

Einführung

Ängste sind besonders häufige psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Laut internationaler Forschung zum Vorkommen von Angststörungen haben Mädchen – ab der Pubertät – etwa doppelt so häufig Angst in behandlungsbedürftigem Ausmaß wie Jungen. Mädchen nehmen auch sehr viel häufiger therapeutische Hilfe in Anspruch. Obwohl Angststörungen inzwischen gut zu behandeln sind, kommt nur etwa ein Drittel der Betroffenen in Therapie.

Dieses Buch richtet sich vor allem an zwei Lesergruppen,

- an diejenigen Kinder, Jugendlichen und Eltern, die sich nicht zu einer Therapie entschließen können
- an jene, die sich auf eine psychotherapeutische Behandlung ihrer Angststörung gründlich vorbereiten wollen.

Die hier enthaltenen Hinweise und Anregungen fußen auf der kognitiven Verhaltenstherapie, einer Therapieform, die sich in zahlreichen Studien als besonders effektiv bei der Behandlung von Angststörungen erwiesen hat.

Panik ist eine heftige, anfallsartige Angst, die von erstaunlich vielen körperlichen Beschwerden begleitet wird. Sie ist der phobischen, situationsgebundenen Angst zwar ähnlich, kommt aber häufiger aus heiterem Himmel und befällt das Kind oder den Jugendlichen wie ein Sommergewitter. Eine Phobie ist die übermäßige Angst vor bestimmten Situationen, in der sich die Person eingeengt und ausgeliefert fühlt. *Phobische Ängste* – z. B. die Angst vor der Trennung von den Eltern, vor Dunkelheit, Hunden oder ärztlichen Anwendungen – können bereits im Kleinkindalter auftreten, während *panische Ängste* meist erst bei 11- bis 12-Jährigen ausgelöst werden. Aufgrund körperlicher Veränderungen zu Beginn der Pubertät kann sich in einer extrem erregenden Situation bei manchen Jugendlichen leichter Panik aufbauen.

Angstprobleme interessieren mich als Verhaltenstherapeutin mehr als andere psychische Störungen. Neben dem fachlichen Interesse hat das auch einen persönlichen Grund. Wir haben 4 Kinder. Meine Adoptivtochter Maika, heute 35 Jahre alt, kam mit 8 Monaten als drittes Kind zu uns. Auffallend waren ungewöhnlich heftige Ängste. Sie befand sich gerade in der kritischen „Fremdelphase“, in der sie, wie viele andere Kleinkinder auch, höchst empfindlich auf fremde Personen und den Wechsel von Bezugspersonen reagierte. Ausgerechnet in diesem Entwicklungsalter wurde sie kurz vor Endes des Vietnam-

krieges aus dem Kriegsgebiet ausgeflogen. Dabei stürzte ihr Flugzeug über Saigon ab. Sie gehörte zu den 25 % Überlebenden. Zusammen mit den anderen 44 Babys der Hilfsgemeinschaft Terre des Hommes, die zur Adoption für Deutschland vorgesehen waren, lag sie festgeschnallt am Boden der dritten Etage einer amerikanischen Galaxy. Innerhalb von wenigen Wochen wurden diese Babys durch 6 verschiedene Krankenhäuser geschleust und erlebten dabei drei verschiedene Kulturkreise mit unterschiedlichen Sprachen und Pflegegewohnheiten.

Bei der Ankunft war Maika total verängstigt. Trotz der Abschirmung von außerfamiliären Personen, die wir in den ersten beiden Monaten konsequent einhielten, bekam sie mehrfach am Tag phobische Angstanfälle, bei denen sie am ganzen Körper bebte. Sie fürchtete sich vor allem Neuem und vor intensiven Reizen. Gesicht und Arme waren voller juckender Ekzeme, die sie blutig kratzte. Außerdem hatte sie ein ausgeprägtes Hungerödem und konnte kaum Nahrung bei sich halten. Sie wog nur 10 Pfund und schlief ganz wenig, denn sie stand psychisch und körperlich unter Daueralarm.

Zu allem Unglück hatte Maika auch noch 8 Furunkel am Kopf, die der behandelnde Kinderarzt ohne Vorwarnung oder Betäubung aufschneidete und kräftig ausdrückte. Er meinte, das müsse so sein. Sie schrie dabei wie unter Folter.

Das war 1975. Zu der Zeit wurden phobische Ängste bereits lernpsychologisch erklärt und verhaltenstherapeutisch behandelt, aber bei Weitem noch nicht so gründlich wie heute. Angstdiagnosen, die uns jetzt zur Verfügung stehen, gab es zum Teil noch gar nicht. In der Situation war ich froh, die gängigen verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen während meiner Psychotherapieausbildung, die ich gerade abgeschlossen hatte, gelernt zu haben. Nicht immer ist der Beruf des Psychologen ein Garant für einwandfreies Erziehungsverhalten. Aber nach der Aufnahme der total verängstigten Kleinen erleichterte uns mein Fachwissen den Umgang mit ihren Ängsten ganz gehörig.

In zwei Entwicklungsphasen litt unsere Tochter unter besonders ausgeprägten Ängsten, einmal im Kleinkindalter und dann wieder im Jugendalter. Die situationsspezifischen phobischen Ängste vor Geräuschen, Tieren, Gegenständen, sehr engen Räumen, Wasser, Gewitter usw. verloren sich weitgehend im Vorschulalter, weil die Kleine behutsam, aber konsequent, an sämtliche Angstsituationen herangeführt wurde. Dann hatte sie einige Jahre Ruhe vor intensiven Angstzuständen. Im Verlauf der Pubertät, sie war gerade in der siebten Klasse, wurde ihre Angstbereitschaft jedoch reaktiviert. Diesmal

bekam sie panische Angst vor Schulversagen und der Reaktion ihrer Mitschüler und Lehrer darauf. Es war eine Variante von Sozialer Phobie, die für sie bis zum Ende ihrer Schulzeit ein überdimensioniertes Problem bleiben sollte. Aufgrund dieser Versagensängste war sie auch öfters depressiv verstimmt. Sie erfüllte jedoch nicht ganz die Kriterien einer depressiven Störung.

Inzwischen ist sie herangewachsen und selbst Mutter von zwei kleinen Kindern. Das Erstgeborene, ein 1½-jähriger Junge, ist wie seine Mutter ebenfalls scheu und zurückhaltend gegenüber neuartigen Situationen. Maikas Ängste hatten sich mit 23 Jahren endgültig gelegt. Bis dahin waren ihr medizinische Untersuchungen, Spritzen und Zahnarztbehandlungen noch ziemlich ungeheuerlich. Eine notwendige Operation (dreifacher Bänderriss am rechten Knöchel) schob sie trotz starker Schmerzen 3 Jahre vor sich her, bis sie sich endlich zu dem Eingriff überwinden konnte. Heute vermeidet sie nichts mehr aus Angst. Sie gibt an, zufrieden und glücklich zu sein. Ihre Freunde halten sie für eine unbeschwerte, fröhliche und sehr lebenszügige junge Frau.

Zu unseren vier Kindern gehörte noch ein weiteres überängstliches Kind. Der erstgeborene Sohn, heute 37 Jahre, schrie bereits am ersten Lebenstag aus vollem Hals, sobald jemand nur die Tür öffnete. Jahrelang war er besonders geräusch- und lärmempfindlich: Noch im Alter von zwei Jahren schreckte er hoch und weinte, wenn ein Düsenjäger über dem Haus hinweg jagte oder die Schallmauer durchbrach. Er tat sich außerdem enorm schwer beim Umgang mit anderen Kindern. Auf dem Spielplatz ging er keinerlei Risiko ein. Wir Eltern machten zunächst alles mit ihm gemeinsam – schaukeln, rutschen, wippen und vor allen Dingen Kontakte zu anderen Kindern knüpfen, um uns dann allmählich zurückzuziehen. Seine Art, sich extrem bedächtig, wenn überhaupt, allem Neuartigem zu nähern, war manchmal für so unerfahrene Eltern, wie uns, eine harte Geduldprobe.

Seine Überängstlichkeit und Zurückhaltung hielt sich bis zum 7./8. Lebensjahr. In der 2. Klasse Grundschule gewann er im Siebenmeilenschritt an Einfluss und Selbstbewusstsein und wurde zum Klassensprecher gewählt. Heute arbeitet er auf verantwortungsvollem Posten im Ausland, reist viel herum, hat eine eigene Familie und einen festen Freundeskreis. Wir konnten uns bis vor einiger Zeit gar nicht mehr vorstellen, dass er früher so ängstlich war, bis seine älteste Tochter, 5 Jahre, vor einem halben Jahr eine heftige Angst vor Wind bekam. Sie reagierte panisch, sobald eine Brise aufkam. Diese Angst haben die Eltern schnell unter Kontrolle bekommen, so, wie es in diesem Buch beschrieben wird.

Die Erfahrungen mit unseren angstsensiblen Kindern haben nicht nur meine berufliche Neugierde für Angststörungen genährt, sondern auch die Initiative zu diesem Buch geweckt. Es enthält viele Anregungen für eine Erziehung zur Angstfreiheit. Das Buch wurde vor 8 Jahren geschrieben. Die vorliegende Neuauflage ist vollständig überarbeitet und aktualisiert.

Was Sie als Eltern oder Erzieher über Angststörungen wissen sollten und unternehmen können, ist Gegenstand des *ersten Teils*. Darin werden verschiedene Angstdiagnosen, die verursachenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen der Angst und schließlich der Verlauf von phobischer und panischer Angst dargelegt. Danach werden wissenschaftlich untermauerte Methoden zur Angstbewältigung vorgestellt.

Der *zweite Teil* ist für ältere Kinder und Jugendliche mit panischen und phobischen Ängsten geschrieben. In ihm werden Angststörungen und Bewältigungsmöglichkeiten in leicht verständlicher Sprache dargestellt.

Mit Hilfe des vorliegenden Textes können Sie Ihr Kind darin unterstützen, seine Angst, sofern sie nicht extrem ausgeprägt ist, in Selbsthilfe anzugehen. Kinder und Jugendliche mit ausgesprochen starker Angst gehören hingegen in die Obhut eines verhaltenstherapeutisch geschulten Fachmanns.

Ich hoffe, dieses Buch entpuppt sich für Sie und Ihre Kinder als ein lebenspraktischer, nützlicher Wegweiser, der wirklich weiterhilft – im besten Fall so, wie es eine Leserin im Anhang (vgl. S. 141) anschaulich beschrieben hat.

Berlin, Februar 2010

Sigrun Schmidt-Traub

Teil I

**Für Bezugspersonen
von überängstlichen Kindern
und Jugendlichen**

1 Die diagnostische Einschätzung von Angst

1.1 Normale Angst

Merke:

Jeder kennt Angst. Manchmal lässt sie einen nachts aus einem unangenehmen Traum hochschrecken. Oft vergehen Minuten, bis wir uns in unserem Schlafzimmer orientieren können und wieder zur Ruhe kommen. Oder wer kennt nicht den Schrecken, der einen jählings befällt, wenn man plötzlich von einem Auto geschnitten wird? In der Regel reagieren wir blitzschnell und situationsgerecht, reißen den Lenker herum und treten auf die Bremse. Erst wenn die Gefahr vorüber ist, wird in uns ein Sturm entfacht: Das Herz schlägt bis zum Hals hoch, der Körper bebzt, die Knie werden weich und manches um uns herum erscheint wie entfernt.

Je nach persönlicher Einschätzung der Gefahr und der eigenen Erlebnisweise dauert es unterschiedlich lang, bis sich der Gefühlsaufruhr im vegetativen Nervensystem legt. Nur selten währt er länger als eine halbe Stunde.

Angst ist ein lebensnotwendiges Gefühl und wird auf Gefahr hin ausgelöst, sogar schon auf die bloße Vorstellung von Bedrohung. Angst ermöglicht kurz entschlossenes, rasches Handeln, ohne dass wir nachdenken müssen, scheinbar automatisch. Das Gefühl Angst arbeitet als Alarmsystem und löst Schutzverhalten aus, rüttelt uns durch und mobilisiert ungeahnte leib-seelische Kräfte, mit denen wir entweder einer Gefahr begegnen und kämpfen oder weglaufen, um uns in Sicherheit zu bringen. Angst ist ein unverzichtbares menschliches Grundgefühl.

In leichter Form ist Angst manchmal Lust bringender Kitzel, z. B. beim Bungeespringen, in einem Horrorfilm oder bei hohem Spieleinsatz. Außergewöhnliches Risikoverhalten versetzt einige in einen Zustand von leichter Erwartungsangst und Neugier. Diese Spannung bereitet ein königliches Vergnügen.

Menschen sind unterschiedlich empfänglich für Angsterleben. Gene legen bis zu einem gewissen Grad bereits fest, wie das Gehirn, das für das emotionale Erleben zuständig ist, neuropsychologisch arbeitet und auch wie sensibel jemand für Angst ist. Obwohl Eigenschaften, wie Ängstlichkeit und Scheu, teilweise genetisch vorprogrammiert sind, bleiben sie nicht unveränderlich gegenüber Umwelteinflüssen, wie erzieherischen oder therapeutischen Bemühungen. Ängste werden zu einem erheblichen Teil durch Lernen beeinflusst.

Kinder, die von Geburt an eine überhöhte Angstbereitschaft haben, sind oft schüchtern, schreckhaft, zurückhaltend, rasch entmutigt und oftmals überfordert in Situationen, in denen sie in Erregung geraten. Sie reagieren lieber mit Schadensbegrenzung und weichen meist schon vor kleinen Gefahren aus. Dadurch sind sie weniger durchsetzungsfähig als Kinder mit einem ganz anderen Temperament – kesse, neugierige Kinder, die besonders risikofreudig reagieren. Wie ängstlich Kinder und Jugendliche später einmal werden, hängt ganz wesentlich davon ab, welche Erfahrungen sie in ihrem weiteren Leben und in ihrem Lebensumfeld machen und in wie weit sie dazu ermutigt werden, offen, selbstständig und mutig zu handeln.

Ein Zuviel an Angst schränkt Kinder in ihrer Entwicklung ein. Umgekehrt leben Kinder, die überhaupt keine Angst haben, aber auch nicht so sicher. Empfindet nämlich ein Kind weder Angst noch Argwohn, kennt es weder Gefahr noch Schutzbedürfnis, dann verhält es sich mitunter draufgängerisch. Zwangsläufig sind solche Kinder häufiger unfallgefährdet. Für die Entwicklung von Autonomie, Selbstbewusstsein und Lebenstüchtigkeit ist ein ausgewogenes Verhältnis von zu viel Angst und zu wenig Bammel von ganz entscheidender Bedeutung.

Allgemeingültige Maßstäbe für die Erziehung zur Angstfreiheit gibt es nicht, denn Kinder sind von Geburt an unterschiedlich ausgerüstet mit Robustheit, Temperament und Sensibilität. Vielleicht wird eine gute Balance zwischen zu viel und zu wenig Angst deutlich, wenn wir uns das Gegenteil von Angst vorstellen und nach Eigenschaften von angstfreien Personen fragen. Setzen wir an den einen Endpunkt einer Geraden Furcht, Panik und Unselbstständigkeit. Am anderen Ende liegt dann Unerschrockenheit, Waghalsigkeit und Selbstüberschätzung. Zwischen beiden Endpunkten fließt das Angst-Kontinuum. Eine gesunde Entwicklung setzt voraus, dass Kinder weder zum einen noch zum anderen Extrem erzogen werden.

1.2 Angstinhalte bei Kindern und Jugendlichen

Merke:

Jedes Kind macht im Verlaufe seiner Entwicklung verschiedene Angstphasen durch. Dabei wechseln Qualität und Inhalte der Angst mit dem Ausreifen des kindlichen Wahrnehmungs- und Beurteilungsvermögens. Zunächst sind es ganz konkrete Angstinhalte, die kleinere Kinder quälen. Mit zunehmender Entwicklung werden die Angstinhalte globaler, abstrakter und vorhersehbarer. Ältere Kinder und Jugendliche haben auch vermehrt ängstliche Erwartungen.

Am häufigsten wird bei Kleinkindern die Angst vor sehr intensiven Reizen, insbesondere vor lauten Geräuschen, beobachtet (0 bis 6 Monate). Zwischen dem 4. und 6. Lebensmonat nimmt das Lächeln des Säuglings fremden Personen gegenüber – im Vergleich zu vertrauten Personen – deutlich ab. Nachdem die optischen Unterscheidungsfähigkeiten des Kindes voll entwickelt sind, bekommen Dreiviertel der Babys in der sogenannten Fremdelphase Angst vor fremden Personen (7 bis 12 Monate).

Vom 8. bis 24. Monat erlebt das Kind Trennungsangst (vgl. Kapitel 1.6.1): Es schreit und zeigt physiologische Angstreaktionen, sobald die vertraute Person weggeht. Vom 25. Monat an wird die Angst vor Fremdem normalerweise schwächer und bis zum 30. Monat verschwindet sie. Zu (erneuter oder intensivierter) Trennungsangst kann es nach Eintritt in den Kindergarten oder bei Schulbeginn kommen. In einigen Fällen entsteht Trennungsangst auch anlässlich eines plötzlichen Krankenhausaufenthalts von Mutter oder Kind. Außerdem kann Trennungsangst nach dem Verlust eines Elternteils oder einer nahestehenden Bezugsperson erneut aus den Fugen geraten.

Zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr haben besonders viele Kinder Angst vor Hunden, Dunkelheit, Alleinsein, Verletzungen, lauten Geräuschen (Luftballonplatzen) und Naturgewalten. Bis zur Einschulung erleben sie Angst vor Donner und Blitz, Ungeheuern und Gespenstern, Einbrechern, Spritzen, zahnärztlichen und anderen medizinischen Behandlungen.

Im Alter von 7 bis 12 Jahren haben Kinder vermehrt Angst vor sozialen Situationen, insbesondere vor Leistungsversagen in der Schule. Sie fürchten sich aber auch vor Verletzung, medizinischen Eingriffen (Blutabnahme, Spritzen), Sterben und Tod. Erst mit 8 bis 10 Jahren begreifen die meisten Kinder allerdings erst richtig, dass der Tod unwiderruflich ist. Ab diesem Entwicklungsalter fürchten sich viele vor schwerer Krankheit und Sterben, insbesondere dann, wenn sie eine Sensibilität für Angsterleben haben und erst recht, wenn sie auch noch Verlusterlebnisse hatten, wie den Tod von Opa, Oma oder einem Elternteil.

Im Vergleich zu den Kleineren fürchten sich ältere Kinder und Jugendliche wesentlich mehr vor Versagen und sozialer Bewertung. Häufig malen sie sich aus, wie sie in der Schule für dumm gehalten werden oder sich lächerlich machen. In der Pubertät kommt noch die Angst vor körperlich-hormonellen Veränderungen, sexuellen Gefühlen und diesbezüglichem Kontrollverlust hinzu. Diese sozialen Ängste belasten besonders nachhaltig das Selbstwertgefühl.

Normalerweise legen sich diese entwicklungspezifischen Ängste von ganz allein. Versteht das Kind die vorliegende Bedrohung jedoch nicht ausreichend und kann es nicht genügend oder gar keine Kontrolle auf die Gefahr ausüben, bekommt es vermutlich immer wieder Angst. Selbst wenn das Angsterleben für das Kind störend ist und es durch das Angsterleben eingeschränkt wird, gehören diese Ängste zu einer normalen kindlichen Entwicklung. In der Regel sind die Ängste kurzlebig, weil das Kind sich mit der Zeit an das, wovor es sich fürchtet, gewöhnt.

Merke:

Unter herzlicher, aber fester Führung durch einfühlsame Eltern lernen Kinder, sich ihren phobischen Ängsten zu stellen. Dadurch gewöhnen sie sich an die Angst, nehmen immer mehr Einfluss auf ihre Angst und überwinden sie schließlich. Ohne erzieherische Hilfe gelingt dies einigen Kindern nur schwer.

Werden Kinder dagegen zu sehr beschützt und fehlt es ihnen an Unterstützung beim Erlernen von eigenständigem und mutigem Verhalten, kann die entwicklungsbedingte kindliche Angst leicht in eine handfeste phobische Angst übergehen, die eine normale Weiterentwicklung erschwert.

1.3 Normale Angst im Vergleich zu panischer und phobischer Angst

Angst vor Gefahr ist, wie gesagt, eine lebensnotwendige, biologisch vorbereitete Reaktion. Sie gehört zu den wichtigsten menschlichen Grundgefühlen, wie Trauer, Freude und Wut. Angst hat die Aufgabe, den Menschen in kürzester Zeit auf Höchstleistung zu trimmen, damit er flüchten oder kämpfen kann. In der Süddeutschen Zeitung wurde am 12. 3. 2001 berichtet, wie ein 12-Jähriger sich als Hilfssanitäter bewährte: Während die Mutter gerade beim Bäcker war, fiel der 4 Jahre jüngere Bruder beim Spiel in eine Glasscheibe. Seine Armsehne war durchtrennt und er musste sich übergeben. Sein großer Bruder stand ihm hilfreich bei: Er rief die Feuerwehr an und verband nach telefonischer Anweisung den stark blutenden Arm des Kleinen. Als die Mutter nach Hause kam, bekam der Aushilfssanitäter „das große Zittern“.

Merke:

Bei *echter* Gefahr reagieren fast alle Kinder, Jugendliche und Erwachsene der Situation angemessen, ohne viel dabei zu denken. In der Regel ist Verlass auf diese in uns angelegte, wunderbare Abwehrleistung.

Demgegenüber schränken Ängste, die *unbegründet* sind, weil sie ohne wirkliche, objektive Bedrohung aufkommen, die Lebensführung der Person ein und hindern sie daran, angemessen zu handeln.

5 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen dürften in ihrer alltäglichen Routine durch Ängste gestört sein. Die meisten entwickeln panische Angst in Situationen ohne erkennbare Gefahr – in Fahrstühlen, auf Brücken oder in fremden Gruppen. 10 % der Erwachsenen leiden ebenfalls unter derartig irrationalen Ängsten.

Kleine Kinder haben andere Ausdrucksmittel für das Angsterleben als Erwachsene: Viele weinen aus Angst, einige bekommen Wutanfälle, andere lutschen Daumen, klammern sich an vertraute Personen – ersatzweise an Schmuse-tiere – oder klagen über Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen. Bei vielen überängstlichen Kindern und Jugendlichen lässt sich eine Wechselwirkung zwischen Angst und aggressiven Tendenzen beobachten, wenn sie in eine Situation gehen sollen, vor der sie sich schrecklich fürchten (z. B. auf einen Turm steigen oder außer Haus übernachten). Weil sie in Wahrheit unglaubliche Angst haben und alles daran setzen, die Situation zu vermeiden, schimpfen etliche mitunter lauthals oder toben sogar.

Merke:

Trotz der extrem unterschiedlichen Gefahrenpotenziale sind normale und unbegründete Angstreaktionen erstaunlich ähnlich. Am Angsterleben lässt sich besonders deutlich ablesen, dass Leib und Seele eine Einheit bilden und sich wechselseitig beeinflussen. Beide Arten von Angst äußern sich auf drei Ausdrucksebenen, wie im Folgenden dargestellt.

1.4 Die drei Ebenen des Angsterlebens

Physiologische Ebene:

Dreiviertel der Angstsymptome sind körperlich. Deswegen glauben ja auch so viele ängstliche Personen, sie wären körperlich krank. Während eines Angstanfalls erleben überängstliche Menschen Herzrasen, beschleunigte Atmung, Schwindel, Schwitzen, Übelkeit und andere vegetative Beschwerden auf der physiologischen Ebene. Diese körperlichen Empfindungen sind

völlig harmlos und gehen mit dem Abklingen der Angst wieder zurück. Auf angst sensible Kinder und Jugendliche wirken sie aber alarmierend, vielleicht auch deshalb, weil diese körperlichen Empfindungen willentlich kaum zu beeinflussen sind. Die Betroffenen bewerten physiologische Beschwerden besonders negativ und befürchten oft eine schwere Krankheit oder den Tod. Mit ihrer katastrophisierenden Bewertung schaukeln sie ihre Angst weiter hoch.

Die Funktionen von Atemwegen, Magen und Darm, Herz-Kreislauf, Haut und Drüsen werden automatisch vom vegetativen oder autonomen Nervensystem (hormonell) gesteuert. Der eine Zweig des autonomen Nervensystems, der Sympathikus, ist verantwortlich für die Arbeitsleistung des Körpers und für die körperlichen Symptome der Angst, während der andere Zweig, der Parasympathikus, für Ruhe und Erholung sorgt.

Angst ist eine angeborene Reaktionsbereitschaft, bei der auf Bedrohung hin blitzschnell vom Sympathikus eine Alarmreaktion gezündet wird, die den Körper für Höchstleistung rüstet. Dasselbe kann auch bei intensiver Vorstellung von Bedrohung und Gefahr geschehen. Sämtliche nicht benötigten Funktionen, wie Hunger- oder Schlafbedürfnis, werden vorübergehend in den Hintergrund gedrängt. Selbst das Immunsystem arbeitet nur noch niedrig-tourig.

Nach wenigen Minuten kommt es zur parasympathisch gesteuerten Anpassungsreaktion, die den Organismus wieder ins Gleichgewicht bringen soll. Auch dabei kann es zu überschießenden Reaktionen mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfällen oder Harndrang kommen.

Am Ende der Angstreaktion beginnt das Erschöpfungsstadium. Es geht mit extremer Müdigkeit einher. Von daher nimmt es nicht wunder, dass betroffene Kinder und Jugendliche nach einem Angstanfall müde sind und spontan 3 bis 4 Stunden schlafen könnten.

Motorische Ebene:

Während des Angsterlebens kann es auf der motorischen oder Verhaltens-ebene zu Verkrampfungen der Muskulatur, Zittern der Hände oder der Stimme, körperlichem Beben, Wutanfällen, Daumenlutschen, Wegschauen, Verstecken, Davonlaufen oder anderem Vermeidungsverhalten kommen.

Bei der Mehrzahl der überängstlichen Kinder und Jugendlichen entsteht im Angstzustand ein besonderer Bewegungsdrang, denn die Sympathikusreaktion hat gewaltige Energien mobilisiert. Ruhiges Sitzen ist dann kaum mehr möglich. Stattdessen wird hin- und hergelaufen. Am liebsten würden die Betroffenen der Angstsituation entfliehen.

Nur ganz wenige überängstliche Kinder werden von Angst regelrecht gelähmt. Ihre Beine werden schwer und sie erstarren förmlich wie das Karnickel vor dem Hund. Konzentriertes Arbeiten, öffentliche Auftritte und lockere Gespräche fallen dann schwer oder sind überhaupt nicht mehr möglich.

Kognitive Ebene:

Kognitionen sind alle Wahrnehmungen, Gedanken, Vorstellungen, Informations- und Aufmerksamkeitsprozesse, die sich mehr oder weniger bewusst in unseren Köpfen abspielen. Zwar bestehen unsere Kognitionen häufig aus Worten und Bildern, wir können aber auch andere Sinneseindrücke erleben: Wir sehen, hören, riechen, schmecken und tasten auf der Vorstellungsebene. Kognitive Prozesse gehen immer mit dazugehörigen Gefühlen einher. Gefühle und Kognitionen beeinflussen sich gegenseitig. Wir können unsere Gedanken und Vorstellungen direkt beeinflussen, nicht aber unsere Gefühle.

Die Gedanken und Vorstellungen von überängstlichen Kindern und Jugendlichen kreisen anhaltend um das Thema Angst. Dadurch bekommen sie manches von dem, was um sie herum geschieht, weniger mit. Sie beobachten sich viel und achten dabei besonders stark auf körperliche Anzeichen der Angst. Bei der Bewertung dieser Anzeichen sind sie oft sehr pessimistisch und meinen, sie könnten weder ihre Angst noch die Angstsituation kontrollieren.

Entscheidend für die Bewältigung der Angst ist die realistische Einschätzung der *vermeintlichen Gefahr*. Kann das Kind in der Angstsituation Rettungsmöglichkeiten erkennen und wie beurteilt es die Aussicht der Rettungsmaßnahmen? Entsprechend ihrer persönlichen Einschätzung und Bewertung der Gefahr verhalten sich ängstliche Kinder und Jugendliche entweder mutig und gehen in die Angstsituation hinein. Oder sie vermeiden sie, wodurch die Angst aufrechterhalten bleibt, wie noch zu zeigen sein wird.

1.5 Auslöser von Angst, Stressreaktion, Teufelskreis der Angst und Angstthemen

Normale Angst legt sich, sobald der Mensch außer Gefahr ist.

Merke:

Angstsensible Kinder und Erwachsene sind jedoch anfällig für traumatische Erlebnisse. So kann es bereits nach einem einzigen Panikanfall (manchmal erst nach mehreren) zu einer Angststörung kommen. In den meisten Fällen beginnt Panik in einer Verfassung mit intensivstem Unwohlsein, z. B. während einer Kreislaufschwäche. Die dabei aufkommenden körperlichen Missempfindungen, wie Übelkeit, Herzrasen und Schweißausbruch, erschrecken den Betroffenen und lassen ihn etwas ganz Schlimmes befürchten, z. B. Ohnmacht oder Kontrollverlust.

Nur ein geringfügig kleiner Teil der Kinder und Jugendlichen, die unter einer Angststörung leiden, war aber beim ersten Angstanfall tatsächlich gefährdet oder bedroht. Einige waren vielleicht in einen schweren Autounfall verwickelt und fahren seither nicht mehr angstfrei Auto. Andere haben sich mit einem schwachen Referat in der Schule blamiert und leiden seither Höllenqualen bei der Vorstellung, nochmals einen Vortrag vor der Klasse zu halten.

Eine Angststörung kommt meist nach anhaltender Belastung zum Ausbruch. In über 80 % der Fälle fängt die Angststörung mit einem starken Angstanfall an. Bei einigen Erwachsenen liegt der ursprüngliche oder erste Angstzustand sehr weit zurück; manchmal trat er bereits im Vorschulalter auf. Dennoch kam die Angststörung erst sehr viel später – nach anhaltender Belastung – zum Ausbruch. Bis zur Stressphase dürften die Kräfte noch ausgereicht haben, um die Angst in Schach zu halten. Die Belastungen haben die Person dann geschwächt und dem Ausbruch der Angststörung Vorschub geleistet. Aus diesem Grund werden Angststörungen oft als Stressreaktionen betrachtet.

Merke:

Überängstliche Kinder, Jugendliche und Erwachsene haben eine *erhöhte Angstsensibilität*. Gemeint ist, dass sie ihre körperlichen Reaktionen besonders kritisch beobachten, physiologische Empfindungen für gefährlicher halten und entsprechend negativer bewerten als nicht ängstliche Personen. Je mehr eine angstsensible Person auf ihre körperlichen Symptome achtet und Befürchtungen aufbaut, desto größer wird ihre Angstbereitschaft.

Sobald ein ängstliches Kind, Jugendlicher oder Erwachsener körperliche Reaktionen wahrnimmt, die seinen Angstsymptomen ähneln, sei es Schwindel oder Atemnot, verbindet er sie gleich mit Gefahr, fühlt sich bedroht und reagiert mit ängstlicher Erregung. Diese Erregung steigert wiederum seine physiologischen, motorischen und kognitiven Symptome der Angst. So kommt es zu einem Aufschaukelungsprozess der Angst und die ängstliche Person befindet sich in einem *Teufelskreis der Angst*.

Wahrscheinlich wird sie versuchen, dem Panikerleben auszuweichen. Mit Vermeidungsverhalten ist sie aber auf dem besten Weg, eine weitere (phobische) Angststörung zu entwickeln, die noch erläutert wird.

In Wirklichkeit möchten Angstpatienten nicht so sehr der *Angstsituation* (Tunnel, Fliegen, Gewitter usw.) entfliehen, als vielmehr den mit der Angst verbundenen Befürchtungen, Angstthemen und *Katastrophenerwartungen*. Die drei häufigsten *Angstthemen*, die hinter der phobischen und panischen Angst stehen, sind:

- Angst vor Ohnmacht, schwerer Krankheit, Sterben und Tod (bei weitem das häufigste Angstthema),
- Angst vor Verlust der mentalen Kontrolle bzw. Angst, verrückt zu werden,
- Angst vor Blamage, Versagen und dem negativen Urteil der Leute.

1.6 Die Diagnose von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Sind überängstliche Kinder und Jugendliche wegen der Angst in ihrer Lebensführung – in Familie, Freizeit, Kindergarten oder Schule – eingeschränkt oder machen sie sich übermäßig Sorgen über bedrohliche Dinge oder Ereignisse in der Zukunft, dann liegt wohl eine Angststörung vor.

Angststörungen unterscheiden sich nach der Häufigkeit ihres Auftretens, dem Angstinhalt und der Dauer der Angst. Wie erwähnt, sind sie zum Teil genetisch vorgegeben, teils gelernt, treten anhaltend oder wiederkehrend auf und können höchst unangenehm werden. Unbehandelt bleiben sie in der Mehrzahl lebenslänglich bestehen.

Merke:

Die *richtige diagnostische Einschätzung der Angst Ihres Kindes* ist von allergrößter Bedeutung für den Erfolg Ihres Bemühens, die Angst zu beheben. Je genauer Sie wissen, welche Angststörung Ihr Kind hat und welches Katastro-

phentema dahinter steht, desto gezielter und wirkungsvoller können Sie helfen.

Aus diesem Grund werden die verschiedenen Angststörungen ausführlicher vorgestellt. Finden Sie heraus, welche Angststörung(en) Ihr Kind hat. Die diagnostische Einschätzung ist schwieriger, wenn gleichzeitig mehrere Ängste oder noch andere psychische Störungen vorliegen. Entscheiden Sie beim Vorliegen von mehreren Störungen, welche für das Kind die schlimmste ist und konzentrieren Sie sich vorrangig auf deren Behebung.

Sind *depressive Verstimmungen* erst *nach* dem Auftreten der Angst hinzugekommen, reicht in der Regel eine gründliche Angstbehandlung, um die Depression zum Abklingen zu bringen.

Für Ihre diagnostische Einschätzung brauchen Sie keine umfänglichen Testverfahren. Es reicht, wenn Sie Ihr Kind gezielt beobachten (vgl. Kapitel 2.1) und befragen. Die Angstforschung zeigt, dass genaue Fragen („Wovor hast du am meisten Angst?“) eine bessere Verbindung zu Angstsymptomen herstellen, als wenn das Kind seine Ängste auf einer Angstliste ankreuzen soll. Die im Weiteren aufgeführten Angststörungen geben Ihnen viele Anregungen für Fragen. Bei Kleinstkindern sind Sie allerdings auf Ihre präzise Beobachtung angewiesen. Ein Beispiel finden Sie in diesen Buch (vgl. S. 50).

In etlichen allgemein verständlichen Büchern über Ängste im Kindes- und Jugendalter wirken die dargestellten Angstphänomene oftmals unscharf und verwirrend. Um die Kontur der einzelnen Angststörungen klar und deutlich hervorzuheben, wird auf die Diagnoseschlüssel der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (DSM-IV-TR) verwiesen.

Die Diagnostik und Behandlung von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen ist wissenschaftlich weniger abgesichert als die von Erwachsenen. Die Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter orientiert sich heute weitgehend an der Angstdiagnostik bei Erwachsenen. Es gibt nur eine spezifische Angststörung des Kindes- und Jugendalters, das ist die

- Trennungsangst (vgl. Kapitel 1.6.1).

Alle anderen Angststörungen werden heute sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen diagnostiziert:

- Panikstörung (vgl. Kapitel 1.6.2),
- Agoraphobie (vgl. Kapitel 1.6.3),
- Spezifische, isolierte Phobien (vgl. Kapitel 1.6.4),