



Lydia Kruska

# Ängste bei Kindern und Jugendlichen – verstehen und handeln

Komplexe Krisen  
und Störungen

Hrsg. von Günter H. Seidler,  
Jonas Tesarz und Annette Streeck-Fischer

Fach-  
buch   
Klett-Cotta



## **Komplexe Krisen und Störungen**

*Herausgegeben von Prof. Dr. Günter H. Seidler, Dossenheim/Heidelberg,  
PD Dr. Jonas Tesarz, Heidelberg und Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer, Göttingen/  
Berlin*

Die Reihe setzt sich zur Aufgabe, wichtige psychische Leidenszustände und Störungen in kurzer, überblickshafter und dennoch tiefgehender und wissenschaftlich-umfassender Weise darzustellen. Dazu gehören auch solche, die in den modernen Diagnoseschemata keine Berücksichtigung (mehr) finden, deren Konzepte für ein tieferes Verständnis dennoch wichtig sind.

Die Bände dieser innovativen Reihe bieten hier klinische Orientierung. Große Bedeutung wird der Phänomenologie und der Theorie zum Verständnis des jeweiligen Störungsbilds beigemessen. Die jeweilige Behandlungslehre gibt eine Übersicht über die jeweils in Frage kommenden therapeutischen Möglichkeiten.

Die Autoren sind meist jüngere, in ihren Fachbereichen aber durchaus ausgewiesene ExpertInnen. Adressaten sind die große Zielgruppe der angehenden FachärztInnen unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete, insbesondere PsychiaterInnen und PsychosomatikerInnen und Psychologische und Ärztliche PsychotherapeutInnen.

### **Die Herausgeber**

*Günter H. Seidler*, Prof. Dr. med., war Leiter der Sektion Psychotraumatologie im Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universitätsklinik Heidelberg. Er ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Lehranalytiker, Gruppenlehranalytiker und EMDR-Supervisor.

*Jonas Tesarz*, PD Dr. med., Arzt und Wissenschaftler am Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik.

*Annette Streeck-Fischer*, Prof. Dr. med., war Chefärztin der Abteilung »Klinische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen« in Tiefenbrunn, ist Psychoanalytikerin, Ärztin für Kinderpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und Hochschullehrerin an der International Psychoanalytic University Berlin (IPU).

### **Die Einzelbände behandeln folgende Themen:**

Digitale Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Jan van Loh)  
(bereits erschienen)

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (Vjera Holthoff-Detto)  
(bereits erschienen)

Psychosomatik in der Schmerztherapie (Jonas Tesarz) (bereits erschienen)

Obdachlosigkeit (Alex Füller/Sarah Morr) (in Vorbereitung)  
Weitere Bände in Vorbereitung

Lydia Kruska

# **Ängste bei Kindern und Jugendlichen – verstehen und handeln**

Klett-Cotta

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Shutterstock/Petr Bonek

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-96034-1

E-Book: ISBN 978-3-608-11613-7

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20455-1

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

<b>Geleitwort der Reihenherausgeber</b> .....	9	
<b>Geleitwort von Annette Streeck-Fischer</b> .....	11	
<b>Einleitung</b> .....	13	
<b>Teil 1 Angst erkennen:</b>		
<b>Das Phänomen Angst und Angststörungen</b> .....	19	
<b>Definition: Furcht, Angst, Panik – ein etymologischer Zugang</b> .....	20	
Angst im Entwicklungsverlauf .....	22	
Funktionale und dysfunktionale Aspekte von Angst:		
Wann ist Angst gesund und wann krankhaft? .....	24	
Prävalenz, Geschlechterverteilung, Risikofaktoren, Komorbidität von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter .....		32
<b>Klassifikation und differenzialdiagnostische Überlegungen zu Angststörungen im Kindes- und Jugendalter</b> .....	35	
Trennungsangst .....	37	
Spezifische Phobie .....	43	
Soziale Phobie .....	47	
Generalisierte Angststörung .....	53	
Panikstörung .....	58	
Differenzialdiagnostische Überlegungen .....	62	

<b>Teil 2 Angst verstehen: Psychodynamische Modelle von Angststörungen im Entwicklungsverlauf</b> .....	75
<b>Historische Betrachtungen</b> .....	77
Triebtheorie .....	77
Individualpsychologie .....	82
Ich-Psychologie .....	85
Objektbeziehungstheorie .....	87
Säuglings- und Bindungsforschung .....	95
<b>Neuere Beiträge zu einem psychodynamischen Verständnis von Angst</b> .....	102
<b>Exkurs: Die Bedeutung von Latenz und Adoleszenz</b> .....	112
<b>Matrix einer psychodynamischen Diagnostik von Angststörungen nach OPD-KJ-2</b> .....	115
Angst und Struktur .....	116
Angst und Konflikt .....	135
<b>Verschränkung von strukturellen und konflikthaften Anteilen</b> .....	150
<b>Angst und die Rolle der Objektbeziehungen</b> .....	152
<b>Synopsis: Die Entwicklung von Ängsten und ihre Regulation im Zusammenspiel von inneren und äußeren Faktoren</b> .....	155
<b>Teil 3 Angst behandeln: Psychodynamische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter</b> .....	160
<b>Vor der Therapie: Wann eine Therapie beginnen?</b> .....	160
Behandlungsvoraussetzungen: Leidensdruck, Krankheitsgewinn, innere und äußere Ressourcen, Veränderungsmotivation .....	162
Indikation und die Dauer der psychotherapeutischen Intervention .....	167

<b>Der Beginn der Therapie: Therapeutische Arbeit mit ängstlichen Kindern und Jugendlichen möglich machen</b> ....	168
Der Rahmen .....	168
Umgang mit Trennungsszenen .....	174
Das Arbeitsbündnis bzw. die tragfähige Beziehung .....	179
Fokusarbeit .....	182
<b>Die Mitte der Therapie: Therapeutische Arbeit mit ängstlichen Kindern und Jugendlichen</b> .....	189
Positive und negative Übertragung .....	189
Spiel als Medium .....	192
Durcharbeiten: Die Arbeit mit den ängstlichen und aggressiven Affekten .....	198
Widerstand, Abwehr und Veränderung .....	209
Umgang mit Konkurrenz im Wartezimmer und zuhause .....	219
<b>Das Ende der Therapie: Die Abschlussphase</b> .....	221
Rückfallprophylaxe: Die gemeinsame Reflexion des Erreichten .....	221
Umgang mit Therapieabbrüchen .....	223
<b>Ausgewählte Aspekte der Familiendynamik und Elternarbeit bei ängstlichen Kindern und Jugendlichen</b> .....	224
Ängstlichkeit der Eltern .....	226
Überfürsorglichkeit .....	228
Überkritische Eltern .....	230
Paarkonflikte .....	232
<b>Anhang</b>	
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	237
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	249
<b>Die Autorin</b> .....	250





# Geleitwort der Reihenherausgeber

In unserer sich rasch verändernden Welt tauchen häufig Fragestellungen auf, die sich schwer beantworten lassen, und Probleme, mit denen schwer umzugehen ist. Welche Auswirkungen hat etwa die rasant wachsende Internetwelt, in der Virtualität und Realität nicht selten ineinander übergehen, auf die Trieborganisation von Menschen, auf ihre Werte, ihre Wünsche und Beziehungsgestaltungen und damit auch auf die »Krankheiten«, die einzelne Individuen entwickeln mögen? Oder: Was ist, wenn der Körper in seinen einzelnen Funktionen versagt und medizinisch durchaus hilfreiche Eingriffe möglich sind, die aber das Leben und Erleben des Betroffenen völlig auf den Kopf stellen? Welche Bedeutungen haben zunehmende Entgrenzungen in Bezug auf Alter, Geschlecht und gesellschaftliches Leben von Menschen, etwa durch Medizin und Gesetzgebung?

Diagnosen für Krankheitsbilder werden nach der jeweils aktuellen Ausgabe der ICD und des DSM vergeben. Für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen ist das selbstverständlich; sie sind darin von Beginn ihrer Aus- und Weiterbildung geschult worden. Ältere Kolleginnen und Kollegen wissen, dass es auch anders geht.

Die Orientierung an den großen Manualen bietet ohne Zweifel viele Vorteile. Eine standardisierte Diagnose etwa ist die Voraussetzung für internationale Studien, die dasselbe Krankheitsbild betreffen. Nur mit ihrer Hilfe sind Aussagen über Inzidenz- und Prävalenzzahlen definierter Krankheitsbilder, ihre Verläufe und über die Ergebnisse therapeutischer Interventionen möglich.

Nun gibt es zahlreiche Lebens- und Erlebensbereiche, die sich in ihrer krankhaften Form der Zuordnung zu lediglich einer ICD- oder DSM-Nummer entziehen. Im Einzelfall kann das sehr unterschied-

lich bedingt sein: Ein Leidenszustand kann derart viele Lebensbereiche umfassen, dass es nicht möglich ist, ihn nur einer Person als individuelle Krankheit zuzuschreiben. Es kann aber auch sein, dass eine sich sehr schnell verändernde Welt bislang nicht beschriebene und vielleicht auch nicht mit den bisherigen Ansätzen beschreibbare »Störungsbilder« hervorbringt. Stößt möglicherweise der bisherige Krankheitsbegriff (auch) hier an seine Grenzen?

Mit unserer Buchreihe versuchen wir, uns dieser schwierigen Thematik anzunähern. Es geht uns darum, Leidenszustände oder »Störungsbilder« zu beschreiben, die mit ihren vielen Aspekten nur unzureichend mit lediglich einer – oder additiv mit mehreren – ICD- oder DSM-Nummern abgebildet werden können. Eine sicherlich immer gegebene Nähe zu den entsprechenden Darstellungen in den großen Manualen soll so weit wie möglich deutlich gemacht werden. Es wird aber auch immer einen Bereich geben, der über die »offiziellen« Beschreibungen der jeweiligen Störungsbilder hinausgeht.

Die Reihe bewegt sich mit ihren Themen in Grenzbereichen zwischen Normalität und Pathologie. Es geht um Fragen an der Grenze zwischen Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie und Gesellschaft, die unser alltägliches Leben bestimmen.

Unser Anliegen besteht darin, mit jedem Band und zu jeder Thematik Anregungen und Informationen zu geben, die einen hilfreichen Umgang mit der jeweils relevanten Problematik ermöglichen.

Günter H. Seidler (Dossenheim/Heidelberg)

Annette Streeck-Fischer (Göttingen/Berlin)

Jonas Tesarz (Heidelberg)

# Geleitwort von Annette Streeck-Fischer

Angstgefühle gehören zum normalen Leben. Sie haben eine wichtige Signal- und Steuerungsfunktion. Angstgefühle helfen dabei, sich in der Welt zurechtzufinden. Nur wer Angst hat, kann Gefahren erkennen. Der Bergsteiger, der Angst nicht kennt, kann kaum abschätzen, wo der Auf- oder Abstieg gefährlich werden, und wo er sich gefahrlos bewegen kann.

Als Kind habe ich mich gefragt, ob es nicht gut wäre, sich – wie in dem Märchen *Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen* – nicht zu fürchten. Das wäre doch vielleicht eine Lösung, wenn ein Kind viel Angst hat. Und dann konnte ich mich nicht mit dem Ende der Geschichte abfinden, in dem der furchtlose junge Mann sich auf einmal fürchtete, nur weil er nachts im Bett mit Grünlingen – das sind kleine Fische – übergossen wurde. Was war da geschehen?

Im Märchen erscheint der furchtlose Zustand als Defizit, als Entwicklungsproblem, das mit Dummheit einhergeht. Aber der junge Mann hat immerhin die Königstochter als Belohnung für seine Furchtlosigkeit bekommen. War das nicht gut so? Erst später wurde mir klar, dass er anfang, sich zu fürchten, als er in einer für ihn neuen, vielleicht liebevollen Beziehung lebte. Die Beziehung zur Königstochter hatte ihn verlebendigt.

Angst zu haben, ist also gut und wichtig. Sie gehört zu Beziehungen und ist Bestandteil des Lebens. Aber wenn ein Kind, statt furchtlos zu sein, gravierende Ängste hat, wenn da ständig Angst vor allem Möglichen auftaucht, wenn das Leben des Kindes aufgrund von Angst zergrübelt wird, dann kommt es ebenfalls zu einer Entwicklungsblockade – und dann entsteht Handlungsbedarf.

Kinderängste werden noch nicht lange als psychische Störung

wahrgenommen und diagnostiziert. Noch in den 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gab es keine Diagnose zu Angststörungen im Kindesalter. Nicht selten wurden sie abgetan mit einem »das wächst sich aus« oder so ähnlich. Vergleichbare Vorstellungen sind auch heute noch anzutreffen.

Einschlägige Untersuchungen haben gezeigt, dass 30 Prozent aller Kinder an Angststörungen leiden und etwa 10 Prozent behandlungsbedürftig sind. Man weiß heute, dass Angststörungen chronifizieren können, mit längerfristigen psychischen Beeinträchtigungen und daraus resultierenden sozialen Folgen. Vor diesem Hintergrund ist das Thema »Angststörungen im Kindesalter« dringlich.

Lydia Kruska, die ich in den vergangenen zehn Jahren als kluge, offene und einfühlsame Mitarbeiterin kennenlernen konnte, hat im Rahmen ihrer Tätigkeit an der Internationalen Psychoanalytischen Universität (IPU) viele Kinder mit Angststörungen und deren Eltern gesehen. Sie hat diese Kinder und ihre Eltern nicht nur im Rahmen einer gründlichen Diagnostik kennengelernt, sondern auch ihre Entwicklungen im Verlauf einer Psychotherapie verfolgen können. Kruskas Buch ist eine fundierte Darstellung, die zum Verständnis von Angst im Kindesalter maßgeblich beiträgt. Die Autorin unterzieht die Angststörungen wie Trennungsangst, generalisierte Angst und soziale Phobie mit den jeweiligen Psychodynamiken der betroffenen Kinder und ihrer Eltern einer differenzierten Betrachtung. Dabei bezieht sie sich sowohl auf verschiedene psychoanalytische Ansätze wie auch auf die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD-KJ). Mit Blick auf die Psychotherapie macht die Autorin deutlich, wie wichtig es ist, das Beziehungsgeschehen Therapeut – Kind – Eltern in der Behandlung zu einem Fokus zu machen, um die Störung mit ihren Blockaden zu überwinden.

Das Buch informiert umfassend über Angststörungen und zeigt Wege des Umgangs mit kindlichen Ängsten auf. Die Lektüre ist für Psychotherapeuten, Eltern, Lehrer, Erzieher und andere, die mit Kindern beruflich oder persönlich näher zu tun haben, hilfreich und bereichernd.

Annette Streeck-Fischer, im März 2020

# Einleitung

*»Die größte Gefahr im Leben ist,  
dass man zu vorsichtig wird.«*

*Alfred Adler*

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen<sup>1</sup> sind mit einem hohen Leidensdruck verknüpft und gehen mit starken psychosozialen Beeinträchtigungen für die Betroffenen sowie ihre Familien einher. Wie Depressionen, Zwangserkrankungen und somatische Erkrankungen gehören auch die Angststörungen zu den sogenannten internalisierenden Störungen, d. h., die Symptome sind nicht wie bei Aggressivität und Hyperaktivität auf die Umwelt gerichtet, sondern liegen eher innerhalb der Person (Bilz 2008). Als »stille Störungen« stellen sie besondere Anforderungen an die psychologische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung, da der Leidensdruck und die Beeinträchtigungen dieser Kinder und Jugendlichen oft sehr groß sind, aber nicht erkannt werden. Obwohl Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen bei Kindern im schulpflichtigen Alter sind, werden die Betroffenen seltener in Behandlungseinrichtungen und psychotherapeutischen Praxen vorgestellt. Langfristig begünstigt dies eine Chronifizierung und erhöht das Risiko, im Erwachsenenalter an einer psychischen Störung zu erkranken. Es bedarf also wirksamer Behandlungsverfahren, die den besonderen Bedürfnissen von ängstlichen Kindern und Jugendlichen entsprechen. Un-

---

1 Die in diesem Buch verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich andere Formen der Geschlechtsidentität mit ein. Für die alleinige Verwendung der männlichen Form wurde sich ausschließlich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes entschieden.

erkannt gehen Angststörungen mit einer deutlich schlechteren Prognose einher.

Lange Zeit galten verhaltenstherapeutische Verfahren, v.a. die kognitive Verhaltenstherapie, als Mittel der Wahl bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter mit großen Therapieeffekten und einer langfristigen Stabilität der Therapieerfolge (Schneider 2010). Es gibt daher inzwischen eine Reihe von Lehrbüchern, die sich ausführlich mit behavioristischen Erklärungsansätzen und Verfahren auseinandersetzen (Schneider 2004a; In-Albon 2011; Essau 2014). Im Bereich der Psychopharmakotherapie profitierte die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen von einer Behandlung mit selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI), allerdings sind hier noch keine Langzeitwirkungen (zu Wirksamkeit und potenzieller Schädigung durch Nebenwirkungen) bekannt (Schneider 2010). Im psychodynamischen Bereich gibt es weitaus weniger Wirksamkeitsstudien und störungsspezifische Behandlungsverfahren (Kronmüller et al. 2005; Hopf 2009). Dennoch zeigt sich bereits auch hier, dass ein breites klinisches Erfahrungswissen existiert. In den vergangenen Jahren gab es vermehrt Forschungsbemühungen, dieses Wissen operationalisiert und/oder manualisiert im Rahmen von kontrollierten Psychotherapiestudien zugänglich zu machen (siehe dafür exemplarisch Muratori et al. 2003 und Weitkamp et al. 2019).

Das vorliegende Buch soll die Leser für die besonders gefährdete Personengruppe der Kinder und Jugendlichen mit Angststörungen sensibilisieren und zu einem tieferen Verständnis beitragen, wie sich ängstliche Kinder und Jugendliche fühlen. In diesem Band wird praxisnah beschrieben, wie sich Ängste entwicklungsbedingt im Kindes- und Jugendalter überhaupt zeigen und wie sie sich im Kontakt zu anderen Menschen ausgestalten und regulieren. Die Leser können anhand von Fallbeispielen nachvollziehen, wie Ängste zu Angststörungen und damit zu einem Hemmnis für die Entwicklung werden können. Das Buch stellt Angststörungen in ihrer komplexen Psychodynamik dar und schildert, wie sich Ängste im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung innerlich und in Beziehung zu anderen ausdrücken und verändern lassen. Dabei geht es nicht darum, eine Anleitung für eine angststörungsspezifische Psychothe-

rapie zu geben, sondern vielmehr, das Typische in den Beziehungen von ängstlichen Kindern und Jugendlichen mit ihrer Umwelt im Allgemeinen und dem Therapeuten im Speziellen herauszuarbeiten und als Wissen nutzbar zu machen.

Dieses Praxisbuch besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil wird auf Angst als Phänomen in seiner Bedeutung für die kindliche Entwicklung eingegangen. Danach wird gesunde Angst von pathologischer Angst bzw. Angststörungen unterschieden. Im Anschluss werden die Angststörungen des Kindes- und Jugendalters nach den gängigen Klassifikationssystemen, v. a. nach ICD-10, vorgestellt. Das besondere Augenmerk hierbei liegt auf der Unterscheidung zwischen ungerichteter und gerichteter Angst, und es werden differentialdiagnostische Überlegungen angestellt.

Der zweite Teil widmet sich den psychodynamischen Angsttheorien aus der Entwicklungsperspektive. Hier geht es v. a. um entwicklungsorientierte und konfliktbezogene Anteile von Angststörungen. Von Freuds Angsttheorien über die Objektbeziehungstheorien bis hin zu modernen psychoanalytischen Beiträgen wird nachvollzogen, welche psychoanalytischen Autoren welche Beiträge zum Verständnis von Angst und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter geliefert haben und inwieweit das Verständnis der verschiedenen Angstarten in der Diagnostik für Kliniker hilfreich sein kann. Hierbei bildet die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ-2) (Arbeitskreis OPD-KJ-2 2013) den Referenzpunkt, da mit der OPD-KJ-2 eine störungsübergreifende, gut verständliche Matrix für eine Operationalisierung, v. a. in den Bereichen Struktur, Konflikt und Beziehung vorliegt. Eine abschließende Synopse verbindet die verschiedenen Teile im Hinblick auf die Anforderungen an Kind und Bezugspersonen im Entwicklungskontext miteinander und gibt dem Leser eine Orientierung zur Einordnung von klinischen Fällen.

Der dritte Teil beschäftigt sich mit unterschiedlichen Aspekten vor, in und zum Abschluss der psychodynamischen Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlegend dafür ist die Annahme, dass Beziehungserfahrungen mit den engen Bezugspersonen für Kinder und Jugendliche maßgeblich für die Ausbildung



der Persönlichkeit sind, sich auch in der therapeutischen Beziehung abbilden und in ihr als Interaktionsmuster erkannt und verändert werden können (Albani et al. 2008). Für pädagogische Arbeitsfelder können Interventionen entsprechend entlehnt werden, auch, wenn auf diese Kontexte nicht extra eingegangen wird. Dieser Teil soll v. a. praktisches Erfahrungswissen vermitteln und ist mit dem zweiten Teil des Buches insofern verknüpft, dass Verweise zu den theoretischen Hintergründen jeweils mit aufgeführt sind.

Das Praxisbuch versteht sich als Überblick und Hilfestellung für (angehende) professionelle Helfer psychologischer, medizinischer und pädagogischer Fachbereiche in ihrer (psychotherapeutischen) Arbeit mit ängstlichen Kindern und Jugendlichen. Es soll vor allem eine verstehende Haltung vermitteln, um die Ängste der Kinder und Jugendlichen gemeinsam mit ihnen aushalten und bewältigen zu können.

Danken möchte ich an dieser Stelle den Herausgebern, Prof. Dr. Günter H. Seidler, Dr. Jonas Tesarz und Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer, für die Möglichkeit, meine Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen durch dieses Buch an den Leserkreis weiterzugeben, Dr. Heinz Beyer von Klett-Cotta für die kompetente und immer freundliche Zusammenarbeit sowie Dr. Petra Kunzelmann für das Lektorat. Insbesondere von Frau Prof. Streeck-Fischer habe ich in den vergangenen Jahren viel über Angststörungen gelernt. Als ihre wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team des Berliner Studienzentrums der Angststudie für Kinder an der IPU Berlin hatte ich die Möglichkeit, viele Kinder und Jugendliche und ihre Eltern zu begleiten. Die Kinder und Jugendlichen haben mir in vielen Gesprächen einen tiefen Einblick in ihre Welt gegeben und ein ums andere Mal sehr berührend beschrieben, wie sie Ängste empfinden und inwieweit diese sie in den verschiedenen Bereichen ihres Lebens einschränken. Für ihre Offenheit und ihr Vertrauen möchte ich mich von Herzen bedanken. Die Namen und Umstände wurden verändert und die Fallbeispiele auf diese Weise anonymisiert und verfremdet. Auch die behandelnden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Hochschulambulanz haben mir vor allem im vergangenen

Jahr immer wieder wertvolle Anregungen und Rückmeldungen in persönlichen Gesprächen gegeben: Carmen Eger, Dr. Jan van Loh, Andreas Klöcker, Nina Buchholtz, Anna Paulitschek u. a. Insbesondere mit Carmen habe ich die einzelnen Bereiche des Behandlungsteils mehrfach diskutiert und so von ihrer langjährigen Erfahrung profitieren können.

Mein größter Dank gilt zwei Menschen, die mich die gesamte Zeit der Manuskripterstellung über besonders nah begleitet und mir geholfen haben: meinem Ehemann Reinhard Kruska und meiner Teamkollegin und engsten Freundin Jenny Kaiser. Reinhard ist mir nicht nur dem Namen nach ein guter Berater gewesen, sondern hat auch immer wieder fachlich mit mir diskutiert, mein Manuskript stilistisch verfeinert und damit wesentlich zu seiner Lesbarkeit und Verständlichkeit beigetragen. Jenny und ich haben zusammen über die Patientenbegleitung hinaus viele fachliche Gespräche geführt, Fälle diskutiert und Konzeptionen zu einzelnen Kapiteln entwickelt. Ihre Anregungen zu den Kapiteln haben das Buch und mich wissenschaftlich und persönlich sehr bereichert. Danke, dass ihr mich in dieser Zeit ertragen und mit eurer Unterstützung getragen habt!

Mein Dank gilt auch meiner Familie, also meinen Schwiegereltern, Wolfgang und Barbara, meiner Schwägerin Dorion und den drei Kindern. Ihr Interesse an meiner Arbeit und die Bereitschaft, mir den Rücken freizuhalten, haben mir die Fertigstellung wesentlich erleichtert.

Thomas Abel und Kristin White haben mit ihrem Enthusiasmus für psychoanalytische Theorie, insbesondere der Objektbeziehungstheorie, zu einer Ausformung meiner eigenen psychotherapeutischen Identität beigetragen und mir mit ihrer Ermutigung und Zuversicht eine sichere innere Basis gegeben, auf deren Grundlage ich dieses Buch schließlich beenden konnte.

Prof. Heinrich Deserno, Prof. Lutz Wittmann und Prof. Horst Kächele waren nicht unmittelbar an der Manuskripterstellung beteiligt, von ihnen habe ich aber u. a. über die wöchentlichen Konferenzen der Hochschulambulanz gelernt, bei allem Streben nach wissenschaftlicher Erkenntnis, das Wesentliche, nämlich die Patienten und ihr Wohl, im Blick zu behalten.

Dank auch an Eva Blomert, Kristabel Riemann, Kirsten Hensel, Kathrin Vogt, Kea Sitta, Silke Neumann, Lena Amende, Dorothea und Roger Cires Wagenknecht – ihr habt mich alle an ganz unterschiedlichen Stellen unterstützt und bei Laune gehalten!

## TEIL 1

# Angst erkennen: Das Phänomen Angst und Angststörungen

Angst ist ein angeborenes Grundgefühl, das uns ein Leben lang begleitet (Ekman 1972; Krause 2012). Unabhängig vom Alter tritt Angst immer wieder in verschiedenen Situationen und Abschnitten unseres Lebens in verschiedenen Stärken und Schattierungen auf. Angst ist in hohem Maße subjektiv: Das, was den einen ängstigt, löst bei dem anderen bspw. Neugier aus. Angst kann eine schützende und motivierende Funktion haben, d. h., uns vor Gefahren bewahren oder uns dazu bewegen, uns besonders anzustrengen, Probleme zu meistern oder Neues auszuprobieren. Ein gesundes Maß an Angst macht uns achtsamer und hilft uns, uns auf eine bestimmte Aufgabe oder Tätigkeit zu fokussieren. Aber Angst kann auch als »zu viel« empfunden werden; dann zweifeln wir an unseren Fähigkeiten, werden vorsichtig, ziehen uns zurück, fühlen uns klein und schwach oder werden sogar überwältigt und panisch. Angst kann Hemmnis oder Antrieb für Entwicklungsschritte sein. Angst ist allen Menschen bekannt und wird zugleich sehr unterschiedlich empfunden und bewältigt.

Damit ergibt sich eine Reihe von Fragen: Was ist Angst eigentlich? Gibt es verschiedene Ängste? Wie empfinden Menschen überhaupt Angst? Wie viel Angst brauchen wir? Wann ist die Angst zu groß? Und wie wird Angst bewältigt?

## Definition: Furcht, Angst, Panik – ein etymologischer Zugang

Jeder Mensch kennt Angst. So gibt es auch in unserer Sprache vielfältige Wendungen, in denen sich unterschiedliche Aspekte von Angst wiederfinden: »in Panik geraten«, »sich fürchten«, »fürchterlich«, »furchteinflößend«, »jemanden in Furcht und Schrecken setzen«, »jemanden das Fürchten lehren«, »Schiss haben«, »eine Heidenangst haben«, »ein Angsthase sein«, »Lampenfieber« vor öffentlichen Auftritten, »Angst verleiht Flügel«, »den Flattermann machen«, »Himmelangst werden«, »Blut und Wasser schwitzen«, »Todesangst«, »Panikmache«, »sich ins Hemd machen«, »mir rutscht das Herz in die Hose«, »die Beine in die Hand nehmen«, »kalte Füße bekommen«, »Torschlusspanik«, »mit dem Rücken zur Wand stehen«, »die Angst im Nacken sitzen haben«, »lieber ein Ende mit Schrecken als ein Schrecken ohne Ende«, um nur einige zu nennen. All diese Aspekte beschreiben in Sprachbildern Furcht, Angst und Panik als drei verwandte Phänomene mit fließenden Übergängen. Nähert man sich den Begriffen etymologisch, entdeckt man einige der genannten Aspekte wieder.

Das deutsche Wort »Furcht« hat eine gemeinsame Wurzel mit dem englischen »fear« (angelsächsisch »forahta«). Es bezeichnet ein Gefühl, das entsteht, wenn sich eine Person durch eine bestimmte gegenwärtige oder antizipierte Gefahr bedroht fühlt (Weigand 1909a, S. 30; Kluge 1899, S. 128 f.), und ist damit das deutsche Äquivalent zum griechischen Wort »phóbos«. Nahezu jeder Gegenstand – oder jede Situation – kann Objekt einer übersteigerten Angst, also einer Phobie, sein.

Das Wort »Angst« entwickelte sich aus dem indogermanischen Wort »angh« für »eng« (vgl. englisch »anxious«). Im Mittelhochdeutschen bzw. Althochdeutschen gibt es den gleichen Bezug zu den Worten »angest« bzw. »angust«, die »Enge« bezeichnen. Der Begriff ist urverwandt mit dem lateinischen Wort »angustia« für »Enge« bzw. »angere« für »zusammendrücken, beklommen machen«, bezeichnet das »Engewerden in der Brust, beengendes Gefühl« und spielt damit auf Angst als sehr körpernahen, aber erst einmal recht

diffusen Gefühlszustand an (Weigand 1909a, S. 30; Kluge 1899, S. 15). Angst tritt in Situationen auf, die bewusst oder unbewusst durch innere oder äußere Zuschreibungen als gefährlich oder bedrohlich erlebt werden (Ermann 2012). Der Körper ist in Alarmbereitschaft gesetzt, und die Sinne sind geschärft, nur bleibt unklar, worauf sich die Angst richtet.

Das Wort »Panik« kommt vom altgriechischen Wort »panikós« und bezieht sich auf die ohne sichtbare Veranlassung ausbrechende Angst und den Schrecken, der große Menschenmengen wie das griechische Heer erfassen konnte. Die Griechen ordneten die mit der Angst einhergehende plötzliche Massenflucht und sinnlose Verwirrung dem Auftauchen ihres Gottes Pan zu (Weigand 1909b). Das Wort hebt damit nicht nur auf die Heftigkeit der entstehenden Angst, die massiven körperlichen und psychischen Symptome und die daraus resultierende unkontrollierbare Fluchtreaktion, sondern ebenso auf die Plötzlichkeit des Eintretens der Angst ab. Panik bezeichnet die intensivste Form der Angst, quasi den menschlichen »Rettungsinstinkt« für eine Flucht um jeden Preis.

Klassischerweise wird in der Neuro- und Emotionspsychologie Furcht von Angst bzw. Panik unterschieden, da ihnen unterschiedliche neuronale Regulationssysteme zugeordnet werden (Panksepp 1998; Merten 2003; Solms & Turnbull 2010; Krause 2012). Furcht wird dem etymologischen Zugang entsprechend als auf ein konkretes Objekt, eine Situation oder einen Reiz bezogen verstanden und geht einher mit Flucht und Vermeidung – oder, wenn diese nicht mehr möglich ist, mit Kampf. Angst dagegen entsteht, wenn die Vermeidung der Gefahr grundsätzlich nicht möglich ist, da Angst diffuser ist und sich nicht direkt auf einen Gegenstand etc. richtet (Warwitz 2016). Angst kann also auch definiert werden als unaufgelöste Furcht oder ungerichtete Erregung nach der Wahrnehmung einer Bedrohung (Krause 2012), bei der Flucht oder Kampf als Bewältigungsversuche nicht möglich sind. Panik entsteht in einem anderen neuronalen Steuerungssystem (Panksepp 1998). Sie tritt nicht infolge von Furcht oder Angst auf, sondern als Folge der Aktivierung von Trennungsschmerz, und geht einher mit Verlust- und Kummergefühlen (Panksepp 1998; Solms & Turnbull 2010; Krause 2012). Be-

wältigungsversuche zeigen sich diametral entweder in verstärktem Bindungs- und Nähesuchverhalten oder in forciertem Autonomie, um Gefühle der Einsamkeit zu vermeiden (Krause 2012).

So sehr es auf Grundlage der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse sinnvoll erscheint, Furcht und Angst als Begrifflichkeiten zu trennen, wird in diesem Buch dennoch nicht begrifflich zwischen Furcht und Angst differenziert. Umgangssprachlich wird kaum zwischen Angst und Furcht unterschieden. In der klinischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen – bei denen ohnehin häufig eine Schwäche in der Affektdifferenzierung zu beobachten ist – ist es nahezu unmöglich, die Phänomene terminologisch voneinander abzugrenzen. Daher werden in diesem Buch beide Begriffe synonym verwendet, ebenso wie Emotion und Affekt begrifflich nicht unterschieden werden, obwohl es auch hierzu eine Debatte in der Literatur gibt (siehe exemplarisch Krause 2012; Merten 2003).

### **Angst im Entwicklungsverlauf**

In der Psychologie umfasst der Begriff des Lernens »alle Prozesse, die einen Organismus so verändern, dass er beim nächsten Mal in einer vergleichbaren Situation anders – und sei es auch nur schneller – reagieren könnte« (Mielke 2001, S.12). In den ersten Lebensjahren müssen Kinder besonders schnell und besonders viel lernen. Largo (2010) beschreibt, dass Kinder in den ersten vier Lebensjahren ungefähr die Hälfte ihrer gesamten Entwicklung durchlaufen. Kinder und Jugendliche sind sehr viel stärker einem Lern-, Entwicklungs- oder »Reifungszwang« ausgesetzt als Erwachsene.

Inzwischen ist unbestritten, dass sich die persönliche Entwicklung und Reifung des Menschen über die gesamte Lebensspanne erstrecken, d. h., dass Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg lernen und sich verändern und diese Veränderungen mit spezifischen Entwicklungsaufgaben einhergehen (Benz & Scholtes 2012; Erikson 1966). Angst als angeborene Basisemotion (Ekman 1972; Krause 2012) ist dabei ein ständiger Begleiter, und der Umgang mit der Angst gehört selbst zu den Entwicklungsaufgaben. Entwicklungsbedingte Ängste sind normal und erwartbar. Sie werden meist

dadurch ausgelöst, dass ein Kind etwas Neues – Fremdes – wahrnimmt, dieses Neue aber noch nicht in die realen Gegebenheiten oder die gewachsenen Anforderungen der Umwelt einordnen und Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln kann. Ängste entstehen daher immer dann, wenn z.B. durch kognitive Reifung neue Entwicklungsschritte anstehen. In dem Maße, in dem z.B. die kognitive Entwicklung voranschreitet, nimmt die Fähigkeit des Kindes zu, potenzielle Gefahren als solche zu begreifen (Essau 2014). Aber auch die körperliche Reifung und soziale Schwellensituationen lösen spezifische Verunsicherungen aus.

Carr beschreibt typische auf das Entwicklungsalter bezogene Ängste (Carr 1999; siehe Tabelle 1). So zeigen fast alle Säuglinge und Kleinkinder Angst, wenn Reize sehr stark sind, etwa bei lauten Geräuschen oder wenn sich etwas schnell nähert. Bei der sogenannten »Achtmonatsangst«, umgangssprachlich auch »Fremdeln« genannt, wollen sich Kinder nicht von der Bindungsperson trennen und empfinden fremde Menschen oder Gegenstände als bedrohlich. In der frühen und mittleren Kindheit überwiegen Ängste vor eingebildeten Dingen, vor Einbrechern, der Dunkelheit oder Gewitter, dem Tod, Alleinsein, Verletzungen, Krankheit und sozialen Situationen. Dies beruht auf der noch fehlenden Fähigkeit, Phantasie und Wirklichkeit zu unterscheiden. Auch im sozialen Bereich, im Kontakt mit Gleichaltrigen und Erwachsenen, gibt es entwicklungstypische Schwellensituationen wie den Eintritt in die Krippe oder Kindertagesstätte, den Übergang in die Grund- oder Oberschule. In diesen Phasen sind die Kinder und Jugendlichen jeweils mit der Steigerung von Leistungsanforderungen oder Ausgrenzungen konfrontiert, so dass soziale Ängste typisch sind, wenn sich Kinder überfordert fühlen. Auch Trennungsängste tauchen häufig auf. Wenn sich das Kind in seine »Peergroup« eingefunden und Anschluss gefunden hat, verringern sich auch die Ängste. Aber auch Umzüge, der Verlust eines Elternteils, Erkrankungen oder die Trennung der Eltern gehören zu typischen Auslösern für Ängste.

Im Jugendalter wachsen die Fähigkeit zur Abstraktion und das Vermögen, zurückliegende Ereignisse zu reflektieren. Hier überwiegen soziale Ängste, z.B. vor negativer Bewertung, Ablehnung und



Beschämung durch Gleichaltrige sowie Ängste in Leistungssituationen im Übergang von Schule zu Ausbildung, Arbeit oder Studium. Körperbezogene Ängste tauchen erfahrungsgemäß oft parallel zu körperlichen Veränderungen auf. So ist der Beginn der Pubertät mit den einhergehenden körperlichen Veränderungen (z. B. Stimmbruch, Veränderung von primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen) eine besonders sensible Phase, die sich nicht selten durch starke Schamgefühle und Angst vor Sexualität auszeichnet. Der Jugendliche muss sich immer wieder mit körperlichen Veränderungen auseinandersetzen und das neue Bild von sich selbst in sein früheres gewohntes Körperbild integrieren. In der Zwischenzeit erprobt er die neuen Fähigkeiten und wird darüber gewissermaßen wieder Herr im eigenen Haus.

Die jeweils zu bewältigenden Entwicklungsstufen können als Meilensteine auf dem Lebensweg verstanden werden. Sie gehen mit spezifischen Entwicklungsaufgaben einher und sind mit jeweils spezifischen Angstgehalten verknüpft. Das Kind erschließt sich auf seinem Entwicklungsweg die Welt durch Exploration. Reifungsabhängige Ängste verschwinden häufig von allein, wenn das Kind die Entwicklungsstufe durchschritten hat und sich an die neue Situation gewöhnen konnte. Auch der Umgang mit Ängsten wird mit der Zeit gelernt, wenn das Kind begreift, dass Ängste immer wieder auftauchen, aber auch – erst mit und irgendwann ohne Hilfe durch erwachsene Bezugspersonen – zu bewältigen sind.

### **Funktionale und dysfunktionale Aspekte von Angst:**

#### **Wann ist Angst gesund und wann krankhaft?**

Angst ist erst einmal ein normaler und notwendiger emotionaler Zustand. Sie ist eine lebensnotwendige Reaktion und ein wichtiges komplexes Phänomen, das sich auf der phänomenologischen Ebene durch sehr unterschiedliche Symptome in Bezug auf verschiedene Komponenten (z. B. Gefühle, Gedanken, Verhalten und Körperreaktionen) zeigen kann. Ermann nennt Angst ein »Paradigma für ein psycho-sozio-somatisches Gesamtgeschehen« (Ermann 2012, S.11), d. h., der eigentliche Angsteffekt wird durch andere Aspekte ergänzt:

**Tabelle 1:** Entwicklungstypische Ängste und damit in Verbindung stehende Angstsymptomatik von Kindern und Jugendlichen (modifiziert nach Carr 1999, S.404)

Alter	Psychosoziale Kompetenzen (angelehnt an Piaget)	Quelle entwicklungstypischer Angst	Klinisch relevante (Angst-) Symptomatik
<b>0 – 6 Monate</b>	sensorische Fähigkeiten dominieren, kleinkindliche Anpassung z. B. an Tag-Nacht-Rhythmus	intensive sensorische Reize, Verlust von Zuwendung, laute Geräusche	Regulationsstörungen (Schlafstörungen, Fütterstörungen, exzessives Schreien)
<b>6 – 24 Monate</b>	sensorimotorische Schemata, Ursache und Wirkung, Objektpermanenz	fremde Menschen/ Gegenstände, Trennung, Achtmonatsangst/»Fremdeln«	Bindungsstörungen
<b>2 – 4 Jahre</b>	präoperationales Denken, Erlernen von Symbolen und Zeichen, Fähigkeit zu imaginieren, aber noch unfähig, Phantasie und Realität zu trennen	magische Ängste (Phantasiecreaturen, potenzielle Einbrecher, Dunkelheit), Alleinsein, Tiere	Trennungsangst, spezifische Phobien (z.B. Dunkelheit, Tiere)
<b>5 – 7 Jahre</b>	konkret-operationales Denken  Fähigkeit, konkret-logisch zu denken	Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmung, Gewitter/Sturm)  Verletzungen, Tiere, medienbasierte Ängste	spezifische Phobien (Tiere, Naturgewalten, Blut/Verletzungen/Spritzen, bestimmte Situationen wie Fahrstuhlfahren), aber auch generalisierte Ängste
<b>8 – 11 Jahre</b>	stabiler Selbstwert, basierend auf intellektuellen und sportlichen Leistungen	Leistungsversagen in der Schule oder z.B. beim Sport, der eigene Körper (Krankheiten, Verletzungen, medizinische Behandlungen, Tod)	Schulangst, Prüfungsangst, generalisierte Ängste
<b>12 – 18 Jahre</b>	formal-operationales Denken, Fähigkeit, Gefahr zu antizipieren, Selbstwert wird durch »Peer-group« bestimmt, Abgrenzung von Erwachsenen	Ablehnung durch Gleichaltrige, negative Bewertung, Beschämung, Übergang von Schule zu Ausbildung/Beruf/ Studium	soziale Ängste, generalisierte Ängste, Agoraphobie, Panikstörung