

von Widdern, Susanne und Lehmkuhl, Gerd

Wie entwickeln sich stationär behandelte trennungsängstliche Kinder?

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 2, S. 143-157

urn:nbn:de:bsz-psydok- 51850

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Wie entwickeln sich stationär behandelte trennungsängstliche Kinder?

Susanne von Widdern und Gerd Lehmkuhl

Summary

How do Children with Separation Anxiety Disorder Develop After Inpatient Treatment?

Separation anxiety in children with severe school refusal evokes often worry about the future with regard to professional career and social integration. This study highlights the native outcome of inpatient children with separation anxiety disorder. 18 of 24 children, who required at the age of 6-13 years between 1996-2002 inpatient treatment because of separation anxiety disorder were assessed at follow up. Diagnostic Interview for Mental Disorders in Children and Adolescents (Unnewehr et al. 2005) was used and academic and social outcome was explored. The follow-up time ranged from 4.3 to 11.1 years (average 7.1 years). Mean age was 18.4 years at time of follow-up. We found at least one clinical psychiatric diagnosis in one third of all patients at follow-up. Even more of the formerly inpatients reported subthreshold psychic symptoms (55 %). The mental outcome was strongly related to comorbid diagnosis at time of inpatient care. Estimated remission rate for separation anxiety disorder was high (89 %). The results revealed an important shift of diagnosis to social phobia in one third of cases. There was no incidence of agoraphobic or panic disorders. The majority of young people considered academic outcome satisfactory but reported pronounced problems in social integration. The mental stress of young people with a former severe separation anxiety after an average time of seven years was high, especially for social phobic symptoms. The results are discussed in view of further therapeutic implications.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 143-157

Keywords

separation anxiety disorder – children – follow-up

Zusammenfassung

Trennungsangststörungen im Kindesalter führen wegen eines meist ausgeprägten Schulabsentismus bei betroffenen Familien zu großen Zukunftsängsten hinsichtlich der beruflichen und sozialen Integration des Kindes. Die vorliegende Studie berichtet über den natürlichen Verlauf von ehemals wegen ausgeprägter Trennungsangststörungen stationär behandelten Kindern. Es wurden 18 von 24 zuvor zwischen 1996-2002 im Alter von 6-13 Jahren stationär behandelten Patienten mit der Hauptdiagnose Emotionale Störung mit Trennungsangst (ICD-10: F93.0) mithilfe des standardisierten diagnostischen Interviews zur Erfassung psychischer Störungen (Kin-

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 143 – 157 (2011), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

der-DIPS; Unnewehr et al., 2005) und hinsichtlich ihres schulisch-sozialen Outcomes befragt. Der Katamnesezeitraum betrug im Mittel 7,1 (4,3-11,1) Jahre. Das Alter der Probanden belief sich zum Befragungszeitpunkt auf durchschnittlich 18,4 Jahre. Bei einem Drittel der Probanden zeigte sich zum Katamnesezeitpunkt mindestens eine klinische und bei 55 % mindestens eine subklinische psychische Störung nach ICD-10. Das psychische Outcome war maßgeblich davon abhängig, ob im Vorfeld zusätzlich zur Trennungsangststörung komorbide Störungen vorlagen. Eine Persistenz der ursprünglichen Diagnose (F93.0) wurde nur von zwei Probanden (11 %) berichtet. Dagegen zeigte sich bei einem Drittel der Probanden ein Symptomshift hin zur Sozialen Phobie (33,3 %). Eine in Folge berichtete Neuinzidenz einer Agoraphobie oder Panikstörung ergab sich nicht. Trotz eines positiven schulischen Outcomes (kein Schulversager) wurden von den Betroffenen offensichtliche Defizite im Rahmen der sozialen Integration und partnerschaftlicher Aktivitäten benannt. Nach durchschnittlich sieben Jahren zeigten ehemals stationär behandelte Kinder mit einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst eine hohe Belastung hinsichtlich psychischer Störungen, insbesondere sozialphobische Verhaltensweisen. Für die Praxis impliziert dies, dass bei dieser Behandlungsgruppe ein besonderer Fokus auf den Erwerb sozialer Kompetenzen und Kommunikationsstrategien sowie längerfristige ambulante Therapieangebote notwendig erscheinen.

Schlagwörter

Katamnese – Trennungsangst – Emotionale Störung – Kinder

1 Hintergrund

Die Frage hinsichtlich des Verlaufs von Trennungsangststörungen erhält eine besondere Bedeutung, da Eltern wegen eines meist ausgeprägten vorangegangenen Schulabsentismus und oftmals vielfach gescheiterten Wiedereingliederungsversuchen in schulische und soziale Aktivitäten neben eigenen Ängsten deutliche Zukunftsängste hinsichtlich der beruflichen und gesellschaftlichen Integrität ihrer Kinder benennen.

In diesem Zusammenhang eröffnet sich für behandelnde Therapeuten die Frage, wie sich betroffene Kinder und Familien nach einer erfolgten stationären Therapie im Kontext der schulisch und sozial zu bewältigenden Lebensaufgaben zurechtfinden, nachstationäre Therapieempfehlungen umgesetzt oder weitere Maßnahmen von sich aus ergriffen werden.

Systematische Studien zum Verlauf von Trennungsangststörungen in der Kindheit und Adoleszenz sind in ihrer Anzahl überschaubar. Häufig wurden Trennungsängste nur im Zusammenhang mit anderen Angststörungen betrachtet. Last et al. (1996) untersuchten 84 Kinder und Jugendliche, die wegen einer Angststörung vorgestellt worden waren über einen Zeitraum von 3-4 Jahren. Bei 82 % fand sich eine Remission der primären Angststörung, für die 24 Trennungsangstpatienten betrug die Rate sogar 96 %. Bei 30 % der Betroffenen zeigte sich im Nachuntersuchungs-

zeitraum jedoch eine neue psychische Störung, bei der Hälfte handelte es sich wiederum um eine Angststörung. In einer späteren Katamnese der gleichen Kohorte zeigte sich vor allem für jene 18-26-jährigen Erwachsenen ein schlechteres psychosoziales Funktionsniveau, welche ehemals an einer komorbiden Angst- und depressiven Störung litten. In einer Studie von Flakierska-Praquin et al. (1997), in der 35 ehemalige 7-12-jährige Trennungsangstpatienten 20 bis 29 Jahre später nachbefragt wurden, benötigten diese im Erwachsenenalter im Vergleich zu Gesunden häufiger psychologische Hilfe und zeigten anhaltende soziale Probleme und seltener eigene Familiengründungen. Das Schulausbildungsniveau und die spätere Einkommenssituation waren hingegen nicht reduziert.

Seit einigen Jahren wird diskutiert, ob ein spezifischer Zusammenhang zwischen einer primären Störung mit Trennungsangst und einer in Folge auftretenden Panikstörung/Agoraphobie existiert. Aktuelle Studien führen diesbezüglich zu widersprüchlichen Ergebnissen (Brückl et al., 2007; Aschenbrand et al., 2003; Lewinsohn et al., 2008).

Die vorliegende katamnestische Untersuchung soll Hinweise über den natürlichen Krankheitsverlauf ehemals stationär behandelter Kinder mit einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst gewinnen und spezifische Entwicklungspfade hinsichtlich der psychosozialen Anpassung ehemals betroffener Kinder aufzeigen, mit dem Ziel, zu langfristigen Empfehlungen für die weitere ambulante Behandlung und Beratung zu kommen. Uns interessierte, welche nachstationären Maßnahmen und Behandlungsoptionen für Kinder mit einer Trennungsangststörung notwendig erscheinen und verstärkt initiiert werden sollten.

2 Methodik

2.1 Stichprobengewinnung

Im Sommer 2006 wurden die Personen, die zwischen 1996 und 2002 konsekutiv auf der Kinderstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Köln mit der Hauptdiagnose Emotionale Störung mit Trennungsangst (ICD-10: F93.0) behandelt wurden, als Stichprobe für die Durchführung einer Katamnese bestimmt. Die Erziehungsberechtigten hatten im Rahmen der stationären Therapie einer Nachuntersuchung zu späteren Zeitpunkten zugestimmt.

Die Identifizierung der Patienten und Erfassung relevanter Daten (Hauptdiagnose, komorbide Diagnosen, Behandlungsdauer, Schulform, sozio-demographische Angaben) erfolgte systematisch auf der Grundlage der Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche nach dem multiaxialen Klassifikationsschema nach ICD-10 mit 5 Achsen (überarb. 3. revidierte Fassung der Arbeitsgruppe Dokumentation im Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim/Universität zu Köln 1990). Angaben über die Dauer des vorstationären Schulabsentismus sowie zur Intelligenz (Standardwerte) wurden systematisch erfasst, waren vollständig und konnten aus den Krankenakten entnommen werden.

Es handelte sich um insgesamt 24 junge Patienten, 14 Mädchen (58,3 %) und 10 Jungen (41,7 %). Alle Probanden bzw. deren Familien wurden mit einem verhaltenstherapeutisch orientierten multimodalen Behandlungsansatz, der sowohl einzel-, familien- als auch gruppentherapeutische Verfahren umfasst, behandelt.

Den betreffenden Familien wurden vorab schriftliche Informationen mit der Aufklärung über Ziel, Durchführung und Zeitpunkt der Untersuchung zugesandt. Ein Zweitkontakt erfolgte telefonisch zur Vereinbarung eines konkreten Interviewtermins. Es ergab sich eine Gesamttrücklaufquote von 75 % (18 von 24 Probanden). In zwei Fällen (8,3 %) wurde die Teilnahme aktiv durch die Eltern verweigert und vier Probanden (16,7 %) entfielen wegen Nichterreichbarkeit trotz Aktualisierung der Wohnanschriften durch das Einwohnermeldeamt.

Die strukturierten klinischen Interviews mit den Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden mit Einverständnis mindestens eines Elternteils im Zeitraum von Oktober 2006 bis Oktober 2007 von einer geschulten wissenschaftlichen Mitarbeiterin durchgeführt. Die Probanden wurden ohne Anwesenheit weiterer Familienangehöriger interviewt. Nur in zwei Fällen wurde wegen Verweigerung der Teilnahme durch die Probanden selbst eine Fremdbefragung mit Hilfe eines erziehenden Elternteils vorgenommen.

2.2 Untersuchungsstichprobe

Unter den 18 Teilnehmern fanden sich neun weibliche und neun männliche Probanden. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der stationären Behandlung betrug 11,3 Jahre ($SD = 1,67$; Minimum: 6,9, Maximum: 13,8). Es handelte sich um zwei Grundschüler (11,1 %), fünf Gesamtschüler (27,8 %), zwei Hauptschüler (11,1 %), vier Realschüler (22,2 %) und fünf Gymnasiasten (27,8 %). Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer belief sich auf 76 Tage ($SD = 55,3$; Minimum: 10; Maximum: 213). In drei Fällen (16,7 %) erfolgte ein vorzeitiger Behandlungsabbruch. Der Mittelwert eines nahezu durchgängigen Schulabsentismus vor stationärer Aufnahme betrug 7,0 Monate ($SD = 7,1$; Minimum: 0; Maximum: 30). Nur bei einem Mädchen führten die ausgeprägten Trennungsängste bislang nicht zu schulischen Fehlzeiten, jedoch lagen klinisch relevante Schlafprobleme und Kontaktschwierigkeiten bei ihr vor.

Der Gesamt-IQ zum Zeitpunkt der stationären Behandlung (K-ABC oder HA-WIK-III) betrug im Mittel 101,9 ($SD = 9,9$; Minimum: 84; Maximum: 120). Die familiäre Situation der Eltern stellte sich zum Zeitpunkt der stationären Behandlung wie folgt dar: von den 18 Teilnehmern lebten 9 Elternpaare zusammen und 9 in Trennung/Scheidung. In der Teilnehmerstichprobe fanden sich 9 Einzelkinder, 6 Erstgeborene, 1 mittleres Geschwisterkind und 2 jüngste Geschwisterkinder. 11 von 18 Eltern berichteten zum Zeitpunkt der stationären Therapie anamnestisch bereits über ausgeprägte Trennungsängste im Kindergarten. 13 Teilnehmer hatten mindestens einen früheren ambulanten Behandlungsversuch wegen der Trennungsängste unternommen. Für die aufgeführten Variablen fanden sich keine signifikanten Ge-

schlechterunterschiede bis auf den Gesamt-IQ, der bei den Jungen signifikant höher lag als bei den Mädchen ($p = 0,026$).

Bei der Hälfte der Patienten ($n = 9$) lag zum Zeitpunkt der stationären Behandlung keine Zweitdiagnose nach ICD-10 vor. Bei den Übrigen zeigten sich sowohl internale als auch externale komorbide Störungen. Bei drei Kindern wurde eine Sonstige Störung der sozialen Funktionen mit Beginn in der Kindheit (F94.8), bei weiteren drei Probanden eine hyperkinetische Störung (F90.0/ F90.1), bei jeweils einer Patientin eine Soziale Phobie (F 40.1) bzw. Störung des Sozialverhaltens (F91.0) und bei einem Patienten eine Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8) diagnostiziert. Nur bei einem Mädchen wurde zusätzlich zur Emotionalen Störung mit Trennungsangst (F 93.0) und Sozialen Phobie (F 40.1) eine dritte Diagnose im Sinne einer Schwere depressiven Episode (F 32.2) verzeichnet.

Zum Katamnesezeitpunkt waren die Probanden im Durchschnitt 18,4 Jahre alt ($SD = 2,63$; Minimum: 12,7; Maximum: 22,5). Der Katamnesezeitraum betrug im Mittel 7,1 Jahre mit einer Spannweite zwischen 4,3 und 11,1 Jahren, bedingt durch die Heranziehung von Probanden aus unterschiedlichen Behandlungsjahrgängen (1996-2002).

Unter den Verweigerern befanden sich ein männlicher und fünf weibliche Probanden. Diese zeigten im Vergleich zur Teilnehmerstichprobe eine längere durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer (108 Tage), einen länger anhaltenden vorstationären Schulabsentismus (13 Monate) sowie häufiger getrennt/geschieden lebende Eltern zum Behandlungszeitpunkt (83,3 %). Ein Behandlungsabbruch kam unter den Nichtteilnehmern nicht vor. Die aufgeführten Unterschiede erreichten keine Signifikanz.

2.3 Untersuchungsmethoden

Zur operationalisierten Diagnostik aktueller und retrospektiv aufgetretener psychischer Störungen nach DSM-IV bzw. ICD-10 wurde zum Katamnesezeitpunkt das standardisierte diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS; Unnewehr, Schneider, Margraf, 1995) durchgeführt. Zusätzlich wurden weitere Parameter hinsichtlich des psychosozialen Outcomes im direkten Interview mit den Probanden mit einheitlichen Antwortkategorien erhoben: Inanspruchnahme psychotherapeutischer Anschlussbehandlungen und Jugendhilfemaßnahmen, aktuelle Behandlungsnotwendigkeit, Kontaktgestaltung zu peers, regelmäßige Freizeit- und Sportaktivitäten, Mediengebrauch, Drogen- und Alkoholkonsum, Ausbildungssituation, subjektive Zufriedenheit mit der Ausbildungssituation, Bewertung der persönlichen Zukunft. Dabei wurden diese Informationen mit einem strukturierten Interview erfasst und dem Einsatz von Fragebögen vorgezogen. Neben einer deskriptiven Darstellung der Ergebnisse wurden Gruppenvergleiche mit dem Chi-Quadrat-Test geprüft bzw. für Mittelwertvergleiche der Mann-Whitney-U-Test herangezogen.

3 Ergebnisse

In der Erfassung psychiatrischer Diagnosen auf der Basis des Kinder-DIPS wird im folgenden zwischen klinisch voll ausgeprägten Diagnosen (alle erforderlichen Kriterien nach ICD-10 sind erfüllt) und subklinisch ausgeprägten Diagnosen (die Anzahl der Hauptsymptome ist um ein bis zwei vermindert oder alle Hauptsymptome sind erfüllt, jedoch ohne deutliche, im klinischen Sinne psychosoziale Belastung) unterschieden.

3.1 Vorkommen klinisch und subklinisch ausgeprägter Diagnosen nach ICD-10 zum Katamnesezeitpunkt

Bei einem Drittel der 18 Probanden lag zum Katamnesezeitpunkt mindestens eine klinisch voll ausgeprägte Störung und bei 55,6 % der Patienten mindestens eine klinisch oder subklinisch ausgeprägte Störung vor. Im Einzelnen sind die Diagnosen in den Abbildungen 1 und 2 aufgeführt.

Acht Probanden gaben im Interview keine klinisch relevanten psychischen Auffälligkeiten an. Bei drei Probanden lag aktuell eine Zweitdiagnose vor (vgl. Abb. 2). Deskriptiv zeigte sich bei den Probanden mit mindestens einer subklinischen/klinischen Diagnose zum Katamnesezeitpunkt im Vergleich zu den Probanden ohne entsprechende Diagnose eine kürzere stationäre Behandlungsdauer (MW: 70,8 vs. 82,8 Tage), ein kürzerer Katamnesezeitraum (MW: 6,4 vs. 7,8 Jahre) und ein längerer vorausgegangener Schulabsentismus (MW: 7,8 vs. 6,1 Monate), jedoch ohne statistische Signifikanz.

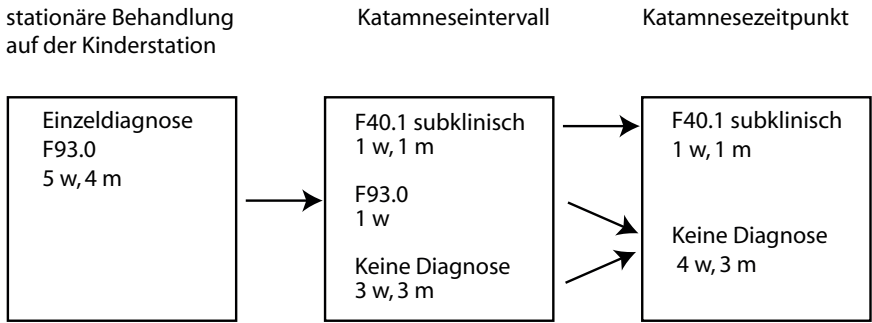


Abbildung 1: Krankheitsverläufe ohne komorbide Störung zum Zeitpunkt der stationären Behandlung (n = 9), w = weiblich, m = männlich

3.2 Vorkommen klinisch und subklinisch ausgeprägter Diagnosen nach ICD-10 im Katamneseintervall

Im Katamneseintervall gaben 8 der 18 Probanden mindestens eine klinisch voll ausgeprägte und zwei Drittel der Patienten mindestens eine klinisch oder subkli-

nisch ausgeprägte Störung an. Nur ein Drittel zeigte im Katamneseintervall keine nennenswerten psychischen Auffälligkeiten (Abb. 1). Am häufigsten wurde im Katamneseintervall, übereinstimmend zum Katamnesezeitpunkt die (sub)klinische Diagnose Soziale Phobie (F 40.1) bei sechs Probanden angegeben (Abb. 1 und 2). Im Katamneseintervall wurden im Vergleich zum Befragungszeitpunkt häufiger psychische Einzel- und komorbide Störungen berichtet.

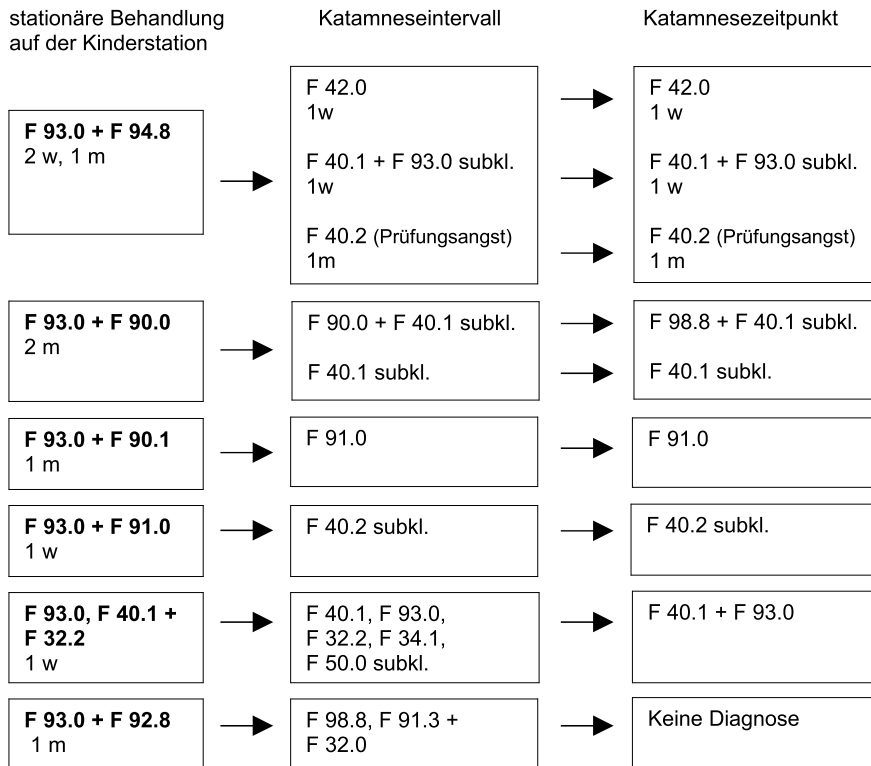


Abbildung 2: Krankheitsverläufe mit komorbider Störung zum Zeitpunkt der stationären Behandlung (n = 9), w = weiblich, m = männlich

3.3 Darstellung von Krankheitsverläufen

Von den neun Probanden (5 weibliche, 4 männliche), die zum Ausgangszeitpunkt ausschließlich wegen einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst (F.93.0) behandelt wurden, zeigten sich im Katamneseintervall bei einer jungen Frau anhaltende Trennungsängste, die jedoch zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr erurierbar

waren und bei zwei Probanden eine subklinische Soziale Phobie, die bis zum Befragungszeitpunkt persistierte (Abb.1). Bei keinem der Probanden ließ sich zum Befragungszeitpunkt eine klinisch voll ausgeprägte Störung und nur bei zwei Probanden (22,2 %) eine subklinische Störung (F 40.1) explorieren.

Von den neun Probanden (4 weibliche, 5 männliche), die zum Ausgangszeitpunkt wegen einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst (F 93.0) und mindestens einer weiteren Verhaltensstörung behandelt wurden, zeigten sich im Verlauf bei allen Probanden anhaltende bzw. neu in Erscheinung getretene klinische oder subklinische psychische Störungen (Abb. 2). Diese persistierten bis auf eine Remission bis zum Befragungszeitpunkt. Die Probandin, welche initial neben der Trennungsangststörung als einzige zwei komorbide Störungen aufwies (F 40.1, F 32.2) berichtete im weiteren Verlauf eine besonders hohe psychische Belastung.

3.3.1 Spezifisches Outcome der Emotionalen Störung mit Trennungsangst

Ein Drittel der Probanden mit einer initialen Trennungsangststörung erwies sich im Anschluss an die stationäre Behandlung als anhaltend symptomfrei. Relevante Trennungsängste wurden im Verlauf von drei Probanden benannt, zum Katamnesezeitpunkt wurde die ursprüngliche Diagnose Emotionale Störung mit Trennungsangst dagegen nur noch in zwei Fällen komorbid zur Sozialen Phobie vergeben, einmal in klinischer und einmal in subklinischer Ausprägung. Am häufigsten war zum Katamnesezeitpunkt bei sechs Patienten (33,3 %) eine Soziale Phobie, in zwei Fällen in klinischer und in vier Fällen in subklinischer Ausprägung vorzufinden.

Weder zum Katamnesezeitpunkt noch im Katamneseintervall wurde über das Vorkommen einer Agoraphobie/Panikstörung berichtet. Depressive Episoden im Verlauf wurden ausschließlich von zwei Probanden (11,1 %) berichtet, die jedoch zum Katamnesezeitpunkt bereits wieder abgeklungen waren. Initiale komorbide externe Störungen (hyperkinetische Störungen, Störung des Sozialverhaltens) persistierten in zwei von fünf Fällen bis zum Katamnesezeitpunkt. Neuerkrankungen hinsichtlich externer Störungen fanden sich in der untersuchten Stichprobe nicht.

3.4 Poststationäre Interventionen

Obwohl allen Patienten eine poststationäre ambulante Behandlung empfohlen und vermittelt wurde, nahm nur etwas weniger als die Hälfte der Probanden (44,4 %) in dem Zeitraum zwischen Entlassung bis zum Katamnesezeitpunkt eine solche auch wahr, davon zwei Probanden zweimalig (s. Tab. 1). Die durchschnittliche Dauer der ambulanten Therapien betrug 13,1 Monate (4-30 Monate). Alle Therapien wurden bis auf die ambulanten Zweitbehandlungen direkt im Anschluss durchgeführt. Bei vier Probanden waren erneute stationäre Behandlungen notwendig, drei davon mit zwei Behandlungsepisoden. Die durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer erneuter stationärer Aufenthalte betrug 121,7 Tage (30-335 Tage). Alle erneut stationär behandelten Patienten haben auch min-

destens eine ambulante Psychotherapie durchgeführt. Vier Probanden (22,2 %) haben keine psychotherapeutische Maßnahme im Anschluss wahrgenommen, obwohl sie sowohl im Katamneseintervall als auch zum Katamnesezeitpunkt mindestens eine (sub-) klinische Störung aufwiesen. Bei einem Drittel der Probanden wurde im Anschluss an die stationäre Therapie eine Jugendhilfemaßnahme installiert (5 x therapeutisch begründete Internatsunterbringung, 1 x eine sozialpädagogische Einzelfallhilfe).

Tabelle 1: Poststationäre Interventionen

Poststationäre Interventionen (n = 18)	Anzahl
Ambulante Psychotherapie	8
Erneute stationäre Psychotherapie	4
Jugendhilfemaßnahme	6
Außerhäusliche Unterbringung (Internat)	5
Psychotherapie zum Befragungszeitpunkt	0

Zum Katamnesezeitpunkt befand sich keiner der 18 Probanden in psychotherapeutischer Behandlung. Eine aktuelle Behandlungsnotwendigkeit wegen psychischer Probleme wurde von zwei Probandinnen geäußert. Zum einen handelte es sich um eine junge Frau mit einer persistierenden Zwangsstörung (F 42.0) und zum anderen um eine Jugendliche mit einer persistierenden Sozialen Phobie (F 40.1) und subklinischen Störung mit Trennungsangst (F93.0). Beide Probanden hatten nach der Entlassung keine erneute Psychotherapie aufgenommen.

3.5 Schulisches Outcome

3.5.1 Schulabschluss und aktuelle Ausbildungssituation

Alle Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen mit einer früheren Störung mit Trennungsangst hatten zum Katamnesezeitpunkt mindestens einen Hauptschulabschluss erreicht. Die Verteilung auf aktuell oder ehemals besuchte Schultypen ergab folgendes Bild: fünf Hauptschüler, neun Realschüler und sechs Gymnasiasten (vgl. Tab. 2).

Unter den männlichen Probanden befanden sich zum Katamnesezeitpunkt ein Zivildienstleistender, ein Praktikant mit abgeschlossener Lehre, ein Jugendlicher im Berufsvorbereitenden Jahr und drei junge Männer ohne Lehrstelle bzw. Arbeitsplatz. Alle weiblichen Teilnehmer standen in einem stabilen Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis.

3.5.2 Beurteilung der aktuellen Ausbildungssituation und Zukunftsaussichten

Fast alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen sahen zum Befragungszeitpunkt ihrer eigenen Zukunft positiv entgegen. Nur ein 17-jähriger Junge berichtete eher negative Zukunftsaussichten, wobei er der einzige mit einer anhaltenden Störung des Sozialverhaltens war. Ihre aktuelle Ausbildungssituation schätzten vier männliche Probanden

(drei ohne Arbeitsplatz/Lehrstelle, ein Praktikant mit abgeschlossener Lehre) als unbefriedigend ein. Drei von ihnen litten unter dauerhaften psychischen Störungen wie Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität in Kombination mit Sozialer Phobie, isolierter Sozialer Phobie sowie Spezifischer Phobie (manifeste Prüfungsangst).

Tabelle 2: Schulisches Outcome

	Männl. (n = 9)	Weibl. (n = 9)
<i>Ausbildungssituation</i>		
Noch in Schule	1	4
Berufsausbildung	1	3
Fachhochschule, Univ.	1	1
Keine Lehrstelle	3	--
Sonstiges	3	--
berufstätig	--	1
<i>Zufriedenheit mit Ausbildungs-/Arbeitssituation</i>		
Sehr zufrieden	2	6
Eher zufrieden	3	3
Eher unzufrieden	2	--
Unzufrieden	2	--
<i>Beurteilung eigener Zukunftsaussichten</i>		
Sehr positiv	1	2
Eher positiv	7	7
Eher negativ	1	--
negativ	--	--

3.6 Soziales Outcome

3.6.1 Wohnort und Beziehungsstatus

Bis auf die älteste, 22-jährige Probandin, die allein in einer Wohnung in der Nähe ihrer Eltern lebte und einen 17-jährigen Jungen, der zum Zeitpunkt der Befragung in einem therapeutischen Internat untergebracht war, lebten alle beteiligten Befragten, neun davon bereits über 18 Jahre alt, noch in ihrem Elternhaus. Eine feste partnerschaftliche Beziehung wurde von allen Befragten verneint. Keiner der Probanden hatte eigene Kinder (vgl. Tab. 3).

3.6.2 Aktuelles Funktionsniveau im sozialen Bereich

Bis auf jene zwei jungen Frauen, die anhaltend die Diagnosen Soziale Phobie und Emotionale Störung mit Trennungsangst aufwiesen, gaben alle Probanden zumindest 1-2 mal pro Monat ein persönliches Treffen mit Gleichaltrigen an, zwei Drittel der Probanden sogar einen sozialen Austausch mit Peers von mindestens 1-2 mal pro Woche (Tab. 3). Sportliche Aktivität wurde sowohl von weiblichen als auch von männlichen Probanden eher selten angegeben. Keiner der jungen Männer war Mitglied in einem

Verein oder übte eine regelmäßige Freizeitaktivität aus, wohingegen vier der jungen Frauen eine solche äußerten. Dabei handelte es sich jedoch nicht um typische Gemeinschaftsaktivitäten, sondern um Einzelmusikunterricht bzw. Einzelreitsport.

Tabelle 3: Soziales Outcome für männliche (n = 9) und weibliche (n = 9) Probanden

	Männl.	Weibl.		Männl.	Weibl.
<i>Wohnort</i>			<i>Computer-/Fernsehaktivität</i>		
Bei den Eltern	8	8	< 1 Stunde/Tag	2	1
Eigene Wohnung	--	1	1-2 Stunden/Tag	2	6
Internat	1	--	3-4 Stunden/Tag	4	2
			> 4 Stunden/Tag	1	--
<i>In partnerschaftlicher Beziehung</i>			<i>Vereinsmitglied/Regelmäßige Freizeitaktivität</i>		
Ja	--	--	Ja	--	4
nein	9	9	Nein	9	5
<i>Treffen mit Gleichaltrigen</i>			<i>Konsum Alkohol</i>		
Nie	--	2	Nie	1	8
1-2 / Monat	2	2	Selten	1	--
1-2 / Woche	3	1	Gelegentlich (< 1 Glas/Wo)	1	1
3-4 / Woche	3	4	Regelmäßig (1-5 Gläser/Wo)	5	--
5-7 / Woche	1	--	Regelmäßig (> 5 Gläser/Wo)	1	--
<i>Sportliche Aktivität</i>			<i>Konsum Drogen</i>		
Nie	2	1	Nie	6	9
Selten	4	6	Selten	1	--
1-2 / Monat	2	2	Gelegentlich	2	--
1-2 / Woche	1	--	Regelmäßig (1-3x/Wo)	--	--
			Regelmäßig (< 3x/Wo)	--	--

Die männlichen Teilnehmer zeigten im Vergleich zu den weiblichen tendenziell stärkere Computer- und Fernsehaktivitäten. So gaben über die Hälfte der männlichen Probanden an, mindestens drei Stunden täglich am Computer/Fernseher zu verbringen. Vier der insgesamt sechs Patienten mit einer aktuell vorliegenden (sub-)klinischen Sozialen Phobie berichteten über eine hohe Computer- bzw. Fernsehaktivität zum Katamnesezeitpunkt. Hinsichtlich des Alkohol- und Drogenkonsums gaben die männlichen Teilnehmer gegenüber den weiblichen signifikant höhere Mengen an ($p = 0,014$). Bei den drei Probanden, die über seltenen oder gelegentlichen Drogenkonsum berichteten, handelte es sich ausschließlich um Cannabiskonsum.

Eine enge Beziehung des Alkohol- bzw. Drogenkonsums zu psychiatrischen Störungen nach Entlassung bestand nicht. Auch hinsichtlich der anderen aufgeführten Parameter fanden sich in dieser kleinen Stichprobe keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Vorhandensein psychiatrischer Störungen nach Entlassung.

4 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurden 18 wegen einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst konsekutiv stationär behandelte, intellektuell normal begabte Mädchen und Jungen im Alter von 6-13 Jahren nach durchschnittlich sieben Jahren mit Hilfe des standardisierten diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS: Unnewehr, Schneider, Margraf, 1995) sowie zu schulischen/beruflichen und sozialen Entwicklungsparametern nachbefragt. Die durchschnittliche Dauer eines vorangegangenen Schulabsentismus durch die Trennungsangststörung belief sich auf etwa sieben Monate. 72,2 % der Teilnehmer hatten zuvor mindestens einen ambulanten Behandlungsversuch unternommen. Aufgrund der geschilderten deutlichen sozialen Beeinträchtigungen und Indikation für eine stationäre Behandlung ist davon auszugehen, dass es sich bei der vorliegenden Untersuchungsstichprobe um Probanden handelt, die ehemals an deutlich ausgeprägten Formen einer Trennungsangststörung litten.

Die Verlaufsdaten belegen, dass das Outcome der ehemaligen Trennungsangstpatienten hinsichtlich des Vorkommens psychischer Probleme als hoch belastet eingestuft werden muss, obwohl intensive stationäre wie ambulante Interventionen erfolgten (durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer von 76 Tagen; in fünf Fällen schloss sich eine vom Jugendamt finanzierte therapeutische Internatsunterbringung an). Nur knapp die Hälfte der ehemaligen Erkrankten schilderte keine relevanten psychischen Symptome mehr. Ein Drittel der jungen Frauen und Männer wies vier bis elf Jahre nach stationärer Behandlung wegen einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst mindestens eine klinisch ausgeprägte und gut die Hälfte der Probanden mindestens eine klinisch oder subklinisch ausgeprägte psychische Störung auf. Im Katamneseintervall lagen die Prävalenzen für psychische Störungen erwartungsgemäß noch höher. Insbesondere zeigte sich dabei ein Diagnoseshift hin zur Sozialen Phobie, die sowohl zum Katamnesezeitpunkt als auch im -intervall von sechs Patienten, in zwei Fällen in klinischer und in vier Fällen in subklinischer Ausprägung, berichtet wurde.

Die Ursprungsdiagnose Emotionale Störung mit Trennungsangst war dagegen nur noch bei zwei jungen Frauen (11,1 %) anzutreffen. Eine ebenfalls hohe Remissionsrate von ca. 96 % für Trennungsangststörungen im Kindesalter nach 3-4 Jahren wurde von Last et al. (1996) beschrieben. In einer aktuellen großen epidemiologischen Studie von Shear et al. (2006) lag der Anteil der Kinder mit einer persistierenden Trennungsangststörung bis in das Erwachsenenalter mit 36,1 % in einer retrospektiven Befragung dagegen wesentlich höher.

In der vorliegenden Katamnese wurde von den ehemals trennungsängstlichen Kindern zu keinem Zeitpunkt eine Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung und nur von zwei Probanden eine vorübergehende depressive Störung berichtet. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen somit nicht eine spezifische Trennungsangst-Agoraphobie/Panikstörung-Hypothese, die in den achtziger Jahren von Gittelman und Klein (1984) aufgestellt und in einer Studie von Lewinsohn et al. (2008) erneut thematisiert

worden ist. Unsere Befunde entsprechen denen von Brückl et al. (2007), Aschenbrand et al. (2003) sowie Silove et al. (2002). Hinsichtlich depressiver Erkrankungen existieren unterschiedliche Ergebnisse: Einige Autoren fanden enge Zusammenhänge (Pine et al., 1997; Wooward et al., 2001; Lewinsohn et al., 2008) zwischen (Trennungs-) angststörungen und depressiven Entwicklungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In prospektiven Befragungen von Kindern und jüngeren Heranwachsenden mit Trennungsangststörungen von Last et al. (1996) und Flakierska-Praquin et al. (1997) ergaben sich dagegen nur ähnlich moderate Erkrankungsraten für depressive Störungen im Langzeitverlauf wie in unserer Studie. Zukünftig ist zu überprüfen, ob beispielsweise ein Angst-Depressions-Kontinuum erst ab dem Jugendalter zu erwarten ist, aber nicht für die Mehrzahl früher auftretender Angststörungen gilt.

Beachtenswert ist, dass das Outcome hinsichtlich psychischer Probleme in der vorliegenden Studie ganz entscheidend davon abhängig war, ob im Vorfeld komorbide Störungen zusätzlich zu den Trennungsängsten vorlagen. Zwei Drittel der Probanden, die zum Ausgangszeitpunkt wegen einer Emotionalen Störung mit Trennungsangst und mindestens einer weiteren Verhaltensstörung behandelt wurden, berichteten als Jugendliche und junge Erwachsene über mindestens eine klinisch ausgeprägte psychische Störung nach ICD-10 zum Katamnesezeitpunkt. Im Gegensatz dazu ließ sich bei allen nicht komorbid erkrankten, trennungsängstlichen Kinder zum Befragungszeitpunkt keine klinisch ausgeprägte Störung feststellen. Das bedeutend schlechtere Outcome hinsichtlich psychischer Störungen wurde sowohl für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen (Flakierska-Praquin et al., 1997; Last et al., 1997) als auch mit Schulabsentismus (Kearney, 2007; Lehmkuhl et al., 2003) mehrfach repliziert. Dennoch muss kritisch gefragt werden, wie sich dieser Befund im klinischen Alltag widerspiegelt. Er sollte Anlass sein, für trennungsängstliche Kinder mit komorbiden Störungen ein spezifisches Behandlungskonzept mit längerfristigen Entwicklungshilfen anzubieten und verstärkt die Compliance in der poststationären Phase zu stärken. So erfolgte bei einem Teil unserer Patienten mit primär komorbiden Störungen im Anschluss an die stationäre Behandlung eine längerfristige therapeutische Internatsunterbringung. Dagegen berichteten vier der neun stationär behandelten Probanden mit früheren komorbiden Störungen über keine weiterführende Therapie. Von diesen vier gaben zwei als einzige der 18 Probanden zum Katamnesezeitpunkt eine subjektive Behandlungsnotwendigkeit wegen psychischer Probleme an, was auf eine unzureichende Nachversorgung und mögliche Chronifizierung der psychischen Problematik hinweist.

Trotz der relativ hohen psychischen Belastung fand sich in der Untersuchungsstichprobe kein Schulversager und etwa 80 % der Probanden besuchten bzw. schlossen eine Realschule oder das Gymnasium ab. Die Mehrzahl der befragten jungen Frauen und Männer war mit ihrer Ausbildungs-/Arbeitssituation zufrieden und beurteilte ihre Zukunftsaussichten als eher positiv. Die Ergebnisse stimmen mit der Studie von Flakierska-Praquin et al. (1997) überein, in der sich 35 juvenile Trennungsangstpatienten bezüglich der Schulausbildung und der Höhe des Einkommens als Erwachsene nicht signifikant von einer gesunden Kontrollgruppe unterschieden. Hinsichtlich sozialer Kompetenzen

legen die Ergebnisse unserer Untersuchung und die der o. g. Autoren dagegen nachhaltige Beeinträchtigungen bei ehemals trennungsängstlichen Kindern nahe. So wies ein Drittel der von uns behandelten Patienten eine in der Folge auftretende (sub-)klinische Soziale Phobie auf. Keine(r) der untersuchten jungen Frauen und Männer ging einer regelmäßigen sozialen Gruppenaktivität nach oder befand sich in einer partnerschaftlichen Beziehung. Bis auf eine junge Frau mit eigenem Haushalt lebten alle anderen, zum Teil bereits volljährige Probanden noch bei ihren Eltern bzw. im Internat. Selten wurde über sportliche Aktivität berichtet. Fast 40 % der ehemaligen Patienten benannte einen ausgeprägten Medienkonsum (> 3 Stunden/Tag), der erfahrungsgemäß wenig durch interaktionelle Realkontakte geprägt ist. Die klinisch-fachliche Einschätzung im Rahmen der ausführlichen persönlichen Interviews untermauert diese Ergebnisse, da bei vielen der untersuchten Probanden ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge und eine enge Bindung an das Elternhaus deutlich wurden.

Limitierend muss angemerkt werden, dass aufgrund der geringen Probandenzahl und des Anteils von einem Viertel nicht erreichter Probanden sowie ohne Vorhandensein einer Kontrollgruppe eine Verallgemeinerung der erhobenen Befunde nur begrenzt möglich ist. Ziel der Studie war jedoch, weniger Einblicke in allgemeine Therapieeffekte als über den natürlichen Behandlungs- und vor allem den bislang wenig untersuchten Langzeitverlauf ausgeprägter Trennungsangststörungen im Kindesalter zu gewinnen. In der vorliegenden Katamneseuntersuchung wird deutlich, dass bei einem großen Teil dieser Kinder im Verlauf trotz einer zufriedenstellenden schulischen Reintegration deutliche soziale Probleme, bei einem Drittel sogar klinisch relevante sozialphobische Symptome vorzufinden sind. Es ist zu vermuten, dass längerfristige sozial-vermeidende Kommunikationsmuster ein Handicap bei der Bewältigung späterer Lebensaufgaben, beispielsweise der Ablösung vom Elternhaus, in Bewerbungsgesprächen, in der Partnersuche etc. darstellen und gegebenenfalls zu psychischen Folgeerkrankungen führen können.

Es zeigte sich, dass empfohlene ambulante therapeutische Hilfen sowohl direkt nach dem stationären Aufenthalt als auch zum Katamnesezeitpunkt nur unzureichend (von knapp der Hälfte der Probanden) umgesetzt wurden und zum Befragungszeitpunkt von einer psychotherapeutischen Unterversorgung ausgegangen werden muss. Die Ergebnisse implizieren für die Praxis, dass für diese besonders belastete Patienten-Gruppe neben der Behandlung der Trennungsängste ein spezieller therapeutischer Fokus auf den Erwerb sozialer Kompetenzen und Kommunikationsstrategien, eventuell auch durch längerfristige beziehungs- und gruppentherapeutische Angebote erfolgen sollte. Da aufgrund der sozial stark vermeidenden Grundhaltung der Probanden sowie der Ambivalenz der Eltern der Wechsel in eine Anschlusstherapie schwierig ist, sollten Familien mit betroffenen Kindern eine entsprechende Aufklärung über die Risiken der weiteren psychischen Entwicklung erhalten und möglichst eine direkte Überleitung zur ambulanten Therapie vom stationären Setting heraus erfolgen.

Danksagung: Wir danken Frau Zekiye Ersoy für die freundliche Unterstützung bei der Datenerhebung.

Literatur

- Aschenbrand, S. G., Kendall, P. C., Webb, A., Safford, S. M., Flannery-Schroeder, E. (2003). Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1478-1485.
- Brückl, T. M., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S., Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 47-56.
- Flakierska-Praquin, N., Lindström, M., Gillberg, C. (1997). School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 17-22.
- Kearney, C. A. (2007). Forms and functions of school refusal behavior in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 53-61.
- Gittelman, R., Klein, D. F. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 17 (suppl 1), 56-65.
- Last, C. G., Hansen, C., Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 645-652.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., Kazdin, A. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Lehmkuhl, G., Flechtner, H., Lehmkuhl, U. (2003). School refusal: classification, developmental psychopathology, prognosis and therapeutic approaches. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 371-386.
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Small, J. W., Seeley, J. R., Joiner, T. E. Jr. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 548-555.
- Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E., Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1074-1083.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Drobny, J. (2002). Brief report: associations between juvenile and adult forms of separation anxiety volunteers with history of school refusal. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 413-515.
- Unnewehr, S., Schneider, S., Margraf, J. (1995). Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). Berlin: Springer.

Korrespondenzanschrift: Dr. med. Susanne von Widdern, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln; E-Mail: susanne.von-widdern@uk-koeln.de

Susanne von Widdern und Gerd Lehmkuhl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.