

## Dietmar Borowski/Hans Hopf/Thomas Hüller Leitlinien Angst

### *1. Allgemeines zur Angst aus psychoanalytischer Sicht*

#### *1.1 Begriffsbestimmung*

Angst ist primär kein krankhafter Zustand, sondern die notwendige und normale körperliche, seelische und intellektuelle Vorbereitung auf eine Gefahr. Eine reale Angst, welche der Situation angemessen ist, heißt auch Furcht. Allerdings nur bei funktionierender Realitätsprüfung, wenn das Objekt die Fähigkeit besitzt, zwischen äußeren und inneren Reizen sowie Wahrnehmungen unterscheiden zu können (vgl. Freud, 1926, S. 253). Es besteht eine Interdependenz von neurotischer Angst und Realangst, so dass ein neurotischer Umgang mit realer Gefahr diese größer oder kleiner machen, sie »namenlos« werden oder sogar ganz verschwinden lassen kann. Gemäß Anna Freud (1965) werden Kinder, die jedes Maß an Angst unerträglich finden, innere oder äußere Gefahren verleugnen oder verdrängen, so dass vermeintliche Angstfreiheit besteht. Sie können jedoch in die Außenwelt projiziert werden, aus der sie umso angsterregender zurückkehren. Und schließlich gibt es Kinder, welche sich phobisch von allen Angst- und Gefahrdrohungen zurückziehen. Es besteht eine Wechselbeziehung zwischen Angst und Aggression: Werden vitale Interessen eines Menschen bedroht, kann er entweder flüchten oder sich der Auseinandersetzung stellen. Aggressiv zu werden, ist für das Kind eine der wirksamsten Möglichkeiten, sich von Angst zu befreien. Das quälende Gefühl von Angst schwindet, wenn es aus dem passiven Zustand der Angst herausfindet und zu einem Angriff übergehen kann (vgl. Hopf, 2007).

### 1.2 Symptom, Komorbidität, ICD-10-Korrespondenzen

Angst ist Teil einer Symptomatik wie Zwang, Mutismus, Depression oder Somatisierungsstörungen. Ängstliche und depressive Entwicklungen sind nur schwer voneinander differenziert zu diagnostizieren. Kinder externalisieren zudem ihre Konflikte.

Im Kindesalter sind dem Kliniker vor allem vier Störungsbilder bekannt:

- Angst nach traumatischen Ereignissen (*panische Angst*)
- Ängstlich-unsichere Kinder (*generalisierte Angst*)

Panische Angst und generalisierte Angst ähneln einander. Im ersten Fall konnten durchaus reife Ich-Strukturen vorhanden sein; die Angst ist Ergebnis einer Überflutung oder Zerstörung der seelischen Struktur. Im zweiten Fall ist die Angst Folge eines Scheiterns des frühen Containments und des Beziehungsaufbaus.

- *Trennungsangst*
- *Phobien*, hier in erster Linie die Schulphobie als Vorform einer sozialen Phobie

Die ICD-10 (Dilling et al., 2005) beschreibt diese Krankheitsbilder mit Leitsymptom »Angst« innerhalb der *emotionalen Störungen des Kindesalters*, welche allerdings, wie Knölker, Mattejat, Schulte-Markwort zu Recht kritisch bemerken, »die Bandbreite der emotionalen Störungen nur unbefriedigend abbilden« (2000, S. 288):

- F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
- F93.1 phobische Störung des Kindesalters
- F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

Im *Jugend- und Erwachsenenalter* werden die Störungsbilder über die Klassifikationen phobische Störungen (F 40.0 – 40.9) sowie andere Angststörungen (F 41.0 – 41.9) erfasst.

- F41.0 Panikstörung
- F41.1 generalisierte Angststörung

Die beiden letzten Krankheitsbilder beruhen auf – zu vermutenden – ähnlichen biologischen Grundlagen, unterscheiden sich jedoch, indem sich bei Erwachsenen unterschiedliche Medikation als wirksam erwiesen hat (Köhler, 2004).

Der *Pavor nocturnus* (ICD-10 F51.4) tritt am häufigsten im Vorschulalter auf. Die Kinder geraten in einen Zustand schwerer ängstlicher Erregung mit lautem Weinen und Schreien. Für den nächsten Morgen besteht in der Regel Amnesie. Pavor nocturnus muss von Alpträumen unterschieden werden und wird im ICD-10 zu den Schlafstörungen (F51) gezählt.

### 1.3 Erklärungsmodelle

#### 1.3.1 Psychoanalytische Theorien zur Entstehung von ängstlichen Affekten

Es gibt innerhalb der Psychoanalyse keine einheitliche, stringente Theorie von der Angst; es folgt ein kurzer Überblick. Innerhalb seiner Affekttheorie unterscheidet Krause (Krause, 1983/1992) strukturelle Affekte, die auf eine bereits vorhandene strukturierte Erfahrung Bezug nehmen. Der negative Affekt »Angst« ist als Angstsignal nur kurzfristig wirksam, übernimmt quasi »Triggerfunktion«. Dies entspricht der revidierten Angsttheorie von Freud (Freud, S., 1933). Das Ich bekommt die Bedeutung, antizipierend wahrzunehmen, die Angst als Signal einer früheren Gefahrensituation wird wachgerufen. Weiterhin unterscheidet Krause Affekte als Empfindung der Lust-/Unlustreihe, also verknüpft mit Spannungsveränderungen und traumatischen Affekten, die einen Systemzusammenbruch, nämlich die Aufgabe der Ich-Fähigkeiten, ankündigen. Diese Aspekte hat Freud in seiner frühen Angsttheorie (Freud, S., 1916/1917) beschrieben. Die Modalität im Umgang mit dem Affekt, z. B. Angst, folgt vorerst einem protokognitiven Prozess, der sich nach einer festgelegten phylogenetischen Linie entlang von einfachen Einstufungsskalen wie – außen/innen, neu/bekannt, angenehm/unangenehm, förderlich oder hinderlich – richtet. Diese Affektregulierung wird nach kulturell- und familiär-definierten Display-Regeln modifiziert. Somit dienen die Affekte der primären Regelungen der sozialen Beziehung und der körperlichen Befindlichkeit (Krause, 1983-1992).

Emde (1988/1991) beschreibt vor dem Hintergrund aktueller Säuglingsforschung evolutionsbiologisch vorprogrammierte Grundmotive wie Aktivität, Selbststeuerung, soziale Einpassung und affektive Überwachung. Aus einem affektiven Kern des Selbst, in dem autonome primäre Affekte zu postulieren sind, organisiert sich der Gefühlsausdruck entsprechend den primären Dimensionen der Lust-/Unlustreihe, verbunden mit dem Aktivierungsniveau und der dritten Dimension, nämlich der Art und Weise des kleinen Kindes, sich an Begriffen wie »intern/extern« zu orientieren. Das Affekterleben des Menschen und seine damit verbundenen Erfahrungen bilden ein Erleben von Kontinuität über den gesamten Lebensverlauf. Darauf baut sich ein Erleben von sich selbst, ein Ich-Gefühl, ein Erleben des Anderen und ein Erleben von sich selbst mit dem anderen, das Wir-Gefühl, auf. Die Affekte besitzen wesentliche Bedeutung für die Objektbeziehungen. Dabei bezieht sich das kleine Kind auf eine begrenzte Hierarchie vertrauter Betreuerfiguren. Affektive Repräsentanzen von Anderen, eben den vertrauten Betreuerpersonen und von sich selbst, sind Repräsentanzen, die lebenslang fortbestehen. Soziale Schwellensituationen, Wendepunkte, Phasen der Umstellung des Lebens sind mit besonderen affektiven Veränderungen verbunden.

Die Bindungstheorie betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung von biologisch angelegten Verhaltenssystemen mit einer starken emotionalen Bindung zu Hauptpersonen, mit schützender, sicherheitsgebender und lebenserhaltender Bedeutung. Diese Bindungspersonen werden aktiv gesucht, der Verlust der Bindungspersonen wird mit Trennungsprotest beantwortet. Beängstigende Situationen führen zur Suche nach einem sicheren Hafen, um mit seinen Affekten in der Beziehung zur Bindungsperson besser umzugehen. Die Responsivität der Bindungsperson gestaltet das Bindungsmuster in Richtung »sicher, unsicher, vermeidend, unsicher ambivalent oder auch desorganisiert, desorientiert«.

Für Melanie Klein liegt die primäre Angstquelle in inneren Objekten. Projizierte destruktive Phantasien führen zur Verfolgungsangst, in der depressiven Position führt die Sorge zur Angst, dem Objekt Schaden zugefügt zu haben (vgl. Darstellung von Plänklers, 2003).

Bion geht davon aus, dass »unverdaute«, emotionale Erfahrung, z. B. namenlose Angst, über angemessenes Containment einen psychischen Raum und einen Bedeutungsgehalt zugeschrieben bekommt. Damit erhält die Angst Signalfunktion, und die Affekte werden zu Verbindungsgliedern zwischen den Objekten. Geht dieser psychische Raum verloren, ist die Trennung vom Objekt nicht mehr möglich, sondern führt von Verfolgungsangst hin zur namenlosen psychotischen Angst.

Mahler (Mahler, 1975) beschreibt die Entwicklung zur affektiven Objektkonstanz, verbunden mit der Fähigkeit, Spannungszustände zu regeln, mit stabilen Kernen von Selbst- und mütterlichen Repräsentanzen, die es möglich machen, auf die körperliche Anwesenheit der Mutter zu verzichten. Auf dem Hintergrund präadaptiver Fähigkeiten in Gegenwart einer begrenzten Hierarchie von besonderen Bezugspersonen steht ein reziprokes, sensomotorisches Interaktionsmuster. Über Nachprüfen differenzieren sich ein Körperschema und ein erstes Bild der Bezugsperson. Unter Zuhilfenahme von Übergangsobjekten kann das Kind ein Liebesverhältnis mit der Welt entwickeln und seine Funktionslust narzisstisch besetzen. Perioden dieser gehobenen Phase der Stimmung wechseln mit Perioden von Stimmungsabfall ab. Es wird notwendig, bei der Bezugsperson als Heimatbasis emotional auftanken zu können. Das Gewahrwerden des Getrenntseins führt in der Wiederannäherungskrise zu einem Widerstreit von Wunsch nach Autonomie und Angst vor Liebesverlust. Der Gebrauch von Übergangsphänomenen spielt hier eine herausragende angstmindernde Rolle (Winnicott, 1971).

In der Selbstpsychologie wird von Kohut die Funktion des Selbstobjektes zur Einstimmung auf Affektzustände beschrieben. Eine Integration affektiven Erlebens hängt von der Qualität der optimalen Responsivität des Selbstobjektes ab. Die fehlende Responsivität der Selbstobjektfunktion führt zum Verlust von

Selbstkohärenz, zur Angst der verwundbaren Selbstachtung, zur Desintegrationsangst und Furcht vor Selbstauflösung.

### *1.3.2 Affektregulation*

Wir folgen hier zunächst einer Angsttypologie innerhalb eines zweidimensionalen Systems gemäß Mentzos:

Mentzos (1988) hat eine Angsttypologie innerhalb eines zweidimensionalen Systems erstellt; eine Dimension wird darin von den *Angstarten* gebildet, die zweite stellt die *Ich-Reife* des jeweiligen Patienten dar. So entwickelt Mentzos ein Kontinuum von der *diffusen, körpernahen Angst* bis hin zur *konkreten, entsomatisierten Furcht* (S. 19). Jeder Mensch muss von Geburt an lernen, aus einer primär diffusen, ungerichteten Angst eine konkrete, gerichtete und zweckdienliche Angst zu entwickeln.

#### *Dimension 1:*

Von der Entwicklung seiner jeweiligen Ich-Struktur hängt es ab, wie im Individuum Angst als Signalangst verwendet werden kann, um geeignete Abwehrmaßnahmen in Gang zu setzen. Bei Angstkrankheiten misslingt die Abwehrfunktion wegen einer passageren Defizienz oder eines chronischen Defektes in der Ich-Struktur oder Selbst-Struktur (Senf, 1996, S. 269).

Struktur und strukturelle Störungen werden von Rudolf (2004, S. 58) wie folgt verstanden:

Struktur ist definiert als eine Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind.

Strukturelle Störungen beinhalten die unzureichende Verfügbarkeit über diese Funktionen bzw. ihre Vulnerabilität. Strukturelle Störungen sind meist die Folge frühkindlicher Beziehungsstörungen.

In diesem Zusammenhang wird auf das in der OPD-KJ (2003) vertretene Konzept von psychischer Struktur verwiesen. Psychische Struktur wird innerhalb der OPD verstanden, als die »Disposition des einzelnen, die Welt, sich selbst sowie andere zu erleben und sich zu verhalten« (S. 123). Entscheidend ist somit die wachsende Fähigkeit des Ichs, negative Affekte – auch Ängste – abpuffern zu können.

#### *Dimension 2:*

Dimension 2 beschreibt die natürliche Sequenz der in der Entwicklung des Menschen auftauchenden Aufgaben, Konflikte, Spannungen und die dazugehörigen Angstarten (von der diffusen, körpernahen Angst bis zur konkreten, entsomatisierten Furcht).

### 1.3.2.1 Angstarten und Ich-Entwicklung

*Namenloser Angst* kann über angemessenes Containment ein psychischer Gehalt oder Bedeutungsgehalt zugeschrieben werden (Bion, 1992). Winnicott nennt diese Angst auch »*unvorstellbare Angst*« (Winnicott, 1965).

*Angst vor der Fragmentierung, dem Auseinanderfallen, der Verschmelzung, der Vernichtung und vor der Nähe* – sind die *Ängste der Psychose*, auch *paranoide Angst* (Klein, 1947), *oknophile* (Angst, das Objekt zu verlieren) und *philobatische Angst* (Angst vor den gefährlichen Objekten) (Balint, 1972).

*Angst, dass die bösen Aspekte die guten vernichten würden*, sowohl bei den Objekt- als auch bei den Selbstrepräsentanzen – sie werden darum mittels Spaltung auseinandergehalten – sind die *Ängste der Borderlinestörung* (Klein, 1947).

*Angst vor Verlust der Selbstrepräsentanz bei einer Trennung oder Verlust der Objektrepräsentanz* (Achtmonatsangst) – Trennungsangst und *Ängste der Angstneurose* (A. Freud, 1971)

Die *Angst vor Verlust der Autonomie*, auf der anderen Seite die *Angst vor Liebesverlust*, nach Herstellung einer konstanten Liebesbeziehung zum Objekt, also nach Erwerb der Objekt Konstanz, Wiederannäherung u. a. sind *Ängste der Depression* (A. Freud, 1971)

*Angst vor Kritik und Strafe* (Schuldangst) während der analstadiischen Phase, in der das Kind die eigene Aggression auf die Eltern projiziert; *Ängste vor Verachtung, Verurteilung oder Abweisung* sind *Ängste bei narzisstischen Störungen, der Zwangsneurose sowie der sozialen Phobie* (A. Freud, 1971).

Als Sonderform gehört hierzu auch die *Schamangst*, die durch eine drohende Gefahr der Bloßstellung, Demütigung und Zurückweisung hervorgerufen wird. Sie dient der *Abwehr grandioser und exhibitionistischer Wünsche*. Sie wird erst während der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres manifest (Wurmser, 1990).

*Kastrationsangst*, wie bei der Schuldangst eine Projektion von Aggressionen auf den Vater, tritt während der phallisch-ödipalen Phase (A. Freud, 1971) auf.

### 1.3.2.2 Angst, Objektbeziehung und Raum (Plänkers, 2003)

Plänkers hat Kleins und Bions Vorstellungen über Objektbeziehungen, Raum und Angst in seine Überlegungen einbezogen und damit eine zusätzliche Dimension diskutiert.

<b>Objektbeziehung</b>	<b>Raum</b>	<b>Angst</b>
neurotisch (psychisch getrennt Selbst-Objekt-Differenzierung) Signalangst (Alpha-Angst) Kastrationsangst Angst vor äußeren Gefahren	triangulärer Selbst-Raum	depressive Angst (Verlustangst, Gewissensangst)
intrusiv oder an der Oberfläche haftend (psychisch ungetrennt; Borderline, Perversion, Narzissmus)	pseudo-triangulärer Nicht-Selbst-Raum (Raum <i>in</i> der Mutter Klaustrium, psychischer Rückzug)	klaustrophobisch agoraphobisch Verfolgungsangst
psychotisch (Selbst- und Objektverlust) katastrophische Angst traumatische Angst Angstanfall Panikattacke (Plänklers, 2003)		namenlose Angst (Beta-Angst) psychotische Angst

#### 1.4 Diagnostik

Folgerichtig müssen die vorliegenden Angstarten festgestellt werden. Über Achse OPD Konflikt werden die zugrundeliegenden Konflikte festgestellt, über Achse Struktur die vorliegende Ich- sowie Selbststruktur. Die testpsychologische Untersuchung verschiedener Ich-Funktionen, wie Intelligenz, Konzentrationsfähigkeit erscheint unumgänglich.

#### 1.5 Therapie, Prognose, Prävention

Psychoanalytische Behandlungen (Kurzzeitpsychotherapie, niederfrequente tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sowie analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie) werden vor dem Hintergrund der vier Psychologien der Psychoanalyse durchgeführt (Triebpsychologie, Ich-Psychologie, Selbstpsychologie und Objektbeziehungspsychologie) (vgl. Pine, 1990).

Gemäß A. Freud (1965) hat die psychische Gesundheit eines Kindes bessere Aussichten, wenn das Ich Angst nicht vermeidet, sondern ihr mit aktiven Maßnahmen begegnet und zum Verstand, logischem Denken, tatkräftigen Veränderungen seiner Außenwelt sowie aggressiven Gegenmaßnahmen seine Zuflucht

nimmt. Das Kind muss sich während einer Behandlung allen Ängsten stellen, weil phobische Vermeidungen zur vorübergehenden und vermeintlichen Angstfreiheit führen und die zugrundeliegenden Ängste sonst nicht aufgearbeitet werden können (S. 128).

## 2. Krankheitsbilder

### 2.1 Panische Angst im Kindes- und Jugendalter

#### 2.1.1 Begriffsbestimmung

Kinder und Jugendliche mit panischer Angst reagieren auf eine ihre Psyche überflutende Situation. Panikzustände deuten auf eine bevorstehende Dysregulation, in der sich Affekte völlig der psychischen Kontrolle entziehen, sich Selbstanteile aufzulösen drohen und die Persönlichkeit in einen Zustand von völliger Verwirrung, Auflösung und Hilflosigkeit stürzen. Panische Angst ist ein Ausdruck der Furcht vor Vernichtung oder »vor dem ewigen, unaufhaltsamen Fallen« (Winnicott, 1965). Die panische Angst ist eine namenlose Angst. Als Angst vor der Angst fehlt ihr der Signalcharakter. Die Angst wiederholt automatisiert eine erlebte gefährliche Situation realen oder imaginären Charakters. Real sind traumatisch erlittene Ereignisse wie Tod frühesten Bezugspersonen, Verwahrlosung, Überwältigung und Krankheit.

#### 2.1.2 Symptomatik

Als Folge einer grundlegenden psychischen Störung oder Traumatisierung evokiert die panische Angst eine Reihe von narzisstischen, depressiven und psychosomatischen Abwehrmaßnahmen.

Vor allem bei Kindern und Jugendlichen sind die verschiedenen Entwicklungsphasen zu beachten. Der jeweilige psychische Entwicklungsstand beeinflusst multiple Formen, die in der Regel nicht durch offensichtliche Angstreaktionen (Flucht, Schreien), sondern durch die Folgen der Angst (Verlust der Körperbeziehung, Orientierungslosigkeit, Vorstellungsverlust) und ihrer Abwehr (Aggression) gekennzeichnet sind.

Die panische Angst als abgrenzbare Episode intensivster Angst (→ generalisierte Angst) bewirkt psychosomatische Reaktionen wie abrupte Störungen der Atmungsfunktionen und der Verdauungsorgane, erhöhten Herzschlag, Schwindel, Hitze- und Kältegefühle. Die Gedanken werden bestimmt durch die Angst zu sterben, die Kontrolle völlig zu verlieren und einen Drang nach sofortiger Flucht.



Dagegen flüchten Kinder, mit panischen Ängsten als Grundstörung, vor einer engeren Bindung an einen anderen Menschen. Nähe ist für sie mit der Vorstellung von Selbstaflösung und völligem Ausgeliefertsein verknüpft. Sie zeigen ein automatisiertes Verhalten, das ihnen und anderen vermitteln soll, dass sie niemand brauchen. Deshalb sind sie bemüht, niemand und nichts an sich wirklich herankommen zu lassen. Wer sich ihnen nähert, muss mit aggressiv-entwertendem Verhalten rechnen. In ihrer sozialen und intellektuellen Leistungsfähigkeit sind die Kinder fast immer eingeschränkt.

- Bei Jugendlichen Panikstörung: (ICD-10, F.41.0), akute Belastungsreaktionen (F.43.0)
- Bei Kindern: multiple Störungen emotionaler Entwicklung (ICD-10, F. F93.1 und F93.8)

Die panische Angst kann von

- Zwängen,
- Perversionen,
- Depressionen,
- sozialer Divergenz,
- psychotischen Störungen
- Lernstörungen und
- narzisstischen Störungen

begleitet werden. In die Wertung der Symptomatik ist dabei stets die Ebene der Abwehr und der jeweilige psychische Entwicklungsstand des Kindes oder der/des Jugendlichen einzubeziehen.

### 2.1.3 Erklärungsmodelle

Bei der panischen Angst handelt es sich um die Formen einer diffusen psychotischen Angst (→ allg. Teil). Es ist die Angst der frühesten Entwicklungszeit, in der die Abhängigkeit des Säuglings von einer Bezugsperson umfassend ist.

Kinder mit panischen Ängsten hatten in ihrer frühesten Entwicklung keine oder solche Bezugspersonen, die die Affekte des Säuglings nicht adäquat annehmen (containen) und kongruent wiedergeben (spiegeln) konnten. Deshalb erlebte der Säugling seine Versorgungsphase als abrupten Wechsel zwischen Überwältigung oder Verlassenwerden.

Durch dieses fehlende »Containment« (Bion) verbleiben diese Kinder in einem Zustand, in dem sie auf Reize von außen und Affekte von innen in einer vereinfachten Weise (Panik oder Erstarrung) reagieren, und jene Reize allein – gefährlich oder nicht gefährlich – unterscheiden können. Durch dieses Verhaltens- und »Affektdiktat« (Panksepp, 2004) kann kein Raum für die Grundlagen von Mentalisierung (Fonagy, 2003) entstehen, indem inneres Halten variierende Reaktionen (Kontrolle) ermöglicht. Neurologisch führt der Reaktionsweg an den

für diese Differenzierung unerlässlichen Kortex- und Hippocampus-Funktionen vorbei und endet sofort in der Amygdala.

Diese Kinder sind auch in ihrer späteren Entwicklung als Jugendliche oder Erwachsene unzureichend in der Lage, ihre Bezugspersonen als schutzgebende Vorbilder zu nutzen. Sie vermeiden auch zu engsten Familienmitgliedern Nähe und fühlen sich von diesen verfolgt und bedroht. Kinder mit panischen Ängsten ersetzen reale Situationen durch fiktive, was zu interaktionellen Konflikten führt, da sie in ihren Beziehungen treulos sind, ohne in Loyalitätskonflikte zu geraten.

Besonders die psychoanalytischen Schulen in der Nachfolge von Melanie Klein beschäftigen sich mit den frühinfantilen Gefahr- und Angstsituationen, indem sie sich auf die psychischen Inhalte dieser Ängste (Aggressionen) konzentrieren. Das Ich befürchtet in diesem Sinne seinen eigenen Vernichtungswunsch (Todestrieb). Daraus entstehen phantasierte Angriffe des Säuglings auf den Körper der Mutter, und die Angst entwickelt sich dadurch weiter zu einer Angst vor entsprechenden Vergeltungen (frühes und grenzenloses Schuldgefühl). Kleinkinder mit panischen Ängsten haben es im Sinne dieser Überlegungen nicht geschafft, in die depressive Position zu gelangen. Sie verharren in einer paranoid-schizoiden Position.

#### *2.1.4 Diagnostik*

Jede panische Angst geht dynamisch stets auf Erfahrungen (Fixierungen) in der sehr frühen psychischen Entwicklung (erstes Lebenshalbjahr) zurück. Diagnostisch muss dabei unterschieden werden, ob es sich um eine Regression auf diese frühesten Erfahrungen aufgrund einer realen oder psychischen Gefahrensituation (akute Traumatisierung) oder ob es sich um eine aus diesen frühesten Erfahrungen unumkehrbare Grundstörung handelt, was Konsequenzen für die Prognose besitzt.

Im Falle der Regressionen erfüllt die panische Angst mithilfe der frühen Fixierungen die doppelseitige Abwehr einer zwangsneurotischen, hysterischen oder phobischen Angst. Bei diesen Fixierungen handelt es sich um Narben früher und damit die Psyche situativ überfordernder Verzichtsleistungen, die jedoch die psychische Struktur nicht in ihrer Gesamtheit beeinträchtigt haben.

Die psychische Struktur von Kindern mit grundlegenden panischen Ängsten leidet dagegen unter einem schweren Strukturdefizit. Durch das Ausbleiben von entwicklungsgemäßen Bindungen von außen (Spiegelung, Containment) ist das Ich nicht in der Lage, durch Identifikationen Repräsentanzen aufzubauen und damit eine autonome psychische Struktur zu entwickeln. Jeder innere oder äußere Reiz löst archaische Ängste aus, die eine das Ich überwältigende Spannung aufbauen. Es bleibt somit ein krasses Missverhältnis zwischen Triebspannung

und Ich-Leistung bestehen. Dieses Missverhältnis wird durch narzisstisch-omnipotentes, depressiv-selbstschädigendes oder agierend-gewaltvolles Verhalten abgewehrt.

Die Ursache dieser Störung kann in einer angeborenen Triebstärke, einer Hirnschädigung und einer eingeschränkten Empathiefähigkeit der ersten Bezugspersonen des Kindes liegen. Auch wenn im Laufe der Zeit Bereiche der Ich-Leistungen (Intelligenz) aufgebaut werden können, bleiben die strukturellen Defizite in der Grundstruktur der Persönlichkeit verankert.

#### *2.1.5 Psychotherapie, Prognose, Prävention*

Für Patienten mit panischen Angstzuständen aufgrund von regressiver Abwehr gelten die Ausführungen der jeweilig zugrunde liegenden neurotischen Angst.

Bei Patienten mit panischer Angst als zentraler Mittelpunkt einer Grundstörung ist die Motivation bezüglich Leidensdruck und Veränderungswunsch niedrig ausgeprägt. Die Abspaltung bewirkt, dass sie die Umwelt leiden lassen, um nicht eigenen Leidensdruck zu verspüren. Aus diesem Grunde ist der Nutzen fördernder und unterstützender Maßnahmen realistisch einzuschätzen. Es kann zunächst lediglich um eine nachträgliche Vernarbung psychotischer Kerne gehen.

Die Chancen einer psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichen-Langzeitpsychotherapie hierfür sind abhängig von den vorhandenen oder entwicklungs-fähigen Vorstellungen beim Patienten selbst über die Krankheitsursachen und von der Prozesshaftigkeit der Krankheit und der Fähigkeit seiner Umwelt, die Organisation einer Psychotherapie zu gewährleisten.

In der Technik stehen zu Beginn der langwierigen Behandlung nachreifende Aspekte des Haltens, des Spiegels von Gefühlen und Affekten und die Milderung des archaischen, verfolgenden Über-Ichs im Mittelpunkt. Erst auf der Grundlage einer dadurch nachträglich geschaffenen Vertrauensbasis innerhalb des Therapeut-Kind-Verhältnisses können deutende Anteile der Arbeit eine Chance bekommen. Hierbei ist auf Seiten des Therapeuten besonders auf machtvolle Gegenübertragungsreaktionen zu achten. Bei positivem Verlauf einer Behandlung kann beim Kind eine Bewusstheit über den abgerissenen Zusammenhang zwischen sich und dem Umwelt schädigenden Verhalten und der eigenen Schwierigkeit, Affekte zu kontrollieren, erreicht werden.

Begleitende pädagogische, sozialarbeiterisch stützende Maßnahmen sowie die therapeutische Beratung des Familienumfeldes sind nötig. Bei persistierendem schädigendem Einfluss der Außenwelt muss auch auf die Veränderung der Lebenswelt des Kindes zurückgegriffen werden (beispielsweise Pflegefamilie, Heim, sozialpädiatrische, psychiatrische Wohngruppe).

## 2.2 Generalisierte Angst

### 2.2.1 Begriffsbestimmung

Die generalisierte Angst ist eine anhaltende Angst, die sich nicht auf eine bestimmte Situation beschränkt. Die Angst ist frei flottierend. Es ist meist eine »unvorstellbare« Angst. Wie bei der panischen Angst fehlt der Angst der Signalcharakter, *sie bleibt jedoch nicht auf ein episodisches Angsterleben begrenzt wie die* → panische Angst. Die Angst entspricht einer diffusen, körpernahen Angst.

### 2.2.2 Symptomatik

Das Angsterleben der generalisierten Angst ist in seiner Intensität schwankend und neigt zur Chronifizierung. Es bezieht sich auf Befürchtungen, es könnte einem selbst oder einem anderen irgendetwas Schweres, z. B. eine todbringende Erkrankung, zustoßen, ohne dass eine konkrete Vorstellung darüber besteht. Letztlich verknüpft sich die Angst mit einer großen Anzahl von wechselnden Sorgen und Vorahnungen.

Oft rückt das Erleben verschiedenster somatischer Beschwerden wie Zittern, Muskelspannungen, Schwitzen, Herzklopfen oder Bauchbeschwerden in den Vordergrund. Das somatische Erleben kann sich mit vielfältigen vegetativen Symptomen verbinden.

Die generalisierte Angststörung ist oft Teilsymptomatik einer aktuellen Belastungsreaktion (F43.0); einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1); bei desintegrativen Störungen (F20-F29 und F84) und oft mit depressiver Störung gemischt (F41.2) (→ Depression).

ICD 10: Generalisierte Angststörung (F41.1); andere emotionale Störungen des Kindesalters (Überängstlichkeit F93.8).

### 2.2.3 Erklärungsmodell

Die psychodynamischen Überlegungen entsprechen weitgehend denen der panischen Angst mit anhaltender Bereitschaft zur diffusen psychotischen Angst (→ panische Angst), bei einem stabileren Strukturniveau denen der Angstneurose, mit Angst vor Objektverlust und Selbstverlust.

Die generalisierte Angststörung gehört zu einem frühen Angsttypus (→ Allgemeiner Teil).

Die Fähigkeit der Steuerung des Selbst- und Objekterlebens sowie die kommunikative Fähigkeit, relativ zur Altersstufe, sind gestört. Damit sind die Integrationsfähigkeiten des Ichs und der Kontakt zur Realität bedroht. Die Signalfunktion der Angst geht verloren. Stattdessen droht das System zusammenzubrechen. Auslösende Ereignisse sind oft in Relation zur Stärke des Ichs traumatischer Natur.

#### 2.2.4 Diagnostik

Die Schwere der generalisierten Angst wird über die Angstart deutlich (wie namenlose Angst, »Ängste der Psychose«, »Ängste der Angstneurose«), im Verhältnis zur Ich-Entwicklung und den Objektbeziehungen (→ Allgemeiner Teil und panische Angst)

Strukturelle Überlegungen orientieren sich an den Ich-Fähigkeiten in Relation zu den Erwartungen und Belastungen seitens der Umwelt, insbesondere auf die Fähigkeit, negative Affekte zu puffern, und die erworbenen Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung. Von Bedeutung ist, inwieweit ein Zusammenbruch der Integrationsfähigkeit des Ichs in einen zeitlichen Zusammenhang zu stellen ist. Auf Seiten des Umfeldes geht es um Klärung von aktuellen und langfristigen Belastungen. Es geht auch um die Gestaltung der Beziehungen zu den Bezugspersonen, insbesondere inwieweit diese den Integrationsaufgaben des Ichs des Kindes beistehen und u. a. Selbstobjektfunktion übernehmen.

#### 2.2.5 Therapie

Die psychoanalytische Behandlung folgt dem jeweiligen, zwischen Patienten und Therapeuten gefundenen triebpsychologischen, ich-psychologischen, objektbeziehungstheoretischen oder selbstpsychologischen Blickwinkel (→ Allgemeiner Teil).

Schwere strukturelle Defizite machen eine Berücksichtigung der Affektdifferenzierung notwendig, damit beispielsweise namenlose Angst einen Namen finden kann. Konzepte des Containments, der Symbolisierungsfähigkeit und der Mentalisierung (Allgemeiner Teil) sind hier von wesentlicher Bedeutung. So wird aus einem namenlosen Angstgefühl und einem körperlich erlebten Gefühl eine differenzierte Wahrnehmung der Angst als Signal. Konkrete Hinweise auf Differenzierungsmerkmale zwischen Körpergefühl entsprechendem Affekt sind ebenfalls wichtig. (So kann z. B. Herzklopfen als Angst missgedeutet werden, obwohl es dafür andere Gründe gibt, wenn z. B. ein Mensch zu schnell die Treppe hochgegangen ist, dessen Kreislauf wenig Anstrengungen verträgt.)

Bei akuten Belastungsreaktionen und posttraumatischen Störungen muss die aktuelle Situation berücksichtigt werden. Im Vordergrund steht die Wiederherstellung der Integrationsfähigkeit des Ichs, die Vermittlung einer Fähigkeit zur Selbstberuhigung, die Unterscheidung von Phantasie und Realität sowie die Nutzung von Übergangsphänomenen. Die mitunter schweren Einschränkungen der integrativen Funktionen des Ichs erfordern, dass der Therapeut zeitweilig eine Hilfs-Ich-Funktion übernimmt (Allgemeiner Teil → Affektregulation). Bei der somatisierten Angst wird die Angst als biopsychosoziales Warnsystem mit seinen neurophysiologischen Aspekten deutlich. Eine gleichzeitige medikamentöse Behandlung kann eine Bewältigung der Ängste erleichtern.

Kinder mit generalisierter Angststörung behalten ihre Symptomatik wesentlich häufiger als Kinder mit Trennungsangststörung. Die Entwicklung ist mit dem Risiko der Entwicklung einer Depression und Somatisierungsstörung belastet.

### *2.3 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)*

#### *2.3.1 Begriffsbestimmung*

Trennungsangst ist vorwiegend eine Angststörung des jungen Kindesalters. Säuglinge und Vorschulkinder zeigen vor realer und befürchteter Trennung von wichtigen Bezugspersonen Angst und lassen sich durch eine angemessene Antwort beruhigen. Diese »normale Trennungsangst« unterscheidet sich von der Trennungsangst als Symptom einer Angststörung, mit gleitenden Übergängen, durch einen außergewöhnlichen Schweregrad sowie durch eine Berücksichtigung der Altersstufe des Kindes.

Das Kind befürchtet, den Schutz und die lebenserhaltende Sicherheit durch die Bezugsperson zu verlieren, wenn es noch nicht in der Lage ist, ohne diese die Anpassungsleistung an die Umwelt zu erbringen. Die Trennungsreaktion soll die Bezugsperson veranlassen, wieder die Selbstobjektfunktion sowie die Rolle der Umweltmutter zu übernehmen. Die Bindungssicherheit soll wiederhergestellt werden.

Eine fehlende Responsivität der Bezugsperson und unsichere Bindungsangebote führen u. a. dazu, dass Angsterleben regressiv seinen Bedeutungsgehalt als Angstsignal verliert und zur Angststörung wird.

#### *2.3.2 Symptomatik*

Die Trennungsangst als Angststörung bezieht sich auf unrealistische Sorgen, dem anderen oder einem selbst könnte etwas Schwerwiegendes zustoßen. Diese Sorge kann bis zur Verweigerung, ins Bett zu gehen, den Kindergarten oder die Schule zu besuchen, wie auch das Haus zu verlassen, führen. Die psychosoziale Beeinträchtigung der Trennungsangst bestimmt den Schweregrad.

Somatische Begleitsymptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen und Kopfschmerzen sind häufig. Teils sind diese somatischen Beschwerden Angstäquivalente, teils haben sie auch den Sinn, die geforderte Trennung zu vermeiden.

Die Trennungsangst kann in eine andere Angstformen übergehen. Oft ist sie Teil der Symptomatik, einer weitergehenden Störung wie etwa der phobischen Störung, Zwang, Mutismus, affektive Störung (→ Allgemeiner Teil).

ICD 10: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0).

### 2.3.3 Erklärungsmodell

Die Trennungsangst entspricht zwei Angstmodellen:

1. Der Achtmonatsangst, einer körpernah gefühlten Angst. Der sensomotorisch wahrgenommene Unterschied zwischen Mutter und Kind sowie ein deutliches Gewahrwerden von Trennung verknüpfen sich mit Angst vor Objektverlust.
2. Der Angst in der Wiederannäherungskrise. Das Kind hat erste Vorstellungen einer emotionalen Objektkonstanz sowie erste Über-Ich-Vorstellungen entwickelt. Es erlebt jetzt Angst vor dem Liebesverlust.

Nach der Angsttypologie von Mentzos (→ Allgemeiner Teil) entspricht die Trennungsangst einer mittleren Stufe in der Entwicklung von der diffusen, körpernahen Angst zur konkreten, entsomatisierten Furcht und bezogen auf die Entwicklung von Angstthemen entspricht die Angst vor Objektverlust einer unreiferen und die Angst vor Liebesverlust einer reiferen Angstvorstellung.

Die Fähigkeit, vorübergehende Trennung zu akzeptieren, hängt von der Entwicklung der emotionalen Objektkonstanz ab. Diese ist wiederum abhängig von der Vermittlung der Fähigkeit, Übergangsphänomene/Objekte zu gebrauchen, der erfahrenen sozialen Referenzen und einer guten Einstimmung. Ein weiterer Aspekt ist die Fähigkeit, Affekte zu differenzieren, sie in ihrem Signalgehalt zu erkennen und die Fähigkeit zur Selbstberuhigung, um ein narzisstisches Gleichgewicht in einer vorübergehenden Abwesenheit des haltenden Objektes zu halten.

### 2.3.4 Diagnostik

Der Schwerpunkt der Diagnostik liegt im Bereich der Beziehungsdiagnostik und der Einschätzung der Struktur. Die Diagnostik der Konfliktdynamik bezieht sich häufig auf den intrapsychischen Konflikt »Abhängigkeit versus Autonomie«, aber auch auf alle anderen Konfliktthemen (→ Allgemeiner Teil, Achse »Konflikt«; OPD-KJ).

Die Beziehungsdiagnostik (Allgemeiner Teil → Achse »Beziehung«; OPD-KJ) befasst sich mit der Frage der aktuellen Bindungssicherheit bzw. auf die internalisierten Bindungserfahrungen, die z. B. dem Kind die Fähigkeit, Übergangsphänomene zu gebrauchen, vermittelt haben, damit das Kind Trennung tolerieren kann.

Diese internalisierten Erfahrungen sind auf der Achse »Psychische Struktur« (Allgemeiner Teil → Achse »Psychische Struktur«; OPD-KJ) beschrieben. Von besonderer Bedeutung ist die Fähigkeit des Kindes, mit negativen Affekten umzugehen, fremde Affekte zu entschlüsseln, die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und entsprechend der Altersstufe die altersgerechte Umwelt richtig einzuschätzen und über eigene Handlungsbereitschaft und Lösungsmöglichkeiten zu verfügen. Dies bezieht die gesamte Diagnostik der Ich-Fähigkeiten des Kindes ein.

### 2.3.5 Therapie

Die psychoanalytischen Behandlungskonzepte orientieren sich an den intrapsychischen Vorstellungen und an den Ich-Fähigkeiten. Die Triebpsychologie beachtet die Überflutung der Ich-Organisation durch die erlebte Gefahr bei zu großem Trieberleben. Die strukturellen Gegebenheiten bekommen besondere Bedeutung. Im Mittelpunkt stehen die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und die Nutzung von (→) Übergangsphänomenen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Trennungsangst ist es bedeutsam, dass das Erleben einer vorausschaubaren Trennung am Ende einer Behandlung zum Beziehungsthema wird.

Eine analytische Fokalthherapie im Kindesalter ist hilfreich, wenn beispielsweise bei einer bisher relativ stabil verlaufenden Entwicklung ein Lebensereignis die aktuelle Entwicklungssituation des Ichs irritiert und das Lebensereignis neurotisch fehlgedeutet wird oder das Kind Indexpatient ist. Durch die Fokalthherapie kann bei narzisstischer Entlastung für den Hauptpatienten (meistens eine der Bezugspersonen) und durch die Konfliktwahrnehmung beim Erwachsenen, der kindliche Patient aus der Delegation entlassen werden. Die kindlichen Bedürfnisse werden wiederhergestellt und ein altersgerechter Eltern-Kind-Dialog wird wieder in Kraft gesetzt.

Oft ist die Trennungsangst eine Angst auf einen primär äußeren Konflikt, indem das Kind nicht über genügend Bindungssicherheit verfügt und aktuelle Trennung nicht tolerieren kann. In einer analytisch-orientierten Beratung kann die angstmachende Situation aus dem Blickwinkel des Kindes erlebt werden, Überforderung gemildert, Übergangsobjekte angeboten und wieder eine angemessene Beantwortung von Selbstobjektbedürfnissen gesichert werden.

### 2.4 Phobien

*Bei den Phobien (also Furchtkrankheiten) geht es um eine objektiv nicht begründete Angst vor bestimmten Situationen oder Objekten.* Im Kindesalter kommt es insbesondere zu Tierphobien, zumeist sind es Hunde-, Spinnen- oder Schlangenphobien sowie Furcht vor Gewittern oder sonstigen lauten Geräuschen. Ängste in geschlossenen Räumen (Klaustrophobie) oder auf großen Plätzen mit Menschenansammlungen (Agoraphobie), vor Dunkelheit und Höhen sind seltener und kommen erst im späteren Kindes- und Jugendalter vor. *Einfache Phobien (eine anhaltende Angst vor einem umschriebenen Stimulus – Objekt oder Situation)* treten als Komorbidität zwar relativ häufig auf. Wie im Erwachsenenalter kommen Kinder mit einfachen Phobien nur selten in Behandlung. Phobische Vermeidungen kommen auch bei vielerlei Zwangsstörungen vor.

- F93.1 phobische Störung des Kindesalters
- Soziale Phobie im Kindes- und Jugendalter
- Schulphobie (als Vorform der sozialen Phobie)



### 2.4.1 *Begriffsbestimmung*

Kinder mit einer Schulphobie haben Angst, die Schule zu besuchen, obwohl kein objektiver Grund dafür zu erkennen ist. Kinder mit einer Schulphobie bleiben oft wochen-, sogar monatelang von der Schule fern, wenn keine wirksame Behandlung erfolgt.

### 2.4.2 *Symptome*

Oft werden somatische Beschwerden wie Übelkeit, Appetitstörungen, Leib- und Kopfschmerzen vorgeschoben, um den Schulbesuch zu vermeiden, die somatischen Beschwerden können allerdings auch ganz real als Angstäquivalente auftreten (→ Allgemeiner Teil).

Die Schulphobie ist zu unterscheiden von Schulängsten, wie Prüfungsängsten oder Versagensängsten, bei denen es um reale Befürchtungen geht aufgrund von Lernschwächen, Begabungsmängeln, Teilleistungsstörungen oder körperlichen Defiziten. Es kann aber auch wegen phantasierter Insuffizienzgefühle, etwa bei depressiven Störungen, der Schule ferngeblieben werden.

Beim Schuleschwänzen (ICD-10 F91.2) werden unlustvolle Anforderungen vermieden und durch lustvolle Verhaltensweisen wie Herumstreunen, Bummeln etc. ersetzt. Es tritt vor dem Hintergrund von Verwahrlosungen und → dissozialen Störungen, zumeist mit beginnender Adoleszenz auf.

Die Schulphobie geht wie die → Trennungsangst häufig mit Auftreten somatischer Symptome wie Übelkeit, Appetitstörungen, Leib- und Kopfschmerzen einher. Wie bereits erwähnt, sollen zum einen der Schulbesuch und somit die erforderliche Trennung vermieden werden, die somatoformen Symptome sind aber auch Angstäquivalente.

### 2.4.3 *Erklärungsmodelle*

Innerhalb einer Phobie kann Angst auf jedem Strukturniveau verdrängt und auf ein äußeres Objekt verschoben werden. Das phobische Objekt kann somit gemieden werden, was die Illusion schafft, den Konflikt oder die Angst vermeiden und die Beziehungen konfliktfrei halten zu können. Der ursprüngliche Angstinhalt wird also verdrängt, an diese Stelle tritt die Angst vor äußeren Gefahren.

Bei der Schulphobie ist in der Regel eine ausgeprägte Angstbindung an Mutter oder Vater vorhanden. Wegen seiner Befürchtung, ihm selbst oder seinen Eltern könnte etwas zustoßen, wenn es in die Schule geht, bleibt das Kind zu Hause. Es ist symbiotisch gebunden, die Aggression drückt sich im Sinne der Verkehrung ins Gegenteil in Gestalt einer Zwangsbefürchtung aus, dem anderen oder ihm selbst könnte etwas zustoßen.

Zugrunde liegt also häufig eine → Trennungsangst, vor dem Hintergrund einer Mutter-Kind-Symbiose, oder der Angst, verlassen zu werden, welche auf die

Schule verschoben wird. Sie bleibt dem Kind darum überwiegend unbewusst oder kann verschwiegen werden.

#### 2.4.4 *Interpersonal*

Vier typische Familiensituationen können bei Kindern mit einer Schulphobie beschrieben werden. Im ersten Familienmuster leiden der Vater oder die Mutter unter Angst und binden das Kind unbewusst oder bewusst als Gefährten zu Hause. Dabei ist die Angstbindung ausgesprochen ambivalent, d. h. es bestehen auch erhebliche Aggressionen, die verschoben oder projiziert werden. Im zweiten Familienmuster fürchtet das Kind, dass dem Vater oder der Mutter etwas zustößt, und möchte zu Hause bleiben, um dies zu verhindern. Im dritten Familienmuster hat das Kind Angst, das Elternhaus zu verlassen, weil es fürchtet, ihm selbst könnte etwas zustoßen, und im vierten Muster fürchtet ein Elternteil, dass dem Kind etwas zustoßen könnte, und behält es deshalb zu Hause (vgl. Bowlby, 1976). In allen Fällen spielt eine enge symbiotische Verstrickung eine Rolle, innerhalb derer Wünsche nach Autonomie unterdrückt werden müssen. Es erfolgen Projektionen von Aggressionen aus Angst, das Objekt zu zerstören, oder vor Liebesverlust (vgl. → Trennungsangst).

#### 2.4.5 *Intrapsychisch*

Kinder mit einer Schulphobie zeigten in der Regel bereits in früher Kindheit und in sozialen Schwellensituationen → Trennungsängste oder mussten auch vielfältige Trennungen bewältigen. Eine Schulphobie tritt nicht selten zu Zeiten auf, die besondere Autonomie vom Kind verlangen wie zu beginnender Präadoleszenz, bei Schulwechsel, Übertritt in weiterführende Schulen etc. Die entstehende unerträgliche neurotische (Trennungs-)Angst muss jetzt über neue Symptombildung bewältigt werden, so kommt es zur Pseudoobjektivierung (Mentzos) durch Verschiebung auf eine konkrete Gefahr. Jetzt kann das Kind die angstmachende Situation meiden.

Die Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Objektwahrnehmung und Kommunikation sind in der Regel gut. Defizitär ist die Bindungsfähigkeit, die Fähigkeit innere Repräsentanzen zu errichten und affektiv zu besetzen sowie zwischen Bindung und Lösung wechseln zu können. Vorrangige Abwehrmechanismen sind die Verschiebung, die Triebregrression und partielle Ich-Regression.

#### 2.4.6 *Diagnostik*

Gemäß der OPD-KJ Achse »Konflikt« können als zentrale Konflikte Abhängigkeit versus Autonomie sowie Unterwerfung versus Kontrolle diagnostiziert werden. Auf der OPD-KJ Achse »Struktur« ist die Dimension von Steuerung und

Abwehr unzureichend, Ängste können nicht ausreichend abgepuffert werden. Die Dimension der Selbst- und Objektwahrnehmung (Selbst-Objekt-Differenzierung, etc.) und die Dimension der kommunikativen Fähigkeiten (Fähigkeit, allein zu sein etc.) sind ebenfalls defizient.

Differentialdiagnostische Erwägungen: Erfolgen muss eine Abgrenzung zu Realangst (z. B. zur Schulangst) und zur dissozialen Entwicklung (Schuleschwänzen). Untersuchung der Ich-Funktionen (z. B. Intelligenztest).

#### 2.4.7 Therapie, Prognose und Prävention

Regelhaft werden zu Beginn der Behandlung idealisierende Übertragungen spürbar und von den Patienten eine harmonische, aggressionslose Situation hergestellt. Dies kann dazu führen, dass der Behandler in sich Gefühle wahrnimmt, ein armes, hilfloses Kind vor feindseligen Aggressionen der Umwelt schützen zu müssen. Diese Identifikation erzeugt nicht selten vorschnelle Behandlungszusagen, rasche Verwicklung in die Dynamik und kann eine verhängnisvolle Tendenz zum Mitagieren bewirken. Leicht wird übersehen, dass Idealisierungen und Harmonisierungen, unbewusste Tendenzen zur Kontrolle und Manipulation des Objektes zugrunde liegende feindselige Aggressionen verhüllen.

Eine phobische Verarbeitung bringt immer die Gefahr mit sich, dass der Patient symptomfrei und ohne Leidensdruck bleiben kann, wenn es ihm gelingt, der Angst auszuweichen. Ähnlich wie bei Trennungsängsten und einer Angstneurose darf darum eine Behandlung auf keinen Fall verhindern, dass der Patient mit Angst und vor allem mit den *sozialen Folgen konfrontiert* wird. *Zentrale Rahmenbedingung ist, dass das Kind die Schule besuchen sollte, ehe mit der Behandlung begonnen wird.* Leicht könnte sich ansonsten die pathologische Beziehung zwischen Mutter und Kind, zwischen Anklammern und aggressiver, sadistischer Kontrolle wiederholen. Der Therapeut darf sich darum auf keinen Fall als Attestschreiber, Lehrervertröster oder gar Hilfslehrer einsetzen und missbrauchen lassen. Erfahrungsgemäß wird von Eltern und Institutionen erheblicher Druck auf den Therapeuten ausgeübt, schnell mit der Behandlung zu beginnen, um das störende Symptom rasch zu beseitigen. Die Abbruchgefahr ist immer groß, wenn das Kind wieder konstant zur Schule geht, weil bei allen Beteiligten des Prozesses große Angst besteht, dass sich an der interpersonalen Dynamik etwas verändern könnte (Hopf, 2001, S. 9; Heinemann, Hopf, 2004, S. 103). Während der gesamten Therapiezeit ist mit ständigen Fehlterminen, Absagen und Unterbrechungen, insbesondere nach Ferienzeiten, zu rechnen.

Im Anfangsstadium kann das Symptom noch über Beratung bewältigt oder mit einer Kurzzeittherapie behandelt werden. Zur Aufarbeitung des zentralen Konflikts bedarf es allerdings immer einer psychoanalytischen Langzeit-Behandlung

unter Herstellung eines Rahmens mit unmissverständlichen Bedingungen und Forderungen. Die Erarbeitung eines Rahmens und seiner Forderungen ist allerdings *immer* Beziehungsarbeit (vgl. Berns, 2002).

Nicht behandelte Schulvermeidung kann im Erwachsenenalter in Arbeitsvermeidung übergehen (vgl. Pittman, Langsley und DeYoung, 1968 zit. n. König, 1991). Die Kinder behielten als Erwachsene ihre Überempfindlichkeit bezüglich Ängstlichkeitssignalen, die von einer mütterlichen Frau ausgingen, und ein Abhängigkeitsstreben, das sie veranlasste, entsprechende dominierende Frauen aufzusuchen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung rücken die Schulvermeidung in die Nähe der *Agoraphobie*.

### 2.5 Einschlaf- und Durchschlafstörungen

Mit dieser Bezeichnung werden die nichtorganischen Schlafstörungen entsprechend ICD-10 Ziffer F51 erfasst und Symptome anderer psychischer Angsterkrankungen z. B. bei Trennungsängsten, generalisierter und panischer Angst.

Die Einschlafstörung läßt sich der ICD 10-Ziffer F 51.0 (nichtorganische Insomnie) zuordnen. Weiterhin sind (Alpträume) ICD 10-F 51.5, (Pavor nocturnus) F 51.4 und (Schlafwandeln) F 51.3 zu benennen.

Für die Annahme einer Einschlaf- und Durchschlafstörung ist von einer entsprechenden Dauer und Häufigkeit auszugehen, die die gesamte psychosoziale Empfindlichkeit deutlich beeinträchtigt.

Die Einschlafstörung ist meist die Störung im jungen Kindesalter. Es gelingt weder über Übergangsobjekte noch über Rituale, sich von der Aktivität des Tages, aber auch von den Eltern in den Schlaf hinein zu trennen. Oft gerät das Kind in einen übererregten Zustand, und die Affektregulierung gelingt nicht mehr. Psychodynamische Erklärungsmodelle und Hilfefkonzepte entsprechen denen der Trennungsangst.

In Alpträumen wachen die Kinder ohne eine enge zeitliche Bindung zu einem Schlafstadium aus dem Schlaf auf und erinnern sich an heftige Angstträume. Der Traum als Wächter des Schlafs verliert seine Funktion. Wiederholende Alpträume führen zirkulär wiederum zu Einschlafstörungen aus Angst vor einem folgenden Alptraum. Meist haben Alpträume Zusammenhänge zu aktuellen psychosozialen Belastungen. Psychodynamische und psychotherapeutische Überlegungen orientieren sich an den jeweiligen, grundlegenden Angsterkrankungen. Gleiches gilt für den Pavor nocturnus und das Schlafwandeln, die phänomenologisch verwandte Durchschlafstörungen, letztendlich Aufwachstörungen sind. Die Störungen treten aus tiefen Schlafstadien heraus auf. Das Kind verlässt während des Schlafes das Bett, geht umher und zeigt nach dem Erwa-

chen für diese Episode eine Amnesie. Im Pavor nocturnus tritt Panikerleben mit allen somatischen Begleitsymptomen, körperlichen Abwehrbewegungen und nach dem Aufwachen einer Phase der Desorientiertheit auf. Die Erinnerung an die Angstsinhalte bleibt begrenzt oder fehlt ganz.

Ein- und Durchschlafstörungen führen immer auch zu aktuellen interpersonellen Konflikten zwischen Kind und Eltern. Die erfahrene Hilflosigkeit führt zur Eskalation und zum Misslingen der Affektregulierung. So wird eine psychoanalytisch-orientierte Beratung der Eltern notwendig werden. Entscheidende Leitthemen sind dabei: Hilfestellung zur Affektdifferenzierung und Affektregulierung; das Angsterleben braucht einen Vorstellungsinhalt, damit eine Angstbegrenzung möglich wird. Dazu ist die Klärung der aktuell beunruhigenden Zusammenhänge innerhalb der Familie notwendig. Oft muss die Familiensituation vom Therapeuten »gehalten« werden, damit wiederum das Kind gehalten werden kann. Es geht um Hilfestellung zur Vermittlung von Übergangsräumen, Übergangsobjekten und beruhigenden Ritualen.

#### *2.6 Wirksamkeitsstudien zu psychodynamischen Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen*

Die vorgestellten Störungsbilder waren mittlerweile Gegenstand verschiedener Studien (siehe dazu Windaus, 2005, S. 547-549). Die Studie Fahrig et al. (1996, zit. in: Windaus, 2005) enthält als am häufigsten gestellte Diagnose emotionale und neurotische Störungen zu 36,8%. Diese Studie berichtet von einer großen Symptomreduktion (um 91,7%), Verbesserungen in den Manifestationen der psychischen Konflikte und erreichten Effektstärken zwischen 0,58 und 1,74. Bezüglich des BSS-K-Gesamtwertes erreichten 75,9% der Probanden das Kriterium »nicht mehr klinisch krank«.

Kronmüller et al. (2005) stellten eine Wirksamkeitsstudie mit 26 Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen vor. Die Patienten wurden mit 25 Stunden psychodynamischer Psychotherapie über einen Zeitraum von vier Monaten behandelt. 62% der Kinder wiesen zum Therapieende klinisch signifikante Verbesserungen auf, bei der Wartegruppe, die als Kontrollgruppe diente, waren es lediglich 8%. Diese Ergebnisse belegen gemäß der Autoren, dass psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie ein wirksames Behandlungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen darstellt. Sie machten aber auch gleichzeitig deutlich, dass ein Teil der Kinder und Jugendlichen eine intensivere Behandlung benötigte.

Die kontrolliert-naturalistische Studie von Muratori (2002, zitiert in: Windaus, 2005) wies bei emotionalen Störungen mit einer Experimental- und Kontroll-

gruppe ebenfalls die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie nach, indem signifikante Verbesserungen im Symptombereich sowie im Gesamtbefinden festgestellt wurden.

*Es kann somit festgestellt werden, dass die Wirksamkeit von psychodynamischen Psychotherapien bei der Behandlung von Angststörungen mehrfach und überzeugend nachgewiesen wurde.*

### 3. Literatur

Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle (Verlag Hans Huber), 2003.

Balint, M.: *Angstlust und Regression*. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt), 1972.

Berns, U.: Der Rahmen und die Autonomie von Analysand und Analytiker. *Forum Psychoanal.* 2002; 18: 332-349.

Bion, E. R. (1992/1962): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt (Suhrkamp) (übersetzt von Erika Krejci).

Bowlby, J.: *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München (Kindler), 1976.

Dilling, H., Mombour, W. und Schmidt, M.H. (2005) (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). *Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern (Huber).

Emde, R. N. (1991): Die endliche und die unendliche Entwicklung. I. Angeborene und motivationale Faktoren aus der frühen Kindheit. In: *Psyche* 45: 745-779.

Emde, R. N. (1991): Spiegelschrift, die endliche und die unendliche Entwicklung. II. Neuere psychoanalytische Theorie und therapeutische Überlegungen. *Psyche* 45: 890-913.

Fonagy, P.: *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart (Klett-Cotta), 2003.

Freud, A. (1965): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. (Winkler-Verlag), 1980.

Freud, A.: *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Stuttgart (Ernst Klett Verlag), 1971.

Freud, S.: Hemmung, Symptom und Angst (1926). In: *Studienausgabe Bd. VI*. Frankfurt a. M. (S. Fischer), 1971.

Freud, S. (1933): Angst und Trieberleben. In: *Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (1933), Band I.

Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916-1917). In: *Studienausgabe Bd. I*. Frankfurt a. M. (S. Fischer), 1969.

Heinemann, E./Hopf, H.: *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*. Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer), 2. Auflage, 2004.

- Hopf, H.: »Angst vor dem Schwarzen Mann«. Die psychoanalytische Behandlung einer Schulphobie. In: Schulte-Markwort M./Diepold B./Resch F. (Hrsg.): *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein psychodynamisches Fallbuch*. Stuttgart (Georg Thieme Verlag), 2. Auflage, 2001.
- Hopf, H. (2007): Angst und Angststörungen. In: Hopf, H./Windaus, E. (2007): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band V*. Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. München (CIP-Medien).
- Klein, M. (1947): Symposium über die Kinderanalyse, In: *Ein Kind entwickelt sich*. München (Kindler Verlag), 1981.
- Knölker, U./Mattejat, F./Schulte-Markwort, M.: *Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch*. Bremen (UNI\_MED), 2. Auflage, 2000.
- Köhler, T.: Biologische und neuropsychologische Grundlagen. In: Leichsenring, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie*. München (CIP-Medien), 2004.
- König, K.: *Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 3. Auflage, 1991.
- Krause, R. (1983): Zur Genese der Affekte. In: *Psyche* 37: S. 1.016-1.043.
- Krause, R./Steimer-Krause, E./B. Ullrich (1992): Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis, *Forum* 8, S. 238-253.
- Kronmüller, K. T. et al.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 2005; 54: 559-577.
- Mahler, M. S. (1975): *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt a. M. (Fischer), 1980.
- Mentzos, S. (1988): *Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte*. Frankfurt a. M. (Fischer) 1984.
- Panksepp, J. (2004): Die psychobiologischen Langzeitfolgen der emotionalen Umwelten von Kleinkindern für das spätere Gefühlsleben – Forschungsperspektiven für das 21. Jahrhundert. In: Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): *Adoleszenz, Bindung, Destruktivität*, S. 45-104, Stuttgart (Klett-Cotta).
- Pine, F.: Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. In: *Forum der Psychoanalyse* 6/90.
- Plänkers, T. (2003): Veränderung im psychoanalytischen Verständnis der Angst. In: *Psyche* 57, 487-522.
- Riemann, F. (1961): *Grundformen der Angst*. München (Reinhardt Verlag).
- Rudolf, G. (2004): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart (Schattauer), 2005.
- Senf, W.: Angstkrankheiten – Psychoanalytische Therapie. In: Senf, W./Broda, M. (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart, New York (Georg Thieme Verlag), 1996.
- Windaus E: Wirksamkeitsstudien zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54: 530-558, 2005.
- Winnicott, D. W. (1965): Ich-Integration in der Entwicklung des Kindes. In: Winnicott D W: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Gießen (Psychosozial-Verlag), 2002.
- Winnicott, D. W.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett Verlag), 1971.
- Wurmser, L. (1959): *Flucht vor dem Gewissen*. Berlin, Heidelberg (Springer-Verlag), 1987.