

**Die Angst als Symptom und
als Symptom erzeugende Macht
Angst und Angstbewältigung
im Kindes- und Jugendalter**

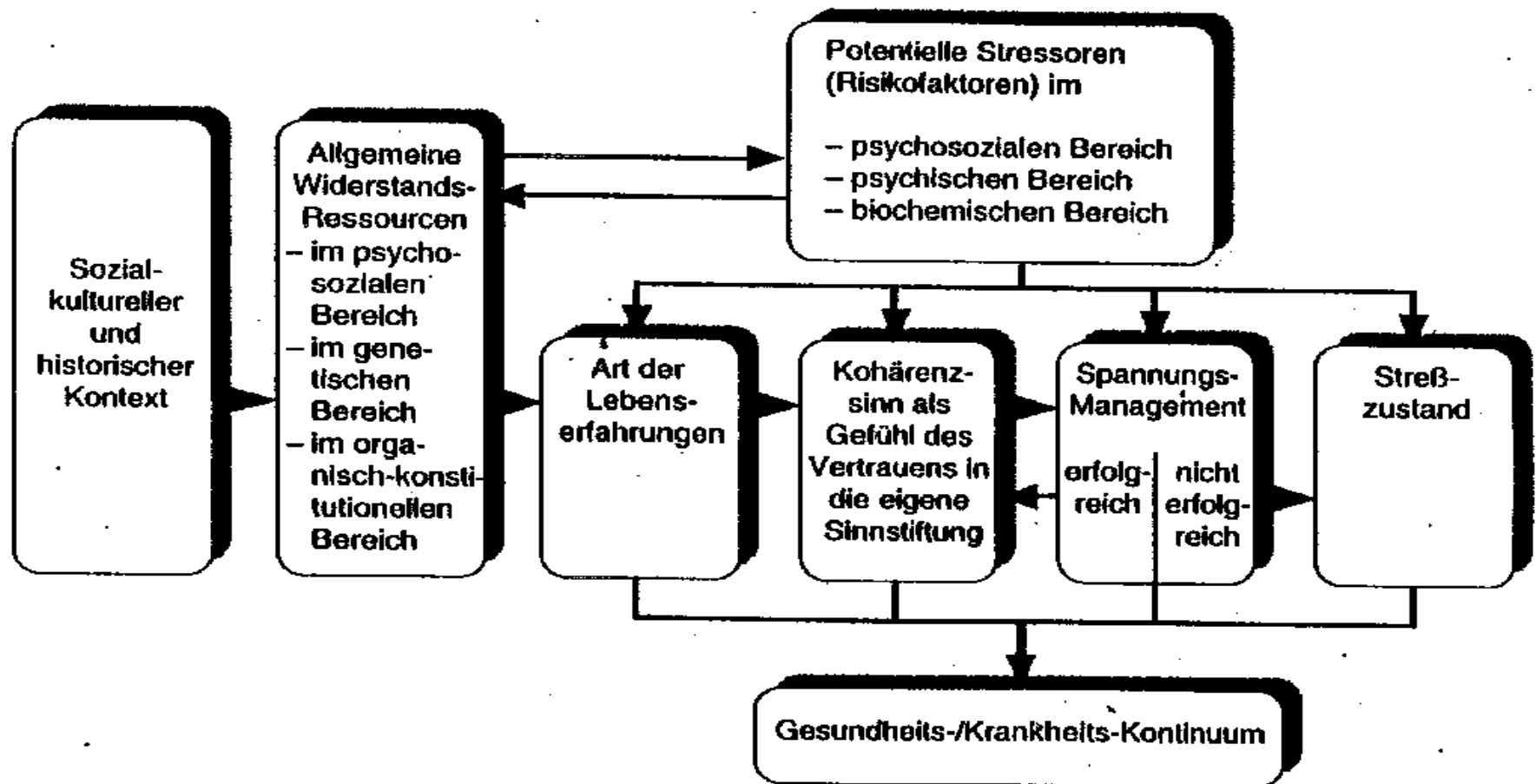
Matthias Wildermuth, Herborn

Gliederung

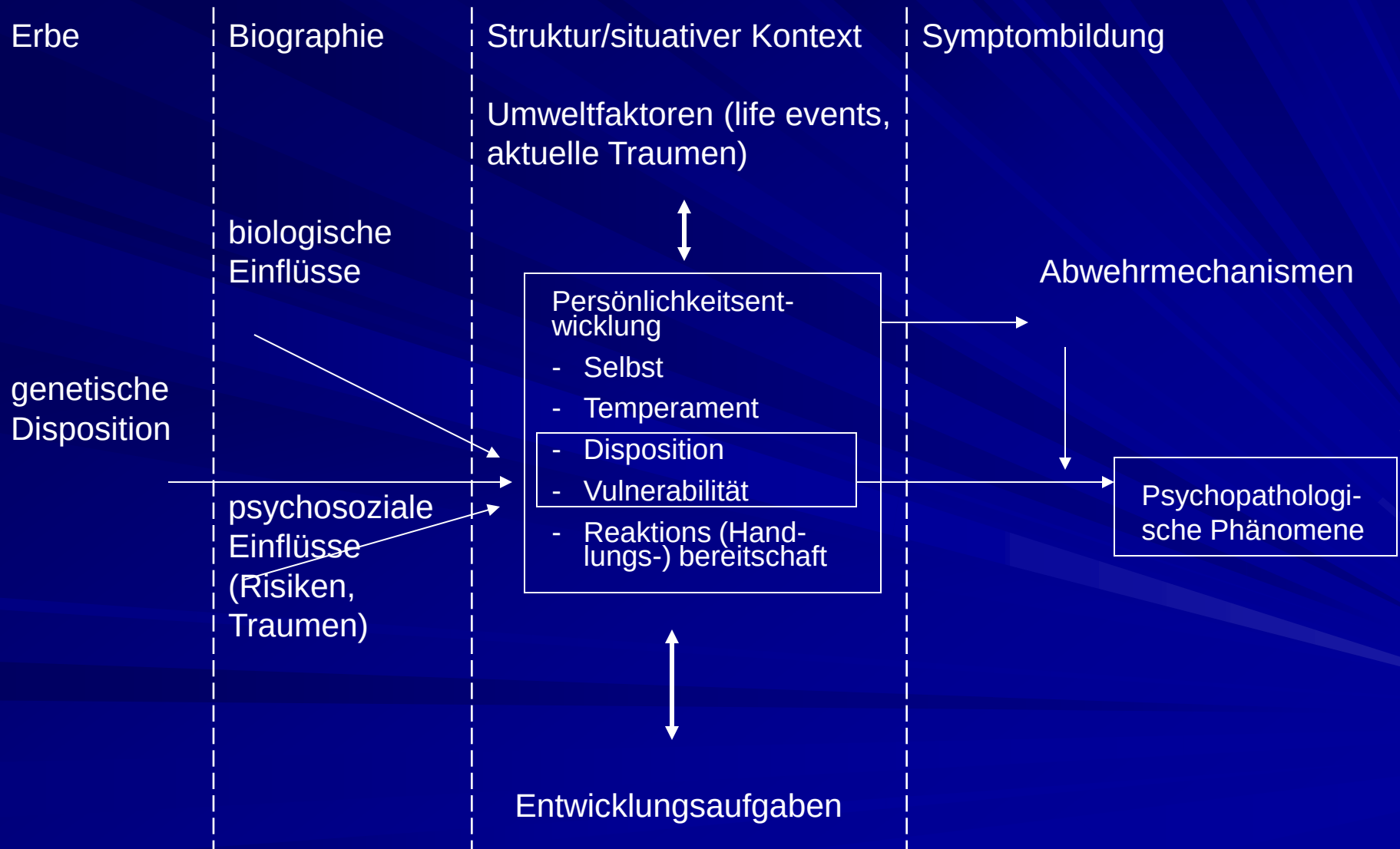
1. Psychologie der Emotionen
2. Störungsmodelle zur emotionalen Entwicklung
3. Ängste und Phobien
4. Risikofaktoren
5. Genese der Angst
6. Angststörungen
7. Frühe Belastungen und ihre Folgen incl. Traumata
8. Abgewehrte Ängste
9. Therapeutische Interventionen
10. Bilder zu den Ängsten und Belastungen

1. Psychologie der Emotionen

Das Modell der Salutogenese



Interaktives Entwicklungsmodell psychologischer Phänomene



Schema der Emotionsentwicklung

Primäre Emotionen

- Freude (ab 4-6 Wochen)
- Furcht (ab 6-8 Wochen)
- Ärger (ab 2-4 Monate, zuverlässig ab 7 Monate)
- Kummer (ab 1-3 Monate)
- Ekel (ab Geburt)
- Überraschung (ab Geburt mit 6 Monaten sicher nachweisbar)

Kognitive Fähigkeiten der Selbstreferenz
(ab 15-24 Monaten)

Selbstbewusste Emotionen 1. Ordnung (ab Ende des 2. Jahres)

- Verlegenheit
- Einfühlung
- Neid

Kognitiver Erwerb von sozialen Standards,
Regeln des Verhaltens

Selbstbewusste Emotionen 2. Ordnung

- Stolz
- Scham
- Schuld

Emotionale Deutung der Situation	Objektbezogene Handlungsabsicht	Objektbezogener Appell
Interesse: Die Situation ist so, dass ich neugierig bin auf etwas/jemanden	Ich möchte das interessante Gegenüber erforschen, kennen lernen	Du Objekt lass dich von mir ansehen, anfassen, untersuchen
Angst: Die Situation ist so, dass ich mich fürchte vor etwas/jemanden	Ich möchte mich vor dem bedrohlichen Anderen in Sicherheit bringen	Du Objekt tu mir nichts, bleib weg von mir, ich will weg von dir
Wut: Die Situation ist so, dass ich mich ärgere über etwas/jemanden	Ich leite einen Angriff gegen den bösen Anderen ein	Du Objekt verschwinde, sonst greife ich dich an und beschädige dich
Traurigkeit: Die Situation ist so, dass ich trauere über etwas/jemanden	Ich möchte den verlorenen Anderen zurück gewinnen	Du Objekt komm zurück und sei wieder für mich da
Ekel: Die Situation ist so, dass ich etwas/jemanden verabscheue	Ich möchte das unheimliche Objekt von mir weg, aus mir heraus bekommen (wegstoßen, ausspucken, ausschnauben)	Du Objekt geh hinaus aus mir

Affektsysteme des Säugetier-Gehirns (Panksepp 1998/2005)
VTA ventrales tegmentales Areal, **PAG** Periaquäduktales Grau,
HT Hypothalamus, **BNST** Bettnukleus der Stria terminalis

System	Evolutionäre Umweltbedingungen	Motivationale Tendenzen	Stimulusbezogenes Verhalten	Neuroanatomie
SEEKING	Positive Anreize: Nahrung, Sexualität, Kontakt	Begehren Hoffnung Erwartung	Objektloses Suchen Selbststimulation Exploration	Transmitter <i>Dopamin</i> Lateraler HT (im Wachzustand präfrontal gehemmt) N. Accumbens - VTA
RAGE	Imitation der Haut Mangel Frustration	Hass Wut	Beißen Angreifen Kämpfen	Von medialer Amygdala zum BNST Von medialem HT zum PAG
PANIC	Sozialer Verlust Schmerz-/ Temperatur- Regulation	Einsamkeit Trauer Trennungs- Distress	Distress Vocalisations Bindung	<i>Opiate, Oxytocin</i> Aufsteigend von PAG BNST, G. Cinguli, präoptische Region
FEAR	Schmerz Gefahr der Zerstörung	Angst Alarmierung Schrecken	Flucht, Totstellreflex Autonome Reflexe (Herz, Darm ...)	Von anteriorer zentraler und lateraler Amygdala zum medialen HT, zum dorsalen PAG

Fähigkeiten / Fertigkeiten (sozial-)emotionaler Kompetenz (Saarni, 2002)

1. Bewusstheit über den eigenen emotionalen Zustand
2. Die Fähigkeit, Emotionen anderer Menschen auf der Grundlage von Merkmalen der Situation und des Ausdrucksverhaltens zu erkennen
3. Die Fähigkeit, das Vokabular der Gefühle und Ausdruckswörter zu benutzen
4. Die Fähigkeit, empathisch auf das emotionale Erleben von anderen Menschen einzugehen
5. Die Fähigkeit, aversive oder belastende Emotionen und problematische Situationen in adaptiver Weise zu bewältigen
6. Die Fähigkeit zur emotionalen Selbstwirksamkeit; die Person ist der Ansicht, dass sie sich im Allgemeinen so fühlt, wie sie sich fühlen möchte.

2. Störungsmodelle der emotionalen Entwicklung

Hypothetisches Modell zum Zusammenhang von Bindungsunsicherheit, Morbiditätsrisiko und Krankheitsverhalten (Maunder u. Hunter 2001)

Unsichere Bindung

- a. gesteigerte physiologische Stressreaktion
- b. beeinträchtigte individuelle Stressregulation
- c. fehlende "soziale Modulation" von Stress

Neigung zu externen „Regulatoren“ (exzessives Essen, risikoreiches Sexualverhalten, Alkohol, Nikotin etc.)

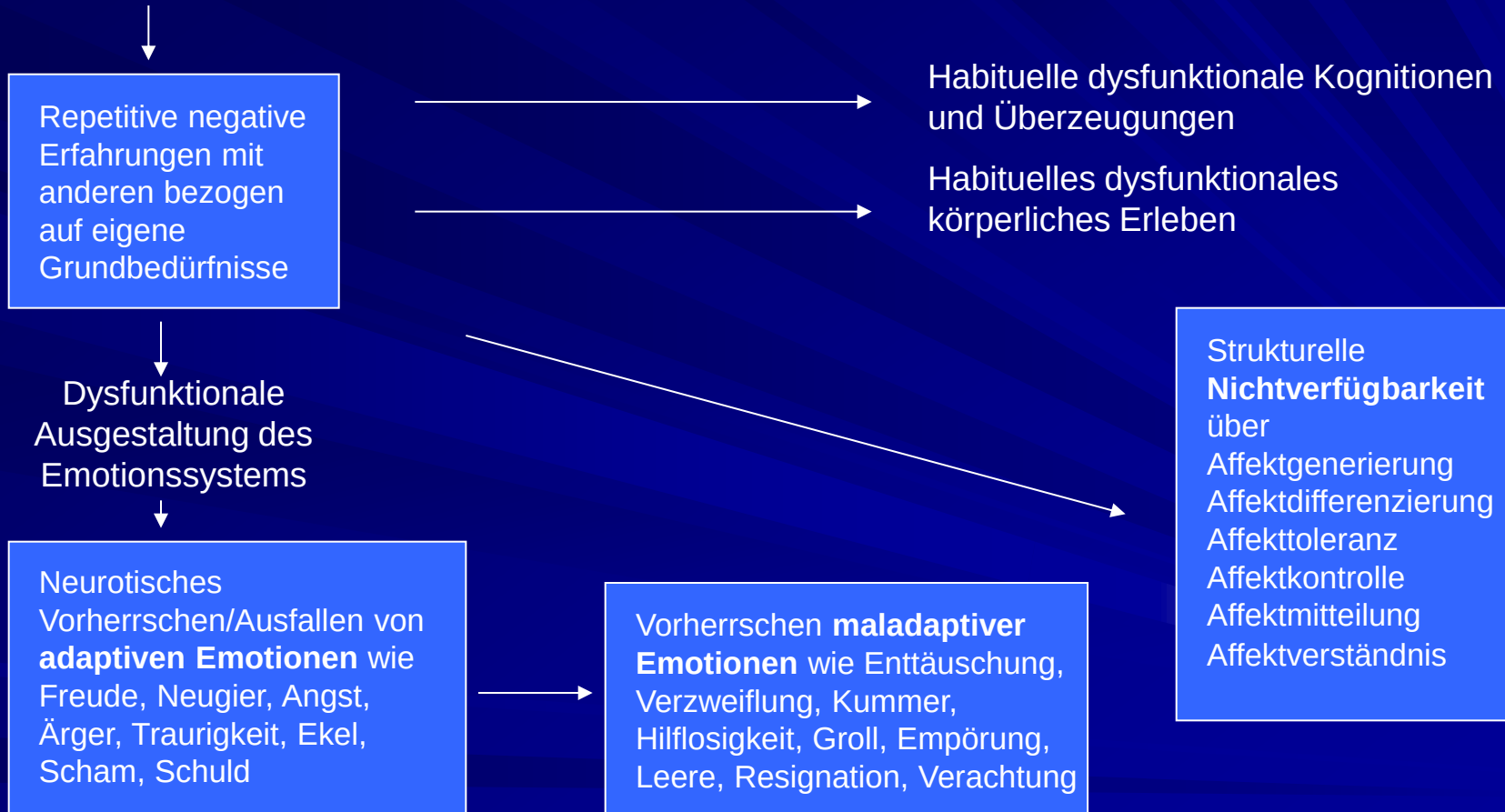
Ungünstige Nutzung protektiver Faktoren (Hilfesuche, soziale Unterstützung, Compliance, Selbstfürsorge etc.)

Herabgesetzte Selbstaufmerksamkeit, geringes Vorsorgeverhalten, verminderte Inanspruchnahme

Krankheit

Die Entwicklung von Störungen des Emotionssystems

Grundbedürfnisse



Grundkonflikt

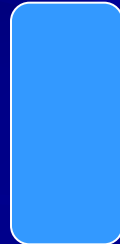
Nähe



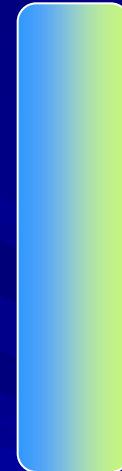
Bindung



Autonomie



Identität



Konflikt
Anteil

Struktur
Anteil

Die Grundkonflikte im Vergleich

Die Grundkonflikte sind bezogen auf die vier großen entwicklungspsychologischen Reifungsschritte: Entwicklung des Kommunikationssystems, des Bindungssystems, des Autonomiesystems, des Identitätssystems. Die späteren Grundkonflikte tragen deutlichere Züge des Konflikthaften, während bei den früheren Konflikten die Spannung zwischen Bedürfnis und Versagung im Vordergrund steht.

In diesen vier Konfliktmustern sind zentrale **Grundbedürfnisse** des Menschen, in den Mittelpunkt gestellt: Das Bedürfnis, in Beziehung zu sein, beim Anderen geborgen zu sein, autonom zu sein und identisch zu sein. Diese Grundbedürfnisse bedingen zugleich Modi des Umgangs mit Anderen und **Modi des eigenen Seins**.

- Überhaupt existent und auf die Objekte ausgerichtet sein.
- In der Gemeinsamkeit mit dem wichtigen Anderen aufgehoben und liebenswert sein.
- In der Auseinandersetzung mit Anderen selbst verantwortend und selbst behauptend sein.
- In der eigenen geschlechtlichen und sozialen Rolle und den damit verbundenen Beziehungen identisch sein.

Daraus lassen sich vier **zentrale Ängste** ableiten:

- Die Angst, sich selbst zu verlieren.
- Die Angst, sein wichtiges Objekt zu verlieren.
- Die Angst, die Selbstverfügbarkeit oder die Zustimmung der Objekte zu verlieren.
- Die Angst, Aspekte der psychosexuellen, körperlichen oder sozialen Identität zu verlieren.

Schließlich lassen sich die Grundkonflikte hinsichtlich ihrer **Leitaffekte** vergleichen:

- Der Grundkonflikt der Beziehung stellt sich durch diffuse Erregung oder sich ausbreitende Leere dar, das heißt wenig differenzierte, aber sehr bedrohliche Affekte, welche ihrerseits panikartige Angst auslösen können.
- Beim depressiven Grundkonflikt stehen Schmerz, Verzweiflung, Traurigkeit, Wut, Enttäuschung, Hilflosigkeit psychodynamisch im Mittelpunkt.
- Der Grundkonflikt der Autonomie ist durch Angst in jeder Form gekennzeichnet (generalisierte Ängstlichkeit, anfallsartige Panik oder phobisch gebundene Angst).
- Im Grundkonflikt der Identität stehen Verwirrung, Ratlosigkeit und Beschämung sowie stark wechselnde Affekte und Erotisierung im Vordergrund.

Verschiedene Strukturniveaus orientiert an den vier psychoanalytischen Psychologien (nach Pine 1990)

Integrierte Struktur	Mäßig integrierte Struktur	Gering integrierte Struktur	Desintegrierte Struktur
Selbst und Objekt-repräsentanzen getrennt	Selbst- und Objektrepräsentanzen getrennt	Gute/böse Teilobjekte Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht integriert	Undifferenzierte Selbstobjekte
Objektkonstanz	Objektkonstanz störbar, Objekte austauschbar	Keine Objektkonstanz, Objekte austauschbar	Keine Objektkonstanz
Ödipale Konflikte (Dreieckssituation)	Separations- und Individuationskonflikte	Sexualisierung präödipaler Konflikte	Wahnideen
Triebimpulse kontrollierbar	Symbiotische, orale, narzisstische Strebungen im Vordergrund	Verlassenheitsdepression, Trennungspanik, Agieren	Autistischer Rückzug
Fähigkeit zu Trauer, Sorge, Anteilnahme	Angewiesen auf reale Präsenz eines guten Objekts		
Stabile Ich-Identität	Ausreichende Ich-Identität	Identitätsdiffusion	Fehlende Identität
Reife Abwehrmechanismen	Abwehrmechanismen eher unreif	Primitive Abwehrmechanismen	Tiefe Spaltung, Fragmentierung
Integriertes Über-Ich Trieb-Abwehrkonflikt	Strenges Überich mit narzisstischer Balancierung	Archaisch strafendes Über-Ich	
Kastrationsängste Liebesverlustängste	Objektverlustängste	Angst vor Vernichtung	Zersplitterung von Erleben

Typische Konstellationen im „Ätiologramm“

Folie 1

Atiologie	Kindheit	Jugend	Erwachsenenalter
A Psychotraumatisch	Ablehnung, negative Bindung, schwere Personenverluste, Gewalterfahrungen, Beziehungstraumata	Unfälle, Katastrophen, Gewalterfahrungen	Unfälle, (berufl.) Katastrophen Gewalterfahrungen
A – C Psychotraumatisch Biologisch	Fehlregulation des Serotoninhaushalts, Verminderung der Neurogenese	Neuromuskuläre Verspannungszustände, Schädigung anatomischer Strukturen	Neuromuskuläre Verspannungszustände, Schädigung anatomischer Strukturen
A – B Psychotraumatisch Übersozialisation	Gewaltförmige Erziehungsmethoden, kulturell legitimierte „Verstümmelung“	Gewaltförmige Erziehung, grausame Initiationsrituale	Totalitäre politische Verhältnisse

Typische Konstellationen im „Ätiogramm“

Folie 2

Atiologie	Kindheit	Jugend	Erwachsenenalter
B Übersozialisation	Normativ rigide Erziehung	Überausgeprägte, konventionelle Normorientierung, Leistung um der Leistung willen, weltanschaulich starr	Einengung und Hemmung vitaler Impulse durch verinnerlichte Normen („gnadenloses“ Über-Ich)
B – D Übersozialisation Untersozialisation	Wechsel von Strenge und Verwöhnung	Probleme der moralischen Wertorientierung	Inkonsistentes, willkürliches Verhalten, Double-Binds
B – C Übersozialisation Biologisch	Fehlkodierung von Vitalfunktionen und Körpererleben	Störungen der psychosexuellen Entwicklung und Identitätsbildung	psychosozmatische Störungen nach dem Modell der gehemmten Handlung

Typische Konstellationen im „Ätiogramm“

Folie 3

Ätiologie	Kindheit	Jugend	Erwachsenenalter
C a Biologisch Erworben	z.B. neurohormonelle Dysregulation, Behinderung der Neurogenese	Defizite der Affektregulation	Affektive Störungsmuster
C b Biologisch Angeboren	Konstitution, vererbte Krankheiten	Manifestationsstadien der Erkrankung	
C – D Biologisch– Untersozialisation	Defizite der Intelligenzentwicklung, der Affekt- und Verhaltensregulation	Trias von Impulsivität, Unerreichbarkeit für Erziehungsmaßnahmen, fehlende Angstentwicklung	„Hypofrontalität“ und „enthemmte Handlung“

Typische Konstellationen im „Ätiogramm“

Folie 4

Ätiologie	Kindheit	Jugend	Erwachsenenalter
D Untersozialisation	Inkonsistente Regeln	Dissoziales, unempathisches Verhalten	Regelwidriges, dissoziales, egozentrisches und/oder egoistisches Verhalten
D-A Untersozialisation Psychotraumatisch	Vernachlässigung, Verwahrlosung, Misshandlung, Missbrauch	Desorientierte Adoleszenz bzw. negative Identität	Forensische Karrieren, transgenerationale Weitergabe

3. Ängste und Phobien

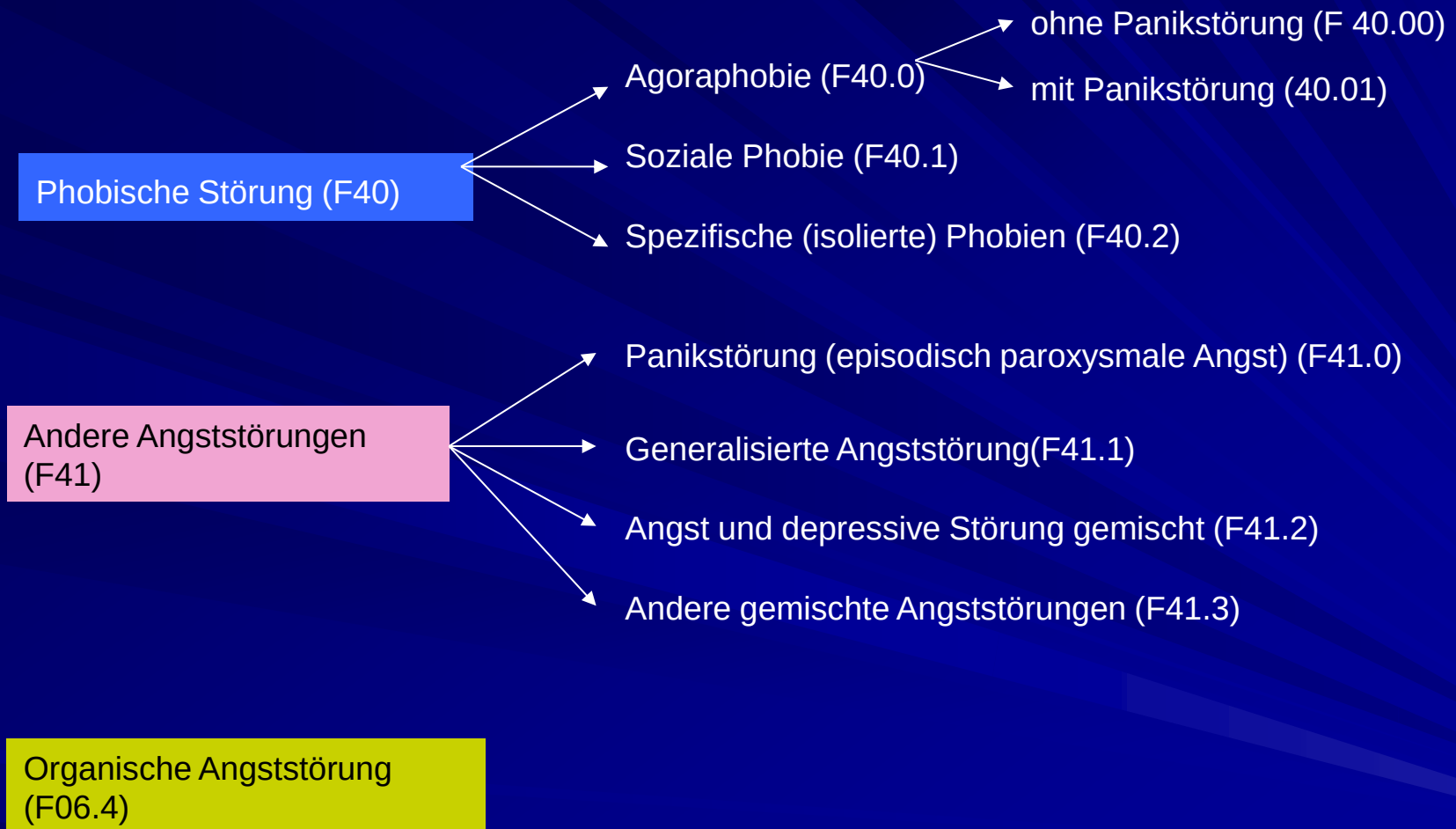
Angst

- Affektzustand, bei dem eine Gefahr erwartet wird, auf die sich die Psyche bereits vorbereitet hat. Sie stellt eine der menschlichsten und häufigsten Erscheinungen des normalen und abnormalen psychischen Lebens dar.
- Angst wird begrifflich nicht immer scharf von Furcht, Sorge oder Schreck unterschieden.
- Objektbezogen oder unbestimmt (frei flottierend) mit körperlichen (vegetativen) Begleiterscheinungen

Systematik der Angststörungen

	zeitlich	Symptomatik	Besonderheiten
Angstsyndrom	Psychisch: Engigkeit, Unruhe, Spannung Psychomotorisch: Angst-Mimik, Unruhe oder Hemmung Vegetative: Pupillenerweiterung, Diarrhö, Blässe oder Rötung, Schwindel, Appetitlosigkeit, Schwitzen, Puls- und Atembeschleunigung, Mundtrockenheit, Reduktion von Libido und Potenz, Blutdruck- und Blutzuckeranstieg		
Generalisierte Angsterkrankung	Meiste Tage während mehrerer Wochen	s. Angstsyndrom	Besorgtheit über alltägliche Sachverhalte
Panikattacke	Anfallsweise, Minuten oder länger, dann Angstfreiheit	Vegetativ, z.B. Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsempfindung	Keine vorhersagbare Situation. Ggf. Komplikation von schwerer Phobie
Phobie	Begrenzt auf bestimmte Situation	Wie andere Angsttypen. Abklingen beim Verlassen der angstausslösenden Situation	Vermeidung der angstausslösenden Situation angestrebt

Klassifikation der Angsterkrankungen nach ICD-10

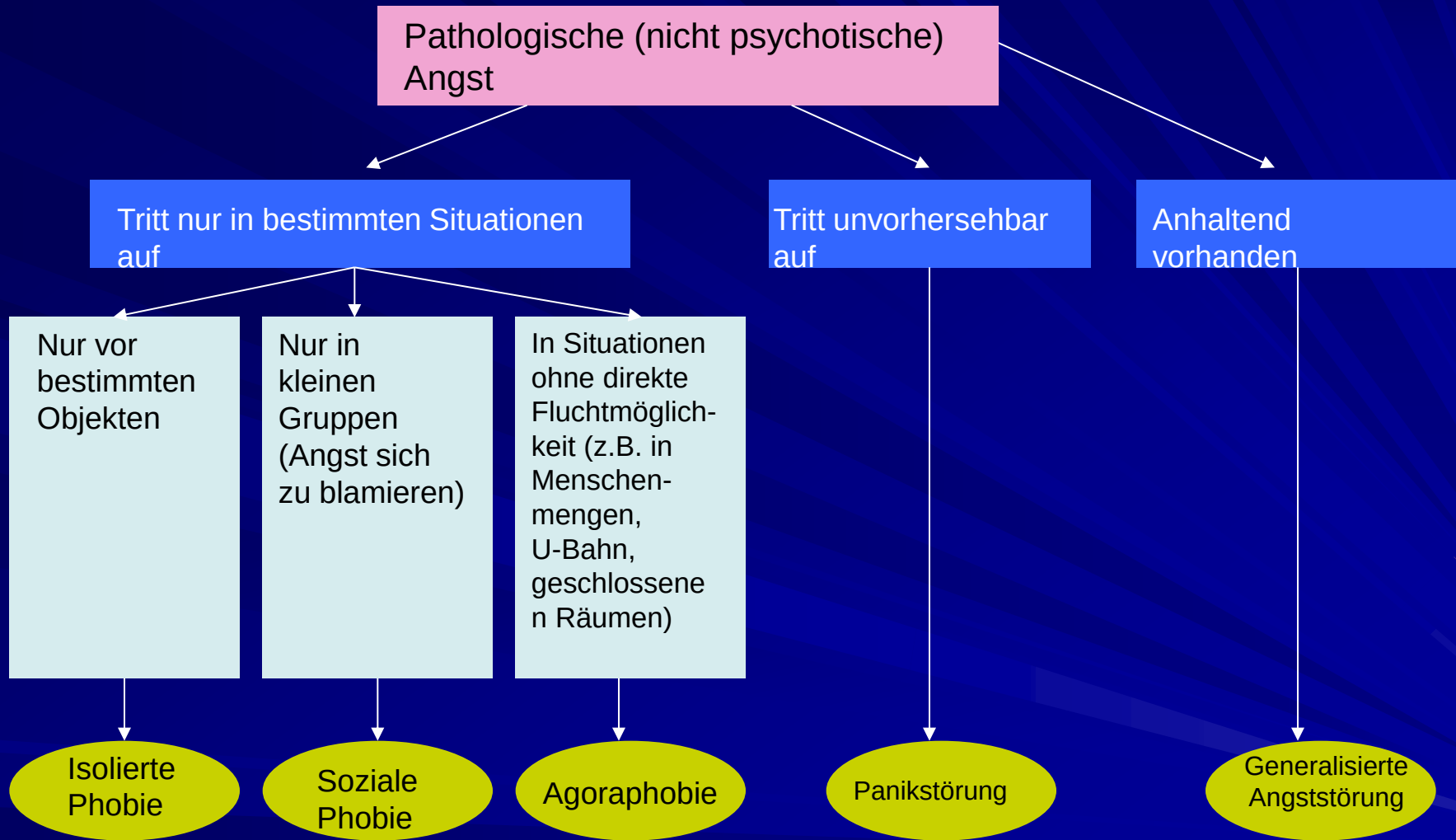


Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

In der ICD-10 werden vier Angststörungen im Kindes- und Jugendalter unterschieden:

- Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0)
- Phobische Störung des Kindesalters (F 93.1)
- Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F 93.2)
- Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F 93.80)

Differenzierung der Angsterkrankungen nach Auslöser und Verlauf



Gemeinsamkeiten

Alle Arten von Ängsten rufen Veränderungen auf drei Ebenen hervor:

Erlebensebene: Befürchtungen, Beeinträchtigungserlebnisse etc.

Verhaltensebene: Vermeidungsstrategien, Sicherheitssignale

Physiologische Ebene: erhöhte Pulsfrequenz, Schwitzneigung, Atembeschleunigung etc.

Physiologische Angstthemen

0 – 6 M.	aversive Reize
6 – 9 M.	„Fremdeln“
9 – 24 M.	Separation
2 – 5 J.	Umweltangst
6 – 9 J.	Sozialisationsangst
9 – 12 J.	Realangst
12 – 14 J.	Reifungsangst
>	Existenzangst

Typische Ängste je nach Entwicklungsphase

- sensomotorisch:
 - Fremdeln
 - Trennungsangst
- präoperational:
 - imaginäre Figuren (Gespensterphobie)
 - Einbrecher
 - Hunde (Tierphobie)
 - Dunkelangst
 - Gewitterangst
 - Pavor nocturnus

➤ konkret operational:

- Schulangst
- Schulphobie
- Sozialangst
- Todesangst
- hypochondrische Ängste

➤ formal operational:

- Pubertätsängste
- Körperschemabezogene Ängste
- Phobien
- Panikattacken

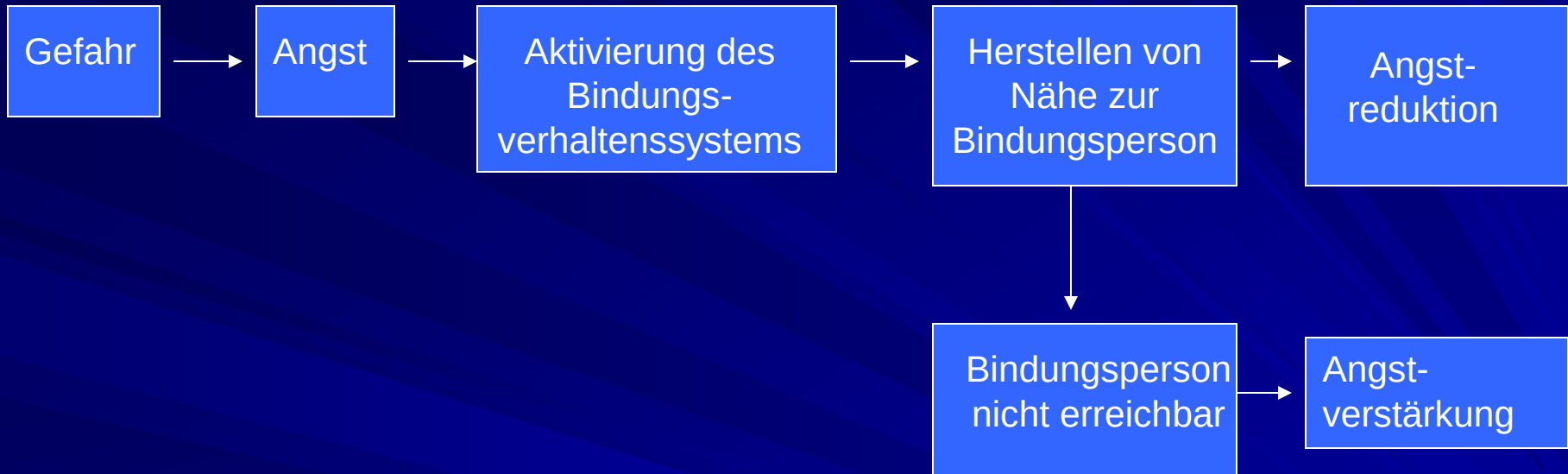
■ Tabelle 17.2. **Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: zentrale Symptome und differenzialdiagnostische Merkmale**

Angststörung	Zentrale Symptome	Differenzierende Symptome
Trennungsangst	Unrealistische/anhaltende Sorge über Trennung von Eltern/Bezugspersonen	Schulvermeidung nicht aufgrund von Angst vor bestimmten Ereignissen in der Schule, sondern aus Angst, dem Kind selbst oder der Bezugsperson könnte etwas zustoßen
Spezifische Phobie	Starke Abneigung oder Vermeidung von Trennungssituationen Übermäßige/anhaltende Angst vor bestimmten Tieren, Objekten oder Situationen Starke Abneigung oder Vermeidung der gefürchteten Situation	Angst bezieht sich auf eine oder nur wenige spezifische Situationen
Soziale Phobie/Ängstlichkeit	Angst/übertriebene Sorge vor Blamage und Peinlichkeit in sozialen Situationen (gegenüber fremden Erwachsenen und Kindern) Starke Abneigung/Vermeidung sozialer Situationen	Befriedigende soziale Beziehungen zu vertrauten Personen bestehen
Generalisierte Angststörung	Angst und Sorge um verschiedene Lebensbereiche; Sorgen können gar nicht oder nur schwer kontrolliert werden Großes Bedürfnis nach Rückversicherung	Sorge bezieht sich nicht auf Inhalt einer anderen psychischen Störung (z.B. Sorge von Eltern getrennt zu sein)

■ Tabelle 17.1. **Ängste und Angststörungen von Kindern und Jugendlichen im Entwicklungsverlauf.** (Nach Scarr 1999)

Alter	Psychologische/ soziale Kompetenz	Quelle entwicklungs- typischer Angst	Alterstypische klinisch relevante Angst
0–6 Monate	Sensorische Fähigkeiten dominieren, kleinkindliche Anpassung	Intensive sensorische Reize, Verlust von Zuwendung, laute Geräusche	
6–12 Monate	Sensumotorische Schemata, Ursache und Wirkung, Objektkonstanz	Fremde Menschen, Trennung	
2–4 Jahre	Präoperationales Denken, Fähigkeit zu Imaginieren, aber unfähig Fantasie und Realität zu trennen	Fantasiestaturen, potenzielle Einbrecher, Dunkelheit	Trennungsangst
5–7 Jahre	Konkret-operationales Denken, Fähig- keit, konkret-logisch zu denken	Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmung), Verletzungen, Tiere, medienbasierte Ängste	Tierphobie, Blutphobie
8–11 Jahre	Selbstwert basiert auf akademischen und sportlichen Leistungen	Schlechte schulische und sport- liche Leistungen	Schulphobie
12–18 Jahre	Formal-operationales Denken, Fähig- keit, Gefahr zu antizipieren, Selbstwert durch Alterskameraden bestimmt	Ablehnung durch Alterskameraden	Soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung

Die Funktion von Angst aus der Sicht der Bindungstheorie



4. Risikofaktoren

■ Risikofaktoren

- („Risiko = Wahrscheinlichkeit, dass eine Person innerhalb eines bestimmten Zeitraums an der zu untersuchenden Krankheit erkranken wird“)
- 1. **Familiäre Häufung** von Angststörungen:
- „Top-down“ Studien zufolge haben Kinder von Personen mit Angststörungen bereits im Kindes- und Jugendalter ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer Angststörung
- Zwillingsstudien zufolge kann wahrscheinlich von einer gemeinsamen genetischen Vulnerabilität für Angsterkrankungen und affektiven Störungen ausgegangen werden.

■ Risikofaktoren

- Es scheint vor allem von nicht-genetischen Faktoren abzuhängen, welche spezifische Angststörung sich ausbildet.
- Für Agoraphobie, Sozialphobie und spezifische Phobie kann Studien zufolge von einem gemeinsamen genetischen Faktor ausgegangen werden. Diese allgemeine Vulnerabilität wird je nach Autorengruppe als genetisch vermittelte „Trait“-Angst bzw. Neurotizismus oder auch negative Affektivität bezeichnet.

■ Risikofaktoren

■ 2. Temperament:

- Temperamenteigenschaften werden als Basis für die Persönlichkeitsentwicklung betrachtet, die schon früh im Leben auftreten, stabil über die Zeit bleiben und durch biologische Faktoren stark beeinflusst werden
- Neuere Befunde weisen darauf hin, dass Verhaltenshemmung ein Risikofaktor für ein breiteres Spektrum psychischer Störungen, nämlich Angststörungen und Depression ist.

■ Risikofaktoren

- 3: **Bindungsstil** (Bowlby 1969, Ainsworth 1978): drei Typen von Bindungsstilen:
 - Sicher; unsicher-vermeidend; unsicher ambivalent (+ unsicher desorganisiert)
 - Bezugspersonen von sicher gebundenen Kindern gehen empathisch und für das Kind vorhersagbar auf seine Bedürfnisse ein, während Bezugspersonen von unsicher gebundenen Kindern dies nicht tun

- Risikofaktoren
- Infolge des jeweiligen Bindungsstils bildet das Kind zentrale Kognitionen über zwischenmenschliche Beziehungen und Möglichkeiten zur Gefühlsregulation aus, die in einem „internalen Arbeitsmodell“ verankert werden.
- Dieses Arbeitsmodell enthält mentale Repräsentationen über die eigene Person, vertraute Personen und die Welt, die die Einschätzung von Situationen und das Zwischenmenschliche Verhalten des Kindes organisieren.
- Ist dieses Arbeitsmodell etabliert, so funktioniert es automatisch (unbewusst) und ist nur schwer veränderbar
- Die wenigen Studien sprechen dafür, dass eine unsichere Bindung mit Angst bzw. Angststörung einhergeht, vor allem dann, wenn das Kind gleichzeitig verhaltensgehemmt ist

■ Risikofaktoren

■ 4: Elterlicher Erziehungsstil

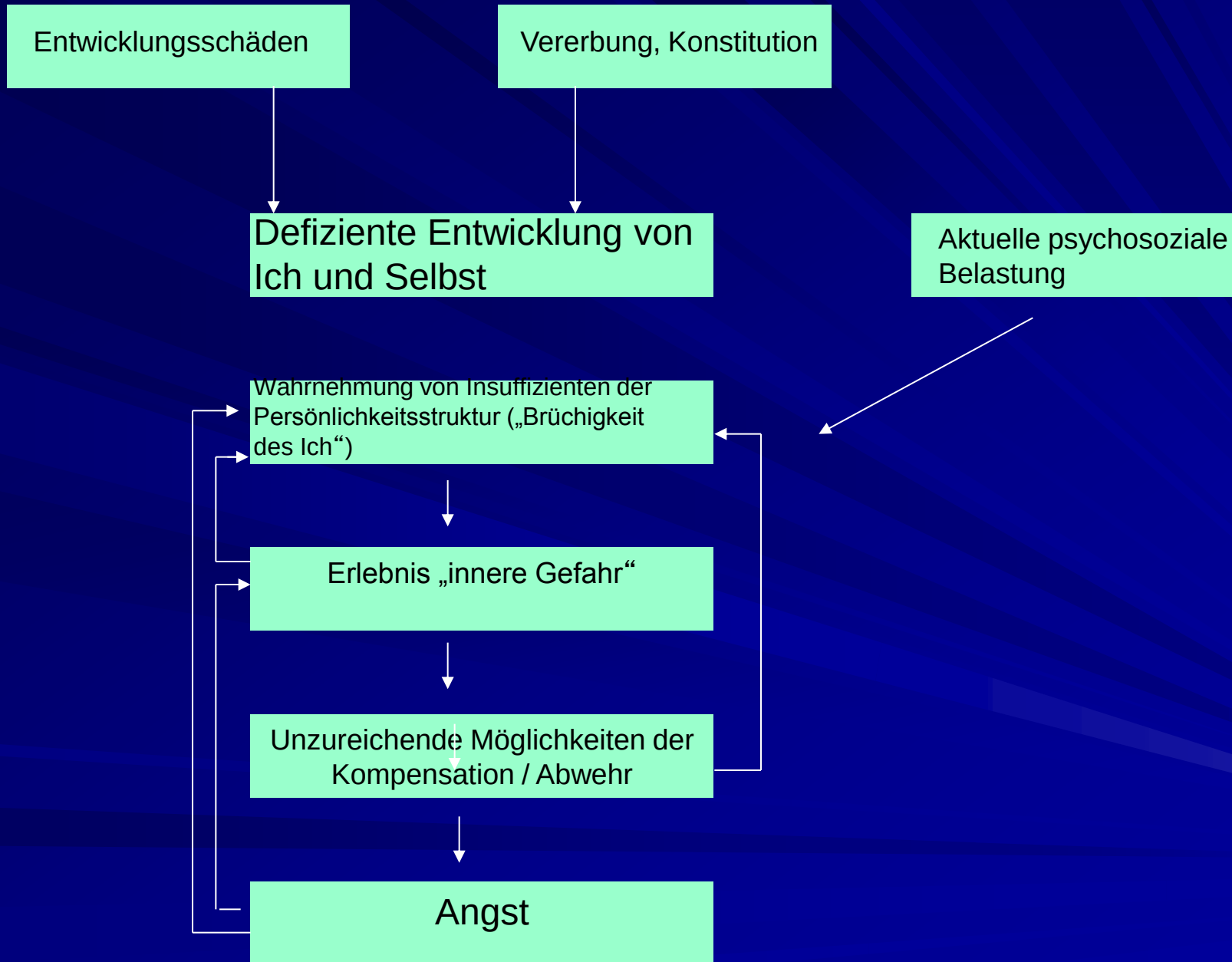
- Rolle der elterlichen Zuwendung („affection“), Überbehütung und Kritik:
- Häufige Bestrafung und Kritik von Gefühläußerungen des Kindes durch die Eltern lassen das Kind lernen, generell die Wahrnehmung von Gefühlen als beängstigend zu erleben
- Das Ausmaß von „expressed emotion“ bei Eltern von Kindern mit Angststörung zeigte signifikant erhöhte Werte bzgl. Kritikäußerung und emotionalem Überengagement aus Seiten der Eltern

■ Risikofaktoren

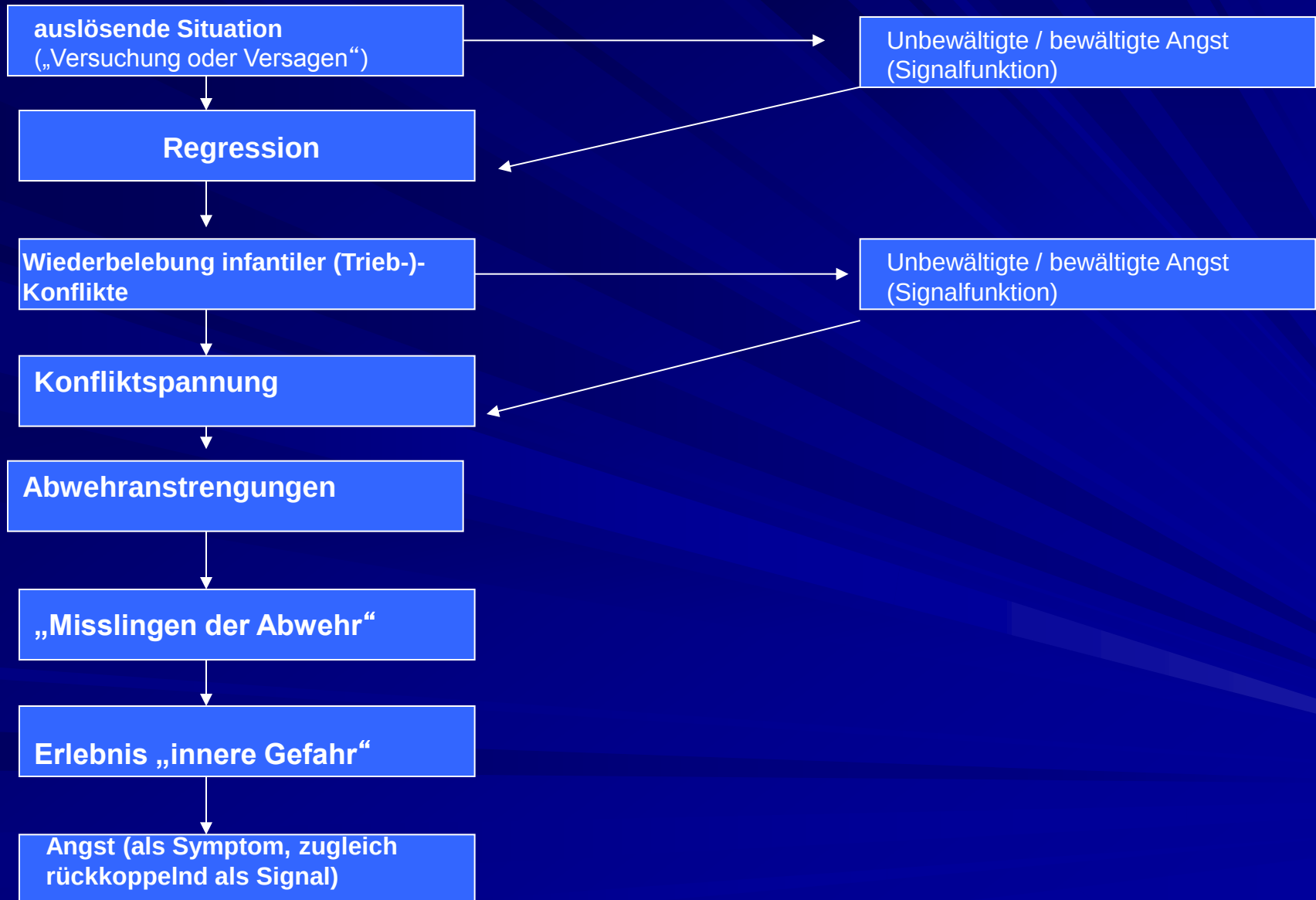
- Die bisherige Forschungslage deutet darauf hin, dass ein elterlicher Erziehungsstil, der durch ein hohes Ausmaß an überbehütendem bzw. kontrollierendem Verhalten sowie wenig emotionaler Wärme bzw. Feinfühligkeit gegenüber dem Kind gekennzeichnet ist, als Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen in Frage kommt
- PA: Bei Familienkostellationen von Schulphobikern spielt in allen Fällen eine enge, symbiotische Verstrickung eine zentrale Rolle. Wünsche nach Autonomie werden unterdrückt. Aggressionen müssen aus Angst vor Liebesverlust (Trennungsangst, Schulphobie) oder weil sie das Objekt zerstören könnten, projiziert werden.

5. Genese der Angst

Strukturbedingte Genese



Konfliktbedingte Genese



Ätiologie der Angststörungen

Integriertes Verhaltenshemmungs-Bindungs-Modell
(Entwicklung von Störungen)

-“behavioral inhibition“ + unsicherer

Bindungsstil

Zwei-Faktoren-Theorie (klassische und operante
Konditionierung); Entwicklung und Aufrechterhaltung von
Störungen

-Vorbereitetes Lernen („preparedness“)

Kognitive Modelle (Überaktivierung sog.

Gefahrenschemata + kognitive Defizite und Verzerrungen)

Psychoanalytische Theorien

- **Integriertes Verhaltenshemmungs-Bindungs-Modell**
- Verhaltenshemmung („behavioral inhibition“): eine Temperamenteigenschaft, die ein zurückgezogenes, vorsichtiges, vermeidendes und schüchternes Verhalten in neuen, unvertrauten Situationen wie etwa fremden Personen, Objekten, Umgebungen beschreibt, schon ab dem Alter von 8 Monaten beobachtbar.
- Demnach kann die Art der Bindung des Kindes zu seiner primären Bezugsperson die bestehende Prädisposition für Angst weiter verstärken oder auch reduzieren

■ Zwei-Faktoren-Theorie

- Lerntheoretischer Ansatz zur Ätiologie von Angststörungen, insbesondere von Phobien.
- Ein ursprünglich neutraler Reiz wird mit einem Angstzustand assoziiert (klassische Konditionierung) und die Vermeidung dieses Reizes durch Angstabbau weiter verstärkt.
- 2. Teil gilt noch immer als zentraler Mechanismus für Aufrechterhaltung der phobischen Symptomatik.

■ Zwei-Faktoren-Theorie

- Auslösende Reize zeigen stabile Verteilung über die Kulturen, die weder ihrer Häufigkeit im täglichen Leben noch der Wahrscheinlichkeit traumatischer Erfahrung entspricht.
- Beispiel: Kind im Sandkasten sieht Schlange [Marks 1987]
- Preparedness: Viele Kinderängste erscheinen heute als unangepasst, übertrieben und irrational, aus evolutionstheoretischer Perspektive ergeben sie aber durchaus Sinn (Angst vor Dunkelheit, realen Monstern wie Löwen, Leoparden etc.);

■ Kognitive Modelle

■ enthalten zwei zentrale Elemente:

- die Überaktivierung sog. Gefahrenschemata und
- das Vorliegen kognitiver Defizite und Verzerrungen:

- Kinder schätzen Gefahren höher ein
- berichten mehr katastrophisierende Gedanken
- unterschätzen ihre coping- und Kontroll-Möglichkeiten
- weisen negative Selbstverbalisationen auf

■ Kognitive Modelle

- Dies führt dazu, dass
 - Kinder eher Vermeidungs- und Fluchtstrategien wählen, um sich sicher zu fühlen
 - ihr Wissen proaktiver Copingstrategien nicht anwenden (warum?)
- Ausbildung dieser kognitiven Stile durch familiäre Weitergabe [genetisch („globale Vulnerabilitäten“) oder durch Erziehungsstil bedingt?]
- Ein Elterlicher Erziehungsstil, der durch ein hohes Ausmaß an Kontrolle und ein geringes Maß an Feinfühligkeit geprägt ist, kann zur Entwicklung angstrelevanter Kognitionen beitragen.

■ Psychoanalytische Theorien

- Kennzeichnend für Trennungsängste und für eine spätere Angstneurose ist, dass der Patient auf die reale Anwesenheit von anderen Personen, bei Kindern in der Regel die Mutter, angewiesen ist.
- Es hat sich keine adäquate internalisierte Objektrepräsentanz gebildet, oder sie ist wieder zerstört worden.
- Die Fähigkeit, die dauerhafte Abwesenheit des Objektes zu ertragen, wird auch als Objektkonstanz bezeichnet.
- Entscheidend für die Bildung von stabilen Objektrepräsentanzen ist ein erfolgreicher Prozess von Mentalisierung und Symbolisierung sowie eine gelungene Loslösung und Individuation mit Unterstützung und Triangulierung durch den Vater

■ Psychoanalytisches Modell

- Innerhalb einer Phobie wird Angst (auf jedem Strukturniveau) verdrängt und auf ein äußeres Objekt verschoben. Das phobische Objekt kann somit gemieden werden, was die Illusion schafft, den Konflikt oder die Angst vermeiden und die Beziehung konfliktfrei halten zu können. Der ursprüngliche Angstinhalt wird also verdrängt, an seine Stelle tritt die Angst vor äußeren Gefahren (Bsp: S. Freud 1909: „Der kleine Hans“, Ferenczi 1913: „Ein kleiner Hahnemann“)
- Verwandtschaft zw. Angst u. Aggression: Phobos (Furcht), Deimos (Schrecken) und Eros (Liebe) waren die Kinder des Kriegsgottes Ares und der Liebesgöttin Aphrodite; lat. angustus, engl. anger = Ärger, Zorn

6. Angststörungen

Spezifische Phobie (F 40.2) / Phobische Störung des Kindesalters (F 93.1)

Fallbeispiel:

Simone, neun Jahre, kommt mit ihrer Mutter zum Erstgespräch. Die Mutter erzählt, dass Simone starke Angst vor Feuerwerk oder lauten Geräuschen habe. Wenn es knallt, zucke Simone zusammen, beginne zu zittern und ihr Herz klopfe stark. Sie schmeiße dann mit Dingen um sich und verkrieche sich irgendwo. Die Angst wirke sich auch auf Simones Alltag aus: aus Furcht vor platzenden Luftballons oder Tischbomben weigere sich Simone zu Kindergeburtstagen zu gehen. Sie vermeide es, andere Kinder zu besuchen und bleibe am liebsten zu Hause. Silvester habe sie es sogar geschafft, dass ihre Eltern an einen Ort fuhren, an dem kein Feuerwerk stattfand.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0)

Fallbeispiel:

Torben ist 13 Jahre alt und hat große Angst, wenn seine Eltern ihn abends bis etwa 23 Uhr alleine lassen möchten. Er schlägt um sich und weint bitterlich. Er möchte genau festlegen, wann seine Eltern wieder kommen und bittet sie inständig, doch zu Hause zu bleiben. Er klagt außerdem über Kopfschmerzen. Nur wenn der Vater verspricht, Torben vom Handy aus anzurufen und einen genauen Zeitpunkt angibt, wann sie wieder zu Hause sein werden, lässt sich Torben darauf ein, alleine zu bleiben. Trotzdem ruft er die Eltern im Verlauf des Abends mehrfach an und vergewissert sich, dass ihnen nichts zugestoßen ist. Bei Geräuschen schrickt Torben hoch, weil er glaubt, eine Krankenwagensirene gehört zu haben. In der Folge verstärken sich seine Sorgen um die Eltern noch. Er bleibt wach, bis die Eltern wieder zu Hause sind, und schläft erst dann vollkommen übermüdet ein.

Soziale Phobie (F 40.1) / Störung mit sozialer Ängstlichkeit (F 93.2)

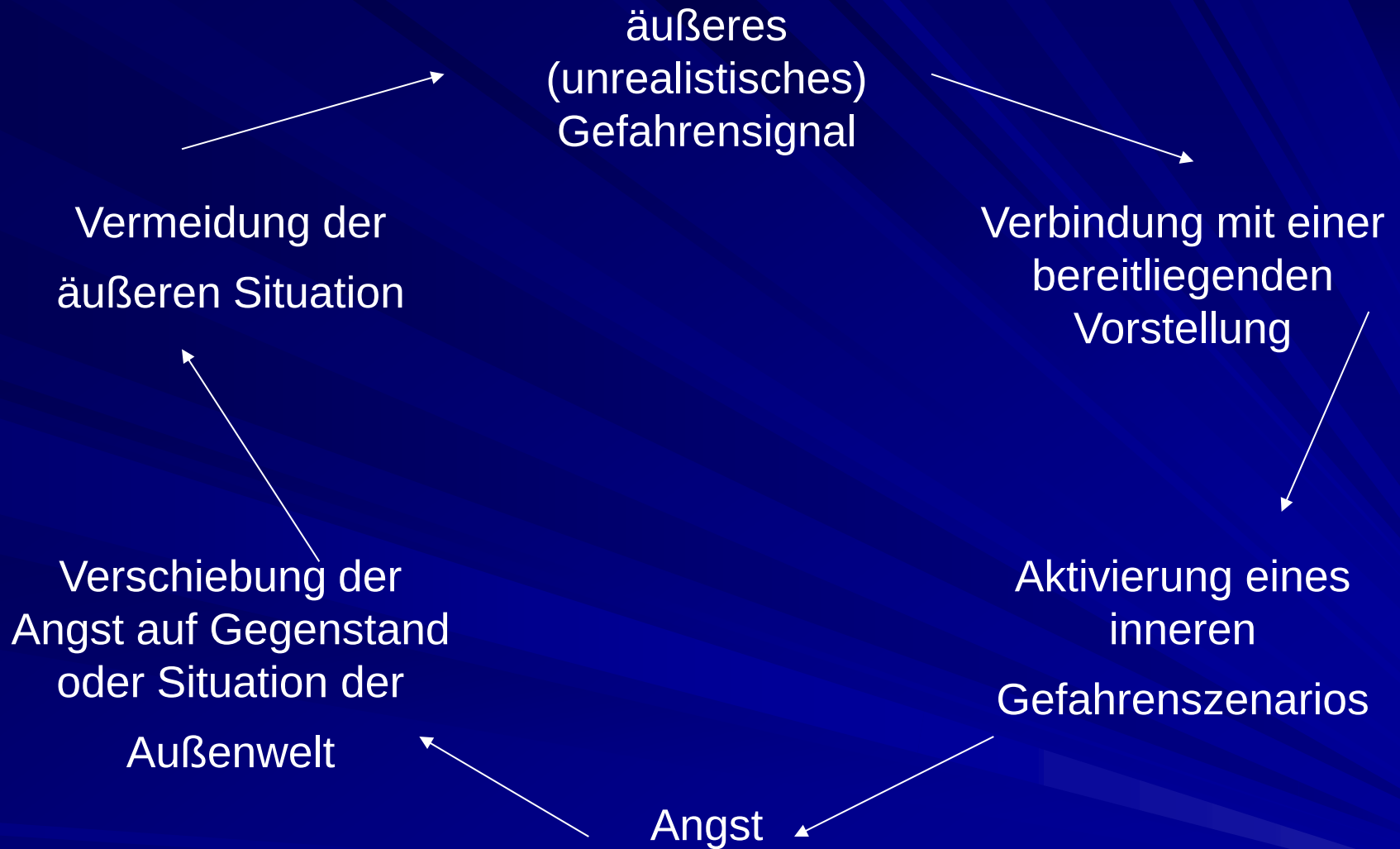
Fallbeispiel:

Florian besucht seit zwei Monaten die 5. Klasse der Realschule. Während seine schriftlichen Leistungen sehr gut sind, fällt er im Unterricht auf, weil er sich mündlich nicht beteiligt. Er hat Angst, dass seine Klassenkameraden ihn bei einer falschen Antwort auslachen könnten. Wird er aufgerufen, errötet er und fängt an zu stottern. Besonders nervös wird er, wenn er vor der ganzen Klasse etwas vortragen muss. Bereits am Abend davor bekommt er Schweißausbrüche und Bauchschmerzen. In den Pausen ist er oft alleine und spielt nicht mit seinen Klassenkameraden Fußball. Zu Hause hingegen fühlt er sich wohl und spielt ausgelassen mit seiner Schwester und Freunden aus der Nachbarschaft. Seine große Leidenschaft ist War Hammer, ein beliebtes Computerspiel.

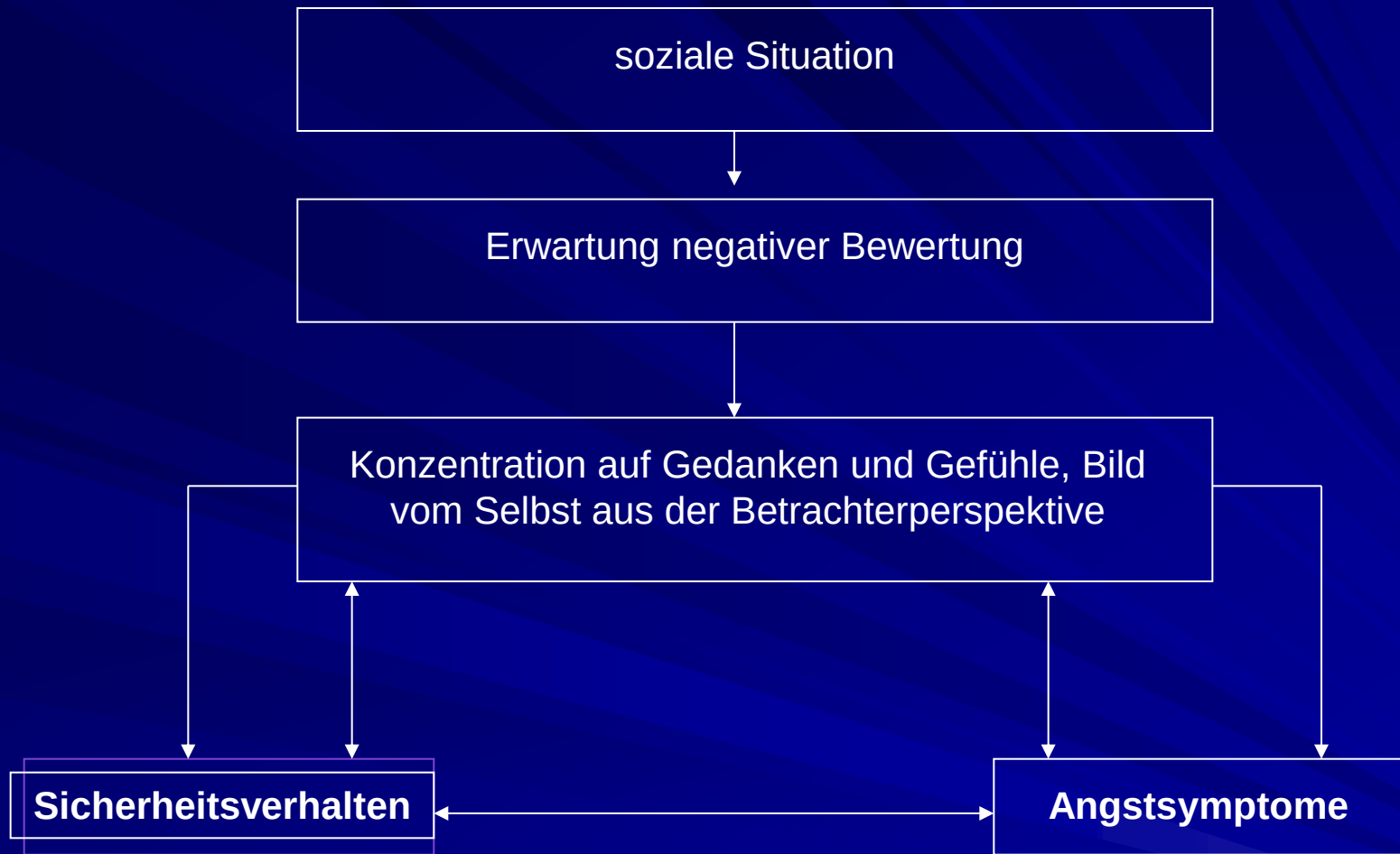
Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F 93.80)

Fallbeispiel:

Marco, zehn Jahre alt, macht sich in der Schule ständig Sorgen, eine Aufgabe nicht rechtzeitig zu Ende zu bringen oder von der Lehrerin aus Versehen eingeschlossen zu werden. Er grübelt auch zu Hause über vieles nach, zum Beispiel über seine Leistungen im Leichtathletiktraining oder seine Freunde. Marco kommt wegen unterschiedlichster Dinge in Stress, obwohl alles eigentlich gut läuft. Er ist gut in der Schule und bei seinen Alterskameraden akzeptiert. Abends dauert es vor lauter Sorge lange, bis Marco endlich einschläft. Dies ist zudem nur möglich, wenn das Licht im Flur brennt und die Tür zum Kinderzimmer einen Spalt weit auf bleibt; sonst fürchtet sich Marco zu sehr vor der Dunkelheit.



Aufbau des dynamischen Grundmusters vieler Phobien



Das Modell der Sozialen Phobie von Clark und Wells (1995) zentriert auf die verzerrte Wahrnehmung des eigenen Selbst und der sozialen Realität durch die antizipierte Erwartung negativer Bewertung.

**neurophysiologische
Vulnerabilität**

angeborene neurophysiologische
Erregbarkeit

angstmachendes
Elternverhalten

**psychologische
Vulnerabilität**

- Abhängigkeits-
/Unabhängigkeitskonflikte
- gestörte Objektbeziehungen
- unzureichende Abwehrmechanismen

Erhöhte Frequenz und Intensität
negativer Affekte

Zunahme der neurophysiologischen
Sensibilität

biologisch oder psychologisch
bedeutsame
Belastungsereignisse

**neuropsychologische
Aktivierung**

- Erosion des Sicherheitsgefühls
- neurophysiologische Abweichungen,
verbunden mit dem Erlebnis des
Kontrollverluste

initiale Angstattacke

eindringende negative Affekte

Ein psychodynamisches Modell der Panikstörung (nach Shear et al. 1993).



Psychodynamisches Modell der Panikstörung. (Aus Beutel, 2005)

Äußere Reize

Körperliche
Empfindungen

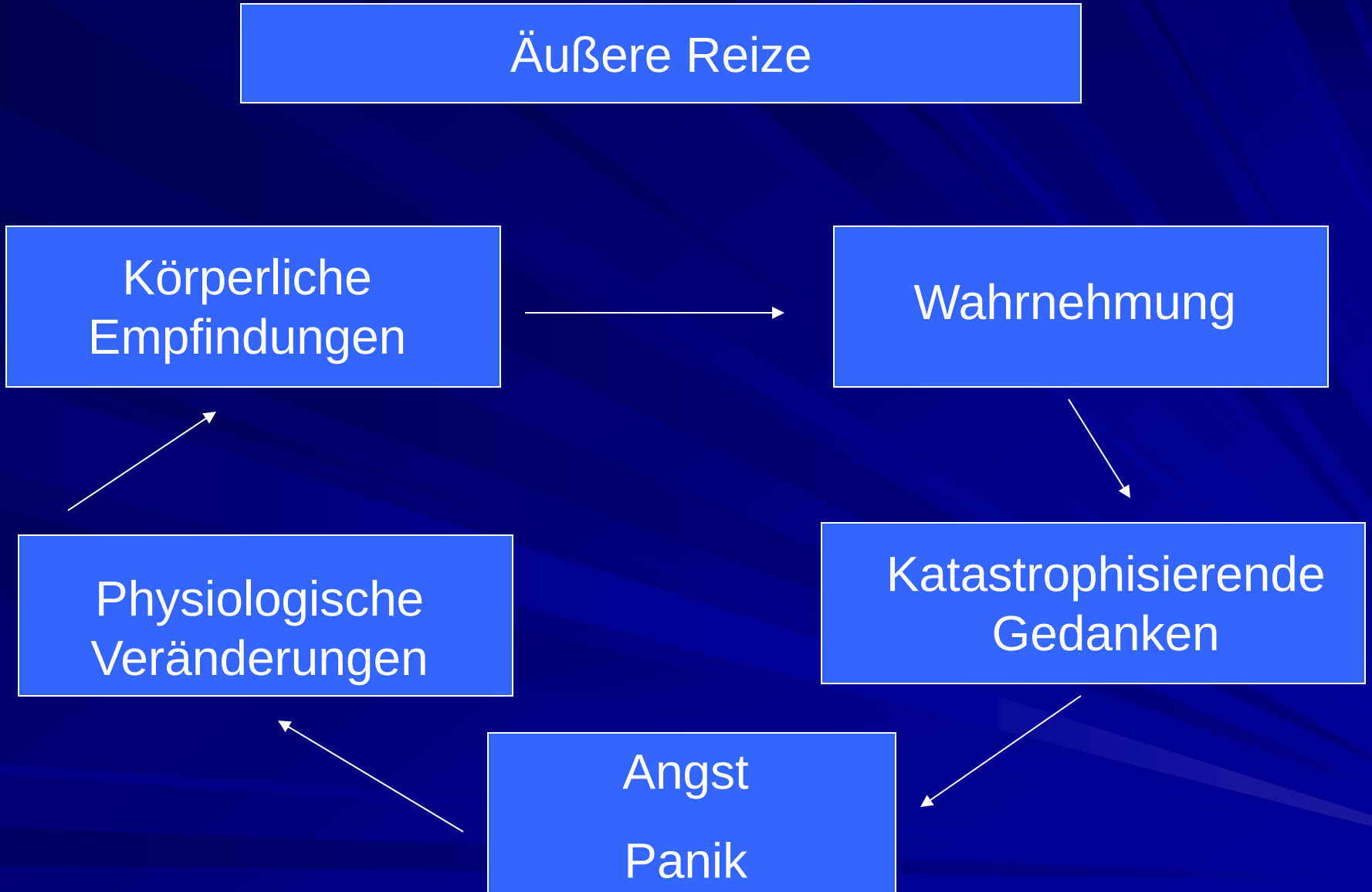
Wahrnehmung

Physiologische
Veränderungen

Katastrophisierende
Gedanken

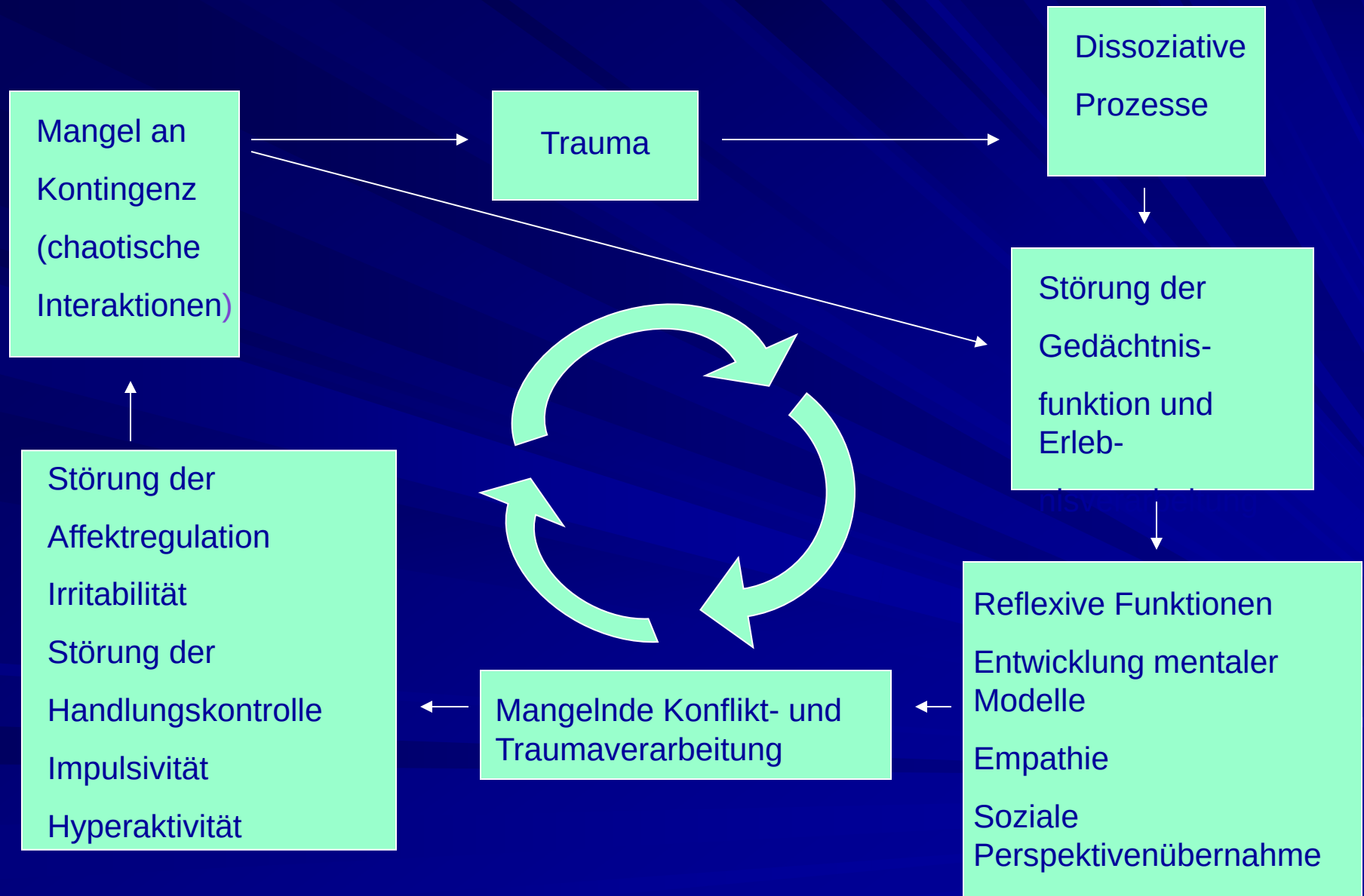
Angst
Panik

Modell zur Aufschaukelung bei Panikattacken. (Aus Beutel, 2005)



7. Frühe Belastungen und ihre Folgen incl. Traumata

Entwicklung von Risikoprozessen in der sozialen Fehlanpassung des Individuums (Resch 2004)



Auswirkungen von Traumata in der Entwicklung

Folie 1

Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch

hostility/abuser bias?



Stressdeprivation – ungehaltener Stress – (sensorisch-affektive Deprivation)

(unzureichende dyadische Regulation der Affekte durch frühe Pflegeperson,

Mangelnde Modulation unterschiedler states)= Aktivierung stresssensitiver Verschaltungen

Hyperarousal – state of unregulated hyper(para)sympathetic agitation.

Numbing – state of unregulated conservation / withdrawal

Primäre Reaktionen

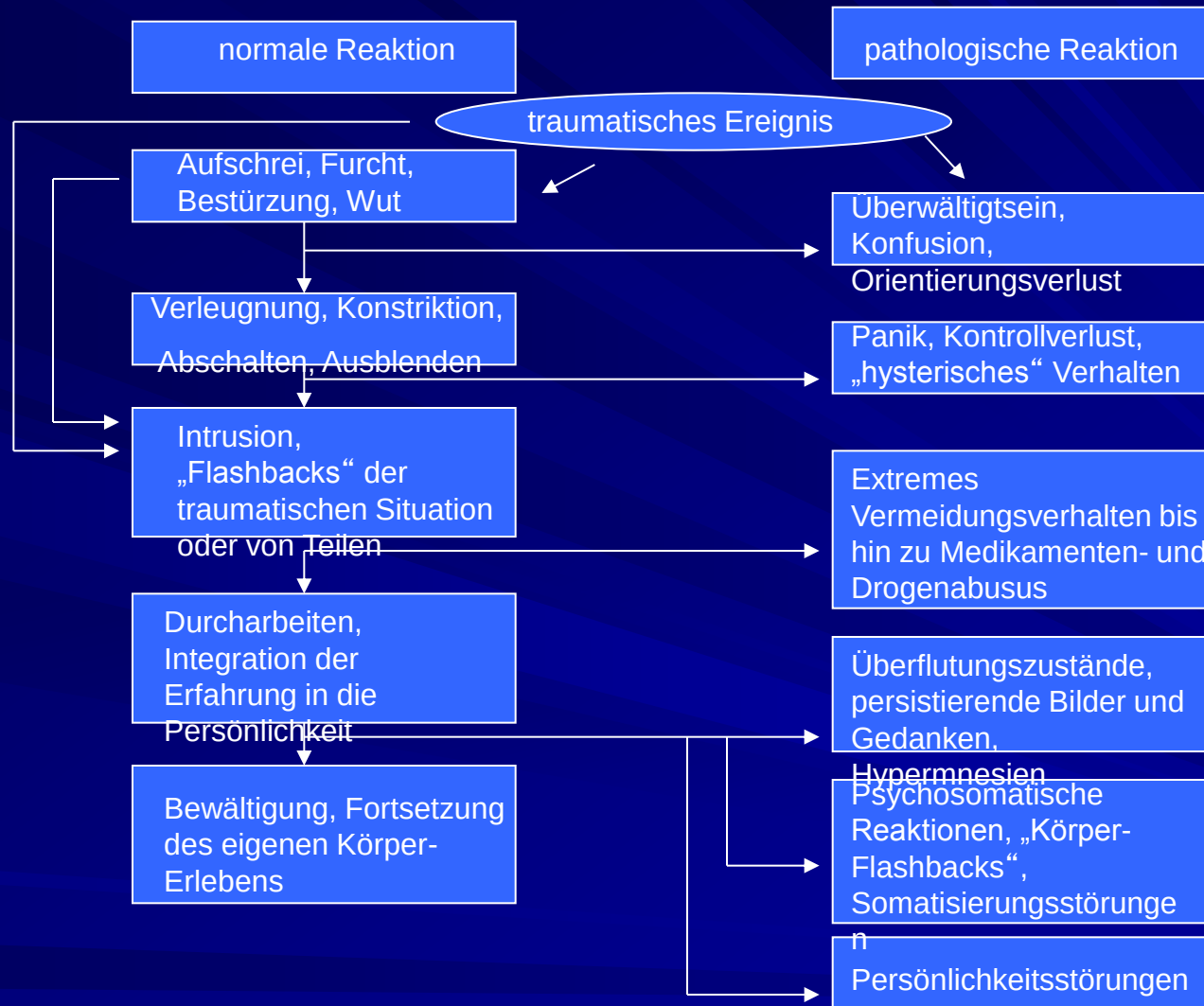
flight/fight Mechanismen / Vermeiden, Erstarren, Dissoziation

sensorische shut down-Mechanismen, kognitiver Stillstand, Beziehungsabwehr

(Schamreaktionen)

(inhibition of responsivity)

Horowitz-Kaskade



Typische Äußerungsmöglichkeiten bei traumatisierten Kindern nach Terr

- Wiederkehrende, sich aufdrängende Flashbacks (visuell, akustisch, taktil, olfaktorisch)
- repetitive Verhaltensweisen, wie das sog. „traumatische Spiel“, in dem das Kind, ohne dass ihm unbedingt ein Zusammenhang zwischen Spiel und traumatischem Erleben bewusst ist, das traumatische Erlebnis oft in endloser Folge wiederholt.
- Traumaspezifische Ängste, die an die ursprüngliche traumatische Situation gebunden sind
- veränderte, negative Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft.

Grundlagen im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

- Sicherheit vermitteln, Gesprächsbereitschaft signalisieren, Geduld haben, keine Mitteilung erzwingen, Übernahme von Haltefunktion
- ehrlicher, offener Umgang mit dem Geschehenen
- geduldige Beantwortung wiederholt gestellter Fragen
- kindgerechte Worte finden
- Verständnis für scheinbar unangemessene Reaktionen, wie Wut, Rachegeanken oder Aggressionen, aber auch für unrealistische Schuldgefühle zeigen
- nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten anbieten, um den Verarbeitungsprozess auch mithilfe von Malen oder Spielen fördern zu können.

Die *Akute Belastungsreaktion* kann als „normale“ und vorübergehende (Stunden oder Tage dauernde) ängstliche Reaktion UCR eines gesunden Menschen auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung (UCS) aufgefasst werden (z. B. Erdbeben, Vergewaltigung, Geiselhaft). Zur Symptomatik können gehören:

- Einer Art von „Betäubung“, mit einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit
- Sich zurückziehen aus der Umweltsituation
- Unruhezustand und Überaktivität (Fluchtreaktion)
- Vegetative Angst-Zeichen: Pulsbeschleunigung, Schwitzen, Erröten

Ein Teil der Betroffenen „verlernt“ die Symptomatik nicht, zeigt also Symptome CR, wenn er mit traumabezogenen CS (z. B. einem traumassoziierten Geruch oder Geräusch) konfrontiert wird, auch wenn die traumatische Situation längst vorbei ist. Zur Symptomatik einer *Posttraumatischen Belastungsstörung(PTSD)* gehören:

- Verzögerte (Wochen bis Monate) Reaktion auf ein belastendes Ereignis UCS
- *Intrusion*: wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen
- *Dissoziation*: andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, im Extremfall dissoziativer Stupor
- Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten
- *Hyperarousal*: Vegetative Übererregtheit mit übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlafstörung:
- In schweren Fällen hielt die PTSD nicht aus, sondern geht in eine *posttraumatische Persönlichkeitsstörung* (Ermann 2007) über

- Versagen der Mentalisierung: Vernachlässigte oder misshandelte Kinder können die unberechenbaren Verhaltensweisen ihrer Pflegepersonen nicht mit intentionalen Zuständen wie Liebe, Hass, Nähe- oder Distanzwunsch in Verbindung bringen.
- Sich parasitär aufdrängende (intrusive) Gedanken und Bilder werden nicht als mentale Inhalte behandelt, sondern wie übermächtige äußere Objekte. Das eigene Denken macht also Angst oder: die propositionale Einstellung ändert sich von „Ich denke, will, träume, dass ...“ zu „der schreckliche Gedanke, innere Film, Albtraum drängt sich mir auf, dass ...“.
- Das die Traumatisierung auslösende belastende Ereignis übersteigt das üblicherweise zu erwartende Ausmaß. Beispiele sind: Sexuelle oder sonstige Gewalt in der Familie, Geiselnahme, Folter, Auswirkungen von Naturkatastrophen und Massenunfällen, Vergewaltigung.
- Das Coping (die Bewältigungsmöglichkeiten) und auch innere Arbeitmodelle, die dem Schutz vor Traumatisierung dienen sollen (Bovensiepen, 2004a, Knox 2003) sind überfordert.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

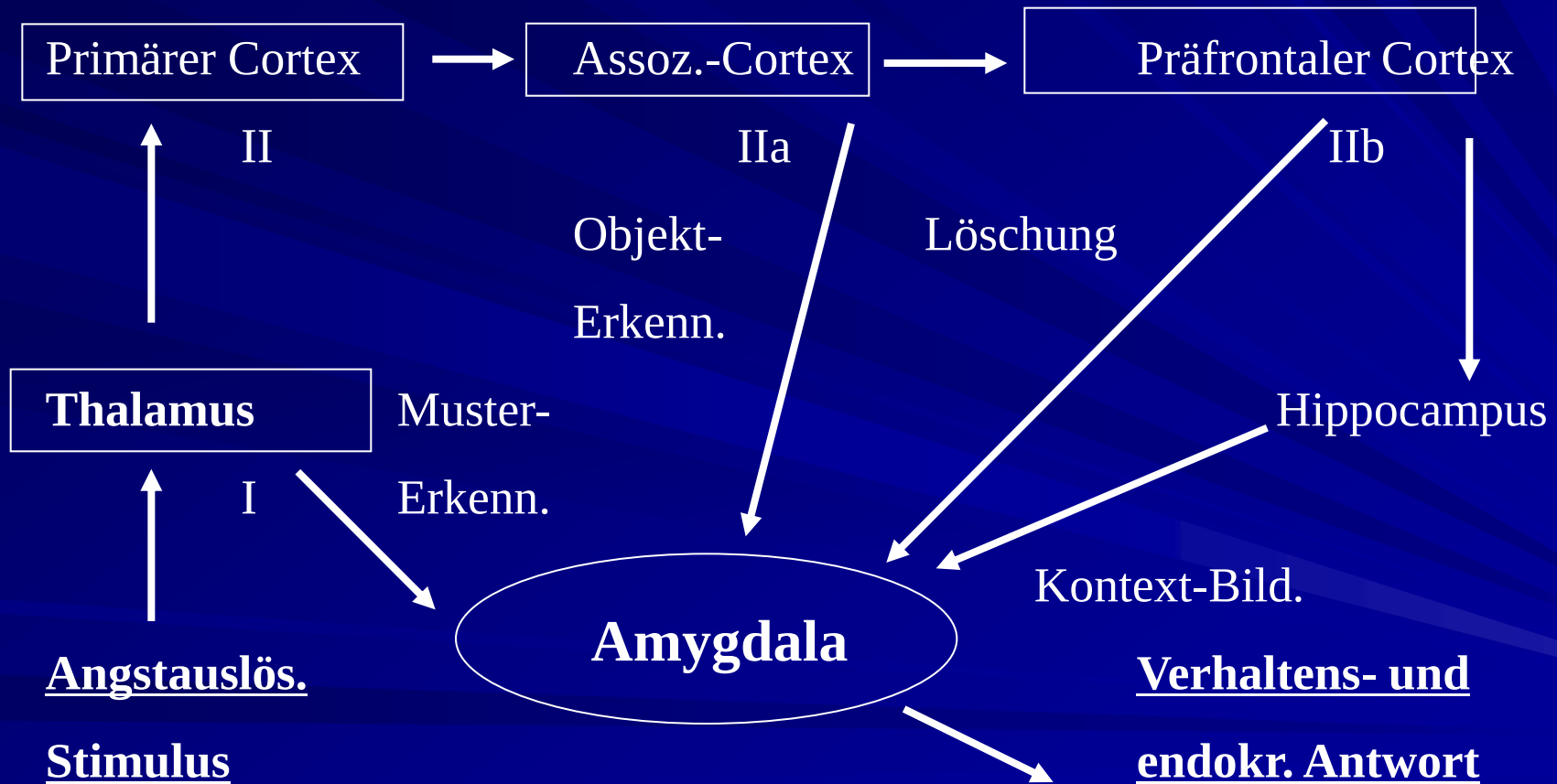
- Prävalenz: 1,5 %
- ca. 70 % Frauen
- ca. 80 % frühe Traumatisierung
- Suizidrisiko: ca. 9 %
- In psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung: ca. 80 %
- Direkte Kosten ca. 3 Milliarden Euro jährlich
(15 % der Kosten für psychische Störungen)
- Hohe Komorbiditätsrate!

Komorbide Achse I - Störungen

- Angststörungen: ca. 80 %
- Affektive Störungen: ca. 80 %
- Alkohol-Drogen: ca. 80 %
- Schlafstörungen: ca. 70 %
- Somatoforme Störungen: ca. 60 %
- Essstörungen: ca. 45 %
- Zwangsstörungen: ca. 30 %

Ätiologie der Borderline-Störung

Modell aufbauend auf Angstreaktion nach LeDoux



8. Abgewehrte Ängste

Schulvermeidendes Verhalten (nach Hebebrandt et al.2010)

Schulverweigerung ■ Fehlen: mit Wissen der Eltern, Kind hält sich meist zu Hause auf ■ Symptome: Angst, insbesondere morgens: Zittern, Schwindel, Herzrasen, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Hyperventilation; depressive Symptome ■ Diagnosen: Emotionalstörung, Anpassungsstörung, Depression, Somatisierungsstörung, Phobie, Panikstörung, Depr.- narzißtische Störung		Schulschwänzen ■ Fehlen: ohne Wissen der Eltern, Kind hält sich meist nicht zu Hause auf, schwänzt mit anderen ■ Symptome: Opposition, Lügen, Delinquenz, Aggressivität, Impulsivität; hyperkinetische Symptome ■ Diagnosen: (hyperkinetische) Störung des Sozialverhaltens, oppositionelle Störung, ADHS, Anpassungsstörung mit gestörtem Sozialverhalten, Narzißtische Störung	
Schulangst ■ Prüfungsangst, soziale Ängste, „Mobbing“ ■ Diagnosen: Angststörung, soziale Phobie, Anpassungsstörung	Schulphobie ■ Angst vor Trennung von den Eltern ■ Diagnosen: Emotionalstörung mit Trennungsangst	„gemischte Symptomatik“ ■ Fehlen: mal mit, mal ohne Wissen der Eltern ■ Symptome: externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten (s.o.) ■ Diagnosen: kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Anpassungsstörung, Gefühle/Sozialverhalten gemischt	

Aggression ist ein Verhalten, das auf Vertreibung, Kränkung, Beschädigung, Verletzung oder Tötung eines Menschen, eines Tieres oder einer Sache zielt.

Dissozialität ist ein Verhalten, das gekennzeichnet ist durch schwere Regelverstöße gegen Normen und Werte unter mehr oder weniger ausgeprägter billigender Inkaufnahme von Nachteilen und Schädigungen anderer.

Im Jugendalter ermöglicht sie Partizipation an vor allem materiellen Bedürfnissen, die altersentsprechend auf legitime oder legale Weise nicht zu erreichen sind.

Subtypen	Impulsivität	Angst	Gewissensbildung	Angst vor Strafe	emotionale Erregung
instrumentell-aggressiv	↓	↓	nein	nein	mäßig / kalt
impulsiv-aggressiv	↑	↔	beeinträchtigt	zum Teil	hoch
ängstlich-aggressiv	↓	↑	ja	ja	extrem hoch

Typ 1: Narzisstische Kränkbarkeit und Aggression

Aggressives Verhalten und Dissozialität sind nicht einfach nur Ausdruck eines Aggressionstriebes, sondern komplizierte Störungen der Persönlichkeit; oft liegt eine Borderline-Störung zugrunde.

Schwere Traumatisierungen, Erfahrungen von körperlicher Misshandlung und Gewalt, führen häufig zu einer Verarbeitung von Angst und Ohnmacht durch Identifikation mit dem Aggressor.

Selbst- und Objektanteile werden über projektive Identifizierung im Gegenüber untergebracht, es kommt zur Reinszenierung von Angst und Aggression in der Realität.

Aggressive Impulse äußern sich in der Gegenübertragung nicht selten in heftigen sadistischen Strafimpulsen, die beim Opfer wiederum Ohnmachtsängste bewirken, welche wiederum aggressiv abgewehrt werden.

Spaltungen, Verleugnung, Onnipotenzfantasien führen zu Verzerrungen in der Realitätswahrnehmung mit der Folge, dass verfolgende, äußere böse Objekte entstehen und ein Circulus vitiosus von Angst und Aggression in Gang gesetzt wird.

Es besteht eine immense narzisstische Kränkbarkeit und Verwundbarkeit des aggressiven Kindes, die über Onnipotenzfantasien, Idealisierung und narzisstische Wut abgewehrt wird.

Narzisstische Wut sucht die Kontrolle über die Selbst-Objekte herzustellen und Spiegelung zu erzwingen.

Um eine Stärkung des Ich und des Selbst sowie eine Neutralisierung der Aggression zu ermöglichen, sind der Umgang mit Schuldgefühlen, Gelegenheit zur Wiedergutmachung, „Einmassieren des Realitätsprinzips“, die Verarbeitung von Wut, Neid und Angst notwendig.

Sadistische Impulse aus einem Gegenübertragungsagieren heraus müssen in der Pädagogik und Therapie reflektiert werden und zu einer Form von Strafe führen, die das Ziel hat, die Regeln der Realität durchsichtig zu machen.

Typ 2: Impulsiv-überaktive Aggressivität

Hyperaktivität ist eine vor allem bei männlichen Kindern weit verbreitete Störung.

Die Familienverhältnisse sind durch starke Konflikte geprägt, Trennungsängste entstehen und durch das häufig reale oder psychische Fehlen des Vaters gerät das Kind in einen regressiven Sog von Wiederverschmelzungswünschen und gleichzeitiger Aggressivierung mit dem Wunsch, sich von der Mutter zu lösen.

Das Fehlen des Vaters bewirkt eine Verschärfung von inzestuösen, ödipalen Wünschen und der Gegenbewegung, dem Wunsch nach Aufrechterhaltung der Inzestschranken.

Hyperaktives Verhalten dient auch der manischen Abwehr depressiver Ängste, dient der Selbst-Objekt-Abgrenzung, der Sexualisierung als aktiver Form der Beherrschung von Ängsten inzestuöser Überwältigung, es dient der Aggressivierung, um eine Trennung und Individuation zu ermöglichen.

Die Maskierung der Hyperaktivität als hirnorganisches Leiden dient der Unbewusstmachung psychischer Konflikte und lenkt vom eigentlichen Problem ab.

Das Über-Ich wird beschwichtigt.

Folge des hyperaktiven Verhaltens ist meist ein Übertragungs-Gegenübertragungsagieren mit aggressiven Impulsen, dem Wunsch nach Ausübung eines äußeren (Aggression auf Seiten des Therapeuten oder Pädagogen) oder inneren Zwanges (z.B. Medikation).

Typ 3: Ängstlich-aggressive Aggressivität mit emotionaler Instabilität

Die Borderline-Störung ist keine Diagnose, die sich am Symptom orientiert, sondern eine Bezeichnung für eine spezifische Ich-Störung.

Wird diese Ich-Störung nicht als pathologische Charakterstörung gesehen, sondern auch als Entwicklungsstörung, kann die Diagnose im Kindes- und Jugendalter angewendet werden.

Ursache der Borderline-Störung sind ein Vorherrschen von extremen Ängsten und Aggressionen aufgrund schwerer realer Traumata.

Frühe Trennungen, schwere körperliche und sexuelle Misshandlung finden sich häufig in der Vorgeschichte der Patienten.

Die Symptome sind paranoide Ängste, heftige Aggressionen und Autoaggressionen, Tendenz, andere abzuwerten oder zu idealisieren, fehlende Einfühlung, Fehlen der Fähigkeit, symbolisch zu denken, übertriebene Abhängigkeit von äußeren Objekten im Wechsel mit Allmachtsfantasien sowie Schwierigkeiten, zwischen Realität und Fantasie zu unterscheiden.

Hervorgerufen werden die Symptome durch die charakteristische Ich-Störung, durch die Verwendung archaischer Abwehrmechanismen, vor allem der Spaltung.

Neben der Spaltung werden zur Unterstützung der Abwehr projektive Identifizierung, Verleugnung, primitive Idealisierung, Allmacht und Entwertung verwendet.

Die mangelhafte Integration führt auch zu Störungen des Über-Ichs, das eher sadistisch ist und ein unerreichbares Ich-Ideal ausbildet.

Die Behandlung ist an der Verbesserung der Integrationsfähigkeit und Entwicklung realistischer Wahrnehmungen orientiert.

Die pathologischen Abwehrformen und Aggressionen müssen nach und nach gedeutet werden.

Deutungen sollten überwiegend den Realitätsbezug verbessern, Entteufelung und Entidealisierung leisten, nicht primär auf eine genetische Rekonstruktion zielen.

9. Therapeutische Interventionen



Das psychophysiologische Modell der Angstentstehung von Ehlers und Margraf basiert auf den positiven und negativen Rückkopplungen, die sich mit den einzelnen Schritten im Aufschaukelungsprozess der Angstentstehung verbinden (nach Margraf 2008).

Möglichkeiten, sozial-emotionales Lernen zu fördern



Psychotherapiebausteine der GAD

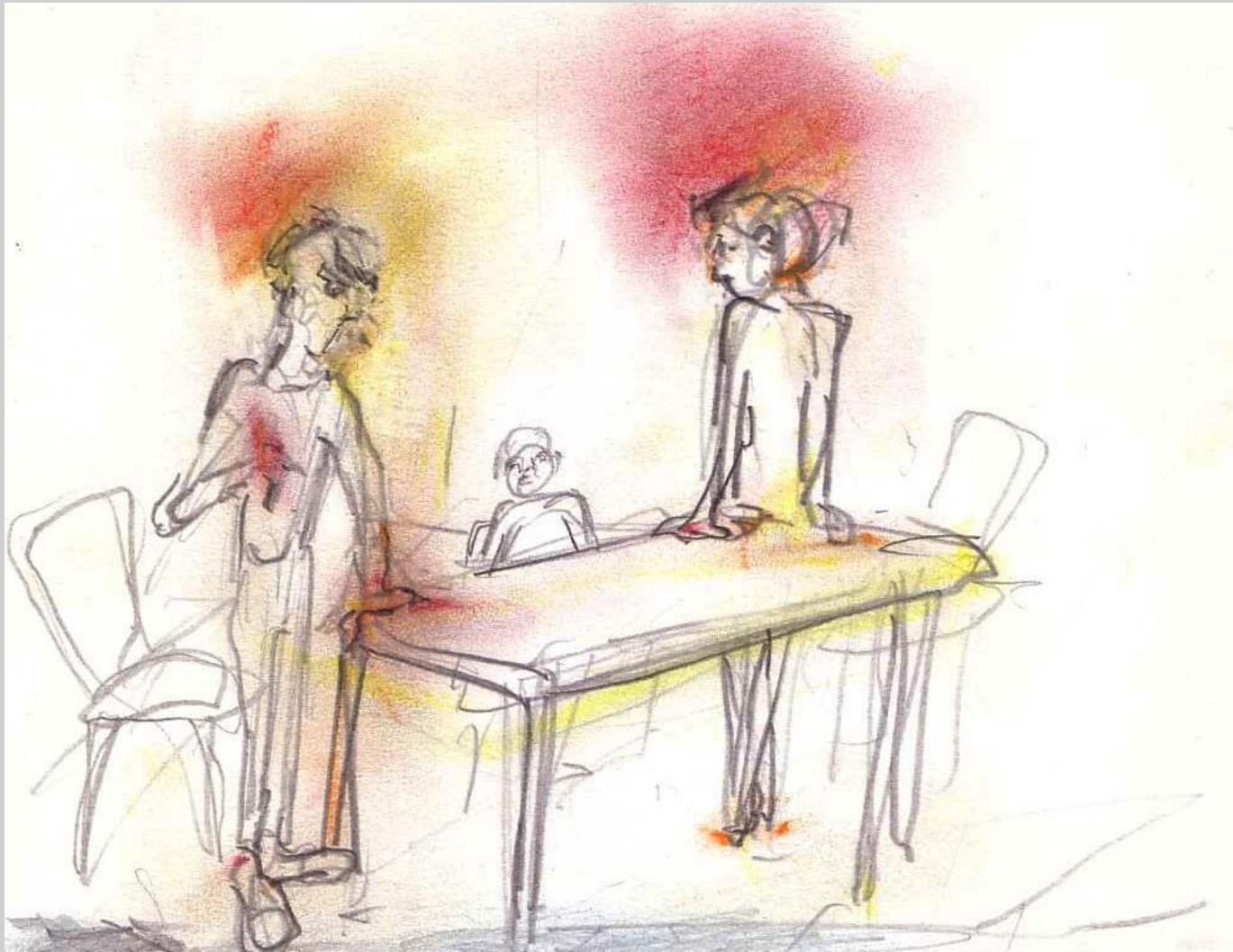
- Vorbereitung / Information: Vermittlung eines Störungsmodells, Selbstbeobachtung anhand von Sorgentagebüchern
- Sorgenkonfrontation in sensu (gedanklich)
- Sorgenkonfrontation in vivo (im aktiven Leben)
- kognitive Therapie
- angewandte Entspannung

Sorgenexposition in sensu

- **Hypothese:** Das Vorherrschen von gedanklichen Prozessen und der ständige Themenwechsel verhindern eine Habituation an die angstbesetzten Sorgen.
- **Aufgabe:** Die Patienten sollen ihre Sorgen bis zum Ende denken und sich diese bis zum schlimmstmöglichen befürchteten Ausgang hin bildlich vorstellen.
- Die auftretende Angst soll ausgehalten werden mit dem Ziel, durch die Habituation eine Reduktion der Angst zu erreichen.

10. Bilder zu den Ängsten und Belastungen





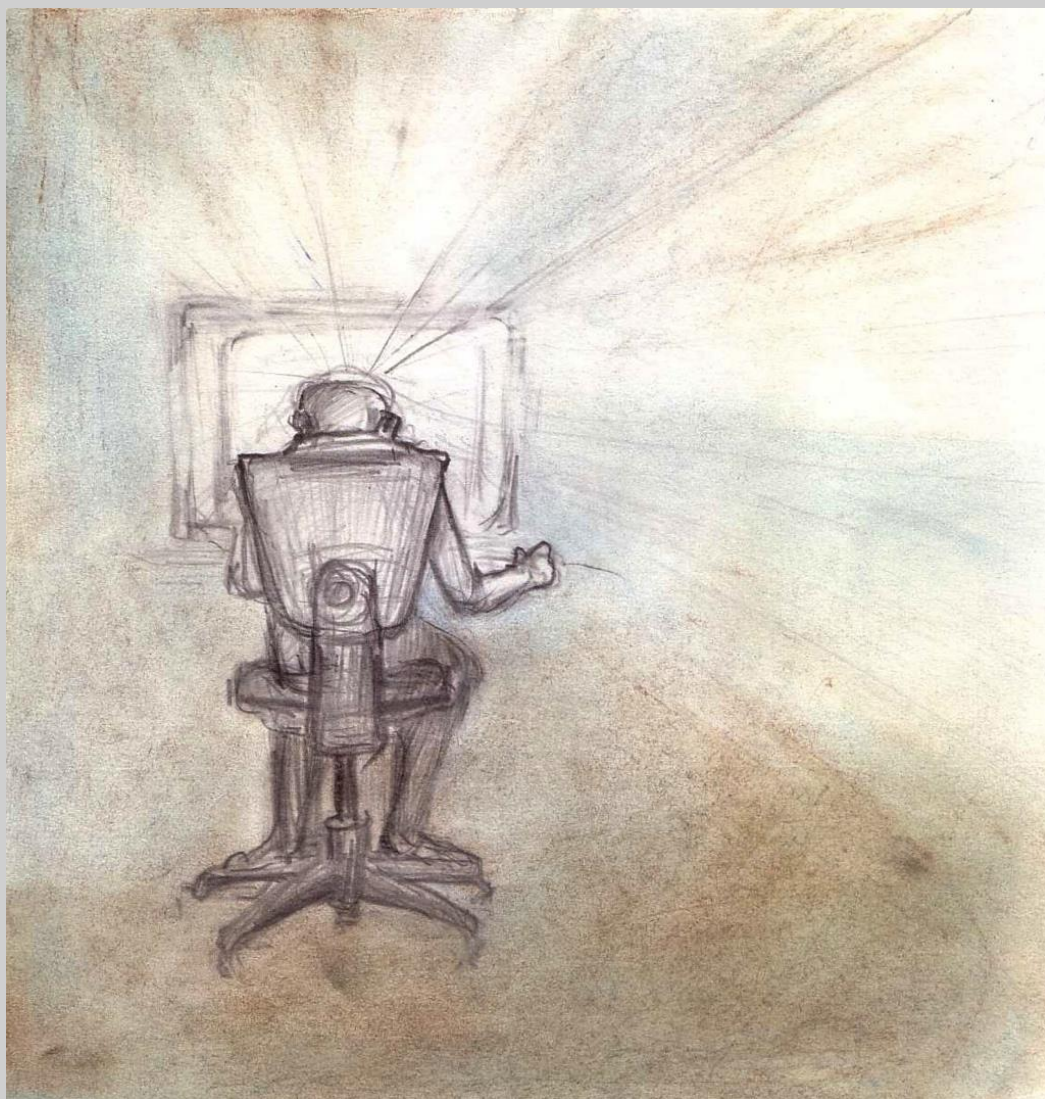








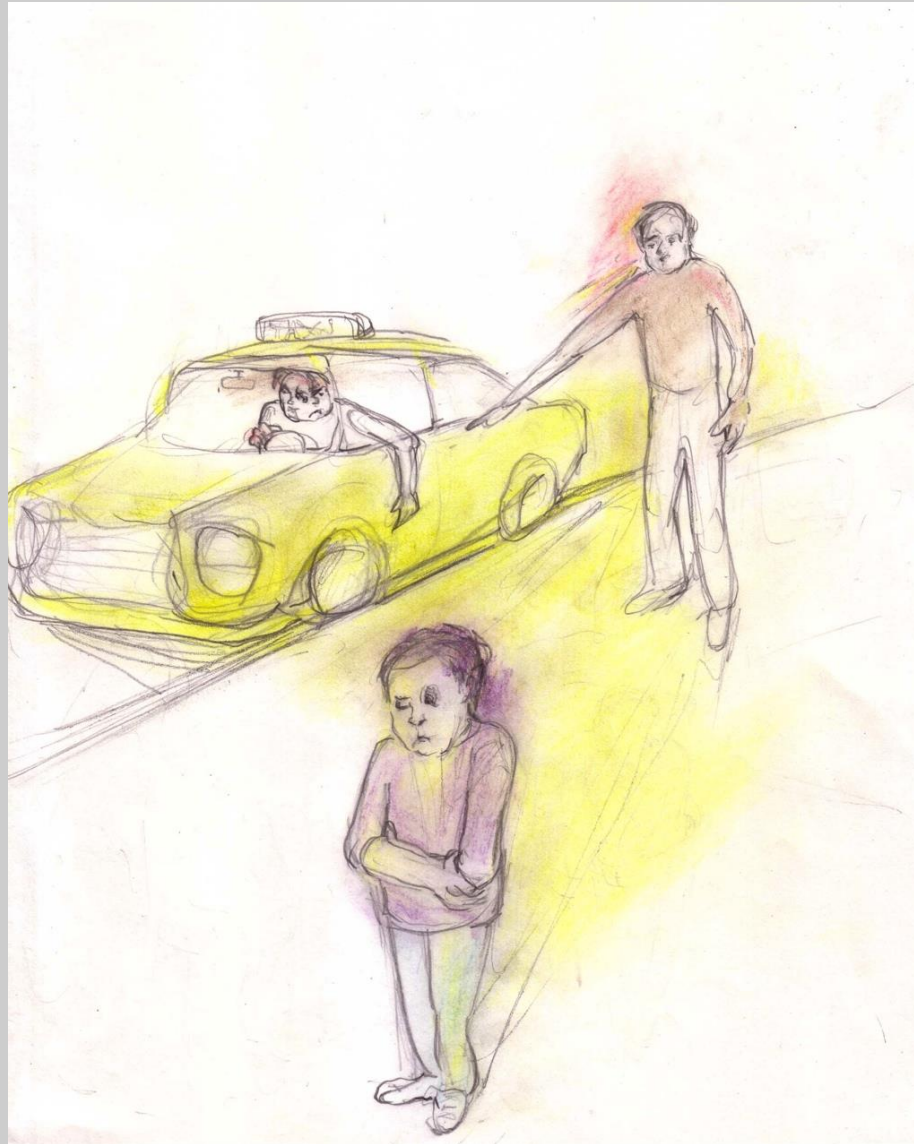












**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**