

Dellisch, Heide

Krankmachende Angst in der Familie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 4, S. 128-133

urn:nbn:de:bsz-psydok-34761

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHN, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Krankmachende Angst in der Familie

Von Heide Dellisch

Zusammenfassung

Es wird versucht, einige Angstsyndrome des Kindesalters in ihren psychodynamischen Zusammenhängen mit der jeweiligen Familiensituation darzustellen. Es zeigt sich aber auch, daß bestimmte Angstbedingungen in der Familie psychische und psychosomatische Folgen bei Kindern auslösen. Ein typisches Beispiel für die Vernetzung intrapsychischer und familiärer Angstursachen mit Trennungsängsten, verdrängten Aggressionen und narzißtischen Konflikten stellt die Schulphobie dar, auf die ausführlicher eingegangen wird.

1 Entwicklungsaspekte der Angst

Die Angst hat als warnendes Signal vor Gefahr eine entscheidende Schutzfunktion. Sie gehört – ebenso wie der Schmerz – zur existentiellen und biologischen Grundausstattung jedes Lebewesens. Die Signalangst, *das mit einem geringen Angstaffekt verbundene Antizipieren einer drohenden Gefahr*, ermöglicht dem Individuum eine Vorbereitung, die Planung sinnvoller, notwendiger Verhaltensweisen und mobilisiert psychische Abwehrmechanismen. Dieser Vorgang setzt bereits eine Reihe von Ich-Funktionen voraus wie Wahrnehmung, Speicherung, Gedächtnis, vergleichende Fähigkeiten und die Einschätzung der Situation. Es handelt sich dabei um eine sog. reife Form der Angst – eine strukturierte Furcht vor einer bestimmten Situation oder Sache. Dieser sinnvoll warnenden Furcht fehlen weitgehend die unange-

nehmen, vegetativen Begleiterscheinungen, durch die Angsterlebnisse so qualvoll werden können. Diese Form der Angst ist das Endprodukt einer langen Entwicklung, an deren Anfang eine diffuse, psychosomatische, gegenstandslose Vernichtungsangst steht.

Jeder psychischen Entwicklungsstufe entspricht eine bestimmte Angstform. Frühe Ängste und Beziehungsebenen gehen nicht verloren, sondern bleiben unbewußt erhalten und werden unter belastenden Umständen wieder aufgesucht und erlebt. Besonders im Kindesalter ist die Bereitschaft zu Regressionen groß. Ein reifes Angstverhalten läßt sich bei gesunder Entwicklung erst nach dem 3. Lebensjahr erwarten.

2 Krankmachende Angst

Normalerweise werden angsterzeugende äußere und innere Situationen durch adäquates Handeln und durch das dem Einzelnen zur Verfügung stehende Repertoire von Abwehrmechanismen abgefangen. Wenn die inneren Maßnahmen zur Abwehr der Angst ein Ausmaß und eine Qualität annehmen, die unsere Wahrnehmung und unser Erleben verzerren und entstellen, bezeichnen wir das als krankhaft. Gerät das Individuum durch extrem belastende oder auswegslose Situationen an die Grenzen seiner Bearbeitungskapazität, treten Symptome auf: Neurotische oder psychosomatische Symptome als regressive Verarbeitung von Streß und Angst. In all diesen Fällen nimmt die Angst um den Preis der Krankheit ab. Ob also eine Angst krankmachende Folgen zeigt oder bewältigt

werden kann, hängt erstens vom Ausmaß des Traumas oder der Belastung ab, zweitens von der Handlungsmöglichkeit bzw. Handlungsfreiheit des Individuums und drittens der Vielfalt, Qualität und Flexibilität und letztlich von dem Niveau der Abwehrmechanismen. Das folgende Beispiel kann dies veranschaulichen.

Vor wenigen Wochen brachte eine Mutter recht besorgt ihren 8jährigen Sohn in die Ambulanz unserer Klinik. Er verliere seit Schulbeginn alles, lasse alles liegen, obwohl er früher recht ordentlich gewesen sei. Er wolle morgens nicht in die Schule gehen, klage über Kopfweh oder komme mit anderen Ausreden, obwohl er ein guter Schüler sei. Einmal, als sie ihn schließlich recht energisch zur Schule geschickt habe, sei er aufgebraust und habe behauptet, daß die Eltern ihn ohnehin nicht gern hätten und er sich am liebsten umbringen würde. Des weiteren erfuhr ich, daß die Mutter seit einigen Wochen – etwa seit Schulbeginn – halbtags ein einjähriges Pflegekind, die kleine Julia, betreue und meinte, daß dies Valentin nicht beeinträchtigen würde, da er zu dieser Zeit ohnehin in der Schule sei. Im Sommer habe die Mutter einmal nachts schwerste Asthma-Anfälle gehabt, so daß der Bub, der allein mit ihr im Haus war, befürchten mußte, daß die Mutter daran erstickten würde. Er verständigte den Notarzt und die Nachbarin und blieb verzweifelt allein im Haus zurück, als die Rettung die Mutter auf die Intensivstation brachte. Damals und auch als die Mutter aus dem Krankenhaus wieder nach Hause kam, hatte niemand mit dem Kind gesprochen. Kurze Zeit später traten bei Valentin die ersten Asthma-Anfälle auf, die er der Mutter, zu ihrem Erstaunen, fast freudig berichtete. Ihr gegenüber betonte er, daß das gar nichts mache, und daß er ja nun ihr Spray benutzen könne. Es war offensichtlich, daß der Bub sich, nach dem traumatischen Erlebnis mit den schweren Asthma-Anfällen der Mutter, mit ihr identifizierte, daß er bemüht war, sie und sich zu überzeugen, daß Asthma-Anfälle nichts Bedrohliches seien und ihnen beiden doch das Spray helfen könnte.

Bei der Erstvorstellung baute er mit Szenomaterial eine Situation auf, wo „seine Familie“ bewundernd um ein am Boden krabbelndes Kleinkind herumsteht. Alles dreht sich um Julia. In einem 2. Ansatz stellte er sich in den Mittelpunkt und Vater und Mutter legten zärtlich und schützend die Arme um ihn. Die kleine Julia lag achtlos abseits.

Valentin hatte offenbar schon in jener traumatischen Nacht im Sommer befürchtet, die Mutter zu verlieren. Nun – seit Julia alle Zuwendung im Haus auf sich konzentrierte – meinte er wieder, alles verloren zu haben. Er verdrängte diesen unerträglichen Gedanken und agierte das aus, während die Angst, die Liebe der Eltern, die Angst, die Mutter zu verlieren, ihn bewußt nicht mehr quälten.

In dieser „psychosomatischen“ Familie, in der über Angst nicht gesprochen wurde, war der Bub in seiner Handlungsfreiheit – und hier verstehe ich Sprache als Handlung – zur Bewältigung seines Konflikts hochgradig eingeengt und konnte seine Gefühle nur im Symptom zum Ausdruck bringen.

Angst ist von der Säuglingszeit an ein nicht wegzudenkender Teil unseres Gefühlslebens. Furcht vor Nacht, Dunkelheit und dem Alleinsein, vor Naturgeschehen wie Blitz und Donner, aber auch vor Phantasiegestalten wie Hexen, Teufel und Geistern gehören der Phase des animistisch magischen Denkens an und werden mit zunehmender Realitätskontrolle und Ich-Reifung überwunden. Die Funktion der Angst ist zeitlos, die Angstinhalte ändern sich im Laufe des individuellen Lebens und im

Laufe der Menschheitsgeschichte. Es ist interessant, unsere Ängste im 20. Jahrhundert mit der heute für uns nur mehr schwer einfühlbaren Fülle ängstigender Phantomgestalten eines HIERONYMUS BOSCH zu vergleichen. Das elektrische Licht bannt heute das Grauen vor der Dunkelheit und der Nacht, Asphaltstraßen führen nun durch ehemals gefürchtete finstere Wälder und Gebirge. Der Geist der Aufklärung verscheuchte die Vorstellung von Dämonen, Teufel und Hexen in die äußersten Winkel der Bergtäler, wo wir ihnen nur mehr ganz selten in Form von Teufelsphobien begegnen. In GOETHE'S „Erkönig“ haben wir einen eindrucksvollen Dialog zwischen der aufgeklärten Haltung des Vaters, der das Kind mit einer rationalen Erklärung zu beruhigen sucht, und dem von irrationalen Ängsten überfluteten Kind.

3 Trennungsangst

Besonders die Konfrontation mit dem Tod naher Angehöriger ist geeignet, beim Kind Trennungsängste und magische Vorstellungen auszulösen, in dieser Situation werden die Kinder unserer Gesellschaft in erstaunlicher Weise allein gelassen. Die Vorstellung, man solle dem Kind Informationen und Gespräche über den Tod und das Sterben ersparen, ist weit verbreitet. Die ängstigen Phantasien, die das Kind statt dessen bewegen, sind wesentlich belastender als die Realität.

So bildete sich ein 5jähriges Mädchen nach dem Tod der geliebten Großmutter ein, der Totenvogel werde demnächst wieder über das Haus streichen, die Mutter oder die Schwester mitnehmen; schließlich war das Kind überzeugt, daß es selbst demnächst sterben müßte. Eine Serie von Zeichnungen zeigte eindrucksvoll die Angst, die über ihm schwebte. Das kleine Mädchen schrie jede Nacht auf, begann einzunässen und verhielt sich über Wochen hin tagsüber ganz verstört. Schon nach einem therapeutischen Gespräch wandte sich der Totenvogel ab und war auf der nächsten Zeichnung nicht mehr zu sehen, auf der die großen Regentropfen die Trauer symbolisierten, die das Mädchen nun zulassen konnte.

Da die Anwesenheit der Eltern anfangs für das Leben des Kindes, die Versorgung, für seinen Schutz und seine Sicherheit unbedingt erforderlich ist, drehen sich auch die Angstinhalte im Kindesalter zentral um die Gefahr der Trennung, des Verlustes der Eltern und des Verlustes der Liebe der Eltern. Dabei nimmt das Kind die Bezugsperson als eigenständige Persönlichkeit noch kaum wahr. Nicht der oder das Fremde wird bei der Fremdenangst an sich bedrohlich empfunden, sondern das Erleben des Getrenntseins von der Schutz und Versorgung garantierenden Bezugsperson. Eine entsprechende psychische Situation finden wir bei der Angstneurose, bei vielen Schulphobien und bei der Agoraphobie.

Nach dem internationalen diagnostisch und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM III) sind diese drei Diagnosen unter 309.21 „Angstsyndrom mit Trennungsangst“ einzuordnen.

4 Die Angstneurose

Bei den angstneurotischen Kindern besteht zuerst meist eine diffuse Angststimmung. Geringfügige Anlässe, die häufig symbolisch oder real im weitesten Sinn mit Trennung assoziiert werden können, lösen Panikattacken mit den charakteristisch starken vegetativ-somatischen Begleiterscheinungen aus.

Die Angst vor der Angst schränkt nicht nur das Kind sehr ein, sondern führt auch zu einem tyrannischen Verhalten den Eltern gegenüber, da es versucht, diese mit Schreien, Toben und Zeichen der Verzweiflung ständig zur Anwesenheit zu zwingen. Hysterisch-erpresserisches Verhalten und Zwangssymptome können das Zustandsbild ergänzen. Als Angstauslöser kommen auch Triebkonflikte in Frage, wo die kindlichen Aggressionen oder ödipal sexuelle Wünsche Ablehnung auslösen und die Trennung von den wichtigen Bezugspersonen befürchten lassen. Der Konflikt wird verdrängt und erhöht dadurch die innerpsychische Spannung, die sich nun in frei flottierender Angst oder Angstanfällen äußert. Anhaltende diffuse Angst und scheinbar grundlose Angstanfälle sind unerträglich. Sie werden so rasch als möglich in konkrete Furcht verwandelt. Die Angst stürzt sich sozusagen auf jede Gelegenheit. Im Falle einer Phobie entweder verdichtet, symbolisiert und externalisiert auf ein äußeres Objekt verschoben, das nun phobisch vermieden werden kann, oder konkretisiert in der Furcht vor dem Versagen einer Organfunktion des eigenen Körpers, wie bei der Herzneurose. Diese „Organsprache“ der Angst ist für den Patienten und seine Angehörigen besser verständlich und dient auch als Appell an eine fürsorgliche Zuwendung.

4.1 Die Schulphobie

Zu dieser diagnostischen Einheit gehört auch die Schulphobie. Die allgemein übliche Bezeichnung „Schulphobie“ ist in mehrfacher Hinsicht unpräzise und irreführend. Es handelt sich dabei ja nicht um den relativ reifen Abwehrmodus der Phobie, sondern häufig um eine entwicklungsgeschichtlich viel frühere Form der Angst, um die Trennungsangst.

Bei der Schulphobie liegt das unbewußte Problem für das Kind nicht bei der Schule, sondern an der Trennung von Zuhause. Bewußt leistet das Kind aber einen massiven Widerstand gegen den Schulbesuch und zeigt eine krankhafte Furcht vor der Schule oder dem, was im weitesten Sinn damit zusammenhängt. Manchmal fürchten sich die Kinder auch vor dem Lehrer, einem Mitschüler oder auch vor Hunden oder Kühen während des Schulwegs. Häufig gibt das Kind von sich aus aber gar keine Ursache an, sondern betont nur immer wieder, daß es nicht von Daheim fort wolle. Die Furcht nimmt vielfach ein extremes Ausmaß an, oft mit begleitenden somatischen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall, Kopfschmerzen und erhöhter Temperatur. Die Szenen beginnen schon vor Verlassen des Hauses. Macht sich das Kind unter Druck endlich

klagend und weinend auf den Weg, so kehrt es unterwegs auf dem kürzesten Weg wieder um und schlüpft möglichst unbemerkt zurück ins Haus. Es begibt sich still in sein Zimmer und lauscht nun zufrieden und angstfrei den Geräuschen der den Haushalt versorgenden Mutter. Vielleicht setzt es sich nun auch seinerseits etwas schuldbewußt über die Schulhefte, lernt oder spielt Schule. Kinder mit „Schulphobie“ sind meist gute und gewissenhafte Schüler. Sie genießen sich vor dem Lehrer und den Schulkollegen, daß sie nicht zur Schule gehen, wenn diese den vermeintlich Kranken besuchen kommen.

Seitens der Eltern wird zumindest zu Beginn fast immer der Schule, dem Lehrer oder den Mitschülern die Schuld für die Angst gegeben. Fragt man in der Schule nach, so hat es nie einen Konflikt gegeben. Im Gegenteil, der meist überangepaßte, brave Schüler fiel überhaupt nicht auf. Diese Kinder wehrten sich oft schon im Kindergartenalter mit allen Zeichen der Angst gegen den Kindergartenbesuch. Da dieser nicht Pflicht ist, geben die Eltern bereits dann den vehementen Protesten des Kindes nach. Mit Schuleintritt sind die Eltern dann neuerlich mit dem Problem konfrontiert.

4.2 Die Schulangst

Die diagnostische Abgrenzung zum Schuleschwänzen ist meist nicht schwer, schwieriger jedoch die zur Schulangst, da Überlappungen vorkommen können. Bei der Schulangst meidet ein psychisch oder körperlich überfordertes Kind die Schule, um sich Demütigungen und Kränkungen seitens der Lehrer und Mitschüler zu ersparen. Es handelt sich dabei fast immer um lerngestörte oder geistig bzw. körperlich behinderte Kinder, um Kinder mit Teilleistungsstörungen und Sprachstörungen. Die heimliche Schulvermeidung befreit sie zwar zunächst aus ihrer unangenehmen Situation, belastet aber ihr Gewissen den Eltern gegenüber und sie befürchten, entdeckt zu werden.

Das Schuleschwänzen ist eine überaus häufige, meist lustvolle Form der Schulverweigerung. Das Kind, meist ein schlechter Schüler, erspart sich bewußt die langweilige und lästige Schulsituation und verbringt die Zeit auf spannendere Weise. Es streift durch Wald und Wiese, hält sich an Baustellen und Bahnhöfen auf, spielt mit Automaten oder sitzt im Kaffeehaus. Chronische Schuleschwänzer sind verwahrlosungsgefährdet oder bereits manifest verwahrlost. Wir kennen allerdings auch Schuleschwänzen als Prodrom einer suicidalen Entwicklung. Das Kind besucht die Schule nicht mehr, weil diese sowie das Lernen, d.h. überhaupt die Existenz ihr Ziel verloren und keinen Sinn mehr hat. Die Jugendlichen irren lustlos und ziellos umher und gehen dabei Menschen meistens aus dem Weg. Dem Schwänzen geht oft ein rapider Leistungsabfall in der Schule voraus.

4.3 Familienpsychodynamik bei Schulphobien

Bei den Schulphobien fällt es auf, daß sich die Eltern einerseits wegen der Schulversäumnisse große Sorgen

machen und Therapeuten gegenüber großen Druck ausüben. Andererseits selbst auffällig wenig dazu beitragen, daß das Kind wieder in die Schule geht. Sie stehen unsicher und hilflos daneben, wenn sie nicht gar selbst – bewußt oder unbewußt – dazu beitragen, daß das Kind daheim bleibt. Zumindest verhalten sie sich inkonsequent und ambivalent. In Überidentifikation mit dem Kind löst dessen Panik auch in ihnen erhebliche Angst aus, die sie unter Umständen mit unerwarteter Strenge beim Kind bekämpfen, das dadurch nun völlig erschreckt ist. Daraufhin bekommen sie Schuldgefühle und heben die angekündigte Maßnahme wieder auf und verursachen Ratlosigkeit und weitere Verunsicherung. Manchmal löst auch das kontraphobische Verhalten der Eltern beim Kind gerade die Ängste aus, die diese vermeiden wollen.

Mit einigem Erstaunen hörte ich, wie eine meiner Patientinnen erzählte, daß sie es als selbstverständlich erwarde, daß ihre kleine Tochter sich am 1. Schultag der ersten Klasse alleine zur Schule begeben. Mein Erstaunen wandelte sich in Sorge um das Kind, als ich erfuhr, daß das Mädchen einen 15minütigen Fußmarsch über 3 verkehrsreiche Straßenkreuzungen zu bewältigen hatte. Die Bearbeitung dieser Haltung der Mutter ergab, daß diese selbst an einer Schulphobie gelitten und diese verdrängt hatte, und daß sie sich nun in der Abwehr ihrer unbewußten Ängste extrem uneinfühlsam und überfordernd dem Kind gegenüber verhielt.

BOWLBY (1961) zeigt unterschiedliche Ursachen der Schulphobie auf. Er betonte, daß zunächst die panische Furcht des Kindes, die Mutter allein zu lassen, ganz reale Hintergründe haben und die Folge von Trennungserfahrungen sein könne. Ein Kind, dessen depressive Mutter Suicidabsichten hat, womöglich schon Suicidversuche unternommen hat, sorgt sich begründet und wagt nicht, die Mutter aus den Augen zu lassen.

In einer dissozialen oder psychotischen Familie kann das Kind berechtigt fürchten, daß die Mutter in seiner Abwesenheit vom Vater geschlagen oder sonstwie bedroht wird, oder es sorgt sich in einer Broken-Home-Situation, daß sich die Mutter mit einem Freund trifft und überhaupt die Familie verläßt. In all diesen Fällen übernimmt das Kind Verantwortung für die Mutter oder für den Bestand der Familie. Die Bewältigung der familiären Krise ist dem Kind wichtiger als der Schulbesuch, wobei ihm häufig seine Schutzstrategien nicht bewußt werden. Das Kind schildert das selbst z.B. so: „Etwas hat mich bei der Mutti festgehalten“; oder: „Ich habe das Fortgehen von der Mama nicht ausgehalten.“

Die Angst kann auch von der Mutter ausgehen. Sie sorgt sich, daß dem Kind in ihrer Abwesenheit etwas passieren könnte und läßt es nicht aus den Augen. Geringe Verkühlungen sind willkommene Anlässe, das Kind daheim zu lassen. Das Kind spielt bereitwillig mit. Hyperprotektive Mütter konstellieren solche Situationen, in denen die Angst um das Kind aus verdrängter Aggression gegen dieses resultiert. Manchmal befürchtet das Kind, ihm könne in Abwesenheit der Mutter etwas passieren. Ein kleiner Unfall in Abwesenheit der Mutter bei einem sonst überbehüteten Kind kann dazu Anlaß geben.

4.4 Intrapsychische Dynamik bei Schulphobien

Nach psychoanalytischer Vorstellung findet sich bei Angstneurosen, Agoraphobien, aber auch bei Schulphobien häufig – darum bilden diese 3 Syndrome nosologisch eine Einheit – eine äußerst schwache, blasse Objektrepräsentanz. Das Kind bzw. der Mensch überhaupt erträgt das Alleinsein erst, wenn er das Bild der überwiegend guten, primären Bezugsperson verinnerlicht hat. Das Kind kann sich dann bei Abwesenheit der Mutter mit der Vorstellung von ihr trösten, was WINNICOTT (1951) als Übergangsphänomen bezeichnet. Diese Patienten jedoch haben, wenn die Mutter fortgeht, kaum mehr eine Vorstellung von ihr; sie ist wirklich weg. Da mit der Objektrepräsentanz eng die Aufrechterhaltung der Selbstvorstellung verbunden ist, stellt die Anwesenheit der Mutter in Belastungssituationen für die Konsistenz des Ichs eine unbedingte Notwendigkeit dar, die Abwesenheit löst panische Angst, das Gefühl totaler Verlassenheit, der Selbstauflösung und der Vernichtung aus. Das Kind tut alles dazu, um die Mutter zur Anwesenheit zu zwingen. Ebenso verhält sich der Agoraphobiker, der seine Angehörigen zwingt, ihn auf Schritt und Tritt zu begleiten. Dasselbe arrangiert sich der Patient mit einer Herzneurose, der, wenn ihm schon kein Angehöriger zur Verfügung steht, ständig mit einem Arzt in Kontakt bleiben will, um seine Vernichtungs- und Trennungsängste zu ertragen.

4.5 Narzißtischer Konflikt bei Schulphobien

Nicht jede Schulverweigerung beruht auf Trennungsangst. Als Ursache kommt auch ein narzißtisches Problem in Frage. Nach dem DSM III würde man allerdings diese Angst eher unter 313.21 „Angstsyndrom mit Vermeidungsverhalten“ einordnen. Auch hier kennen wir fließende Übergänge zur Schulangst. In diesen Fällen benötigen die Eltern oder das Kind zur Stabilisierung ihres Selbstwertgefühles Grandiosität. Die Eltern können dieses Bedürfnis auch auf das Kind delegieren. Sie sehen ihren buchstabierenden Sprößling bereits als Universitätsprofessor oder das schmierende oder trällernde Töchterchen als große Künstlerin oder Star. Während Eltern und Kind bis zur Einschulung ungestört ihren narzißtischen Größenphantasien nachhängen können, bedeutet die Schule eine harte Konfrontation mit der Realität. Das Kind erlebt die narzißtische Enttäuschung zuerst, wenn es realisiert, daß es die Erwartungen der Eltern nicht erfüllt, daß es nicht derjenige oder diejenige ist, der oder die es für die Eltern zu sein hätte. Die realen Leistungen des Kindes sind dabei völlig unwesentlich, da sie – so gut sie auch sind – den grandiosen Erwartungen der Eltern nicht entsprechen können.

Gelingt es den Eltern nicht, ihre illusionären Erwartungen herunterzuschrauben, besteht die Gefahr, daß sie das Kind weiter anfeuern und ihm Vorwürfe machen, daß es doch könnte, wenn es nur wollte. Es ist verständlich, daß sich das Kind weitere narzißtische Enttäuschungen in der Schule und damit die reale oder vermeintliche Ablehnung der Eltern ersparen möchte.

5 Angst und Strafe

In unserer Gesellschaft wird weitverbreitet Angst als Gefühl abgewertet, in der Familie vermieden und schon beim Kind unterdrückt. Besonders männliche Individuen sollten keine Angst zeigen. Angst wird aber auch zur Abschreckung und Strafe in Familien, Schulen, in Kirchen und Staat sowie allen autoritären Systemen manipulativ eingesetzt. Wenn Kinder häufig von den Eltern schwer bestraft werden, sind Bestrafungsängste zu erwarten, die sich dann auch auf autoritäre Vorgesetzte übertragen können.

Untersuchungen von BECKER (1980) und BRITTNACHER (1978) zeigen, daß große elterliche Strenge mit einer Reihe von kindlichen Verhaltensstörungen wie Aggressivität und Delinquenz korreliert, aber nicht vordergründig mit Ängstlichkeit. Sie meinen, daß derartige Eltern selbst angstfreie Modelle abgeben, und daß sie die Anpassung des Kindes fördern. In derartigen Familien würde ein System von Regeln und Verhaltensnormen errichtet, die dem Kind oder dem Jugendlichen einen angstmindernden Orientierungsrahmen bietet. Ich kann mir hingegen eher vorstellen, daß gerade in solchen Familien unbewußt sehr viel Angst lauert, die aber durch Aggression maskiert und kontraphobisch abgewehrt wird. In einem Circulus vitiosus löst diese Aggression dann wieder Strafe oder gar Mißhandlungen aus, manchmal als einzige Form der Kommunikation.

Ist die Bestrafung demütigend und entwertend, leidet auch das Selbstwertgefühl. Besonders die Ablehnung durch den Vater scheint sich auf das Selbstwertgefühl auszuwirken und später Situationen zu beeinträchtigen, in denen sich diese Individuen der Beurteilung durch andere Personen aussetzen. Eine offene Ablehnung durch die Mutter korreliert nach ROSENTHAL et al. (1959) signifikant mit Stehlen und Lügen. Von besonders großer Bedeutung für die Entwicklung einer ängstlichen Persönlichkeit und häufigen Angstreaktionen im späteren Leben scheint eine hyperprotektive, verwöhnende Erziehungshaltung und eine ängstliche Lebenseinstellung der Eltern zu sein. In beiden Fällen kommt es dabei stärker auf die Mutter als auf die Haltung des Vaters an. Eine verwöhnende Erziehungshaltung erspart dem Kind sich mit altersentsprechenden Anforderungen auseinanderzusetzen. Das Kind versäumt dadurch, sich Fertigkeiten spielerisch und spielend anzueignen, da ihm alles aus dem Weg geräumt wird. Verwöhnung erzieht zur Passivität, mit den Folgen der Unerfahrenheit, Hilflosigkeit und Angst. Hyperprotektiv verwöhnende Mütter engen einerseits ihr Kind sehr ein, machen es ihm andererseits aber auch äußerst schwer, sich dagegen zu wehren und ihre Wut darüber zu äußern, da sie ja so „gut“ sind sich aufzuopfern.

6 Angst in der Familie

Ängstliche Eltern haben am häufigsten angstneurotische oder phobische Kinder. Hier spielen frühe Introjektion, Identifikation und Lernprozesse eine wesentliche

Rolle. SOLYOM et al. (1974) diagnostizierten bei den Müttern phobischer Patienten zu 30,9% ebenfalls Phobien oder ängstlich-depressive Verstimmungen. Nach BECK et al. (1974) übernehmen phobische Kinder in 66% inhaltlich zumindest einen Teil der phobischen Ängste ihrer Eltern. HORST EBERHARD RICHTER (1970) beschreibt unter der Metapher „Sanatorium“ den Typus der angstneurotischen Familie im Sinne einer „familiären Charakterneurose“. Alle Familienmitglieder sind sich in der Abwehr der als bedrohlich empfundenen Umwelt einig. Vor diesen Gefahren versucht man sich durch den Rückzug in eine Art selbsterrichtetes Sanatorium zu schützen. Man lebt äußerst gesund, geht mit den Hühnern zu Bett und meidet alles, was anregen oder aufregen könnte, schont sich und erspart sich jede Auseinandersetzung mit der Innen- und Außenwelt um den Preis einer extremen Einengung und Isolierung.

7 Ängste im psychotischen Milieu

Für ein belastendes Ausmaß an Angst in der Familie sind besonders jene Erfahrungen relevant, die die Entwicklung irrationaler Auffassungen und Glaubenssysteme fördern. Hier spielt sowohl das Modellverhalten der Eltern eine wichtige Rolle, als auch Fehlinformation und irrationale Ansichten über nachteilige Folgen eines bestimmten Verhaltens. In schizophrenen Familien übernehmen Kinder die Wahnideen und Ängste des psychotischen Elternteils um so eher, je jünger die Kinder sind und je weniger andere Bezugspersonen dem Kind zur Verfügung stehen, mit denen das Kind korrektive Erfahrungen machen könnte.

Vor wenigen Monaten wurde ein völlig verstörter 10jähriger Bub in unsere Klinik gebracht. Seine schizophrene Mutter hatte ihm durch Monate eingeredet, er verfüge über übernatürliche Fähigkeiten und könnte durch seine Gedanken bei anderen Krankheiten, ja sogar den Tod bewirken. Das Grauen des Buben über die angebliche Fähigkeit und die Angst vor der Verantwortung hatten ein solches Ausmaß erreicht, daß er zunächst selbst psychotisch wirkte. Er glaubte, er sei an der Psychose der Mutter schuld und war überzeugt, daß von ihm nur Unglück und Gefahr ausgingen. Seine Großmutter, Angehörige einer Sekte, verfolgte ihn mit Bibelsprüchen und Ankündigungen, daß Satan und Dämonen schon wegen geringfügiger Anlässe über ihn herfallen würden. Der Alptraum klang für das Kind binnen weniger Tage und weniger aufklärender Gespräche ab, es ergab sich allerdings auch die Notwendigkeit, das Kind aus dieser Gruselatmosphäre herauszunehmen und es in einem guten Pflegeplatz unterzubringen.

8 Religiöse Ängste

In den letzten Jahren häufen sich in unserer Abteilung die Fälle massiv verängstigter und neurotischer Kinder aus Familien, in denen alle oder ein Teil der Familienangehörigen Sekten angehören. Die Kinder sehen sich mit überstrengen, fast mittelalterlich anmutenden Regeln und Moralvorstellungen konfrontiert, die sie, wenn sie

diese akzeptieren können, von dem Leben der Gleichartigen weitgehend ausschließen. Für geringe Versündigungen werden apokalyptische Strafen angedroht. Manchmal gehört nur ein Teil der Familie der Sekte an, was die Familie spaltet. Der Konflikt des Kindes geht dabei weit über einen üblichen Loyalitätskonflikt hinaus, da seitens der Angehörigen nun mit allen Mitteln um die Seele des Kindes gekämpft und mit Verheißungen von Höllenqualen für Ungläubige nicht gespart wird. Die Kinder kommen mit Pavor nocturnus, mit Einnässen, Erbrechen, Panikzuständen, schulischem Leistungsversagen bis hin zur suicidalen Entwicklung in Behandlung. Wenn das Kind selbst fortläuft, Hilfe sucht, leidet es unter schweren Schuldgefühlen. Psychisch labile, symbiotisch abhängige und präpsychotische Persönlichkeiten werden besonders von religiösen Sekten angezogen.

Die Kinder solcher Familien sind es aber dann auch, die, ohnehin mehrfach belastet durch die psychisch erkrankten Familienmitglieder, einem starken Über-Ich-Druck ausgesetzt sind. Sie erleben einerseits die primärprozeßhaften affektiven Durchbrüche des Psychotikers daheim und die Tatsache, daß die Eltern in keiner Weise in der Lage sind, nach den Vorschriften ihres Glaubens zu leben. Die Kinder müssen nun andererseits ihre Wahrnehmungen mit Verleugnung und Spaltung abwehren, da sie sich ja niemandem anvertrauen können. Zudem bieten die Angehörigen diesen Kindern Verleugnung oder magische Praktiken als untaugliche Mittel der Angstbewältigung an.

Der psychotherapeutische Weg in der Behandlung der Angst besteht darin, präverbales Grauen in sprachlich faßbare Furcht zu verwandeln, den Patienten anzuleiten, seine Angst bzw. Furcht als sinnvolles Signal zu verstehen und ernst zu nehmen. Es geht auch darum, die Angsttoleranz des Patienten zu erhöhen. Viele Kinder erleben erst in der Therapie, daß sie gemocht, geachtet und angenommen werden und gewinnen so neues Selbstver-

trauen und Vertrauen in die Umwelt. Nur auf diesen Grundlagen kann Angst bewältigt werden.

Summary

Illness-causing Anxiety within the Family

This is an attempt to present some anxiety syndromes of infancy in their psycho-dynamic connections with the specific family situation. Particular anxiety conditions in the family are shown to cause psychic and psychosomatic consequences with children. A typical example of the network of intrapsychic and family causes of anxiety with separation anxiety, repressed aggression, and narcissistic conflict is the school phobia, which is dealt with in detail.

Literatur

BECK, A. T./LAUDE, R./BOHNERT, M. (1974): Ideational components of anxiety neurosis. *Archives of General Psychiatry* 31, 319–325. BECKER, P. (1980): Studien zur Psychologie der Angst. Weinheim: Beltz. – BOWLBY, J. (1961): Die Trennungsangst. *Psyche*, S. 411–464. – BRITTNACHER, M. (1978): Zur Differentialdiagnose kindlicher Verhaltensstörungen. Saarbrücken: (unveröffentlicht. Diplomarbeit. Zit. nach BECKER, P. 1980). – RICHTER, H. E. (1970): Patient Familie. Reinbek: Rowohlt. – ROSENTHAL, M. J./FINKELSTEIN, M./NI, E./ROBERTSON, R. E. (1959): A study of mother-child relationships in the emotional disorders of children. *Genetic Psychology Monographs* 60, 65–116. – SOLYOM, L./BECK, P./SOLYOM, C./HUGEL, R. (1974): Some etiological factors in phobic neurosis. *Canadian Psychiatric Association Journal* 19, 69–78. – WINNICOTT, D. W. (1951): Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Fischer TB, Kindler.

Anschr. d. Verf.: Dr. Heide Dellisch, Heilpädagogische Abteilung, LKH Klagenfurt, St. Weiterstr. 47, A-9020 Klagenfurt.