer Schulunlust und hoher sozialer Erwünschtheit. Prüfungsängstliche Schüler zeigten demnach auch erhöhte manifeste Angst, erhöhte Schulunlust und eine ausgeprägte Tendenz zur sozialen Anpassung. Leider waren dem Artikel keine Definitionskriterien (T-Werte oder Prozentränge) für hohe Prüfungsangst und sehr große manifeste Angst zu entnehmen.

In einer Querschnittsstudie von Fend (1976) wurde die Problematik von Leistungsdruck und damit verbundener Angst an 3750 Schülern aller Schulformen (Gesamtschule, Hauptschule, Realschule und Gymnasium) des 9. und 10. Jahrgangs untersucht. Über alle Schulformen hinweg war Folgendes festzustellen: Ungefähr 50 % aller Schüler leiden an Herzklopfen, wenn sie vom Lehrer abgefragt werden. Aus Angst, etwas Falsches zu sagen, beteiligen sich ca. 30 % der

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Schüler selten am Unterricht. Zwischen 30 % und 40 % aller Schüler haben Angst vor Klassenarbeiten. Nach Knörzer (in Fend, 1976) geben 54,2 % der Realschüler an, eine wichtige Prüfung belaste sie nervlich stark, bei den Gymnasiasten sind es 57,2 %, bei den Hauptschülern 39,7 %, bei den Gesamtschülern 40,9 %.

1.2 Komorbide Störungen

Leistungsangst geht häufig mit Leistungsbeeinträchtigungen einher (Klein, 1989; Sarason, 1980; Rothmann, 2004; Spence, 1994; Warren et al., 1996). Insbesondere bei komplexen und schwierigen Aufgaben reduziert Angst die Leistung und korreliert dementsprechend negativ mit Schul- und Studienleistungen (Hembree, 1988; Schnabel, 1996). Das Erleben sehr großer Angst, z.B. in Klassenarbeiten, hemmt die Leistung, da der Schüler derart von den emotionalen Angstsymptomen und negativen Kognitionen überflutet wird, dass die erforderliche Aufmerksamkeit und aufgabenrelevante Denkprozesse regelrecht blockiert werden (Black-out). Rost und Schermer (1997) sehen in der Beeinträchtigung des aufgabenbezogenen Denkens die kognitive Manifestationsebene der Leistungsangst. Diese äußert sich in Störungen der koordinierten Informationsaufnahme, Informationsverarbeitung und Informationsaktivierung und führt bei dem Betroffenen zu Konzentrationsstörungen, Denkblockaden und Gedächtnishemmung (Rost & Schermer, 1997). So sind Schüler mit guten intellektuellen Fähigkeiten und Lernkompetenzen unter Umständen nicht in der Lage, diese unter Beweis zu stellen, und bleiben hinter ihren eigentlichen Fähigkeiten zurück. Das Bedingungsverhältnis von Angst und Leistung, in dem Angst als leistungsmindernde Variable fungiert, wird von Schwarzer (1975) als Kovarianz von niedriger Schulleistung und höherer Angst beschrieben. Bei wenig Ängstlichen lässt sich nach Schwarzer die Leistung besser aus den Intelligenzwerten vorhersagen als bei Hochängstlichen, dies bei Mädchen mehr als bei Jungen. Angst ist demnach zweifelsfrei als leistungsmindernde Variable einzuordnen. Longitudinalstudien verweisen auf den linearen Anstieg des leistungsmindernden Effekts der Leistungsangst mit zunehmendem Lebensalter (Hill & Sarason, 1966). So erreichen ängstliche Kinder schlechtere Schulabschlüsse und wiederholten häufiger eine Klasse. Die Metaanalyse von Seipp (1990), die 126 Studien aus verschiedenen Ländern zusammengetragen hat, verweist auf bedeutsame negative Korrelationen zwischen Angst und Leistung. Demnach liegen Niedrig- und Hochängstliche in ihren Leistungen fast eine halbe Standardabweichung auseinander. Obwohl die empirischen Zusammenhänge auch den umgekehrten Schluss zulassen, dass ursächlich schlechte Leistungen zu Angst führen, gehen Hill und Sarason (1966) von Angst als ursächlichem Faktor schlechter Leistungen aus. Dies gründet nach den Autoren auf der Beobachtung, dass leistungsängstliche Kinder nur in ganz bestimmten Aufgaben schlechter abschneiden, nämlich in solchen, die neues Lernen erfordern und in solchen, die in einer administrativen Weise durchgeführt werden. Zudem geht eine Angstabnahme über die Zeit mit besseren Leistungen in Intelligenztests einher, was für die Annahme einer kausalen Funktion der Angst spricht.

Die Korrelationen zwischen Leistungsangst und Minderleistung erfordern eine differenziertere Betrachtung, da theoretisch eine Interdependenz zwischen beiden Faktoren nicht auszuschließen und sogar wahrscheinlich ist. So favorisiert Jacobs (1981) einen reziproken Zusammenhang zwischen Angst und Leistung, bei dem Angst unter bestimmten Bedingungen zu einer Leistungsminderung führt und eine schwache objektive Leistungsfähigkeit zu einer Angststeigerung. Jacobs und Strittmatter (1979) gehen davon aus, dass schlechte Zensuren über kognitive Bewertungsprozesse zur Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit führen und so die Angst beeinflussen. Es ist also eine reziproke Beeinflussung von Leistungsangst und Leistungsminderung wahrscheinlich.

Neben mangelhaften Schulleistungen verweisen verschiedene Studien auf eine erhöhte Prävalenz anderer Angst- und phobischer Störungen bei leistungsängstlichen Kindern (Silverman, 1995). Silverman vermutet, dass Kinder mit Ängsten und Phobien eventuell ähnliche kognitive Strukturen aufweisen wie leistungsängstliche Kinder, wie z.B. aufgabenirrelevante oder negative selbst-evaluative Kognitionen. Beidel und Turner (1988) untersuchten den Zusammenhang zwischen Leistungsangst und anderen DSM-III-R Angststörungen. Sie verglichen 25 leistungsängstliche Schulkinder mit 25 Kontrollgruppenkindern mit Fragebögen und Interviews. Sechzig Prozent der leistungsängstlichen Kinder erhielt die Diagnose einer anderen Angststörung (soziale Phobie, generalisierte Angststörung, einfache Phobie, kombinierte Angststörung). Die beiden häufigsten komorbiden Störungen waren soziale Phobie und generalisierte Angststörung. Auch Döpfner, Schnabel, Goletz und Ollendick (2006)

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Suhr-Dachs/Döpfner: Leistungsängste, THAZ Band 1 (ISBN 9783840926952), © 2015 Hogrefe Verlag, Göttingen.