

11. Emotionale Störungen

Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter sind zumindest im klinischen Patientengut deutlich überrepräsentiert, sie gehören zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen überhaupt. Prävalenzraten (also in epidemiologischen Studien) liegen dagegen nur zwischen 2,5 % und 5 %. Heute gültige Klassifikationsversuche sind jedoch letztlich unbefriedigend geblieben. Zwar hat die ICD-10 unter F93 eine eigene Kategorie *Emotionale Störungen des Kindesalters* geschaffen, die jedoch die ganze Bandbreite der emotionalen Störungen nur unbefriedigend abbildet. Sie begrenzt diese auf *emotionale Störungen mit Trennungsangst*, *phobische Störungen des Kindesalters*, *Störungen mit sozialer Überempfindlichkeit* und *emotionale Störungen mit Geschwisterrivalität*. Als Grund für die vorgenommene Unterscheidung zwischen den für das Kindes- und Jugendalter und die Adoleszenz typischen emotionalen Störungen und den für das Erwachsenenalter typischen neurotischen Störungen führt die ICD-10 an:

- Forschungsergebnisse zeigen konsistent, dass die Mehrheit der Kinder mit emotionalen Störungen als Erwachsene unauffällig sind (d.h. nur eine Minderheit zeigt neurotische Störungen im Erwachsenenalter). Umgekehrt scheinen viele neurotische Störungen Erwachsener ohne deutliche psychopathologische Vorläufe in der Kindheit erst im Erwachsenenalter zu beginnen. Es besteht also eine erhebliche Diskontinuität der emotionalen Störungen in diesen beiden Altersabschnitten (jedoch auch einige Kontinuität)
- Viele emotionale Störungen im Kindesalter scheinen eher Verstärkungen normaler Entwicklungstrends als eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene darzustellen
- Es besteht die theoretische Annahme, dass die beteiligten psychischen Mechanismen nicht dieselben wie bei den Neurosen Erwachsener sind
- Die emotionalen Störungen des Kindesalters lassen sich weniger eindeutig in spezifische Einheiten, wie etwa phobische Zustände oder Zwangsstörungen, einteilen

Die klinische Erfahrung wie auch empirische Ergebnisse zeigen jedoch, dass diese Unterscheidung durchaus viele Fragen offenlässt. Entgegen manchen Behauptungen steht z.B. die Tatsache, dass depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter relativ häufig sind, deren Klassifikation bereitet dagegen nicht unerhebliche Schwierigkeiten (Kap. 11.3.). Angesichts der eingestandenen Probleme bei der Klassifikation emotionaler Störungen im Kindes- und Jugendalter haben wir es daher vorgezogen, diese der klassischen Neurosen einteilung folgend in *Angststörungen und Phobien*, *depressiven und Zwangsstörungen* einzuteilen. Die traditionellerweise hierunter auch aufgeführten Konversionsstörungen (dissoziative Störungen) haben wir dagegen unter psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik im Kap. 12. abgehandelt. Nicht zuletzt dürfte es auch unter didaktischen Gesichtspunkten dem Leser, der ein ängstliches, depressives oder zwanghaftes Kind zu beurteilen und zu behandeln hat, so leichter fallen, als wenn er ständig zwischen den in der ICD-10 versprengten Kategorien pendeln muss.

11.1. Angststörungen

■ Definition und Klassifikation

Angst gehört zu den frühesten Lebenserfahrungen eines jeden Individuums. Ein angstfreies Leben oder eine angstfreie Erziehung zu propagieren, ist letztlich unrealistisch. Vielmehr kommt es darauf an, dass sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene im Laufe ihres Lebens lernen, mit Ängsten umzugehen und diese zu bewältigen. Von pathologischer Angst ist dann zu sprechen, wenn der Grad und die Dauer der Angstreaktion in einem starken Missverhältnis zu auslösenden und angeschuldigten Ursachen stehen. In der ICD-10 werden unter dem Oberbegriff *Emotionale Störungen des Kindesalters* (F93) aufgeführt: *Emotionale Störungen mit Trennungsangst* (F93.0), *phobische Störungen des Kindesalters* (F93.1), *Störung mit sozialer Überempfindlichkeit* (F93.2) und *Emotionale Störungen mit Geschwisterrivalität* (F93.3). Als spezifische Störung des Kindesalters werden außerdem der *Pavor nocturnus* (F51.4) und das *Schlafwandeln* (F51.3) aufgeführt. Klinisch besonders bedeutsame Formen der Schulverweigerung wie Schulangst oder Schulphobie können in einem symptomergänzenden Katalog (Kap. 1.3.), die Schulphobie zudem unter F 93.0 klassifiziert werden. Entsprechend der Psychopathologie des Erwachsenenalters können eine generalisierte Angststörung (F41.1), die Panikstörung (F41.0) und gemischte Angststörungen (F41.2, 41.3, 41.8) unterschieden werden. Unter anderen spezifischen Angststörungen (F41.8) wird in der ICD-10 ferner die Angsthysterie aufgeführt.

■ Klinisches Bild

Angst zu haben, wird in unserem Kulturkreis meist assoziiert mit Begriffen wie Feigheit, Minderwertigkeit und Schwäche, ist insgesamt etwas Verachtenswertes. Welches Kind, welcher Jugendliche ließe es auf sich sitzen, ein "Angsthase", eine "Bangebüx" oder auch "Schißbüx" genannt zu werden, wobei der Volksmund mit letztgenanntem Ausdruck sehr treffend auf eine der somatischen Antworten der Angst hinweist. Auch Erwachsene – Eltern etwa in unserer Sprechstunde – geben ungern zu, ängstlich zu sein. Sie umschreiben es lieber mit "vorsichtig", "zurückhaltend", "sich Gedanken machen, dass etwas passiert" u.ä.. Dabei gehören Angst und Furcht – die Unterscheidung zwischen beiden lässt sich bei Kindern oft nicht konsequent und sinnvoll durchführen – zu den Gefühlsqualitäten und Affektzuständen, die ebenso wie Freude und Trauer, Wut, Aggression oder Schmerz für eine gesunde psychische Entwicklung und die Lebensbewältigung eines Menschen als unerlässlich und physiologisch angesehen werden müssen. Das Fehlen jeglicher Angst ist eher ein Zeichen eines psychischen Defektes, durch den das Individuum Schaden erleiden kann, weil es reale Gefahren nicht einzuordnen imstande ist. Auf die Signalfunktion der Angst und darauf, dass die Fähigkeit der Angstbewältigung von kognitiven Funktionen entscheidend abhängt, hat bereits Sigmund Freud hingewiesen. Wir sehen dies bei Kindern z.B. mit hirnganischen Psychosyndromen oder bei autistischen und psychotischen Kindern eindrucksvoll bestätigt, wenn sie einerseits auf reale Bedrohungen nicht reagieren, andererseits nicht einfühlbare Veränderungsängste oder gar panische Ängste vor uns belanglos erscheinenden Dingen oder Situationen zeigen.

Die Abgrenzung von normaler und pathologischer Angst gestaltet sich schwierig, da ihre Beurteilung von subjektiven Kriterien abhängig ist. Die Psychologie und die Verhaltensforschung haben sich seit langem schon mit dem Problem einer möglichst objektiven und vergleichbaren Angstmessung auseinandergesetzt. Die für Kinder und Jugendliche erhältlichen Testverfahren (Diagnostik) können manchmal eine Hilfe sein, liefern jedoch nicht selten Falschergebnisse wegen der oben benannten Dissimulierungs- und Bagatellisierungstendenzen. Im Kindes- und Jugendalter zeigen sowohl die physiologischen, normalen als

auch die pathologischen, abnormen Ängste mehr oder weniger alterspezifische Erscheinungsformen. *Säuglinge und Kleinkinder* reagieren in Angstsituationen normalerweise mit Schreien, Weglaufen, Festklammern und Festhalten an der Mutter oder Bezugsperson. Hierdurch werden Angststauungen und Verdrängungen vermieden, es kommt zu einer direkten Angstabfuhr. Auch kann das Kleinkind noch nicht zwischen inneren und äußeren realen und phantasierten Gefahren unterscheiden. Als früheste Manifestationsform wird die sogenannte *Achtmonatsangst* ("fremd-deln") beschrieben. Im *frühen Kleinkindalter* können behandlungsbedürftige Trennungsängste, Angst vor fremden Personen und neuen Situationen auftreten. Im *Vorschulalter* überwiegen diffuse Ängste vor Dunkelheit, Gespenstern und Monstern, vor Naturerscheinungen (Donner, Blitz, Sturm), im *Schulalter bis zur Pubertät* treten Sozialisationsängste auf, häufig in Form von Schulängsten (Angst vor Klassenarbeiten, schlechten Noten, Zurücksetzung durch Klassenkameraden oder Tadel und Kritik von Lehrern). Des Weiteren werden Ängste vor Krankheiten, Verletzungen, vor ärztlichen Eingriffen, vor Unfällen oder vor dem Tod beschrieben. In der Pubertät können massive Reifungsängste auftreten, die sich in Form von sexuellen Ängsten, Onanieskrampeln, Minderwertigkeitsgefühlen und Kontaktschwäche äußern können. In diesem Alter treten auch vermehrt manifeste Krankheiten, wie z.B. Pubertäts-Magersucht, Angst- und Zwangsneurosen auf, die häufig auf Reifungsängsten beruhen.

Typisches Fallbeispiel

Ein 17-jähriger Junge wurde von seinen Eltern vorgestellt, nachdem die Familie durch ihn "absolut an den Rand ihrer nervlichen Belastbarkeit" gekommen war. Aus Angst vor Versagen, vor Lehrern und Schülern, vor Krankheiten und ständig wiederkehrenden körperlichen Beschwerden konnte er seit zwei Jahren nicht mehr die Schule besuchen. Er saß die meiste Zeit zu Hause bei seiner Mutter, war stets unzufrieden, klagsam und wollte bedauert werden. Die ganze Familie war um ihn bemüht, man hatte bereits eine Reihe von Ärzten, Psychologen und Beratungsstellen konsultiert. Die therapeutischen Maßnahmen einschl. diverser Psychopharmaka waren jedoch erfolglos geblieben. Der 17-jährige adipöse junge Mann pflegte von klein auf manchmal unvermittelt, oft jedoch bei Anforderungen, die an ihn gestellt wurden, sich an die Mutter mit dem lapidaren Ausruf zu wenden: "Mama, Angst" (vgl. Abb. 11.1). Dieses Wort zog sich wie ein Leitmotiv durch seine ganze Biographie. Die Mutter,

die die Schwangerschaft mit dem ersten Sohn sehr belastend erlebt hatte, diesen durch eine schwere Geburt bei Steißlage zur Welt brachte, sah der zweiten Gravidität mit einem ungunstigen Gefühl entgegen. Zitat: "Ich hatte irgendwie das Gefühl, dieses Kind wird nicht gut." Als Säugling war er sehr anfällig für häufige Bronchitiden, die ängstlich besorgte Mutter brachte ihn im Alter von neun Monaten zu einer befreundeten Krankenschwester für drei Wochen in Pflege, damit diese ihm eine neuerliche Bronchitis kurieren sollte. Er sei danach "verändert" zurückgekommen, weinte leicht, war leicht verstimmt und ängstlich. Er machte keine Trotzphase durch. Im Umgang mit anderen Kindern wehrte er sich nie. Als er drei Jahre alt war, sollte er in einen Kindergarten gehen. Er wehrte sich jedoch heftigst, mochte sich nicht von der Mutter trennen. Bei jedem Versuch, ihn in den Kindergarten zu bringen, klammerte er sich laut schreiend an sie und wollte sie nicht gehen lassen. Auch wenn sie bei ihm im Kindergarten blieb, gab es nur Tränen und ängstliche Befürchtungen, dass ihn die Mutter doch noch verlassen könnte. Nach wiederholten Versuchen gab die Mutter nach einem halben Jahr ihr Vorhaben auf und ließ ihn zu Hause. Doch auch in der häuslichen Geborgenheit blieb er ängstlich, mochte nachts nicht ohne Licht schlafen, aus Angst vor Dunkelheit, Tieren und Gespenstern. Zum Erstaunen der Mutter verlangte er abends immer wieder, dass sie ihm besonders schaurige und gruselige Märchen vorlas, was er häufig mit nächtlichem Aufschreien und Angstzuständen beantwortete. Auch bei der Einschulung wollte er sich von der Mutter nicht trennen, sie musste ihn täglich zur Schule bringen und wieder abholen. Er klagte häufig über Übelkeit und Kopf- und Bauchschmerzen. "Das kann ich nicht", war seine beständige Rede. So kam es, dass er öfter wegen Krankheit und Unpässlichkeit fehlte und das Pensum nur schwer bewältigte. Auch in späteren Schuljahren äußerte er immer wieder Angst, sich in der Klasse zu blamieren, zu versagen, fürchtete sich extrem vor jeder Klassenarbeit. Mit Beginn der Pubertät hatte er mit weiteren Schwierigkeiten zu kämpfen. Da er übermäßig aß und naschte, war er unförmig dick geworden, war durch eine Akne weiter verunsichert und litt unter starken Minderwertigkeitsgefühlen. Die aufkommende Sexualität erfüllte ihn mit weiteren Ängsten, obwohl er in der Schule aufgeklärt war, aber zu Hause wurde dieses Thema tabuisiert. Er onanierte mit großen Schuldgefühlen gelegentlich. Er hatte keine Freunde, mit denen er sich hätte aussprechen können, und Mädchen getraute er sich überhaupt nicht anzusprechen. Er fehlte immer häufiger in der Schule, zog sich weiter zurück, bis es zu dem oben geschilderten Bild einer totalen Schulverweigerung kam.

Die Familie lebte in äußerlich geordneten Verhältnissen. Die Mutter war eingeständenermaßen ebenfalls sehr ängstlich, vorsichtig und überfürsorglich, während der etwas farblose, ängstlich verzagte, ordentliche und ge-

wissenhafte Vater eher im Hintergrund blieb. Gelegentlich soll er heftige Anfälle von Jähzorn gezeigt haben. Der ältere Bruder dagegen schien sich unbeschadet entwickelt zu haben: Er war ein vitaler, im Gymnasium erfolgreicher Junge, auf den die Eltern stolz und der Patient sehr eifersüchtig waren.



Abb. 11.1: Bild des o. a. Patienten aus dem 9. Lebensjahr: "Mama, Angst".

In diesem Fallbeispiel gibt es eine Fülle von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter zu demonstrieren. Die Trennung des Patienten von seiner Mutter im Alter von neun Monaten, einem Zeitpunkt, wo Säuglinge zu lernen begonnen haben, auf unvertraute Personen mit dem Phänomen des "Fremdelns" zu reagieren, hatte offensichtlich traumatisch gewirkt. Obwohl Trennungsängste im frühen Kindesalter als vorübergehende Erscheinung physiologisch sind, können bei symbiotischen Mutter-Kind-Beziehungen pathologisch überhöhte Formen auftreten. Die hier geäußerten extremen und oft unrealistischen Befürchtungen im Zusammenhang mit einer tatsächlichen oder befürchteten Trennung, begleitet von somatischen Symptomen (besonders später im Schulalter) sind ebenso typisch wie Schreien, Wutausbrüche, stän-

diges Unglücklichsein, Apathie oder sozialer Rückzug.

Eine spezifische kinderpsychiatrische Störung ist der *Pavor nocturnus*, der am häufigsten im Vorschulalter auftritt. Die betroffenen Kinder geraten häufig jede Nacht in einen Zustand, der durch Zeichen schwerer ängstlicher Erregung mit lautem Weinen oder Schreien, Rufen und Sprechen gekennzeichnet ist. Nicht selten wird auch Einnässen oder Umherlaufen und Desorientiertheit beobachtet. Der *Pavor nocturnus* muss von Alpträumen abgegrenzt werden: während sich an letztere die Kinder in der Regel lebhaft erinnern und es dadurch häufig spontan aufwacht, besteht für den *Pavor nocturnus* am nächsten Morgen eine Amnesie (vgl. auch Kap. 12.6.).

Klinisch bedeutsam ist die genaue Unterscheidung von *Schulphobie*, *Schulangst* und *Schule schwänzen*. Bei der *Schulphobie* (vgl. Abb. 11.2) handelt es sich um eine auf die Schule projizierte Trennungsangst von den Bezugspersonen. Schulphobische Kinder versuchen häufig, durch Vorgeben somatischer Beschwerden, wie Übelkeit, Kopf- und Leibschmerzen, Erbrechen und Appetitstörungen, den Schulbesuch zu umgehen. Die zugrundeliegende Trennungsangst bleibt den Kindern in der Regel unbewusst, oder sie trauen sich nicht, dies zuzugeben. Auf diese Weise bleiben diese Kinder oft wochen- bis monatelang, in Einzelfällen auch jahrelang, zumal wenn keine effektive Behandlung erfolgt, der Schule fern. (Weitere Merkmale ⁸⁸ Diagnostische Leitlinien der Trennungsangst).

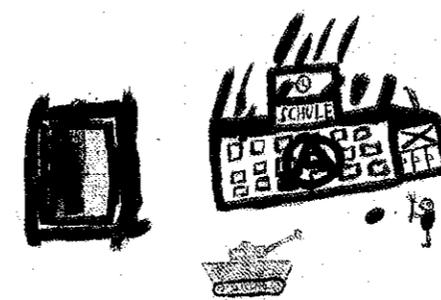


Abb. 11.2: Bild eines 13jährigen Jungen mit Schulphobie.

Die *Schulangst* ist eine auf den Lebensraum Schule gerichtete Angst. Die Kinder versuchen, aus Angst vor Leistungsversagen aufgrund von tatsächlichen Lernschwächen, Begabungsmängeln, Teilleistungsstörungen oder befürchteten Insuffizienzgefühlen (emotional bedingte Lernstörungen bzw. -hemmungen) oder auch wegen körperlicher Gebrechen (Dysmorphien, Krankheiten, Ungeschicklichkeit) der Schule fernzubleiben.

Beim *Schulschwänzen* vermeiden die Kinder unlustbesetzte Anforderungen der Schule zugunsten von lustbetonten Verhaltensweisen in Form von Bummeln, Herumstreunen, Aufenthalt in Spielhallen oder Kaufhäusern u.a.. Die Symptomatik tritt in der Regel im Rahmen von dissozialen oder Verwahrlosungsstörungen auf und wird im Kap. 14.2. näher beschrieben.

	Schulphobie	Schulangst	Schulschwänzen
Symptomgenese	Verdrängung der Angst vor Verlassenwerden von der Mutter → Verschiebung auf Schule	Ausweichen aus Leistungs- oder Sozialängsten	Vermeidung von Unlust → Überwechseln in lustbetonte Verhaltensweisen
pathogene Faktoren	Mutter-Kind-Symbiosen, Verlassenheitsängste	psychische oder physische Insuffizienz (Lernschwächen, Körperschwächen)	mangelnde Gewissensbildung, Deprivationssyndrome, Bindungsschwäche
Effekt	Mutter-Kind-Gemeinschaft bleibt erhalten, Gefahr der Trennung bleibt → Konflikt aufschub	zunächst affektive Erleichterung aber Angst vor Kontaktabbruch, Liebesentzug der Eltern	ambivalente Bejahung der Schulverweigerung und der Risiken der Ersatzhandlungen, Furcht vor Strafe

Tab. 11.1: Formen der Schulverweigerung (modifiziert nach Nissen, in: Eggers, C. et al.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer, 1994).

Bevorzugt in der späten Kindheit und im Reifungsalter sind generalisierte Angststörungen und auch Panikstörungen anzutreffen (genauer zur Symptomatik \Rightarrow unter Diagnostische Leitlinien).

■ Diagnose

Die Diagnose der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter stützt sich im wesentlichen auf eine sorgfältige Anamneseerhebung, Exploration und Verhaltensbeobachtung. Fragebögen, wie z.B. der Kinder-Angst-Test (KAT) oder der Angstfragebogen für Schüler (AfS) oder verschiedene Persönlichkeits-Fragebogen können ergänzend eingesetzt werden, sind aber wegen der geschilderten Dissimulationstendenzen eventuell beschränkt valide.

Nach der ICD-10 sind die diagnostischen Leitlinien der *emotionalen Störung mit Trennungsangst* des Kindesalters durch folgende Merkmale definiert:

Das diagnostische Hauptmerkmal ist eine focusierte, ausgeprägte Angst vor der Trennung von solchen Personen, an die das Kind gebunden ist (üblicherweise Eltern oder andere Familienmitglieder). Sie ist nicht lediglich Teil einer generalisierten Angst in vielen Situationen. Es kommen vor:

- unrealistische, vereinnahmende Besorgnis über mögliches Unheil, das Hauptbezugspersonen zustoßen könnte, oder Furcht, dass sie weggehen und nicht wiederkommen können
- unrealistische, vereinnahmende Besorgnis, dass irgendein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson trennen werde, beispielsweise, dass das Kind verlorengelassen, gekidnappt, in das Krankenhaus gebracht oder getötet wird
- aus Furcht vor der Trennung, mehr als aus anderen Gründen, wie Furcht vor Ereignissen in der Schule resultierende überdauernde Abneigung oder Verweigerung, die Schule zu besuchen
- anhaltende Abneigung oder Verweigerung, ins Bett zu gehen, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe ist
- anhaltende unangemessene Furcht, allein oder tagsüber ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein

- wiederholte Alpträume über Trennung
- wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) bei Trennung von einer Hauptbezugsperson, wie beim Verlassen des Hauses, um in die Schule zu gehen
- extrem wiederkehrendes Unglücklichsein (z.B. Angst, Schreien, Wutausbrüche, Unglücklichsein, Apathie oder sozialer Rückzug in Erwartung von, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson)

Die diagnostischen Leitlinien des *Pavor nocturnus* (F51.4) und des *Schlafwandels* (F51.3) werden im Kap. 12.6. Schlafstörungen abgehandelt.

Die diagnostischen Leitlinien der generalisierten *Angststörung* (F41.1) sehen vor: Die betreffende Person muss primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, aufweisen. In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:

- Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw.)
- motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerzen, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen)
- vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit etc.)

Die *Panikstörung* oder *episodisch paroxysmale Angst* (F41.0) ist wie folgt definiert:

Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren vegetativen Angstanfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat aufgetreten sind:

- in Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht
- die nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sein dürfen
- zwischen den Etappen müssen weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig)

Checkliste

Außer Routinediagnostik:

- ✓ sorgfältige Anamneseerhebung, Exploration und Verhaltensbeobachtung
- ✓ zusätzlich Fragebögen, z.B.:
 - ✓ Kinder-Angst-Test (KAT)
 - ✓ Angst-Fragebogen für Schüler (AfS)
 - ✓ Childrens Apperception Test (CAT)
 - ✓ Thematic Apperception Test (TAT)
 - ✓ Sceno-Test
 - ✓ Rorschach-Verfahren

■ Differentialdiagnose

- Trennungsangst (F93.0)
- phobische Störung des Kindesalters (F93.1)
- bei Schulphobie Abgrenzung von Schulangst und Schulschwänzen
- Störung mit sozialer Überempfindlichkeit des Kindesalters (F93.2)
- affektive Störungen (F30-39)
- neurotische Störungen (F40-49)
 - depressive Episode (F32)
 - phobische Störung (F40)
 - Panikstörung (F41.0)
 - Zwangsstörung (F42)
- Panikstörung (F41.0)
 - phobische Störung (F40)
 - affektive Störungen (F32-38)

■ Ätiopathogenese

Nach dem bisher Gesagten dürfte deutlich geworden sein, dass bei der Beurteilung von Angstsyndromen im Kindes- und Jugendalter die Wertigkeit physiologischer, alterstypischer und pathologischer Ängste zu berücksichtigen ist. Es gibt Kinder, die Angstsyndrome aus vollständiger emotionaler Stabilität heraus entwickeln können, oft reaktiv auf belastende Umweltfaktoren, wie Trennungserfahrungen, Miterleben von Erkrankungen oder Verlust von Bezugspersonen durch Tod oder Trennung bzw. Scheidung, chronische Eheproble-

me, Krankenhausaufenthalte des Kindes mit ängstigen medizinischen Maßnahmen oder Operationen, oder auch psychische, körperliche und sexuelle Misshandlung. Häufig sind Kinder und Jugendliche betroffen mit einer erhöhten konstitutionellen Ängstlichkeit und Angstbereitschaft, die eine besondere Affinität aufweisen zur Übernahme von Furcht- und Angststimmungen aus der Umgebung (Angstinduktion). Von großer Bedeutung ist auch das soziale Umfeld: Ängstliche, überbehütende lebensunsichere Mütter und Väter, inkonsequente, schwankende pädagogische Haltungen, wie auch ablehnende, feindselige Einstellungen der Eltern, ein Wechsel von Verwöhnung und Feindseligkeit oder auch psychotische und depressive Mütter können angstinduzierend sein. Von großer Bedeutung ist die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, d.h. inwieweit die Eltern in der Lage sind, für die Kinder ein Vorbild zu sein bei der Angstbewältigung. Nicht selten werden in Familien wahrhafte Angsttraditionen weitergegeben, mit denen die Großeltern ihren Töchtern und Söhnen und diese wiederum ihren Kindern ängstliche Erwartungshaltungen und Befürchtungen weitervermitteln. Zu beachten ist weiterhin, dass Ängste durchaus auch lustbetont (man spricht in diesem Zusammenhang von einer Angstlust) erlebt werden können. Es ist gar nicht so selten, dass besonders ängstliche Kinder häufig aktiv Situationen herbeiführen, von denen sie fürchten, überwältigt zu werden, indem sie z.B. darauf dringen, dass ihnen besonders gruselige oder angsteinflößende Märchen oder Gruselgeschichten vorgelesen werden. Dieses Phänomen ist jedoch bedeutsam für notwendige Erfahrungen zur Angstbewältigung.

■ Therapie, Verlauf, Prognose

Die Einleitung einer Therapie ist wiederum abhängig von der Klassifikation in physiologische, alterstypische und pathologische Angstsyndrome. Bei Trennungsängsten, Pavor nocturnus und reaktiven Angstsyndromen im Kindesalter liegt der Schwerpunkt auf einer intensiven Elternberatung. Häufig ist zu beobachten, dass besonders bei den Müttern behandlungsbedürftige Angststörungen vorliegen, die einer individuellen Psychotherapie bedürfen. Falls grobe Erziehungsfehlhaltungen vorliegen, die Eltern sich uneinsichtig zeigen oder ihre Kinder psychisch, körperlich oder gar sexuell misshandeln, müssen notfalls fürsorgliche Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt

ergriffen werden mit dem Ziel, das Kind aus dem häuslichen Milieu zu entfernen und in eine kinderpsychiatrische Abteilung, ein heilpädagogisches Heim oder in eine Pflegestelle zu vermitteln. Bei Kindern mit *Schulangst* muss zunächst der Schwerpunkt auf eine umfassende Diagnostik (Feststellung von Leistungs- oder Begabungsmängeln, Teilleistungsstörungen, körperlichen Ursachen) gelegt werden und danach Fördermaßnahmen, eventuell Umschulung u. ä. veranlasst werden. Bei der *Schulphobie* ist wegen der erheblichen pathogenen Einflüsse aus der Familie und der Neigung zur Chronifizierung eine stationäre Aufnahme des Kindes oder Jugendlichen oft nicht zu umgehen. Diese Maßnahme ist oft unerlässlich, da sich anders die symbiotischen Beziehungen, die die Autonomie und notwendige Verselbständigung des Kindes verhindern, nicht beeinflussen lassen. Hier gilt es, zunächst die zugrundeliegenden Konflikte, d.h. besonders die Trennungsangst des Kindes offenzulegen und danach ein Arbeitsbündnis zwischen Kind und Eltern herzustellen. Die Zusammenarbeit mit den betroffenen Lehrern und deren Information über die zugrundeliegende Störung ist von großer Bedeutung. Alle Faktoren, die das Vermeidungsverhalten des Kindes unterstützen, müssen nach Möglichkeit vermieden werden, d.h. der Schulbesuch des Kindes muss sobald wie möglich wieder durchgesetzt werden, alle Ausweichmanöver des Kindes (Vorschützen von somatischen Beschwerden) müssen strikt unterbunden werden. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik profitieren diese Kinder besonders durch soziale Erfahrungen in der Kindergruppe, in der sie ihre soziale Kompetenz erweitern und in ihrem Realitätsbezug geschult werden können. Bei den *generalisierten Angststörungen* herrscht Uneinigkeit darüber, welchen Therapieverfahren der Vorzug gegeben werden soll. Viele Kinder profitieren davon, wenn sie das autogene Training erlernen, das ihnen Möglichkeiten der Selbstreflexion, Selbstkontrolle und der Autonomie vermittelt. Der unkritische Einsatz von Tranquilizern ist im allgemeinen nicht indiziert, es werden dagegen kurzfristige Besserungen unter z.B. Clobazam (Frسيوم®), Lorazepam (Tavor®) oder Betablockern (Dociton®, Beloc®) berichtet. Der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva wird zwar oft propagiert, bedarf aber wegen der Nebenwirkungen einer ständigen ärztlichen Überwachung.

Der Verlauf der meisten Angstsyndrome im Kindesalter wird als eher günstig beurteilt, zumal spontane Remissionen nicht selten sind. Besonders wenn frühzeitige therapeutische Interventionen ausbleiben, neigen viele Angstsyndrome zur Chronifizierung. Eine ausgeprägte Schulphobie bedarf dagegen immer einer effizienten Einzel- und Familienpsychotherapie. Katamnestiche Untersuchungen belegen, dass diese Kinder häufig psychisch auffällig bleiben, wobei besonders emotionale Störungen und Phobien gehäuft auftreten. Generell ist anzumerken, dass sich die Prognose mit zunehmender Chronifizierung generell verschlechtert, was eine frühzeitige therapeutische Intervention notwendig macht.

■ Hinweise für die Elternberatung

- Berücksichtigung physiologischer, alterstypischer und pathologischer Ängste
- Entlastung von Schuldgefühlen bei konstitutionell bedingten Ängsten
- bei Schulphobie Rat zu frühzeitiger stationärer Behandlung, um eine Chronifizierung zu vermeiden
- bei behandlungsbedürftigen Angststörungen von Mutter und/oder Vater Empfehlung, eine eigene Psychotherapie durchzuführen

■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Überbewertung oder Bagatellisierung der bestehenden Ängste
- bei Schulphobie: Schulbefreiung, da diese die Trennungsangst verstärkt
- vorzeitige Entlassung ohne konkrete Vereinbarung über Weiterbehandlung oder Wiederaufnahmevereinbarung

11.2. Phobische Störungen

■ Definition und Klassifikation

Nach der ICD-10 wird unter der Ziffer F40 eine Gruppe von Störungen klassifiziert, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte – außerhalb der betreffenden Person – hervorgerufen wird. Diese Situationen oder Objekte werden charakteristischerweise ge-

mieden oder voller Angst ertragen. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden und reicht von leichtem Unbehagen bis hin zur panischen Angst. Befürchtungen des Betroffenen können sich auf Einzelsymptome, wie Herzklopfen oder Schwächegefühle beziehen und treten häufig zusammen auf mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Die Angst wird nicht durch die Erkenntnis gemildert, dass andere Menschen die fragliche Situation nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.

• Agoraphobie

(ortsbezogene Phobien, z.B. vor offenen Plätzen, vor Menschenmengen, vor Zügen, Bussen oder Flugzeugen), es können Agoraphobien ohne Panikstörungen (F40.00) bzw. mit Panikstörung (F40.01) differenziert werden

• soziale Phobien

(Fürcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen, Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Zusammentreffen mit dem anderen Geschlecht oder Angst, in der Öffentlichkeit zu erbrechen)

• spezifische (isolierte) Phobien (F40.2) (z.B. Tiere, Höhe, geschlossene Räume u. a.)

Tab. 11.2: Spezifizierungen der Phobien nach ICD-10.

In der ICD-10 wird des weiteren unter F93.1 die phobische Störung des Kindesalters beschrieben. Diese Kategorie soll nur für entwicklungsphasenspezifische Befürchtungen verwendet werden, wobei

- der Beginn in der entwicklungsangemessenen Altersstufe liegen soll
- das Ausmaß der Angst klinisch abnorm ist
- die Angst nicht Teil einer generalisierten Störung ist

■ Epidemiologie

Wegen der Schwierigkeit bei der definitorischen Abgrenzung von Furcht und Phobie und bei der Klassifikation überhaupt (Abgrenzung von Angst,

Zwang und Depressionssymptomatik) sind Angaben über Häufigkeit sehr uneinheitlich. Es werden 13 % ausgeprägte Phobien bei 8jährigen und 7 % bei 13jährigen angegeben, unter Einschluss von Agoraphobie, sozialen und isolierten Phobien. Eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes soll zumindest im Kindesalter gelten. Bei 18jährigen werden 6 % ausgeprägte Phobien mit einer Relation von 1 : 3 männlichen zu weiblichen Patienten genannt. Panikstörungen werden bei 1,5 % der 18jährigen, bei jüngeren dagegen kaum angegeben.

■ Klinisches Bild

Typisches Fallbeispiel

Ein 13jähriger Junge erlebte alle Situationen, die mit dem Essen zusammenhingen, nach der Scheidung seiner Eltern in seinem 10. Lebensjahr als sehr angstbesetzt. Er vermied es möglichst, an gemeinsamen Mahlzeiten mit seiner Mutter und seinem Bruder teilzunehmen oder zögerte den Beginn immer wieder hinaus. Er befürchtete, dass sich bestimmte Nahrungsmittel (z.B. Fleisch, Gemüse, Salat, Getränke) nicht in seinem Magen miteinander "vertragen". Als Folge befürchtete er, erbrechen zu müssen. Diese Angst vor dem Erbrechen steigerte sich zu panischen Angstanfällen, wenn er in der Öffentlichkeit, z.B. in der Schule oder im Kaufhaus war. Er war dann ganz damit beschäftigt, nach einem Fluchtweg Ausschau zu halten, und wenn er den nicht sah, geriet er in Panik. Er konnte aus diesem Grund mehrfach die Schule nicht besuchen und schützte dann körperliche Krankheiten oder Unwohlsein vor. Es war ihm nicht möglich, ein Kino oder Theater zu besuchen, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen oder eine längere Reise anzutreten. Seine Mutter befand sich wegen einer generalisierten Angststörung, hypochondrischen Ängsten und Panikattacken in längerer psychotherapeutischer Behandlung. Zwischen Mutter und Sohn bestand eine uneingestandene Rivalität darum, wer in der Familie am meisten Angst hatte, bzw. wer am kränksten war. Der Junge konnte mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Expositionsversuche, Desensibilisierung und Konditionierung) unter Einbeziehung des autogenen Trainings nach einjähriger Therapie von seiner Symptomatik weitgehend befreit werden. Im Alter von 17 Jahren trat erneut die Angst vor Erbrechen in der Öffentlichkeit massiv wieder auf, nachdem er sich seiner eigenen Homosexualität bewusst worden war. Während dieser Behandlungsphase konnte durch aufdeckende und stützende Einzelgespräche unter Einbeziehung der Mutter nach einem halben Jahr Symptomfreiheit erzielt werden (Klassifikation unter Agoraphobie F40.0 in Kombination mit sozialen Phobien F40.1).