

ANGST IM KINDESALTER

Erklärungsansätze, Störungsbilder und
sozialpädagogische Handlungsmöglichkeiten

Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Dipl.-Sozialarbeiterin/Dipl.-Sozialpädagogin

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

Vorgelegt von: Daniela Förster

Erstprüfer: Dipl. Psychologin Claudia Gottwald

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

Tag der Einreichung: 08.02.2010

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Die Emotion Angst	3
1.1 Emotion – Begriff, Funktion, Komponenten	3
1.2 Emotion, Gefühl, Stimmung, Affekt.....	6
1.3 Angst - Begriff, Funktion, Komponenten	6
1.4 Normale Angst/ Pathologische Angst/ Angststörung	9
1.5 Psychosomatik der Angst/ versteckte Angst.....	10
2. Erklärungsansätze zur Angstenstehung	11
2.1 Psychoanalytische Ansätze	11
2.1.1 Angsttheorien nach Freud	11
2.1.2 Psychosoziale Entwicklung nach Erikson	14
2.1.3 Bindungstheoretischer Ansatz	17
2.2 Kognitive Ansätze.....	18
2.2.1 Einführung in die kognitive Entwicklung nach Piaget.....	19
2.2.2 Trait-State-Angstmodell nach Spielberger	21
2.2.3 Klassische kognitiv-evaluative Emotionstheorie nach Arnold	22
2.2.4 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus	23
2.3 Lerntheoretische Ansätze	24
2.3.1 Klassische und Operante Konditionierung.....	24
2.3.2 Zwei-Phasen-Theorie nach Mowrer.....	27
2.3.3 Modelllernen und sozial-kognitive Lerntheorie nach Bandura.....	28
2.4 Auswirkungen des elterlichen Erziehungsstils	30
2.5 Angstfördernde gesellschaftliche Bedingungen	31
2.6 Risikofaktoren für die Entstehung von Angst	32
3. Angst und Angststörungen im Kindesalter	33
3.1 Emotionale Selbstregulation im Kindesalter	33
3.2 Entwicklungsängste von Kindern.....	34

3.3	Ängstliche Kinder	38
3.4	Angststörungen bei Kindern	38
3.4.1	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	41
3.4.1.1	Schulphobie	43
3.4.2	Phobische Störungen	45
3.4.2.1	Soziale Phobie	46
3.5	Geschlechterspezifische Unterschiede und Komorbidität	49
4.	Sozialpädagogische Handlungsmöglichkeiten bei Angst im Kindesalter	50
4.1	Methoden und Einzelverfahren	52
4.1.1	Elternarbeit	54
4.1.2	Selbstinstruktions-Training	55
4.1.3	Spieltherapie	56
4.1.4	Rollenspiel	57
4.1.5	Trainingsprogramme	58
4.1.5.1	Soziales Kompetenztraining	59
4.1.5.2	SAFE®-Programm	61
4.1.6	Entspannungsverfahren	62
4.1.6.1	Imagination	64
4.1.6.2	Progressive Muskelrelaxation	65
5.	Zusammenfassung	66
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	70
	Quellenverzeichnis	71
	Eidesstattliche Erklärung	79

Einleitung

Emotionen spielen eine bedeutende Rolle im menschlichen Dasein, denn sie beeinflussen im entscheidenden Maße das Denken, Handeln und Fühlen. Bekannt ist eine Vielzahl von Emotionen, zu denen, neben anderen, Liebe, Freude, Wut und Angst gehören. In dieser Arbeit wird die Emotion Angst hervorgehoben und detailliert veranschaulicht. Die Emotion Angst trägt eine nützliche und notwendige Funktion. Sie warnt den Menschen vor potenziellen Gefahren und mahnt ihn zur Vorsicht. Beispielsweise hält die Angst ihn davon ab, ohne zu schauen über eine schnell- und vielbefahrene Straße zu laufen oder sich zu weit über einen Abgrund zu beugen. Ebenso können nicht lebensbedrohliche Ereignisse, wie enge Räume, Trennungen oder soziale Situationen, Angst hervorrufen. Allerdings ist in diesen Fällen für den Betroffenen häufig nicht ersichtlich, auf welche Gefahr sich die Angst zurückführen lässt. Wovor ein Mensch sich ängstigt, ist unterschiedlich und unterliegt einer Reihe von persönlichen Erfahrungen, die u. a. auf individuelle Dispositionen, elterliche und situative Prägungen zurückzuführen sind.

Kinder erleben entwicklungsbedingt eine Vielzahl von Ängsten, die von der Mehrzahl ohne große Schwierigkeiten bewältigt werden. Jedoch können sich Ängste bei einigen zu einer Angststörung ausprägen. Angststörungen hemmen den Entwicklungsverlauf sowie die optimale Entfaltung eines Kindes und verursachen einen erheblichen Leidensdruck. Schätzungsweise ist jedes zehnte Kind von einer solchen Störung betroffen. Wird diese nicht frühzeitig erkannt, droht eine Verfestigung und Chronifizierung im Erwachsenenalter, wodurch diverse Probleme, wie Depressionen oder Abhängigkeitsstörungen, hinzukommen können. Angststörungen werden als „leise“ psychische Störungen bezeichnet, da ängstliche Kinder dazu neigen, sich zurückzuziehen und sich unauffällig zu verhalten. Daher finden diese Kinder weniger Beachtung, was eine frühzeitige Erkennung dieser Störungen häufig erschwert. An dieser Stelle können Sozialpädagogen eine wichtige Rolle einnehmen. Viele Einsatzgebiete, wie sozialpädagogische Familienhilfe oder Schulsozialarbeit, ermöglichen eine hinreichende Nähe zu Kindern, um Angststörungen vorzubeugen, zu erkennen und die betroffenen Eltern diesbezüglich zu beraten. Des Weiteren können Sozialpädagogen umfassende Dienste im direkten Einsatz gegen diese Störungen leisten.

Diese Arbeit stellt eine Einführung in die Thematik der Angst bzw. Angststörung im Kindesalter für Sozialpädagogen dar und soll folgende zentrale Fragestellungen beantworten:

- Welche Erklärungen oder Ursachen stehen für Angst oder eine Angststörung im Kindesalter?
- Welche Möglichkeiten haben Sozialpädagogen, um in dieser Thematik zu unterstützen? Wie können sie dazu beitragen, dass ängstliche und angstgestörte Kinder ein gesundes Selbstvertrauen erlangen und zu selbstsicheren jungen Menschen bzw. Erwachsenen heranreifen?

Im **ersten Kapitel** werden die Konstrukte Emotion und Angst definiert sowie ihre Funktionen und Reaktionsebenen beschrieben. Außerdem werden ihnen ähnelnde Bezeichnungen abgegrenzt und verwandte Begrifflichkeiten erklärt. Das **zweite Kapitel** schildert diverse Erklärungsansätze, die mögliche Ursachen und Begründungen für eine Angstenstehung bzw. –entwicklung wiedergeben. Neben einer vorrangig psychologischen Betrachtungsweise werden pädagogische und gesellschaftliche Hintergründe für die Erklärung von Ängsten herangezogen. Es wird verdeutlicht, inwieweit der elterliche Erziehungs- und Bindungsstil die Angstenentwicklung von Kindern beeinflusst. Im **dritten Kapitel** erfährt der Leser, welche Ängste als entwicklungstypisch oder pathologisch eingestuft werden. Des Weiteren werden spezifische Angststörungen beschrieben, von denen Kinder häufig betroffen sind. Das **vierte Kapitel** widmet sich den Handlungsmöglichkeiten, die Sozialpädagogen zur Verfügung stehen, um das Kind im Umgang und in der Bewältigung seiner Angst zu befähigen, sowie diesem die Möglichkeit geben, sich optimal und gesund zu entwickeln.

Die gewählte Lebensspanne des Kindesalters bezieht sich auf die Jahre von der Geburt des Kindes bis zu seinem 12. Lebensjahr. Diese Obergrenze markiert den Zeitpunkt der Adoleszenz, welche den Übergang in das Erwachsenenalter kennzeichnet.¹ Beziehen sich Inhalte oder Fakten auf bestimmte Altersstufen, werden diese benannt oder durch entsprechende Formulierung umschrieben.

Auf eine geschlechterspezifische Unterscheidung wird in dieser Arbeit verzichtet. Die Nennung einer Form schließt stets das nicht genannte Geschlecht ein. Die theoretischen Aussagen beruhen vorrangig auf der Fachliteratur der Bibliotheken der Universität Greifswald und der Hochschule Neubrandenburg. In Ausnahmefällen werden Informationen aus Internetrecherchen verwendet.

¹ Vgl. Hülshoff 2001, S. 214

1. Die Emotion Angst

Um sich dem Thema „Angst im Kindesalter“ zu nähern, müssen zunächst die Konstrukte Emotion und Angst fassbar gemacht werden. Im Folgenden werden diese definiert, beschrieben und von anderen Begrifflichkeiten abgegrenzt.

1.1 Emotion – Begriff, Funktion, Komponenten

Die Bezeichnung Emotion leitet sich vom lateinischen „motio“ für bewegen und „emovere“ für hinaus und erschüttern ab.² Zu Emotionen werden u. a. Freude, Stolz, Wut, Ekel oder Angst gezählt.³ Dabei weist jede Emotion ihr eigenes Konzept, ihre eigenen Auslöser, Funktionen und Handlungsimpulse auf.⁴

Eine einheitliche Definition, um das Konstrukt Emotion zu beschreiben, gibt es nicht. Die Psychologen Kleinginna und Kleinginna (1981) haben aus etwa 100 Definitionen die Gemeinsamkeiten zusammengetragen und in einer eigenen Definition zusammengefasst. Diese lautet wie folgt:

„Emotion ist ein komplexes Interaktionsgefüge subjektiver und objektiver Faktoren, das von neuronal/hormonalen Systemen vermittelt wird, die

- (a) affektive Erfahrungen, wie Gefühle der Erregung oder Lust/Unlust, bewirken können;
- (b) kognitive Prozesse, wie emotional relevante Wahrnehmungseffekte, Bewertungen, Klassifikationsprozesse, hervorrufen können;
- (c) ausgedehnte physiologische Anpassungen an die erregungsauslösenden Bedingungen in Gang setzen können;
- (d) zu Verhalten führen können, welches oft expressiv, zielgerichtet und adaptiv ist.“⁵

Demnach sind Emotionen vielschichtige Gebilde, die sich aus mehreren **Komponenten** zusammensetzen. Eine zentrale Funktion von Emotionen ist die Vorbereitung, Auslösung und Unterstützung von Reaktionen auf bedeutende Ereignisse. Mit Eintritt einer solchen Situation werden **physiologische** und **motivationale** Kräfte bereitgestellt,⁶ die durch **kognitive**⁷ und **expressive** Komponenten sowie ein eigenes **Erleben** begleitet werden. Diese Komponenten sollen im Folgenden erklärt werden.⁸

Kognitive Komponente: Diesem Bestandteil wird die größte Aufmerksamkeit zugewiesen, da sie darüber entscheidet, welche Emotion, in welcher Intensität und Dauer auftritt. Demnach sind Emotionen Ergebnisse aus kognitiven Bewertungs-

² Vgl. URL1 (2009)

³ Vgl. Mayring 2003, S. 151f

⁴ Vgl. Galliker 2009, S. 87ff

⁵ Otto/Euler/Mandl 2000, S. 15

⁶ Vgl. Ulich 2003, S. 54

⁷ Das Denken, Wahrnehmen und Erkennen betreffend (Hülshoff 2001, S. 295)

⁸ Vgl. Frenzel/Götz/Pekrun 2009, S. 206

prozessen. Ein Ereignis wird durch das Individuum typisiert, bewertet und in ein persönliches Werteschema eingeordnet. Die Person schätzt ab, ob es sich um ein positives oder negatives, erwünschtes oder unerwünschtes Ereignis handelt.⁹ Wird ein Ereignis als Bedrohung bewertet, also als negativ und unerwünscht eingeschätzt, wird Angst ausgelöst. Findet hingegen eine positive Beurteilung statt, können Emotionen wie Freude oder Stolz auftreten.¹⁰

Erleben: Jede Emotion ist durch ein subjektives psychisches Erleben und Empfinden gekennzeichnet,¹¹ was gemeinhin auch als Gefühl beschrieben wird¹². Während sich Freude durch ein angenehmes, entspanntes und vitales Erleben kennzeichnet, ist das ängstliche Gefühl eher durch ein angespanntes, nervöses und unruhiges Erleben charakterisiert.¹³

Physiologische Komponente: Abhängig von der Emotion werden entsprechende physiologische Reaktionsmuster ausgelöst, wobei neuronale Prozesse aktiviert werden, die einschlägige Erregungs- und Anspannungsmuster erwirken.¹⁴ So ist beispielsweise bei einer Reihe von Emotionen, eine erhöhte Herzfrequenz zu verzeichnen.¹⁵

Expressive Komponente: Jede Emotion äußert sich in einem dazugehörigen verbalen und/oder nonverbalen Ausdrucksverhalten, wie Mimik, Gestik oder Ausrufen.¹⁶ Während Freude an einem lachenden Gesichtsausdruck zu erkennen ist, lässt sich Ekel an einer gerümpften Nase oder einem zurückgezogenen Kopf feststellen.¹⁷ Durch expressives Verhalten werden die Emotionen für die soziale Umwelt zugänglich. Somit wird einem Gegenüber ermöglicht, Emotionen zu erkennen und gegebenenfalls darauf zu reagieren.¹⁸

Motivationale Komponente: Emotionen besitzen eine motivierende Wirkung bzw. Funktion, wodurch Handlungs- und Kommunikationsprozesse veranlasst werden, bzw. der Antrieb beeinflusst und dem Verhalten eine Richtung zugewiesen wird.¹⁹ Demnach kann Angst zu einem Flucht-, Vermeidungs- oder Angriffsverhalten motivieren bzw. dazu bewegen, sich zurückzuziehen oder anzugreifen.²⁰

⁹ Vgl. Ulich 2003, S. 46ff

¹⁰ Vgl. Mayring 2003, S. 164ff

¹¹ Vgl. Hülshoff 2003, S. 14

¹² Vgl. Merten 2003, S. 10

¹³ Vgl. Mayring 2003, S. 164ff

¹⁴ Vgl. Frenzel/Götz/Pekrun 2009, S. 206

¹⁵ Vgl. Mayring 2003, S. 152ff

¹⁶ Vgl. Frenzel/Götz/Pekrun 2009, S. 206

¹⁷ Vgl. Mayring 2003, S. 158ff

¹⁸ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 464

¹⁹ Vgl. Ulich 2003, S. 52

²⁰ Vgl. Frenzel/Götz/Pekrun 2009, S. 206

Wie oben bereits erwähnt wurde, kommt der kognitiven Komponente eine zentrale Rolle zu, da sie über das Auftreten der jeweiligen Emotion entscheidet. Auch Ciompi (1997) betont in seinen Arbeiten die Kognitionen. Dabei betont er in seinen Ausführungen nicht den Einfluss der Kognition auf die Emotion, sondern beschreibt die Wirkung der Emotionen auf die Kognitionen. Er spricht hier von einer sogenannten **Operatorwirkung**,²¹ wobei der Begriff Operator den Umstand bezeichnet, Einfluss auf etwas zu nehmen bzw. etwas zu bewirken.²²

Ciompi (1997) weist den Emotionen folgende zentrale Operatorwirkungen zu:

1. Emotionen sind wichtige Energielieferanten und Motivatoren, die der kognitiven Dynamik die nötige Energie liefern, sie mobilisieren und aktivieren oder in bremsender Form hemmen. Während Freude, Wut oder Angst tendenziell auf beschleunigte Kognitionen hinweisen, lassen sich bei Trauer verlangsamte Denkweisen vermerken.
2. Emotionen bestimmen das Zentrum der Aufmerksamkeit. Je nach Emotion richtet sich die Aufmerksamkeit auf verschiedene kognitive Inhalte, die mit der jeweiligen Emotion deckungsgleich sind.²³ Bei Angst werden die Denkinhalte in erster Linie von der Gefahr und den eigenen Unzulänglichkeiten bestimmt, Liebe dagegen richtet ihren Fokus auf das geliebte Objekt.²⁴
3. Emotionen wirken sich auf die Gedächtnisleistungen aus. Durch ein gemeinsames Auftreten der Emotion und ihrer verbundenen Kognition, werden beide gemeinsam gespeichert und bei der nächsten Reaktivierung remobilisiert. Außerdem werden solche Informationen besser gespeichert, die zur vorherrschenden Grundstimmung passen. Wer also auf eine ängstliche Disposition zurückgreift, wird Angstsituationen schneller und besser abspeichern können.
4. Emotionen schaffen Kontinuität, da sie ähnliche situative und kognitive Inhalte sowie vergleichbare Stimmungen verbinden und zu einem Gesamtbild heranwachsen lassen. So ist es möglich, dass ein Individuum seine Angst in viele Lebensbereiche übernimmt und verfestigt. Hat ein Mensch viele angstvolle Erfahrungen an einem Ort gemacht, wird dieser Ort gleichermaßen für ihn eine beängstigende Ausstrahlung besitzen. Andererseits können viele gute Momente in einer Stadt dafür verantwortlich sein, dass diese Stadt insgesamt als angenehm bewertet wird.²⁵

²¹ Vgl. Ciompi 1997, S. 94ff

²² Vgl. URL₂ (2009)

²³ Vgl. Ciompi 1997, S. 94f

²⁴ Vgl. Mayring 2009, S. 152ff

²⁵ Vgl. Ciompi 1997, S. 95ff

1.2 Emotion, Gefühl, Stimmung, Affekt

Im Zusammenhang mit dem Emotionsbegriff werden eine Reihe anderer Konstrukte, wie Gefühl, Stimmung und Affekt, benutzt. Dabei werden die Bezeichnungen Emotion und Gefühl oft als Synonym füreinander verwendet. Jedoch beinhaltet das mehrdimensionale Gebilde **Emotion** die Komponente **Gefühl**, die den Aspekt des Erlebens, Fühlens oder Empfindens eines Individuums erfasst.²⁶

Die Konstrukte **Stimmung** und Emotion ähneln sich, da beide mit identischen Komponenten charakterisiert werden können. Jedoch ist eine Unterscheidung hinsichtlich ihrer Dauer und Intensität möglich. Stimmungen sind im Gegensatz zu Emotionen länger anhaltend, von geringerer intensiver Ausprägung und weniger auf ein bestimmtes Objekt gerichtet.²⁷

Als **Affekte** werden besonders stark auftretende Emotionen bezeichnet, die oft mit Handlungs- oder Kontrollverlust einhergehen.²⁸

1.3 Angst - Begriff, Funktion, Komponenten

Die Wortherkunft der Emotion Angst sowie ihrer englischen Entsprechung „anxiety“, lehnt sich an das griechische Wort „angh“, welches Enge und Bedrängung bedeutet, an²⁹. Eine weitere Ableitung ist vom lateinischen Wort „anxius“ möglich und bezeichnet einen Erregungs- und Belastungszustand.³⁰ Diese genannten Wortbedeutungen beschreiben Teilaspekte einer Angstemotion. Angst ist die begriffliche Bezeichnung für eine emotionale Reaktion als Folge von bedrohlich erlebten Ereignissen³¹ und beschreibt einen Zustand, der durch gesteigerte Aktivität des vegetativen Nervensystems sowie erhöhte Selbstwahrnehmung von Erregung ein Gefühl von Anspannung hervorruft.³²

Im Laufe der Evolution hat sich Angst als biologisch festgesetztes **Warnsignal** durchgesetzt, um die Überlebenschancen eines Lebewesens zu erhöhen. Befindet sich ein Individuum in einer von ihm als bedrohlich wahrgenommene Situation, werden im Körper spezifische biologische Prozesse aktiviert, um die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit kurzzeitig zu steigern und das Individuum auf ein

²⁶ Vgl. Merten, 2003, S. 10

²⁷ Vgl. Frenzel/Götz/Pekrun 2009, S. 206

²⁸ Vgl. Otto/Euler/Mandl 2001, S. 13

²⁹ Vgl. Rachmann, 2000, S. 14

³⁰ Vgl. Esseau 2003, S. 17

³¹ Vgl. Hillenbrand 1999, S. 180

³² Vgl. Stöber/Schwarzer 2000, S. 189f

optimales Flucht- oder Kampfverhalten vorzubereiten.³³ Dabei greift dieser **Schutzmechanismus** unabhängig davon, ob sich das Individuum einer tatsächlichen oder einer vermuteten Gefahr ausgesetzt sieht.³⁴ Neben realen Gefahren für Leib und Leben, gibt es eine Vielzahl von Ereignissen, die Angst machen können. Menschen ängstigen sich vor Neuem und Unbekanntem, vor Trennungen und vor dem Alleinsein, vor Dunkelheit, vor Fremden, Verlust, Versagen, sozialer Ablehnung, kleinen Tieren, großen Plätze oder engen Räumen u. v. a. m.³⁵ Jedoch sind sich die Betroffenen oftmals dem Gegenstand oder Auslöser ihrer verspürten Angst nicht bewusst.

In diesem Zusammenhang unterscheiden einige Autoren zwischen Angst und Furcht. Bezieht sich die Gefahr auf ein klar benennbares Objekt bzw. Ereignis, ist von Furcht die Rede. Da der Ausgangspunkt der Gefahr eindeutig identifizierbar ist, hat die sich fürchtende Person die Möglichkeit, tatsächlich gegen die Furcht zu handeln. Die bedrohliche Situation kann durch Flucht und eine zukünftige Vermeidung bewältigt werden. Angst hingegen ist unbestimmt und gegenstandslos. Da der Betroffene nicht die Gründe für seine Angst kennt, fehlen ihm neben den Erklärungs-, auch die Bewältigungs- bzw. Linderungsmöglichkeiten für diese.³⁶ Im Weiteren wird auf eine Angst- Furcht- Differenzierung verzichtet.

Angst erfüllt also eine Warn- und Schutzfunktion. So kann beispielsweise die Angst vor Schmerz verhindern, dass ein Kind ein zweites Mal die heiße Herdplatte berührt und sich verbrennt.³⁷ Außerdem kann der Angst eine **mobilisierende** und **aktivierende Funktion** zugesprochen werden. Da der Betroffene den Angstzustand zumeist als unangenehm erlebt, wird er zu einem **Flucht- oder Vermeidungsverhalten** animiert. Daneben **erhöht** Angst die **Aufmerksamkeit** und setzt den gesamten Fokus auf die beängstigende Situation. So kann sich ein Schüler aus Angst vor einer schlechten Zensur gut auf eine anstehende Klausur vorbereiten.³⁸ Allerdings verschwindet dieser positive Aspekt bei einer sehr intensiv ausgeprägten Angst und kann bei den Betroffenen Blockaden bzw. **Hemmnisse** hervorrufen. Dieses Phänomen ist beispielsweise bei einem „Blackout“ zu beobachten, bei welchem das Ausdrucks- und Erinnerungsvermögen blockiert ist.³⁹

³³ Vgl. Hülshoff 2001, S. 58ff

³⁴ Vgl. Langs/Zapotoczky 1995, S. 24f

³⁵ Vgl. Esseau 2003, S. 14ff

³⁶ Vgl. Sörensen 1994, S. 4ff

³⁷ Vgl. Esseau 2003, S. 14

³⁸ Vgl. Krohne 1996, S. 3

³⁹ Vgl. Beushausen 2009, S. 33

Angst ist wie jede Emotion ein mehrdimensionales Gebilde und zeigt sich entsprechend den oben beschriebenen Emotionskomponenten auf folgenden Reaktionsebenen.

Kognitive Ebene: Im kognitiven Bereich lassen sich vor allem eine eingeschränkte Wahrnehmung und einseitige Gedankenmuster feststellen. Für die Dauer von Angstsituationen beschränken sich die Wahrnehmungsfähigkeit und die Gedanken ausschließlich auf die von der Gefahr ausgehenden Reize sowie die persönlichen Unzulänglichkeiten bezüglich der Angstbewältigung. Die betroffene Person hat häufig Angst zu versagen oder die Kontrolle zu verlieren.^{40,41}

Erleben: Angst wird oft als starker Unruhezustand erlebt und die Beängstigten fühlen sich häufig nervös, angespannt und unsicher, beengt bzw. eingeengt.⁴²

Physiologische Ebene: Wird eine Gefahr wahrgenommen, werden im Gehirn spezifische neuronale Prozesse eingeleitet, um den Körper auf eine Kampf- oder Fluchthandlung vorzubereiten. Durch diese Abläufe wird der gesamte menschliche Organismus aktiviert, um ein schnelles Handeln vorzubereiten. Während einer solchen körperlichen Reaktion ist die Herzfrequenz erhöht und die Atmung wird schneller. Dadurch können leicht Gefühle des Erstickens oder der Atemnot entstehen. Schweiß wird vermehrt abgesondert, um den Körper abzukühlen. Die Pupillen sind erweitert, um mehr Licht eintreten zu lassen, wodurch Sehstörungen auftreten können. Die Muskeln sind angespannt, so dass die Person möglicherweise anfängt zu zittern. Der Magen- und Darmtrakt arbeitet vermindert, was Übelkeit auslösen kann. Durch den verminderten Speichelfluss wird der Mund trocken.⁴³

Expressive Ebene: Je nach Angstintensität variiert der Gesichtsausdruck des Individuums. Mit Beginn ist der Angstaussdruck am stärksten ausgeprägt. Im Wesentlichen ist ein verängstigter Gesichtsausdruck an einer insgesamt gespannten Gesichtsmuskulatur, weit geöffneten Augen und einem offenem Mund zu erkennen. Dabei sind die Augenbrauen gerade hochgezogen und die Stirn vertikal und horizontal zusammengezogen. Jedoch kann dieses Ausdrucksverhalten in einigen Fällen kontrolliert werden, so dass sich bei der verängstigten Person äußerlich keine Angst erkennen lässt.⁴⁴

Motivationale Ebene: Bei Angst reagiert ein Individuum in der Regel mit einem typischen Flucht- und Vermeidungsverhalten. Die sich ängstigende Person ver-

⁴⁰ Vgl. Mayring 2003, S. 165

⁴¹ Vgl. Hülshoff 2001, S. 59ff

⁴² Vgl. Mayring 2003, S. 164

⁴³ Vgl. Esseau 2003, S. 14f

⁴⁴ Vgl. Mayring 2003, S. 165

sucht, aus einer ihr gefährlich erscheinenden Situation zu flüchten, um der Gefahr zu entgehen, oder vermeidet eine Situation im Vorfeld, weil sie mit ihr eine Gefahr einhergehen sieht. Des Weiteren können die Betroffenen weinen, „vor Angst erstarren“, eine kauende Haltung einnehmen oder sich schutzsuchend an eine andere Person klammern.^{45,46}

Angst wird von vielen Symptomen begleitet, die in der Regel nicht gleichzeitig und in unterschiedlicher Intensität auftreten. Beispielsweise kann eine Person, die nach eigenen Angaben große Angst verspürt, äußerlich einen ruhigen Eindruck vermitteln. Im Gegensatz dazu zittern andere stark und behaupten gleichzeitig, sie wären innerlich ganz ruhig.⁴⁷ Des Weiteren können sich die verschiedenen Reaktionskomponenten untereinander bedingen. Körperlich wahrgenommene Veränderungen der Herzfrequenz können die kognitive Angstreaktion steigern. Dementgegen vermag eine erhöhte Konzentration auf äußerliche Gefahrenreize, eine physiologische Reaktion, wie etwa beschleunigte Atmung, zu senken.⁴⁸

1.4 Normale Angst/ Pathologische Angst/ Angststörung

Die **normale Angst** hat etliche positive Funktionen. Sie dient dem Menschen als Schutz- und Warnsignal und kann motivierend sowie aktivierend wirken. Jedoch kann Angst auch extreme Ausmaße annehmen und sich zu einer krankhaften Ausformung, der **pathologischen Angst**, entwickeln.⁴⁹ Durch festgelegte Anzeichen lässt sich die pathologische Angst von der normalen Angst abgrenzen und als eine solche ausweisen. Als wichtigste Abgrenzungsmerkmale gelten quantitativ übermäßig ausgeprägte Angstintensität, ungewöhnliche Inhalte und Objekte der Angstzustände, unangemessenes Angstreaktion-Situation-Verhältnis, Chronifizierung der Angstsituation, fehlende Bewältigungs- oder Reduktionsmöglichkeiten des Individuums und eine deutliche Beeinträchtigung in den alterstypischen Lebensbereichen.⁵⁰ Pathologische Angst kann ein Symptom vieler psychischer Erkrankungen sein. Stellt diese jedoch das Leitsymptom einer Erkrankung dar, wird von einer **Angststörung** gesprochen.⁵¹ Angststörungen sind psychische bzw. seelische Krankheiten ohne organischen Krankheitsbefund, die sich in psychischen Be-

⁴⁵ Vgl. Liebowitz/Wittchen 1998, S. 104

⁴⁶ Vgl. Esseau 2003, S. 16

⁴⁷ Vgl. Hoyer/Helbig/Margraf 2005, S. 12

⁴⁸ Vgl. Krohne 1996, S. 6

⁴⁹ Vgl. Myschker 2002, S. 368

⁵⁰ Vgl. Remschmidt 2008, S. 231

⁵¹ Vgl. Hoyer/Helbig/Margraf 2005, S. 17

schwerden und körperlichen Funktionsstörungen niederschlagen.⁵² Die Angstreaktionen sind, gemäß den Kriterien der pathologischen Angst, nicht mehr funktional oder der Situation angemessen und erzeugen bei dem Betroffenen einen erheblichen Leidensdruck.⁵³ Angststörung ist ein medizinischer Ausdruck und wird in der Pädagogik unter dem Begriff der Verhaltensstörung geführt. Da sich die Bezeichnung Verhaltensstörung in erster Linie auf das beobachtbare Verhalten bezieht, ist diese für eine umfassende, ganzheitliche Betrachtung der Angst nicht geeignet und wird im Weiteren nicht als solche verwandt.⁵⁴

1.5 Psychosomatik der Angst/ versteckte Angst

Im Allgemeinen geht Angst mit einer Vielzahl von Reaktionen einher. Des Weiteren ist es keine Seltenheit, dass diese sich hinter einer Reihe von **psychosomatischen Symptomen** „versteckt“. Diese sogenannten „**Angst-Ersatzsymptome**“ reichen von Bauch- und Kopfschmerzen, Herzstichen, einem Drücken in der Brust, Appetitlosigkeit, Stottern, Bettnässen bis hin zur vorübergehenden Unfähigkeit, sich zu bewegen, zu hören oder zu sehen. Solche Angst-Ersatzsyndrome sind insbesondere bei Kindern typisch. Da die genannten Symptome auch Bestandteil anderer Krankheitsbilder sein können, lassen sie sich nicht ohne weiteres auf Angst bzw. eine Angsterkrankung zurückführen. Erst nach eingehender Diagnostik und dem Ausschluss von organischen Befunden, wird Angst als Ursache wahrscheinlicher.⁵⁵

⁵² Vgl. Faust, 2000, S. 43

⁵³ Vgl. Jacobi/Schneider, 2000, S. 98

⁵⁴ Vgl. Steinhausen, 2004, S. 7

⁵⁵ Vgl. du Bois 1998, S. 14ff

2. Erklärungsansätze zur Angstentstehung

Das Konstrukt Angst wird in verschiedenen Erklärungsansätzen beschrieben und begründet. Angst kann u. a. das Resultat neurobiologischer Ursachen sein, wobei in dieser Arbeit aufgrund der sozialpädagogischen Ausrichtung auf diesen Ansatz verzichtet wird. Die weiteren Ausführungen stützen sich auf psychologische, gesellschaftliche und pädagogische Erklärungsmodelle. Psychoanalytische Theorien akzentuieren die frühkindlichen Erlebnisse und Erfahrungen. Behavioristische Erklärungen betonen, dass Angst das Ergebnis erlernter Reiz-Reaktionsmuster ist. Demgegenüber führen die kognitiven Ansätze Angst auf gedankliche Bewertungsprozesse zurück. Was diese Theorien im Einzelnen besagen, welche Einflüsse die Gesellschaft und der elterliche Erziehungsstil auf die Angstentwicklung eines Kindes haben, inwieweit die kognitive Entwicklung des Kindes hierbei von Bedeutung ist und ob Angst vielleicht auch einer Disposition zu Grunde liegt, wird nachstehend geklärt.

2.1 Psychoanalytische Ansätze

Psychoanalytische Betrachtungen richten den Fokus auf frühkindliche Erfahrungen sowie nicht gelöste interne Konflikte und deren Reaktivierung im weiteren Lebensverlauf. Im Folgenden werden Sigmund Freuds Ansichten zur Angstentstehung näher erläutert. Anschließend erfolgen Ausführungen zur Identitätsentwicklungstheorie von Erik Erikson und der Bindungstheorie von John Bowlby.

2.1.1 Angsttheorien nach Freud

Grundsätzlich stellt Angst für Freud einen Affektzustand dar, der mit einem Gefühl von Bedrohung oder Bedrängnis sowie somatischen Begleiterscheinungen einhergeht.⁵⁶ Freud entwickelte zwei Angsttheorien. Die **erste Angsttheorie** (1895/1971c)⁵⁷ ist eine eher **biologische Hypothese**, nach der die Angst eine krankhafte Ausformung von Triebenergie darstellt. Die durch Verdrängung nicht abgeführte Libido führt zu großer innerer Erregung und wird in Angst umgewandelt, um sich nach außen zu entladen.⁵⁸

⁵⁶ Vgl. Hopf 2009, S. 15

⁵⁷ Vgl. Krohne 1996, S. 155

⁵⁸ Vgl. Tress/Scheibe/Reister 1995, S. 366

Die **zweite Angsttheorie** (1926/1971a)⁵⁹ wird als **Signaltheorie** bezeichnet, wonach Angst als ein Signal zu verstehen ist, welches auf eine innere oder äußere Gefahr hinweist.⁶⁰ Diese Theorie basiert auf Freuds Einteilung in die „psychischen Instanzen“ Ich, Es und Über-Ich. Während das Es die motivationale Instanz darstellt und die menschlichen Grundbedürfnisse oder Triebkräfte repräsentiert, symbolisiert das Über-Ich die verinnerlichten Ge- und Verbote der elterlichen Standards bzw. das als allgemein hin bekannte Gewissen. Das Ich stellt den Kontakt zur Realität her. Dabei nimmt dies eine Mittlerrolle zwischen den Ansprüchen der Realität, den Triebkräften des Es und den Anforderungen des Über-Ichs ein.⁶¹

Freuds Theorie folgend, ist Angst eine Reaktion des Ichs auf eine drohende Gefahr. Demnach ist das Ich die eigentliche Angststätte, die Angst hervorbringen und verspüren kann.^{62,63}

Angst ist nach der Abhängigkeit des Ichs von der äußeren Umwelt, vom Es und vom Über-Ich in die drei Typen **Realangst**, **neurotische Angst** und **moralische Angst** gegliedert.

Die Ursachen der **Realangst** liegen in der Außenwelt und beziehen sich auf klar benennbare Objekte oder Situationen. Die betroffene Person ist sich der Ursache und der Angst selbst bewusst. Durch das Gefahrensignal wird das Individuum zu einer adäquaten Reaktion, wie Flucht oder Angriff, aufgefordert.⁶⁴

Neurotische Angst ist das Ergebnis intrapsychischer Konflikte⁶⁵ bzw. „innerer“ Gefahren. Das Ich nimmt Triebregungen des Es wahr, dessen Realisierung und Befriedigung ihm jedoch aufgrund frühkindlicher Erfahrungen als gefährlich erscheinen. Meist handelt es sich um gesellschaftlich tabuierte, sexuelle Triebe, hinter dessen Realisierung das Individuum vor allem Bestrafung und Konsequenzen vermutet, wie z. B. Kastration oder den Verlust des Liebesobjektes. In diesem Fall warnt das Ich das Es vor der Realisierung dieser Triebansprüche. Die Funktion des Angstsignals ist erneut die Veranlassung einer adäquaten Handlungsweise. Da sich die Triebe nicht realisieren lassen, werden diese verdrängt. Demnach kommt der Angst zusätzlich eine Verdrängungsfunktion zu. Die Angstreaktion der neuroti-

⁵⁹ Vgl. Krohne 1996, S. 155

⁶⁰ Vgl. Hopf 2009, S. 21f

⁶¹ Vgl. Rothgang 2009, S. 78ff

⁶² Vgl. Hopf 2009, S. 21

⁶³ Vgl. Schellhas 1993, S. 24

⁶⁴ Vgl. Krohne 1996, S. 158

⁶⁵ Vgl. Tress/Scheibe/Reister 1995, S. 366

schen Angst stellt keine bewusste Aktion dar, sondern ist unbewusst, vielmehr vorbewusst, und das Individuum hat keine Einsicht in die Angst bzw. in sein Handeln.⁶⁶ Neurotische Ängste haben ihren Ursprung in der frühkindlichen Vergangenheit und Signalangst ist in diesem Sinne ein sekundärer, reproduzierter Affekt. Mittels Signalangst wird der Organismus an den primären Affekt erinnert. Dieser wird durch die, während des Geburtsvorgangs, erlebte Trennungsfurcht, Passivität, Hilflosigkeit und Reizüberflutung ausgelöst und als Geburtstrauma (die Trennung von der Einheit mit der Mutter⁶⁷) bezeichnet.

Freud beschreibt weitere entwicklungsbedingte Primär- bzw. Urängste, die im Folgenden skizziert werden.

Angst vor Objektverlust bzw. Trennungsangst: Nach dem Geburtstrauma bietet auch die früheste Kindheit Gelegenheit für Trennungsängste gegenüber der primären Bezugsperson bzw. Mutter. Denn während dieser Zeit ist das Kind mit all seinen kindlichen Bedürfnissen und deren Befriedigung vornehmlich auf diese angewiesen.⁶⁸ Die Trennung von der Mutter bzw. der Verlust des Objektes Mutter, würde für das Kind die Auslöschung seiner Existenz bedeuten.⁶⁹ Die Angstinhalte widmen sich demnach dem Weggehen und Nichtwiederkommen der Mutter als wichtigstes Objekt.⁷⁰

Angst vor Liebesverlust: Mit gefasstem Vertrauen in die Objektpermanenz⁷¹ der Mutter, tritt die Angst vor dem Objektverlust in den Hintergrund. Jedoch entwickelt das Kind die Vorstellung, dass das geliebte Objekt böse und gefährlich werden kann und ihm die notwendige Liebe und Fürsorge entzieht. Um dieser Gefahr zu entgehen, kann das Kind durch angepasstes Verhalten um die Liebe und Fürsorge seiner Mutter werben. Des Weiteren kann durch auffälliges bzw. störendes Verhalten, eine strafende Aufmerksamkeit erzwungen werden, denn für das Kind ist ein negativer zwischenmenschlicher Kontakt besser als gar keiner.⁷²

Angst vor Verlust körperlicher Integrität bzw. Kastrationsangst: Die Kastrationsangst beschreibt eine Angst in der sogenannten phallischen Entwicklungsphase eines Kindes, in der sich die Geschlechterrollenidentität ausbildet. Das geliebte Objekt des Jungen ist die Mutter, die er begehrt und nicht mit seinem Vater teilen

⁶⁶ Vgl. Krohne 1996, S. 158

⁶⁷ Vgl. Bauer 2002, S. 10

⁶⁸ Vgl. Krohne 1996, S. 160f

⁶⁹ Vgl. Hopf 2009, S. 28f

⁷⁰ Vgl. Elhardt 2001, S. 44

⁷¹ Objektpermanenz - das Kind erkennt, dass Dinge weiter existieren, auch wenn sie nicht direkt sichtbar sind (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 373f)

⁷² Vgl. Elhardt 2001, S. 44

möchte. Der Sohn begreift seinen Vater als Rivalen und fürchtet gleichzeitig, dass dieser ihn für sein Begehren kastrieren könnte.

Das Begehren des Mädchens richtet sich auf den Vater, wobei die Kastrationsangst durch den Penisneid ersetzt wird. Die Tochter fühlt sich schlechter ausgestattet als der Junge und gibt der Mutter die Schuld dafür. Mit wachsender Wut gegenüber der Mutter wächst die Angst vor deren Vergeltung.⁷³

Die **moralische Angst** bzw. Über-Ich-Angst beruht ebenfalls auf „inneren“ Gefahren. Die Konflikte beziehen sich auf Unvereinbarkeiten zwischen dem Ich und dem Über-Ich. Die Person erlebt ihr Handeln nicht im Einvernehmen mit den verinnerlichten Über-Ich-Normen und erwartet bei Normenübertretung mit Liebesentzug bestraft zu werden. Über-Ich-Angst lässt sich ebenfalls nicht durch Flucht- oder Angriffsverhalten reduzieren, sondern die betreffende Person muss die Handlungen an die Verbots- und Gebotsvorstellungen ihres Über-Ichs anpassen.^{74,75}

Zur Regulierung der Angst setzt das Individuum unbewusste **Abwehrmechanismen** ein, die den als unangenehm erlebten Angstzustand zu reduzieren versuchen.⁷⁶ Als Folge ergibt sich ein besserer Umgang mit der Angst. Jedoch verzerren Abwehrmechanismen die Realität, wodurch das Individuum daran gehindert wird sich weiter zu entwickeln. Zu diesen Mechanismen zählen neben anderen **Verdrängung**, **Verschiebung** und **Projektion**. Im Fall der **Verdrängung** wird die Bedrohung vergessen oder verleugnet, so dass diese nicht in das Bewusstsein dringen kann und keine Angst erlebt wird.⁷⁷ Bei der **Verschiebung** wird Angst verdrängt und auf andere Objekte verschoben, wo sie in veränderter Form auftritt.⁷⁸ Mit Hilfe der **Projektion** werden angsterzeugende Gedanken, die das Selbst betreffen, in ein anderes Objekt verlagert.⁷⁹

2.1.2 Psychosoziale Entwicklung nach Erikson

Der Psychoanalytiker Erik Erikson (1959, 1973) geht davon aus, dass mit der körperlichen Reifung des Individuums individuelle, soziale und gesellschaftliche Anforderungen einhergehen. Diese Entwicklung ist in verschiedene psychosoziale Sta-

⁷³ Vgl. Miller 1993, S. 136f

⁷⁴ Vgl. Krohne 1996, S. 158f

⁷⁵ Vgl. Schellhas 1993, S. 24

⁷⁶ Vgl. Krohne 1996, S. 163

⁷⁷ Vgl. Miller 1993, S. 121

⁷⁸ Vgl. Hopf 2009, S. 132

⁷⁹ Vgl. Miller 1993, S. 121

dien gegliedert, die jeder Mensch durchläuft und in deren Mittelpunkt jeweils ein Konflikt bzw. eine Krise steht. Dabei bietet jede Krise die Möglichkeiten eines positiven als auch negativen Ergebnisses. Werden die Konflikte nicht befriedigend gelöst, treten diese im weiteren Lebensverlauf auf.⁸⁰

Insgesamt werden acht **Stadien der psychosozialen** Entwicklung beschrieben. Die ersten vier Phasen beziehen sich auf die ersten zwölf Lebensjahre eines Kindes und sollen dem Gegenstand dieser Arbeit genügen. Diese Phasen werden im Folgenden beschrieben. Dabei kommt der ersten Entwicklungsphase eine bedeutende Rolle zu, da diese zentral bestimmend für die Angstentwicklung ist.

Urvertrauen versus Urmisstrauen: Dieses Stadium erstreckt sich über die ersten anderthalb Lebensjahre eines Kindes. Die Hauptaufgabe besteht darin, ein gesundes Vertrauens- und Misstrauensverhältnis zu entwickeln. In den ersten Lebensjahren ist ein Kind, bezüglich seiner physischen und psychischen Bedürfnisbefriedigung, darauf angewiesen, sich bedingungslos auf seine Mutter bzw. primäre Bezugsperson verlassen zu können. Wird das Kind mit aller notwendigen Nahrung, Wärme, Liebe und Geborgenheit versorgt, entwickelt es ein gesundes **Urvertrauen** in sich und seine Umwelt. Dieses Urvertrauen wird von Erikson als die primäre Komponente für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit beschrieben. Ein Kind mit entwickeltem Urvertrauen hat verinnerlicht, dass es sich auf sich selbst und seine Umwelt verlassen kann. Dabei fühlt es sich sicher und vertraut in sich, seine Äußerungen sowie in andere Personen und deren Reaktionen. Werden die kindlichen Bedürfnisse nicht erfüllt, entwickelt das Kind Bedrohungsgefühle bzw. Ängste. Diese Kinder sind der Überzeugung, sich nicht auf ihre Umwelt verlassen bzw. diese nicht beeinflussen zu können. Sie fühlen sich unsicher sowie hilflos und entwickeln ein mit Ängsten verbundenes **Urmisstrauen**.⁸¹

Autonomie versus Scham und Zweifel: Dieses Stadium beginnt mit dem zweiten bis dritten Lebensjahr und stellt die zunehmende Autonomieentwicklung sowie deren Einfluss auf die Identität des Kindes in den Vordergrund. Dieses Stadium baut auf dem ersten auf bzw. setzt auf das Urvertrauen, welches die Grundlage für eine gesunde Autonomieentwicklung darstellt. **Autonomie** bzw. Selbstkontrolle und Unabhängigkeit werden entwickelt, wenn das Kind die Chance bekommt, seine Umwelt entdecken und seinen Willen durchsetzen zu können, ohne dabei das Gefühl der Geborgenheit und des Vertrauens zu verlieren. Durch andauernde Einschränkungen des explorativen Verhaltens kann das Kind seine Anliegen und Bedürfnisse

⁸⁰ Vgl. ebd., S. 154ff

⁸¹ Vgl. Galliker 2009, S. 122

als nicht akzeptabel wahrnehmen und **Scham und Zweifel** bei deren Äußerung empfinden.⁸²

Initiative versus Schuldgefühl: Dieses Stadium stellt sich um das vierte bis fünfte Lebensjahr ein. In diesen Jahren bildet sich das Gewissen bzw. das Kind entwickelt Vorstellungen über Werte und Moral. Außerdem hat das Kind bereits eine Menge an motorischen und verbalen Fähigkeiten erlangt und ergreift zunehmend die **Initiative** bei der Entdeckung seiner Umwelt. Daneben setzt sich das Kind vermehrt mit seiner Geschlechtsidentität auseinander. Dabei identifiziert und vergleicht es sich mit seinen Eltern und strebt an, wie Mutter oder Vater zu sein. Dies ist bereits aufgrund des bisherigen Entwicklungsstandes nicht möglich, wodurch notgedrungen Niederlagen erfahren werden. Der Ausgang dieses Konfliktes ist abhängig von Erziehungs- und Umweltbedingungen. Je nachdem wie Eltern und Umwelt auf die Aktivitäten und Initiativen des Kindes reagieren und wie sich diese mit den kindlichen Moralvorstellungen vereinen, kann das Selbstvertrauen gestärkt oder **Schuldgefühle** ausgelöst werden. Wird dem kindlichen Agieren zugestimmt, ist eine positive Bewältigung dieser Krise wahrscheinlich.^{83,84} Durch wiederholte Verbote und Ablehnungen gegenüber dem Kind, droht der Konflikt negativ auszugehen. Dies kann zu vielfältigen sozialen Hemmungen im weiteren Lebensverlauf führen.⁸⁵

Werksinn versus Minderwertigkeitsgefühl: Dieses Stadium reicht vom sechsten Lebensjahr bis zur Pubertät. Mit positiver Bewältigung der vorangegangenen Phasen kann das Kind auf bisher erworbene Kompetenzen zurückgreifen und um neue ergänzen.⁸⁶ Mit Schulzeitbeginn lernt das Kind zahlreiche Rollenbilder kennen und wird zunehmend mit den Anforderungen der Gesellschaft konfrontiert, nach welchen es Leistungen erbringen muss, um nicht abgelehnt zu werden.⁸⁷ Kinder wollen lernen bzw. Leistungen erbringen und sie möchten dafür Anerkennung erfahren. Hierbei bieten der Schulbesuch und ein interaktiver Kontakt zu Gleichaltrigen gute Voraussetzungen für die Entwicklung der geistigen Fähigkeiten und ein Lernen sowie Trainieren der sozialen Kompetenzen.⁸⁸ Wird dieser Drang nach Wissen und Leistung ausreichend gefordert und gefördert, wird sich ein gesunder **Werksinn**

⁸² Vgl. ebd., S. 122f

⁸³ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, 289f

⁸⁴ Vgl. Galliker 2009, S. 123f

⁸⁵ Vgl. Gröning 2006, S. 44f

⁸⁶ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 390

⁸⁷ Vgl. Gröning 2006, S. 45f

⁸⁸ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 390

entwickeln. Ist das nicht der Fall, wird sich dies in Unzulänglichkeits- oder **Minderwertigkeitsgefühlen** widerspiegeln.⁸⁹

2.1.3 Bindungstheoretischer Ansatz

Einer der einflussreichsten Bindungstheoretiker ist der britische Kinderarzt und Psychoanalytiker John Bowlby (1969). Er hat die Bindungstheorie entwickelt und beschreibt **Bindung** als „[...]die angeborene soziale Motivation, Beziehungen zu anderen, emotional nahe stehenden Menschen einzugehen.“⁹⁰ Droht ein Verlust von Bindung, wird Angst freigesetzt.⁹¹

Bindungen sind enorm wichtig, denn sie vermitteln Geborgenheit und sichern dem Säugling das emotionale und existenzielle Überleben.⁹² Das Bindungsbedürfnis ist zu Anfang der kindlichen Entwicklung instinktiv und erwächst im Laufe der kognitiven Entwicklung zum Abbild des eigenen Selbst und der Umwelt.⁹³ Bindungstheoretiker führen Angst und ängstliches Verhalten auf Bindungsprobleme in frühesten Kindheit zurück.⁹⁴ Die Qualität einer Bindung bestimmt sich durch das Beziehungsverhältnis des Kindes zu seiner Bezugsperson.⁹⁵

Hier wird zwischen vier Bindungsformen unterschieden, wobei die ersten drei auf Mary Ainsworth (1978) zurückgehen und letztere durch Mary Main (1986) ergänzt wurde. Folgende **Bindungsstile** werden differenziert: **sicher**, **unsicher-vermeidend**, **unsicher-ambivalent** und **desorganisiert**.⁹⁶

In **sicheren** Bindungen nimmt die Hauptbezugsperson sämtliche Bedürfnisse des Kindes wahr und erfüllt diese angemessen.⁹⁷ Gemäß der Bindungsforschung erklären und rufen unsichere und desorganisierte Bindungen Ängste hervor.⁹⁸ **Unsichere** Bindungsmuster entstehen durch spezifische Verhaltensweisen der primären Bezugsperson gegenüber ihrem Kind, wie mangelndes oder unstetes Fürsorgeverhalten, Zurückweisung, Liebesentzug oder Androhungen, die Familie zu verlassen. Aber auch Tod oder anderweitiger Verlust der Bezugsperson kann dieses Bindungsmuster fördern.⁹⁹ Ein unsicherer Bindungsstil verursacht einen Zustand

⁸⁹ Vgl. Gröning 2006, S. 45f

⁹⁰ Ziegenhain u.a. 2006, S. 43

⁹¹ Vgl. Hopf 2009, S. 54

⁹² Vgl. Esseau 2003, S. 176ff

⁹³ Vgl. Oerter/Montada 2008, S. 134

⁹⁴ Vgl. Schellhas 1993, S. 52

⁹⁵ Vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2009, S. 40

⁹⁶ Vgl. Scheidt/Waller 2002, S. 243

⁹⁷ Vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2009, S. 40

⁹⁸ Vgl. Esseau 2003, S. 176ff

⁹⁹ Vgl. Schellhas 1993, S. 50f

der inneren Unsicherheit. Das Kind hat Angst seine Bindungsperson zu verlieren, weil mit dieser die Bedürfnisbefriedigung und somit die Sicherung der Existenz einhergeht.¹⁰⁰ **Desorganisierte** Bindungen resultieren aus einem ängstigen bzw. verängstigten Umgang mit dem Kind, z. B. durch Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen sowie Vernachlässigung. Kinder mit diesem Erfahrungshintergrund erleben sich im ständigen Zwiespalt zwischen Nähe und Angst gegenüber ihrer Bezugsperson.¹⁰¹

Unabhängig vom Bindungsstil entwickelt und verinnerlicht ein Kind sogenannte „**innere Arbeitsmodelle**“, die seine Ansichten über die Funktion von Bindungen und Beziehung widerspiegeln und das Bindungsverhalten langfristig beeinflussen.

Die Vorstellungen der Kinder, welche auf einen **unsicheren** oder **desorganisierten** Bindungsstil zurückgreifen, beruhen auf der Annahme, dass Bedürfnisse in zwischenmenschlichen Beziehungen nicht zuverlässig befriedigt werden.¹⁰² Sie reagieren in sozialen Beziehungen ängstlicher als andere und haben ein reduziertes bis kein Selbst- und Fremdvertrauen.¹⁰³ Ihnen fehlt die Geborgenheit als Grundvertrauen in sich und in soziale Beziehungen.¹⁰⁴ Kinder mit **sicheren** Bindungsmustern sind in ihren kognitiven Erwartungen und Bewertungen differenzierter und in Konfliktlösungen sozialer und konstruktiver.

2.2 Kognitive Ansätze

Kognitive Erklärungsmodelle betonen den Anteil von Denk- und Wahrnehmungsprozessen bei der Angstentstehung und interpretieren Angst als Ergebnis von persönlichen Bewertungen, Einschätzungen und Erwartungen.¹⁰⁵ Diese Prozesse können bewusst oder unbewusst, rational oder irrational ablaufen.¹⁰⁶ Allerdings sind die kognitiven Fähigkeiten eines Kindes von Geburt an nicht vollständig ausgeprägt, sondern unterliegen einem eigenen Entwicklungsmuster. Dadurch entstehen Eigenheiten und Unterschiede für die Betrachtung und Arbeit mit Kindern. Deshalb wird Jean Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung einfürend dargelegt. Anschließend wird das Trait-State-Modell der Angst von Spielberger vorgestellt. Ab-

¹⁰⁰ Vgl. Esseau 2003, S. 176ff

¹⁰¹ Vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2009, S. 40f

¹⁰² Vgl. Esseau 2003, S. 176ff

¹⁰³ Vgl. Oerter/Montada 2008, S. 134

¹⁰⁴ Vgl. Schellhas 1993, S. 50f

¹⁰⁵ Vgl. Sörensen 1994, S. 21

¹⁰⁶ Vgl. Merten 2003, S. 104

schließlich folgen Ausführungen zur klassisch-kognitiven Bewertungstheorie von Magda Arnold und zum Transaktionalen Stressmodell von Lazarus.

2.2.1 Einführung in die kognitive Entwicklung nach Piaget

Kognitionen und Emotionen treten als gekoppelte psychologische Vorgänge auf und beeinflussen sich gegenseitig. Dabei bestimmt die kognitive Entwicklung das Erleben der Emotionen in weitem Maße.¹⁰⁷ Dieser Aspekt wird insbesondere in Bezug auf das Angsterleben von Kindern in der kognitiven Entwicklung nach Jean Piaget (1947, 1975a, 1975b, 1980) veranschaulicht. Die Ausführungen des Schweizer Entwicklungspsychologen sind die bedeutsamsten und verdeutlichen den Unterschied zwischen kindlichen und erwachsenen Denkstrukturen.

Im Laufe der kindlichen Entwicklung ordnen sich die Denkstrukturen des Kindes stetig neu, da fortlaufend Erkenntnisse durch die Interaktion mit der Umwelt gewonnen werden.¹⁰⁸ Dabei ordnen Kinder neue Informationen in bisher gelernte Schemata ein (**Assimilation**) oder restrukturieren vorhandene Schemata (**Akkommodation**), um bisherige Muster an die neue Situation anzupassen.¹⁰⁹ Über diese Prozesse differenziert sich das anfänglich stark subjektiv orientierte Denken zu einer objektiven Denkweise. Mit fortschreitendem Alter entwickeln Kinder die Fähigkeit, abstrakt zu denken, das heißt Sachverhalte und Probleme logisch und rational zu erfassen bzw. zu durchdenken.¹¹⁰

Piaget stellt diese Entwicklung in vier **Hauptstadien** dar, die der Reihenfolge nach als **sensumotorisch**, **präoperatorisch**, **konkret-operatorisch** und **formal-operatorisch** bezeichnet werden. Dabei kennzeichnet der Begriff „operatorisch“ die kognitive Fähigkeit, über Handlungen nachzudenken.¹¹¹ Die Stadien entwickeln sich im fließenden Übergang, wobei die Altersgrenzen lediglich eine Orientierung darstellen.¹¹² Im Folgenden werden genannte Stadien kurz beschrieben.

Sensumotorisches Stadium: Unter sensumotorisch wird die sensorische Informationsaufnahme (mit den Sinnen) und deren motorische Umsetzung (durch Handlung oder Verhalten) verstanden.¹¹³ Dieses Stadium umfasst die ersten zwei Lebensjahre. In den ersten Lebensmonaten reagiert ein Säugling ausschließlich über

¹⁰⁷ Vgl. Petermann/Kusch/Niebank 1998, S. 113ff

¹⁰⁸ Vgl. Rothgang 2009, S. 53

¹⁰⁹ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 373

¹¹⁰ Vgl. URL₃ (2009)

¹¹¹ Vgl. Tyson/Tyson 2009, S. 336

¹¹² Vgl. Petermann/Kusch/Niebank 1998, S. 147f

¹¹³ Vgl. URL₃ (2009)

eine Reihe von Reflexen wie Saugen oder Greifen, welche im Laufe der Zeit kombiniert werden. Mit sechs bis acht Monaten bilden sich erste kognitive Formen. Das Kind erwirbt „Objektpermanenz“, das heißt das Kind erkennt, dass Dinge weiter existieren, auch wenn sie nicht direkt sichtbar sind.¹¹⁴ Außerdem ist das Kind in der Lage, zwischen fremden und vertrauten Personen zu unterscheiden. Das Langzeitgedächtnis hat begonnen sich herauszubilden. Das Kind beginnt, sich an Menschen oder Ereignisse zu erinnern und sich diese vorzustellen. Es wird angenommen, dass das „Fremdeln“ bei Säuglingen u. a. auf diesen Sachverhalt zurückzuführen ist. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die fremde Person von bisher Bekanntem abweicht und nicht in das bekannte Schema eingeordnet werden kann. Das Kind kann die fremde Person vorerst nicht assimilieren und ist daher verunsichert und beginnt zu fremdeln.^{115,116}

Präoperatorisches Stadium: Dieses Stadium ist um das zweite bis siebente Lebensjahr gelegen. Während dieser Zeit ist das Denken der Kinder stark von Egozentrismus geprägt, sie erklären sich ihre Umwelt anhand bisheriger Erfahrungen und zweifeln nicht an deren Richtigkeit.¹¹⁷ Mit dem zweiten Lebensjahr beginnen Kinder Worte zu gebrauchen und benutzen Symbole und Vorstellungsbilder, um die Realität zu repräsentieren. Die Gegenstände oder Personen müssen nicht mehr anwesend sein, um für existent gehalten zu werden.¹¹⁸ Jedoch fehlt dem Kind noch das Verständnis, um zwischen Realität und Phantasie zu unterscheiden. Auch leblosen Objekten werden in dieser Zeit Willen und Absichten zugeteilt. Daran anlehend erklärt sich, weshalb sich die kindliche Furcht in dieser Zeit vielfach auf imaginäre Wesen bezieht.¹¹⁹

Konkret-operatorisches Stadium: Zwischen dem siebenten und elften Lebensjahr liegt dieses Hauptstadium. In diesem Altersabschnitt sind Kinder in der Lage, über konkrete Probleme nachzudenken, Dinge im Geiste zu kombinieren, zu trennen und zu ordnen. Sie können die Abfolge physikalischer Vorgänge nachvollziehen und haben bereits eine Vorstellung über die Dimensionen Raum und Zeit.¹²⁰ Außerdem entwickeln Kinder zunehmend die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzusetzen und sich von deren Standpunkt aus zu betrachten. Jedoch er-

¹¹⁴ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 373f

¹¹⁵ Vgl. Ziegenhain u.a. 2006, S. 30

¹¹⁶ Vgl. Paul 2004, S. 48

¹¹⁷ Vgl. Rothgang 2009, S. 58

¹¹⁸ Vgl. Petermann/Kusch/Niebank 1998, S. 147f

¹¹⁹ Vgl. Schneider₂ 2004, S. 11f

¹²⁰ Vgl. Petermann/Kusch/Niebank 1998, S. 147f

möglicht diese Form der Denkweise die Furcht vor anderen und deren Ablehnung.¹²¹

Formal-operatorisches Stadium: Mit dem Erreichen des elften Lebensjahres beginnt das letzte Hauptstadium. In diesem Alter kann der junge Mensch logisch über ein Thema nachdenken und abstrahieren.¹²² Damit ist die höchste Form des Denkens erreicht. Das Kind kann einen Sachverhalt theoretisch und hypothetisch durchdenken.¹²³

2.2.2 Trait-State-Angstmodell nach Spielberger

Der amerikanische Psychologe Spielberger (1972) unterscheidet zwischen der Angst als Zustand (state anxiety) und der Angst als Eigenschaft bzw. Persönlichkeitsmerkmal (trait anxiety). **Angst als Eigenschaft**, auch Ängstlichkeit oder Angstbereitschaft genannt, kennzeichnet eine persönliche **Disposition**, nämlich eine Neigung und **überdauernde Bereitschaft**, ängstlich zu reagieren und vermehrt in einen Angstzustand zu verfallen. Die **Zustandsangst** bezeichnet hingegen eine **vorübergehende emotionale Reaktion**, deren Intensität zeitlich und situationsbedingt variiert.¹²⁴

Laut diesem Modell werden Situationen als gefährlich bewertet, wenn sich die betreffende Person mit ihren Fähig- und Fertigkeiten den Anforderungen der Umwelt nicht gewachsen fühlt. Aufgrund dieser Bewertung kann sich die Person psychisch oder physisch bedroht fühlen. Die mit der Ängstlichkeit vermehrt einhergehenden Angstzustände sind auf Situationen zurückzuführen, in denen die Wahrscheinlichkeit einer Selbstwertbedrohung höher ist.¹²⁵ Dabei wird angenommen, dass **Ängstlichkeit** eine **erworbene Verhaltensdisposition** ist.¹²⁶ Die Ursprünge hierfür werden in der Kindheit vermutet, z. B. in signifikanten Eltern-Kind-Interaktionen, die u. a. durch Liebesentzug gekennzeichnet sind. Ebenso werden negative Bewertungen von Seiten der Eltern, Lehrer und Gleichaltrigen für eine ausgeprägte Ängstlichkeit verantwortlich gemacht.¹²⁷ Neben der erhöhten Bereitschaft, in Angstzustände zu verfallen, trägt Angst als Persönlichkeitsmerkmal in

¹²¹ Vgl. Melfsen/Warnke 2004, S. 172

¹²² Vgl. Schneider₂ 2004, S. 11

¹²³ Vgl. URL₃ (2009)

¹²⁴ Vgl. Otto/ Euler/ Mandl, 2000, S. 190

¹²⁵ Vgl. Schellas 1993, S. 29

¹²⁶ Vgl. Sörensen 1994, S. 8

¹²⁷ Vgl. Schellas 1993, S. 30

erheblichem Maße zu einer pathologischen Angstentwicklung bei und prädestiniert Betroffene für eine Angststörung.¹²⁸

2.2.3 Klassische kognitiv-evaluative Emotionstheorie nach Arnold

Der Psychologin Magda Arnold (1960) zufolge, sind Emotionen das Ergebnis kognitiver Bewertungsprozesse. Demnach erzielen Ereignisse erst dadurch ihre emotionale Wirkung, dass ihnen gewisse Bedeutungen zugewiesen werden. Mit einem Ereignis erfolgt dessen Wahrnehmung. Dabei bestimmen die Bewertungen die jeweilige Emotion, deren Dauer und Intensität.

Zu einem solchen Bewertungsprozess gehören die Faktoren **Tatsachenüberzeugung**, **Wertüberzeugung** und **Bewältigbarkeit**. **Tatsachenüberzeugungen** werden als sogenannte faktische Kognitionen bezeichnet und sind Meinungen über die Existenz (anwesend bzw. abwesend) von Sachverhalten. Diese sind die Voraussetzung für die sogenannten evaluativen Kognitionen bzw. **Wertüberzeugungen**, bei denen es sich um Annahmen über die Erwünschtheit (positiv bzw. Nutzen) oder Unerwünschtheit (negativ bzw. Schaden) der Sachverhalte handelt. Unter **Bewältigbarkeit** werden die Überzeugungen verstanden, einen Umstand leicht, schwer oder nicht kontrollieren bzw. bewältigen zu können. Dabei sind die erstgenannten Faktoren für die Emotionsentstehung zwingend notwendig. Mit der Wahrnehmung eines Ereignisses überzeugt sich die Person, ob eine Tatsache vorliegt und wägt ab, ob mit diesem Ereignis ein Schaden oder Nutzen verbunden ist. Auf die Bewertung von potenziellem Nutzen kann sich eine positive Emotion wie Freude oder Hoffnung einstellen. Wird mit dem Ereignis ein Schaden assoziiert, kann eine Angst- oder Ärgeremotion ausgelöst werden. Außerdem sind mit den Tatsachen- und Wertüberzeugungen bestimmte Handlungsimpulse verbunden, welche gefühlsmäßig (positiv bzw. negativ) von der Person erfasst werden. Diese Impulse können sich in Annäherung oder Meidung eines Objektes bzw. Ereignisses ausdrücken. Bei einem positiven Gefühl nähert sich das Individuum dem entsprechenden Objekt an und meidet dieses entsprechend bei einem negativen Gefühl. Die Annahmen über die Bewältigbarkeit ergänzen die jeweiligen Bewertungen.

Insgesamt ergeben sich aus den einzelnen Überzeugungsmöglichkeiten verschiedene dreiteilige Einschätzungsmuster, aus welchen jeweils eine bestimmte Emotion hervorgeht. Beispielsweise könnte dies einer Angstemotion wie folgt aus-

¹²⁸ Vgl. Nissen 2002, S. 178

sehen: Tatsachenfeststellung „anwesend“, Wertüberzeugung „negativ“, Bewältigbarkeit „nicht bewältigbar“.¹²⁹

2.2.4 Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Nach diesem Modell von Lazarus (1966, 1972) wird Angst als eine negative Stresseemotion angesehen. Dabei ist Stress und demnach auch Angst, das Ergebnis von kognitiven Bewertungsprozessen. Diese unterliegen komplexen Wechselwirkungen zwischen den Anforderungen einer Situation und der denkenden, handelnden und fühlenden Person. Stress bzw. Angst resultiert aus den folgenden Bewertungsprozessen, welche parallel ablaufen.

Primäre Bewertung (Primary Appraisal): Ein Ereignis wird im Hinblick auf das eigene Wohlergehen überprüft und kann als irrelevant, positiv bzw. angenehm oder stressbezogen bewertet werden. Dabei können stressbezogene Bewertungen wiederum als Herausforderung, Bedrohung oder Schaden bzw. Verlust eingeschätzt werden. Ist das Ereignis mit einer Bedrohung bewertet worden, wird Stress bzw. Angst ausgelöst.

Sekundäre Bewertung (Secondary Appraisal): Hier werden die vorhandenen internen und externen Ressourcen der Person zur Bewältigung (Coping) der Bedrohung bewertet. Diese können körperlicher, materieller, intellektueller oder sozialer Art sein. Werden die Ressourcen als ausreichend wahrgenommen, nimmt die Stressreaktion ab. Ist das Gegenteil der Fall, wird die Stress- bzw. Angstreaktion erhöht.

Für die Bewältigung einer Stress- bzw. Angstreaktion unterscheidet Lazarus zwischen den folgenden zwei Coping-Strategien.

Problemorientiertes Coping: Diese Bewältigungsform bezeichnet den direkten Umgang mit der Stress- bzw. angstausslösenden Situation. Hier versucht die betroffene Person, den Stress durch direkte bzw. problemlösende Handlungen, wie Kampf, Flucht oder Vermeidung, zu bewältigen.

Emotionsorientiertes Coping: Diese Bewältigungsvariante umfasst Versuche, die das emotionale Erleben beeinflussen ohne das stressauslösende Ereignis zu verändern, z. B. durch Verleugnung, Ablenkung, positive Selbstinstruktionen (siehe 4.1.2) oder Entspannungsverfahren (siehe 4.1.6).

Aufgrund der durch das Coping veränderten Situationsbedingungen kommt es zur **Neubewertung** (Reappraisal) der Situation, unter Berücksichtigung der durch das

¹²⁹ Vgl. Galliker 2009, S. 293ff

Coping beabsichtigten Erfolge. Die primäre und sekundäre Bewertung setzen erneut ein, dabei laufen diese Prozesse solange ab, wie die stress- bzw. angstinduzierenden Bedingungen aufrechterhalten bleiben.^{130,131}

2.3 Lerntheoretische Ansätze

Die lerntheoretischen Erklärungsansätze beschreiben, wie Angst erlernt werden kann. Dabei gehen sie davon aus, dass jegliches menschliches Verhalten erlernt ist. Die Behavioristen legen ihren Untersuchungen das beobachtbare Verhalten zugrunde.¹³² Andere beziehen auch kognitive Aspekte in ihre Betrachtungen mit ein. Im Folgenden werden mögliche Lernformen erläutert. Den Anfang bilden die Konditionierungstheorien. Anschließend wird die Zwei-Phasen-Theorie von Mowrer näher beleuchtet, gefolgt von der Methode des Modelllernens unter Bezugnahme der sozial-kognitiven Lerntheorie von Bandura. Diese zählt primär zu den kognitiven Theorien, soll jedoch wegen des Lernaspektes hier untergebracht werden.

2.3.1 Klassische und Operante Konditionierung

Die Lernform der Konditionierung bezeichnet das Einüben von Verhaltensweisen, welche als Produkt aus Reiz-Reaktionsmustern hervorgehen. Hierbei wird zwischen dem klassischen und dem operanten Konditionieren unterschieden.¹³³ Beide Modelle werden nachstehend erläutert.

Klassische Konditionierung: Der Begründer dieser Theorie ist der Physiologe Pawlow (1927).¹³⁴ Ausgangspunkt ist hier die Annahme, dass das menschliche Verhalten auf Reflexen beruht. Bei diesen kann es sich um bedingte, erworbene oder natürliche, unbedingte Reflexe handeln. Ein unbedingter Reflex ist eine angeborene und natürliche, durch den menschlichen Organismus hervorgerufene Reaktion, welche als unconditionierte Reaktion (UCR) bezeichnet wird. Beispielhaft sind Speichelfluss- oder Lidschlagreflex sowie Schmerz- oder Schreckreaktion zu nennen. Die Reize, welche eine unconditionierte Reaktion hervorrufen, werden als unconditionierte Stimuli (UCS) bezeichnet. Diese unterliegen nicht dem Lernen, sondern beeinflussen das Verhalten auf natürliche Weise. In Experimenten fand Paw-

¹³⁰ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 479ff

¹³¹ Vgl. Bieg 2003, S. 33ff

¹³² Vgl. Sörensen 1994, S. 15

¹³³ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 192ff

¹³⁴ Vgl. Hautzinger 2007, S. 172

low heraus, dass ein neutraler Stimulus (NS), der oft genug mit einem unkonditionierten Reiz gepaart auftritt, auch im alleinigen Vorkommen eine der unkonditionierten Reaktion identische Reaktion auslöst. Durch diesen Prozess entsteht aus dem neutralen ein **konditionierter Reiz** (CS). Die auf den konditionierten Stimulus folgende Reaktion wird als **konditionierte Reaktion** (CR) bezeichnet. Je ähnlicher andere Reize dem konditionierten Stimulus sind, desto wahrscheinlicher ist eine Ausweitung der Konditionierung auf diese. In dem Fall spricht man von **Reizgeneralisierung**.¹³⁵

Das folgende Beispiel des „kleinen Albert“ veranschaulicht die klassische Konditionierung von Angst. Dieser Versuch geht auf den Wissenschaftler John Watson zurück, der erstmalig das Entstehen von Angstreaktionen durch dieses Modell erklärte.¹³⁶

In seinem Experiment wurde dem elf Monate alten Albert die Furcht vor weißen Ratten antrainiert. Anfangs spielte der Junge gern mit der Ratte (NS). Im Versuchsverlauf wurde das Erscheinen der Ratte von einem lauten Geräusch (UCS), welches durch einen Hammerschlag auf ein Stahlrohr ausgelöst wurde, begleitet. Dadurch erschreckte Albert stark und begann zu weinen (UCR). Nach sieben Durchgängen des Zusammenspiels Ratte und Hammerschlag hatte sich Alberts Furcht vor dem Nagetier konditioniert. Von da an genügte das bloße Auftreten der weißen Ratte (CS), um eine Furchtreaktion (CR) bei dem Jungen auszulösen. Dieser Prozess wird in Abbildung 1 zusammengefasst dargestellt. Im weiteren Verlauf weitete sich die Angst, gemäß der Reizgeneralisierung, auf andere pelzige Objekte aus. Fortan zeigte das Kind die gleiche verängstigte Reaktion bei Hunden oder Kaninchen.¹³⁷

Vor Konditionierung:	NS (Ratte)	→ keine relevante Reaktion
	UCS (Hammerschlag)	→ UCR (Furcht)
Während Konditionierung:	CS (Ratte) + UCS (Hammerschlag)	→ UCR (Furcht)
Nach der Konditionierung:	CS (Ratte)	→ CR (Furcht)

Abbildung 1: Klassische Konditionierung am Beispiel „kleiner Albert“¹³⁸

Durch das Beispiel des „kleinen Albert“ können Rückschlüsse die Entstehung anderer Ängste geschlossen werden. Demnach kann ein Kind, das in der Dunkelheit einem beängstigenden Reiz ausgesetzt wurde, eine Dunkelangst entwickeln. Hierbei wird das Kind bei bloßer Dunkelheit die gleichen Reaktionen zeigen, wie in der

¹³⁵ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 192ff

¹³⁶ Vgl. Klicpera 2009, S. 44

¹³⁷ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 192ff

¹³⁸ Eigene Abbildung

Situation der beängstigenden Reizkonfrontation.¹³⁹ In der Regel wird dieses Erklärungsmodell gut eingrenzbar Ängsten zu Grunde gelegt. Dabei wird davon ausgegangen, dass insbesondere traumatische Erlebnisse die Ursache für eine pathologische Angst sind.¹⁴⁰

Operante Konditionierung: Dieses Modell geht auf die amerikanischen Psychologen Thorndike und Skinner zurück.

Für Thorndike (1932)¹⁴¹ ist Lernen eine Reiz-Reaktions-Verbindung, von einem Stimulus mit einer Reaktion. Nach diesen Annahmen beruht das Lernen von Verhalten auf den Konsequenzen, die dieses auslöst. Dieser Ansatz wird als „**Gesetz des Effektes**“ bezeichnet. Folgt auf eine Reaktion eine positive bzw. befriedigende Konsequenz, wird ein erneutes Auftreten dieses Verhaltens wahrscheinlicher. Folgt der Reaktion eine negative bzw. unbefriedigende Konsequenz, sinkt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser. Bezogen auf Angst kann dieser Sachverhalt, eine Wiederholung des Flucht- oder Vermeidungsverhaltens bewirken, wenn mit dessen Verwendung ein befriedigendes Gefühl einhergeht.¹⁴²

Skinner (1937)¹⁴³ folgte den Gedanken Thorndikes und entwickelte das Modell des **Operanten Konditionierens**. Operant bedeutet die Beeinflussung der Umwelt bzw. die Ausführung von Operationen (Eingriffe) an der Umwelt. Dieses Modell erklärt den Einfluss von Konsequenzen, in Form von Verstärkung und Bestrafung, eines Verhaltens auf ein Folgeverhalten.

Unter Verstärkung ist die Steigerung der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens zu verstehen. Dabei wird zwischen **positiver** und **negativer Verstärkung** unterschieden. **Positive Verstärkung** tritt ein, wenn dem gezeigten Verhalten eine positive Konsequenz folgt. Von **negativer Verstärkung** wird gesprochen, wenn durch das gezeigte Verhalten unangenehme Reaktionen vermieden oder beseitigt werden konnten. Ebenso können die Angstreaktionen Flucht und Vermeidung durch Verstärker konditioniert werden. Das Lernen eines Lebewesens einem aversiven Stimulus durch eine Fluchtreaktion zu entkommen, wird als **Fluchtkonditionierung** bezeichnet. Hat das Subjekt gelernt diesem Reiz zu entkommen, bevor die unangenehme Reaktion eintritt, ist von **Vermeidungskonditionierung** die Rede.

¹³⁹ Vgl. Myschker 2002, S. 108

¹⁴⁰ Vgl. Specht 2000, S. 63

¹⁴¹ Vgl. Hautzinger 2007, S. 172

¹⁴² Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 206ff

¹⁴³ Vgl. Hautzinger 2007, S. 175

Unter **Bestrafung** wird die Reduzierung der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens verstanden. Auch hier werden zwei Typen unterschieden. Der **erste Typus** erreicht die Reduktion durch Darbietung eines aversiven Reizes oder den Entzug eines positiven Reizes. Der **zweite Typus** senkt die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensanwendung durch das Ausbleiben eines Stimulus.¹⁴⁴

Bei der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung von Angst und Angststörungen im Kindesalter fungieren häufig die Eltern als Verstärker. Demnach kann vermehrte Fürsorge der Eltern, welche auf ein ängstliches Verhalten folgt, ein solches verstärken.¹⁴⁵

2.3.2 Zwei-Phasen-Theorie nach Mowrer

Der Psychologe Mowrer (1947) verlässt den reinen Behaviorismus und verbindet ihn mit den kognitiven Theorien. Des Weiteren unterscheidet er nicht zwischen **klassischer** und **operanter Konditionierung**, sondern **verknüpft** beide Lernprinzipien und erklärt anhand dessen, das angstreaktive Vermeidungsverhalten.¹⁴⁶ So entsteht Angst durch klassische Konditionierung über die Verknüpfung eines Reiz-Reaktionsmusters. Mittels der Angstreaktion wird das Individuum zu einer Flucht- und Vermeidungsaktion angehalten. Durch die folgende Angstreduktion wird das Vermeidungsverhalten gemäß der operanten Konditionierung verstärkt und mit hoher Wahrscheinlichkeit erneut angewendet.¹⁴⁷

Eine weitere Besonderheit dieser Theorie ist, dass der Aspekt bzw. die Wirkung von Emotionen, den sogenannten **Erwartungsemotionen**, in die Betrachtungen mit einbezogen werden. Erwartungsemotionen sind reaktionsabhängige Reize, die im Inneren des Organismus entstehen,¹⁴⁸ und nehmen eine **Zwischenvariable** in dem Reiz-Reaktionsmuster der klassischen Konditionierung ein. Neben ursprünglich neutralen Reizen können die Erwartungsemotionen Furcht und Hoffnung, mit den Reaktionen verknüpft werden. Assoziiert eine Person mit einem Reiz eine schmerzhaft bzw. aversive Reaktion, so werden Befürchtungen ausgelöst. Werden die Reize hingegen mit positiven Reaktionen verbunden, schöpft die Person Hoffnung. Sind die **Erwartungsemotionen** mit einem Reiz verknüpft, **steuern**

¹⁴⁴ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 206ff

¹⁴⁵ Vgl. Klicpera 2009, S. 45

¹⁴⁶ Vgl. ebd., S. 46

¹⁴⁷ Vgl. Esseau 2003, S. 166

¹⁴⁸ Vgl. Krohne/Hock 1994, S. 37

sie das **Verhalten**. So löst die Erwartungsemotion Furcht ein Flucht- oder Vermeidungsverhalten aus.¹⁴⁹

2.3.3 Modelllernen und sozial-kognitive Lerntheorie nach Bandura

Wie bereits Mowrers Theorie, implizieren auch die folgenden Erklärungsansätze kognitive Lernanteile.

Unter dem Begriff **Modelllernen**, auch als Beobachtungslernen oder Imitationslernen bezeichnet, wird das Erlernen von einzelnen **Verhaltensweisen** und ganzen Verhaltensketten über **Beobachten** und anschließendes **Imitieren** eines Modells verstanden.¹⁵⁰ Der Beobachter nimmt das Verhalten sowie die dazugehörigen Konsequenzen bei einem Modell wahr und testet dieses durch eigenen Gebrauch.¹⁵¹ Dabei wird die Verhaltensübernahme **durch die Erwartungen motiviert**, die der Beobachter mit dem Modellverhalten verbindet. Dementsprechend begünstigen positive Erwartungshaltungen die Verhaltensimitationen und negative führen eher zu einem Unterlassen. Nimmt der Beobachter bei seinem Modell eine Angstreduktion durch Vermeidungsverhalten wahr, wird er dieses, in Erwartungen desselben Ergebnisses, imitieren. Werden die Erwartungen erfüllt, wird das imitierte Verhalten mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederholt.¹⁵² Eine dauerhafte Anwendung hängt von den individuellen Erfahrungen und deren Bewertungen ab.¹⁵³

Als Modelle können reale als auch irreale Figuren, wie Eltern, Freunde, Erzieher, Lehrer, Schauspieler oder animierte Spielfiguren, fungieren. Folglich kann ebenso das Fernsehen als Modell dienen, wodurch Kinder Ängste entwickeln können, nachdem ausreichend Gewalttaten über dieses Medium verfolgt wurden. Mit Anblick dieser Szenen können Befürchtungen ausgelöst werden, selbst Opfer einer Gewalttat zu werden. Im Gegensatz dazu, sind auch eine Identifikation mit dem Gewalttäter und eine Imitation dessen aggressiven Verhaltens möglich. Begünstigend wirken sich die Modelle aus, die als positiv, bewundernd und respektiert wahrgenommen werden.¹⁵⁴ Dabei dienen in den ersten Lebensjahren vorrangig die Eltern als Modell. Wenn die Eltern ängstlich sind oder an einer Angststörung leiden, wird das Kind wahrscheinlich die dementsprechenden Verhaltensweisen übernehmen. Ist das Kind hingegen ängstlich, können die Eltern ihre Vorbildfunktion nut-

¹⁴⁹ Vgl. Heckhausen/Heckhausen 2006, S. 33f

¹⁵⁰ Vgl. Myschker 2002, S. 107f

¹⁵¹ Vgl. Hillenbrand 1999, S. 84

¹⁵² Vgl. Klicpera 2009, S. 48

¹⁵³ Vgl. Hillenbrand 1999, S. 84

¹⁵⁴ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 226f

zen, um dem Kind ein adäquates Modellverhalten zu bieten. Dabei gelingt es dem Kind besser, das Verhalten zu imitieren, wenn dies bei den Eltern als selbstverständlich und gelingend beobachtet wird.¹⁵⁵ Ebenfalls begünstigend für eine Verhaltensübernahme, sind wahrgenommene Ähnlichkeiten bezüglich Eigenschaften und Besonderheiten zwischen Modell und Beobachter.¹⁵⁶ Demnach bietet der Umgang mit Gleichaltrigen eine gute Möglichkeit für das Lernen am Modell.¹⁵⁷

In seiner sozial-kognitiven Lerntheorie ergänzt Bandura (1979) die Annahmen der Ergebniserwartungen um die **Selbstwirksamkeit**. Dabei beschreibt Selbstwirksamkeit die **Überzeugungen** aus den **Beurteilungen** der **eigenen Fähigkeiten**, ein Verhalten ausüben bzw. eine **Situation bewältigen** zu können.¹⁵⁸

Ob ein Verhalten ausprobiert wird, ist demnach abhängig von den persönlichen Überzeugungen und Erfolgs- bzw. Misserfolgserwartungen. Diese Ansichten basieren in der Regel auf Erfahrungen und beeinflussen die Selbstwirksamkeit positiv oder negativ. Demnach wird jemand mit bisher positiven sozialen Erfahrungen der Überzeugung sein, kommende soziale Situationen zu meistern. Demgegenüber erwarten Personen mit sozialen Ängsten, auch im nächsten sozialen Kontakt auf Schwierigkeiten zu treffen.¹⁵⁹

Nach Bandura entwickelt sich Angst aus dem reduzierten Vertrauen, ein Ereignis bewältigen zu können. Folglich wird eine Situation nicht deshalb als beängstigend empfunden, weil sie an sich eine Bedrohung darstellt, sondern weil die persönliche Wahrnehmung darauf ausgerichtet ist, diese Situation nicht kontrollieren und bewältigen zu können. So können die gleichen beängstigenden Reize, gepaart mit überzeugter Kontrollfähigkeit, zu einem weniger belastenden Ereignis werden. Selbst wenn eine Kontrolle nur erdacht ist, kann sich eine Abnahme der Angst zeigen. Ist die Kontrollerwartung negativ, sinkt die Erwartung, die Situation bewältigen zu können.¹⁶⁰ Nichtbewältigte Situationen können ein Grund sein, aus welchem ein Mensch das Vertrauen in sich selbst verliert. Dieses mangelnde Selbstvertrauen führt zu einer Vermeidung von nicht bewältigbar erscheinenden Situationen.¹⁶¹

¹⁵⁵ Vgl. Nolting/Paulus 2004, S. 106

¹⁵⁶ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 226

¹⁵⁷ Vgl. Specht 2000, S. 123

¹⁵⁸ Vgl. Klicpera 2009, S. 49f

¹⁵⁹ Vgl. Esseau 2003, S. 167

¹⁶⁰ Vgl. Klicpera 2009, 50

¹⁶¹ Vgl. Hülshoff 2001, S. 72

2.4 Auswirkungen des elterlichen Erziehungsstils

Im Rahmen des Sozialisationsprozesses beeinflussen Eltern die emotionale Entwicklung ihres Kindes.¹⁶² Im Folgenden werden die diesbezüglichen Auswirkungen des elterlichen Erziehungsstils, unter Verwendung des Zwei-Prozess-Modells von Krohne (1979), beschrieben.

Mit dem genannten Modell lässt sich erklären, inwieweit Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal auf den elterlichen Erziehungsstil zurückzuführen ist. Hiernach basiert Ängstlichkeit auf erworbenen, angsttypischen Erwartungskognitionen, die Eltern durch erzieherisches Handeln vermitteln. Dabei bewirken Eltern den Aufbau der kognitiven Erwartungsprozesse Kompetenzerwartung und Konsequenzerwartung. Unter **Kompetenzerwartung** wird die Überprüfung der vorhandenen Reaktions- und Bewältigungsmöglichkeiten in einer bedrohlichen Situation verstanden. Die **Konsequenzerwartung** beschreibt eine vermutete Reaktion auf ein bestimmtes, gezeigtes Verhalten. Der Erwartungsaufbau ist vom elterlichen Erziehungsverhalten abhängig. Dabei wirkt sich ein unterstützendes Verhalten, in Form positiver Rückmeldungen (z. B. Lob) auf die kindlichen Verhaltensweisen, förderlich auf den Aufbau der Kompetenzerwartungen aus. Dementsprechend resultieren aus einschränkenden bzw. strafenden Konsequenzen (z. B. Tadel) auf das kindliche Verhalten gehemmte Kompetenzerwartungen. Letztgenanntes trifft auch auf inkonsistentes Erziehungsverhalten zu. Dies wirkt sich wiederum negativ auf den Kompetenzerwerb eines Kindes aus und fördert dessen Ängstlichkeit. Umso intensiver Bestrafungen, Verbote und Einschränkungen verwendet werden, desto mehr wird die Ängstlichkeit des Kindes begünstigt, was mit einem entsprechend verminderten Vertrauen in die eigenen Handlungskompetenzen verbunden ist. Dabei erleben diese Kinder Strafen als Bedrohung, entweder des Selbstwerts oder der körperlichen Unversehrtheit. Zudem schätzen sie sich selbst als passiv, unsicher und ängstlich ein.^{163,164} Daneben haben auch überfürsorgliche Eltern eine nachteilige Wirkung auf die kindliche Entwicklung. Durch ein solches Erziehungsverhalten können sich Kinder nicht frei entwickeln und ihnen fehlt die Erfahrung des Selbst-Wirksam-Werdens. Dadurch wird die Bewältigung problematischer Situationen erschwert, Ängstlichkeit gefördert und der Aufbau eines gesunden Selbstvertrauens verhindert.

¹⁶² Vgl. Siegler/DeLoache/Eisenberg 2005, S. 562

¹⁶³ Vgl. Schellhas 1993, S. 38ff

¹⁶⁴ Vgl. Lazarus-Mainka/Siebeneick 1997, S. 108ff

2.5 Angstoffördernde gesellschaftliche Bedingungen

Die Welt der Menschheit ist im ständigen Wandel. Aktuelle Begriffe, wie Globalisierung, Klimawandel oder Krise, beinhalten und gewähren Veränderungen. Dabei verbleibt nur wenig Beständiges und die Zukunft ist zu großem Maße ungewiss. Veränderung, Unbeständigkeit und Ungewissheit sind allesamt Faktoren, die der Angst einen großen Raum bieten.

Der Psychoanalytiker Mitscherlich (1965) behauptet, dass die menschliche Kultur zunehmend mehr Anpassungs- und Leistungsverhalten fordert. Während dem Menschen im zwölften Jahrhundert die Furcht vor dem Teufel gelehrt wurde, sind heute andere Ängste in der Gesellschaft präsent. Die heutige Welt setzt den einzelnen Menschen immensen Konkurrenzsituationen aus.¹⁶⁵ Beispielsweise fürchten Menschen um ihren Arbeitsplatz und haben Angst zu versagen. Des Weiteren ist ein möglichst guter Schulabschluss obligatorisch für die Aussicht auf ein Arbeitsverhältnis. Darüber hinaus stellen Medien einen unendlichen Informationsfluss zur Verfügung. So gehören Meldungen über Umweltkatastrophen, Kriege, Terrorismus, Atombomben, Mord, Totschlag, schwere Krankheiten und wirtschaftliche Ungewissheit zum Alltag. Der einzelne Mensch steht dem machtlos gegenüber und hat kaum Handlungsmöglichkeiten, um sich dem Schrecken zu erwehren.^{166,167}

Die gesellschaftlichen Erwartungen, Werte, Normen und Tabus werden durch die Eltern und deren Erziehung an die Kinder weitergegeben. Somit wird Angst durch gesellschaftliche Bedingungen schon in der frühesten Kindheit gefördert.¹⁶⁸ Des Weiteren leidet die Selbstverwirklichung der Kinder unter unsicheren Bindungen und Familienverhältnissen, Armut, niedriger Bildung und soziale Isolierung u. v. a. m.¹⁶⁹

Der Anthropologe Portmann (1956) beschreibt den Menschen als Nesthocker, der seit dem Lebensbeginn auf die symbiotische Beziehung zu seiner Mutter und anderen Bezugspersonen angewiesen ist. Alles was er als Unlust empfindet, löst Unbehagen, Bedrohung und Angst aus. Mit jeder neuen Erfahrung, wie z. B. beim Laufen lernen oder beim Essen mit Messer und Gabel, können Bedrohungen und Gefahren verbunden sein. Ebenso kann das Eintreten und Einleben in ein neues soziales Gefüge, wie eine neue Kindergartengruppen oder Schulklasse, als be-

¹⁶⁵ Vgl. Myschker 2002, S. 373

¹⁶⁶ Vgl. Flemming v. 2005, S. 72

¹⁶⁷ Vgl. Faust 2000, S. 11

¹⁶⁸ Vgl. Myschker 2002, S. 373

¹⁶⁹ Vgl. Hillenbrand 1999, S. 66

drohlich erlebt werden. In den letztgenannten Institutionen erfahren Kinder, dass andere ihnen eventuell körperlich oder geistig überlegen sind.¹⁷⁰

Seit ihrem Lebensbeginn sind Kinder den gesellschaftlichen Bedingungen unterworfen. Daher müssen die jungen Menschen lernen, die daraus resultierenden Ängste in ihr Leben zu integrieren und sich den Gegebenheiten anzupassen. Deshalb muss es im Rahmen der Sozialisation gelingen, dieser Generation Selbstvertrauen und die nötigen Kompetenzen zu vermitteln.

2.6 Risikofaktoren für die Entstehung von Angst

Diverse Ansätze versuchen die Ursachen für die Angstentwicklung und die Erkrankung an einer Angststörung zu erklären. Die bisher aufgezeigten Erklärungsansätze und Entstehungstheorien bieten eine gute Übersicht, um die Angstgenese beim Menschen nachvollziehen zu können, und zeigen in gewisser Weise einzelne Risikofaktoren auf. Dabei umfassen die **Risikofaktoren** ungünstige Bedingungen, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Angst bzw. einer Angststörung erhöhen. Bei der Angstentstehung sind das Zusammentreffen und die Wechselbeziehung mehrerer Risikofaktoren entscheidend. Je mehr Faktoren korrelieren und je geringer die Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen des Kindes sind, umso wahrscheinlicher sind auftretende Ängste.¹⁷¹ Weitere risikobehaftete Einflüsse gehen von sogenannten Schwellensituationen bzw. Übergangsphasen im Leben eines Menschen aus. Durch typische Lebensereignisse, wie Geburt, Kindergarten- oder Schuleintritt, Trennung, Krankheit oder Verlust der Eltern, Umzug oder Geburt eines Geschwisterkindes, ändert sich Altbekanntes und Vertrautes für die Kinder. Die dabei auftretende Ungewissheit löst Unsicherheit und Angst aus. Das Kind wandelt sich, um sich mit den neuen Gegebenheiten zu arrangieren.¹⁷² Dabei muss es versuchen, die neue Situation mit bisherigen Lösungsstrategien zu bewältigen oder muss andere Strategien erfinden, um die neue Situation zu meistern. An dieser Stelle laufen alle bisher gemachten Erfahrungen und persönlichen Umstände zusammen. Je nachdem, auf welche Fähigkeiten, Erfahrungen und Erlebnisse das Kind zurückgreift, gestaltet sich sein Angsterleben und –bewältigen.

¹⁷⁰ Vgl. Myschker, 2002, S. 373

¹⁷¹ Vgl. Specht 2000, S.75f

¹⁷² Vgl. Pilz 2000, S. 200

3. Angst und Angststörungen im Kindesalter

Angst ist eine entwicklungsbegleitende Erscheinung im Kindesalter. In bestimmten Lebensabschnitten treten bei nahezu jedem Kind typische Angstinhalte auf. Die Mehrzahl bewältigt ihre Ängste. Es gibt jedoch Kinder, die besonders ängstlich sind und solche, bei denen sich die Angst zu einer Angststörung ausdehnt. Dieses Kapitel soll vermitteln, welche Ängste als entwicklungstypisch gelten, wie sich ängstliche Kinder im Allgemeinen charakterisieren lassen und welche Störungsbilder Angst im Kindesalter annehmen kann. Allen voran wird die emotionale Selbstregulation im Kindesalter skizziert, da diese sich von der im Erwachsenenalter unterscheidet bzw. Besonderheiten aufweist.

3.1 Emotionale Selbstregulation im Kindesalter

Emotionale **Selbstregulation** bezeichnet die Fähigkeit, die Intensität und Dauer von Emotionen, einschließlich deren Spannungszustände, Ausdruck und Verhalten, beeinflussen und regulieren zu können.¹⁷³ Der Umgang bzw. die Bewältigung der eigenen Emotionen wird als wichtige Entwicklungsaufgabe erachtet. Besonders in Anbetracht der Entwicklung pathologischer Ängste sind die Bewältigungsstrategien des Kindes von großer Bedeutung.¹⁷⁴

Kinder sind noch nicht in der Lage, Emotionen wie Erwachsene zu reflektieren und zu kontrollieren, sondern werden vielmehr von ihnen erfasst und überwältigt. Eine erfolgreiche emotionale Selbstregulation muss erlernt werden. Mit zunehmender kognitiver, sprachlicher und motorischer Entwicklung lernt das Kind verschiedene Regulationsstrategien kennen, um seine Emotionen und die damit verbundenen Spannungszustände und Verhaltensweisen zu regulieren. Neugeborene sind in der Emotionsregulierung ausschließlich auf ihre Bezugspersonen angewiesen. Durch spontane Reaktionen wie Weinen oder Schreien macht der Säugling auf seine emotionalen Bedürfnisse aufmerksam. Diese können von Seiten der Eltern durch beruhigende Interventionen, wie Wiegen oder sanftes Zureden, reguliert werden.¹⁷⁵ Im Säuglings- und Kleinkindalter verfügen die Kinder bereits über einige selbstregulierende Strategien. So können beispielsweise Schaukeln oder Saugen zur Selbstberuhigung genutzt werden. Aufgrund bereits erworbener motorischer

¹⁷³ Vgl. Fröhlich-Gilhoff & Rönnau-Böse 2009, S. 45

¹⁷⁴ Vgl. Schneider₂ 2004, S. 6

¹⁷⁵ Vgl. Berk 2005. S. 243

Fähigkeiten sind die Kinder in der Lage, sich von der Erregungsquelle abzuwenden, Kontakt zu den Eltern zu suchen, sich aus einer Situation zurückzuziehen oder die Aufmerksamkeit auf ein anderes Objekt zu richten. Mit dem dritten Lebensjahr erweitert sich die Bandbreite an Regulationsstrategien erheblich. Das Kind setzt zunehmend kommunikative und kognitive Fähigkeiten ein, um seine Emotionen zu regulieren. Im Folgenden werden Selbstregulationsstrategien umrissen, die Kinder ab dem Kindergartenalter einsetzen.

Interaktive Regulationsstrategien: Das Kind sucht den Kontakt und die Unterstützung von Eltern sowie Gleichaltrigen und redet mit ihnen über seine Emotionen.

Aufmerksamkeitslenkung: Das Kind lenkt seine Aufmerksamkeit von dem Objekt der Erregung ab und richtet sie auf etwas anderes.

Selbstberuhigungsstrategien: Das Kind beruhigt sich selbst, indem es z. B. seinen Körper wiegt, sein Kuscheltier in den Arm nimmt oder durch besänftigende Selbstgespräche.

Rückzug aus der emotionsauslösenden Situation: Das Kind geht aus der emotionsauslösenden Situation heraus bzw. zieht sich zurück.

Externale Regulationsstrategien: Das Kind agiert seine Emotionen körperlich aus. Es stampft vor Wut auf den Boden oder springt vor Freude in die Luft.

Kognitive Regulationsstrategien: Das Kind bewertet die Situation neu oder verleugnet die Emotionen, indem es sich positive Selbstinstruktionen (siehe 4.1.2) gibt.¹⁷⁶

3.2 Entwicklungsängste von Kindern

Ängste sind eine weit verbreitete Erscheinung im Kindesalter. Diese sind in der Regel entwicklungsbedingt, altersabhängig und zeitlich vorübergehend.¹⁷⁷ Die Gründe hierfür liegen in den altersbezogenen, kognitiven und biologischen Veränderungen, die ein Mensch in seiner Entwicklung durchläuft.¹⁷⁸ Mit jeder Veränderung bzw. jeder neuen Entwicklungsstufe, sind für das Kind Neuerungen und Erkenntnisse verbunden, die Verängstigungen hervorrufen können. Jede Entwicklungsphase ist durch bestimmte Angst inhalte gekennzeichnet und bei den meisten Kindern zu beobachten. Dabei variieren die Ängste lediglich in Intensität, Dauer und Häufigkeit.¹⁷⁹ Im Nachstehenden werden diese sogenannten Entwicklungsängste

¹⁷⁶ Vgl. Schneider₂ 2004, S. 6

¹⁷⁷ Vgl. Hülshoff 2001, S. 65

¹⁷⁸ Vgl. Siegler/ DeLoache/ Eisenberg 2005, S. 544

¹⁷⁹ Vgl. Hülshoff 2001, S. 65

ausführlicher beschrieben und abschließend in Tabelle 1, unter Berücksichtigung der kognitiven und psychosozialen Entwicklung, zusammengefasst dargestellt.

Im Säuglingsalter reagieren Kinder vor allem auf Schmerzen und rasch ansteigende Geräusche mit angstähnlichen Symptomen.¹⁸⁰ Alan Sroufe (1996) erklärt, dass Säuglinge in den ersten Lebensmonaten nur positive bzw. negative Erregungen erleben. Die reine Angstemotion entwickelt sich in den späteren Lebensmonaten und wird vorerst als Schreck- oder Schmerzreaktion wiedergegeben. Sroufe gliedert Emotionen in Systeme. Demnach entspricht die Angstemotion dem System „Misstrauen/ Angst“. Nachdem das Kind vorerst lediglich mit Schreck oder Schmerz reagiert, zeigt es sich mit der Zeit neuen Situationen gegenüber misstrauisch und weist im späteren Säuglingsalter deutliche Merkmale von Angst auf. Sroufe begründet diese Veränderungen mit den zunehmenden Erfahrungen an sozialen Interaktionen und der sich zunehmend entwickelten Fähigkeit, Erfahrungen zu verstehen und einzuordnen. Darauf wird die Erscheinung des **Fremdelns** zurückgeführt, welches die beim Säugling oder Kleinkind erkennbaren Ängste im Kontakt mit fremden Personen bezeichnet. Demnach fremdeln Kleinstkinder mit sechs bis acht Monaten, da sie bis dato ausreichend soziale Erfahrungen machten, um zu erkennen, dass fremde und vertraute Menschen nicht austauschbar sind.¹⁸¹ Außerdem sind sie gemäß dem kognitiven Entwicklungsstand in der Lage, zwischen vertraut und fremd zu unterscheiden, und assoziieren Fremdes mit Bedrohung.¹⁸² Nähert sich dem Kind eine ihm unbekannte Person oder nimmt mit ihm Kontakt auf, reißt dieses die Augen auf, starrt den Fremden an, wendet sich wiederholt ab und umklammert dabei fest seine Bezugsperson. In dieser milden Form ist das Fremdeln bei fast jedem Kind zu beobachten. Jedoch weinen, schreien und versteifen sich Kinder mit stark ausgeprägtem Fremdeln.¹⁸³ Das Fremdeln erlebt zwischen dem neunten Monat und dritten Lebensjahr seine Hochphase und klingt nach diesem Zeitraum ab.¹⁸⁴ Kinder aus intensiven Einzelbeziehungen fremdeln eher und vermehrt. Bei Kindern, die durch mehrere Personen versorgt oder betreut werden, ist dieses Verhalten weniger stark ausgeprägt und tritt vermindert auf.¹⁸⁵

Mit dem zweiten Lebensjahr fürchtet sich ein Kind vor Dunkelheit, Tieren oder dem Alleinsein. Des Weiteren reagieren Kinder besonders auf Trennungen von

¹⁸⁰ Vgl. Klicpera 2007, S. 21

¹⁸¹ Vgl. Siegler/ DeLoache/ Eisenberg, 2005, S. 531ff

¹⁸² Vgl. Paul 2004, S. 48

¹⁸³ Vgl. Oerter/Montana 2008, S. 204f

¹⁸⁴ Vgl. Paul 2004, S. 48

¹⁸⁵ Vgl. du Bois 1998, S. 56

ihren primären Bezugspersonen mit der sogenannten **Trennungsangst**.¹⁸⁶ Diese wird als Protestreaktion gegen die Trennung verstanden und äußert sich in Weinen oder Jammern.¹⁸⁷ Da das Kind jetzt bereits selbstständig laufen kann, beginnt es eigenständig, auf Entdeckungsreise zu gehen und seine Umwelt zu erobern. Mit dieser Befähigung schwingt jedoch die Angst mit, die Sicherheit und Geborgenheit der Eltern zu verlieren. Dabei schwankt das Kind zwischen Autonomie und Geborgenheit.¹⁸⁸ Entfernt sich das Kind eigenständig von den Eltern, ist dieser Zweifel geringer, als bei einer durch die Eltern bewirkten Trennung.¹⁸⁹

Um eine gesunde Entwicklung des Kindes zu gewährleisten, muss es Eltern und ihrem Kind gelingen, eine gute Balance zwischen dem Bedürfnis nach Geborgenheit und Eigenständigkeit zu leben. Gelingt dies nicht, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das Kind seine Angst nicht bewältigt und an einer Angststörung erkrankt.¹⁹⁰

Jedes Kind reagiert anfangs ängstlich auf die Trennung von seiner primären Bezugsperson. Am besten werden Trennungsängste jedoch von Kindern mit sicheren Bindungserfahrungen überwunden.¹⁹¹

Mit Beginn des Vorschulalters erleben Kinder die sogenannten **Umweltängste**.¹⁹² Deren Inhalt bezieht sich u. a. auf Tiere oder Naturphänomene, wie Blitz und Donner.¹⁹³ Außerdem haben sich die kognitiven Fähigkeiten entwickelt und auf die Vorstellungsebene verlagert. Das Kind kann imaginäre Phänomene repräsentieren, aber nicht zwischen Phantasie und Realität unterscheiden. Demnach können die Kinder in dieser Zeit auch von **„magische Ängste“** bewegt werden. So fürchten sie sich vor Fantasiegestalten, wie Monstern, Geistern, Hexen oder Drachen.¹⁹⁴ Hinter diesen Gebilden verstecken sich jedoch andere Ängste, wie Verlust- oder Versagensangst. Damit diese dem Kind greifbarer erscheinen, entwickelt dies Furcht vor den imaginären Wesen.¹⁹⁵ Diese Ängste verlieren sich im Grundschulalter, denn bis hierher hat das Kind ein besseres Realitätsverständnis entwickelt.

Mit der Entwicklung dieses Realitätsverständnisses sind auch die Ängste der Grundschul Kinder auf reale Inhalte bezogen. Typische Befürchtungen sind Sorgen

¹⁸⁶ Vgl. Siegler/ DeLoache/ Eisenberg, 2005, S. 538

¹⁸⁷ Vgl. Schneider/In-Albon 2004, S. 107

¹⁸⁸ Vgl. Hülshoff 2001, S. 65

¹⁸⁹ Vgl. Siegler/ DeLoache/ Eisenberg, 2005, S. 538

¹⁹⁰ Vgl. Hülshoff 2001, S. 65

¹⁹¹ Vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2009, S. 61

¹⁹² Vgl. Hülshoff 2001, S. 65

¹⁹³ Vgl. Schneider₂ 2004, S. 10

¹⁹⁴ Vgl. Siegler/ DeLoache/ Eisenberg, 2005, S. 541

¹⁹⁵ Vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2009, S. 104

um die eigene Gesundheit und die der Eltern, Angst vor Verletzungen oder Tod.¹⁹⁶ Doch das zentrale Thema bilden die sogenannten **Sozialisationsängste**. Mit Schuleintritt beginnt ein neuer Lebensabschnitt, der viele Neuerungen und Herausforderungen bereithält. Die Kinder müssen sich in ein neues soziales Gefüge einordnen und Leistungen erbringen.¹⁹⁷ An diese Aufgaben sind die Angstinhalte dieser Entwicklungsphase angelehnt. Das Kind fürchtet sich davor, vom Lehrer oder seinen Mitschülern negativ bewertet, ausgelacht oder sogar abgelehnt zu werden, schlechte Ergebnisse zu erbringen oder möglicherweise zu versagen. In dieser Zeit unterstützen u. a. sichere Eltern-Kind-Bindungen das Kind bei der Bewältigung schwieriger Aufgaben. Sicher gebundene Kinder haben ein gesundes Selbstvertrauen und nehmen sich als liebenswert und wertvoll wahr. Außerdem vertrauen sie in soziale Beziehungen und fürchten sich so weniger vor Ablehnung und Ausgrenzung.¹⁹⁸

Diese oben genannten Ängste bleiben über das zwölfte Lebensjahr hinaus erhalten und werden um andere ergänzt. Mit dem Übergang ins Jugend- bzw. Erwachsenenalter gehen viele Neuerungen einher, der Körper verändert sich und die Sexualität erwacht.¹⁹⁹ Der Geist ist jetzt voll ausgereift und der junge Mensch ist in der Lage die Welt in seiner Komplexität erahnen. Dies stellt eine Basis für viel Angst, aber auch für viel Mut dar.

Lebensjahr	Kognitive Stadien (Piaget) ²⁰⁰	Psychosoziale Stadien (Erikson) ²⁰¹	mögliche Ängste ^{202,203}
0-2	sensumotorisch	Urvertrauen vs. Urmisstrauen	laute Geräusche, Trennung, Dunkelheit, Fremde, Alleinsein
2-4	präoperatorisch	Autonomie vs. Scham/Zweifel	Trennung, Dunkelheit, Einbrecher
4-6	präoperatorisch	Initiative vs. Schuldgefühl	Umweltängste (Naturkatastrophen, Gewitter), „magische“ Ängste (Imaginäre Wesen), Tiere
6-12	konkret-operatorisch	Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl	Sozialisationsängste (Schul- und Leistungsversagen, negativer Bewertung, Ablehnung), körperlicher Entstellung, Krankheit, Tod

Tabelle 1: Entwicklungsängste in Abhängigkeit vom Lebensjahr²⁰⁴

¹⁹⁶ Vgl. Schneider₂ 2004, S. 10

¹⁹⁷ Vgl. Hülshoff 2001, S. 65ff

¹⁹⁸ Vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2009, S. 40

¹⁹⁹ Vgl. Hülshoff 2001, S. 214ff

²⁰⁰ Vgl. Gerrig/Zimbardo 2008, S. 373ff

²⁰¹ Vgl. Galliker 2009, S. 122ff

²⁰² Vgl. Hülshoff 2001, S. 65ff

²⁰³ Vgl. Esseau, 2003, S. 24

²⁰⁴ Eigene Tabelle

3.3 Ängstliche Kinder

Ängstlichkeit charakterisiert ein bestimmtes **Wesensmerkmal** eines Menschen. Ängstliche Kinder sind oftmals schüchtern und in ihrem sozialen Annährungsverhalten gehemmt. Ihr kommunikatives und interaktives Verhalten ist eingeschränkt.²⁰⁵ Diese Kinder geben ihre Ansprüche kaum zu erkennen, resignieren leichter als nicht ängstliche Kinder, setzen Forderungen kaum durch und geben bei Schwierigkeiten schneller auf. Des Weiteren scheuen sie sich häufig vor neuen und ungewohnten Situationen, gehen weniger auf andere zu und suchen gern den Schutz und die Nähe einer ihnen nahestehenden Person. Ängstliche Kinder sind vor allem in der äußeren Aktivität gehemmt, das heißt sie sind nach außen unauffällig und machen sich weniger bemerkbar als nicht ängstliche Kinder. Ihre inneren Aktivitäten, Wünsche und Erregungen können wie bei anderen Kindern sehr stark sein, bleiben aber verdeckt.²⁰⁶ Demnach sind ängstliche Kinder in ihrer optimalen Entfaltung beschränkt.

Außerdem ist Ängstlichkeit ein häufig begleitendes Merkmal bei Angststörungen, besitzt jedoch für sich genommen keinen Krankheitswert. Diese Disposition kann allerdings, wie bereits im Modell von Spielberger beschrieben, in entscheidendem Maße zu einer pathologischen Angstentwicklung eines Kindes beitragen und das Auftreten einer **Angststörung wahrscheinlicher** machen.

3.4 Angststörungen bei Kindern

Die der Entwicklung typischen Kinderängste sind in der Regel relativ milde Ängste.²⁰⁷ Allerdings gibt es Kinder, die bereits an einer Angststörung leiden. In Deutschland ist schätzungsweise jedes zehnte Kind von einer solchen Störung betroffen.²⁰⁸ Bei Angststörungen hat die Angst eine krankhafte Form angenommen. Pathologische Angst ist auch im Kindesalter durch ein starkes Missverhältnis zwischen angstauslösender Situation und dem Grad und der Dauer der Angstreaktion gekennzeichnet.²⁰⁹ Da Ängste im Leben von Kindern häufig dominieren, ist es schwierig, eine Angststörung zu erkennen.²¹⁰ Angststörungen werden auch als „leise“ Störungen bezeichnet, was sich aus der Unauffälligkeit und Zurückgezogenheit ängst-

²⁰⁵ Vgl. Schellhas, 1993, S.64

²⁰⁶ Vgl. Breuer/Weufen, 1988, S. 237

²⁰⁷ Vgl. Schneider, 2004, S. 9

²⁰⁸ Vgl. URL₄ (2009)

²⁰⁹ Vgl. Nissen, 1993, S. 156

²¹⁰ Vgl. Schneider₂ 2004, S. 10

licher bzw. angstgestörter Kinder ergibt. Diese werden weniger wahrgenommen als Kinder mit „lauten“ Störungen, wie beispielsweise Hyperaktivität, deren Ausprägung nach außen auffällig und nicht zu übersehen ist. Hieraus folgt eine weitere Schwierigkeit in der Erkennung von Angststörungen.^{211,212}

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)²¹³ informiert über die Abgrenzung einer krankhaften Angst.²¹⁴ Hier werden Ängste als klinisch relevant eingeordnet, wenn diese für das Kind starke und dauernde Beeinträchtigungen bedeuten, eine Behinderung der Entwicklung darstellen und sich dadurch Probleme in verschiedenen Lebensbereichen, wie Familie, Kindergarten oder Schule, ergeben.²¹⁵

Einige Angststörungen treten im Kinder- als auch im Erwachsenenalter auf. Diese werden in der ICD-10 unter den Kategorien **phobische Störungen** (F40), **andere Angststörungen** (F41), **Zwangsstörungen** (F42) und **Posttraumatische Belastungsstörung** (F43.2) klassifiziert. Diese werden folgend skizziert.

Phobische Störungen: Die Angst richtet sich auf eindeutig benennbare und eigentlich ungefährliche Situationen. In der Konfrontation mit dem gefürchteten Objekt geraten die Betroffenen in Angstzustände, welche zumeist als unangenehm und lästig empfunden werden. Daher versuchen Phobiker die gefürchteten Objekte und Situationen zu meiden.²¹⁶ Häufig anzutreffende Phobien sind Tierphobien (z. B. Spinnenphobie, Hundephobie), Agoraphobie (Angst vor großen und belebten Plätzen), Klaustrophobie (Angst vor geschlossenen Räumen) und Soziale Phobie (Angst vor sozialen Situationen und der Bewertung durch andere).

Die Kategorie der **anderen Angststörungen** (F41) umfasst u. a. die **Panikstörung** (F41.0) und die **Generalisierte Angststörung** (F41.1)

Panikstörungen: Intensitätsstarke wiederkehrende Angstattacken treten ohne erkennbare Gründe auf und sind deshalb nicht vorhersagbar.²¹⁷

Generalisierte Angststörung: Die Angst ist auf keine bestimmten Umstände bezogen, in ihrem Auftreten anhaltend und dabei von geringerer Intensität als etwa ein Panikanfall. Kennzeichnende Merkmale dieser Störung sind übermäßige und unkontrollierbare Besorgnis bezüglich zahlreicher Ereignisse und Situationen. Die

²¹¹ Vgl. Schneider₁ 2004, S. VII

²¹² Vgl. URL₄ (2009)

²¹³ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Revision 10, erstellt durch die Weltgesundheitsorganisation WHO (vgl. URL₅ (2009))

²¹⁴ Vgl. URL₅ (2009)

²¹⁵ Vgl. Schneider₂, 2004, S. 10

²¹⁶ Vgl. Remschmidt 2000, S. 208

²¹⁷ Vgl. URL₆ (2009)

Betroffenen verbringen immens viel Zeit, sich über Zukünftiges und Vergangenes zu sorgen. Mit dieser andauernden Sorge gehen u. a. Gefühle einer stetigen Anspannung einher.

Zwangsstörungen: Diese Form zeichnet sich durch wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen aus, wobei Angst ein vorherrschendes Symptom ist. Werden die Zwänge unterdrückt, wird die Angst intensiver.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Bestandteil dieser Störung ist eine anhaltende Angst, als Folge eines traumatischen Ereignisses (Trauma), wie Naturkatastrophe, Unfall, Erleben sexueller oder nichtsexueller Gewalt. Das Trauma wird wiederholt erlebt, z. B. als Flashback oder Alptraum.²¹⁸

Die Forschung auf dem Gebiet der Angststörungen im Kindesalter ist relativ jung. Bis zur zehnten Revision der ICD im Jahre 2000,²¹⁹ wurden Angststörungen des Erwachsenen- und Kindesalters nicht differenziert.²²⁰ Seitdem charakterisiert die ICD-10 unter der Kategorie **emotionale Störungen des Kindesalters (F93)** folgende typische Angststörungen, die im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden können.

Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0): Diese Form ist durch eine übermäßige Angst vor Trennungen von der primären Bezugsperson gekennzeichnet.

Phobische Störungen des Kindesalters (F93.1): Diese Störung charakterisiert phobische Reaktionen auf entwicklungstypische Angstinhalte.

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2): Diese Angststörung ist durch eine übermäßig stark ausgeprägte Entwicklungsangst gegenüber Fremden gekennzeichnet und ist von der sozialen Phobie abzugrenzen.

Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F93.3): Diese Form zeichnet sich durch übermäßige Eifersucht und Rivalität gegenüber einem neu geborenen Geschwisterkind aus.²²¹

Wie vorab kurz skizziert wurde, gibt es verschiedenartige Angststörungen, wobei jede ihren eigenen Inhalte und Ausformungen aufweist. Im Folgenden werden die „Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters“ und deren besondere Form „Schulphobie“ ausführlicher erläutert. Folgend werden die phobischen Störungen mit dem Schwerpunkt der „Sozialphobie“ dargestellt. Mit den störungsspezifischen Ausführungen werden geeignete Interventionsmaßnahmen benannt.

²¹⁸ Vgl. Esseau 2003, S. 62ff

²¹⁹ Vgl. URL₇ (2009)

²²⁰ Vgl. Schneider₁ 2004, S. V

²²¹ Vgl. Specht 2000, S. 19ff

3.4.1 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

Der Begriff der Trennungsangst ist sowohl eine Bezeichnung einer entwicklungsstypischen Angst, als auch ein Ausdruck für eine seelische Störung. Die **emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters** ist gekennzeichnet durch eine massive und über einen langen Zeitraum anhaltende Angst vor einer dauerhaften Trennung von den Hauptbezugspersonen. Kinder mit dieser Störung können Trennungen von wichtigen Bezugspersonen nur unter starker Angst ertragen bzw. sind stetig versucht, solche zu vermeiden.

Diese Form der Angststörung kann um die Vollendung des dritten Lebensjahres auftreten. Ab diesem Alter überwinden Kinder Trennungen von ihren Bezugspersonen für gewöhnlich ohne Weiteres, im Gegensatz zu Kindern mit einer Störung mit Trennungsangst. Für diese stellen die genannten Trennungen allerdings eine so hohe emotionale Belastung dar, so dass enorme Beeinträchtigungen in ihrem Alltag auftreten. Aufgrund dessen können diese Kinder oftmals nicht den Kindergarten oder die Schule besuchen. Vor oder in Erwartung einer Trennung zeigen die Kinder übermäßige Angstreaktionen. Dabei befürchten die Betroffenen, dass ihnen selbst oder der Bezugsperson etwas zustoßen könnte, was sie für immer voneinander trennt. Trennungsängstliche Kinder machen sich oft Sorgen darüber, dass ihre Eltern einen Verkehrsunfall haben oder sie selbst entführt werden könnten. Dabei vermeiden sie, allein zuhause zu bleiben, abends alleine, ohne Licht oder mit geschlossener Tür einzuschlafen, bei ihren Freunden zu übernachten oder den Kindergarten bzw. die Schule zu besuchen. Ist das Vermeiden dieser Trennungssituationen nicht möglich, sind gereizte, apathische oder aggressive Stimmungen zu beobachten. Um eine Trennung zu verhindern, schreien und weinen die Kinder, schlagen um sich oder klammern sich an die Bezugsperson. Allerdings gehen diesen im Verhalten zu beobachtenden Reaktionen vor allem körperliche Symptome voraus. Oft klagen diese Kinder über Übelkeit und Erbrechen, Bauch- und Kopfschmerzen. Dass diese Beschwerden mit der Trennungsangst einhergehen, zeigt sich an einem Rückgang der somatischen Symptome, wenn die Trennung verhindert, abgebrochen oder zurückgenommen wird.²²² Dies zeigt sich besonders während Ferienzeiten, in welchen die Kinder fast beschwerdefrei bleiben. Erst mit Ferienende bzw. Schulbeginn treten die typische Symptome erneut auf.²²³

²²² Vgl. Schneider/In-Albon 2004, S. 107ff

²²³ Vgl. Remschmidt 2000, S. 217

Das Spektrum des Vermeidungsverhaltens bei einer Trennungsangststörung ist breit. In leichten Fällen genügt dem Kind die Gewissheit, die Eltern telefonisch kontaktieren zu können. In mittelschweren Fällen klammern sich Kinder an die Eltern oder sträuben sich, alleine das Haus zu verlassen. Ein schweres Vermeidungsverhalten zeigt sich, wenn die Kinder sich vehement weigern, in ihrem Zimmer zu schlafen oder die Schule zu besuchen. Letzteres trifft auf Kinder zu, die an einer besonderen Form der Trennungsangst, einer Schulphobie, leiden. Diese soll im Unterpunkt 3.4.1.1 beschrieben werden.

Um eine Störung mit Trennungsangst zu diagnostizieren, müssen bestimmte Symptome über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen auftreten. Außerdem muss diese Störung vor dem sechsten Lebensjahr beginnen und die Belastungen sowie Beeinträchtigungen müssen bedeutsame Lebensbereiche des Kindes betreffen. Die genauen Diagnosekriterien werden in Abbildung 2 dargestellt.²²⁴

Bisher gibt es wenige Forschungsergebnisse zu den einzelnen Angststörungen, da diese lange Zeit als Einheit betrachtet wurden.²²⁵ Wissenschaftler nehmen an, dass die Entstehung einer Störung mit Trennungsangst zumeist auf die elterliche Persönlichkeit und die Eltern-Kind-Beziehung zurückgeht. Demnach kann eine Störung mit Trennungsangst des Kindesalters auf ängstliche und lebensunsichere Eltern und einen vorwiegend überbehüteten und überkontrollierten Erziehungsstil zurückzuführen sein. Außerdem sind Kinder mit unsicherem Bindungsmuster und/oder einer Dispositionsangst betroffen.²²⁶ Die psychoanalytische Theorie vermutet eine nicht ausreichend entwickelte Objektpermanenz beim Kind, so dass dieses während seiner Angstzustände anhaltend nach einem sicherheitsvermittelnden Objekt sucht.²²⁷

Im Interventionsbereich ließen sich bisher die größten Erfolge durch den Einsatz einer Verhaltenstherapie erreichen, die mit einem Elterntaining kombiniert wird. Über diese Methode werden dem Kind entsprechende Fertigkeiten vermittelt, um besser mit den Trennungssituationen und seiner Angst umgehen zu können. Auch die Eltern erhalten Informationen und trainieren Maßnahmen, die zur Überwindung dieser Ängste unterstützend wirken.²²⁸

²²⁴ Vgl. Esseau/Conrad/Reiss 2004, S. 82f

²²⁵ Vgl. Schneider/In-Albon 2004, S. 108

²²⁶ Vgl. Hopf 2009, S. 109ff

²²⁷ Vgl. ebd., S. 72

²²⁸ Vgl. Schneider/In-Albon 2004, S. 121ff

Diagnosekriterien für Störungen mit Trennungsangst nach ICD-10

- A. mindesten 3 der folgenden Merkmale müssen vorliegen
1. unrealistische und anhaltende Besorgnis über mögliches Unheil, das der Hauptbezugsperson zustoßen könnte oder den möglichen Verlust solcher Personen (z. B. durch Furcht, dass sie weggehen und nicht wiederkommen könnten oder dass das Kind sie nie mehr wiedersehen wird) oder anhaltende Sorge um den Tod von Bezugspersonen
 2. unrealistische und anhaltende Besorgnis, dass ein unglückliches Ereignis das Kind von seiner Hauptbezugsperson trennen werde (z. B., dass das Kind verloren gehen, gekidnappt, ins Krankenhaus gebracht oder getötet werden könnte)
 3. aus Angst vor Trennung von einer Hauptbezugsperson oder um zu Hause zu bleiben (weniger aus anderen Gründen, z. B. Angst vor bestimmten Ereignissen in der Schule) andauernde Abneigung oder Verweigerung die Schule zu besuchen
 4. Trennungsschwierigkeiten am Abend erkennbar an einem der folgenden Merkmale
 - a) anhaltende Abneigung oder Weigerung schlafen zu gehen, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe ist
 - b) häufiges Aufstehen nachts, um die Anwesenheit der Bezugsperson zu überprüfen oder bei ihr zu schlafen
 - c) anhaltende Abneigung oder Weigerung auswärts zu schlafen
 5. anhaltende unangemessene Angst davor, allein oder tagsüber ohne Hauptbezugsperson zu Hause zu sein;
 6. wiederholte Alpträume zu Trennungsthemen
 7. wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) bei Gelegenheiten, die mit der Trennung von einer Hauptbezugsperson verbunden sind (Urlaub, Ferienlager)
 8. extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, während und unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson (es zeigt sich in Angst, Schreien, Wutausbrüchen; in der anhaltenden Weigerung, von zu Hause wegzugehen; in dem intensiven Wunsch nach Hause zurückzukehren, in Unglücklichsein, Apathie oder sozialem Rückzug)
- B. Fehlen einer Generalisierten Angststörung
- C. Beginn vor dem sechsten Lebensjahr
- D. Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, einer psychotischen Störung oder einer substanzbedingten Störung
- E. Dauer mindestens vier Wochen

Abbildung 2: Diagnosekriterien für die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters²²⁹

3.4.1.1 Schulphobie

Wie bereits angedeutet, ist die **Schulphobie** eine besondere Form der Störung mit Trennungsangst.²³⁰ Die Schulphobie ist durch eine besonders enge Bindung zur Hauptbezugsperson und schulverweigerndes Verhalten gekennzeichnet. Dabei wird sie von körperlichen Beschwerden, wie Kopf-, Bauchschmerzen und Übelkeit, begleitet, die besonders intensiv vor dem Schulbesuch auftreten.

Das schulverweigernde Verhalten ist jedoch nicht auf eine Angst vor der Schule zurückzuführen, sondern auf die Trennung von der Bezugsperson. Der eigentliche Grund der Störung ist nicht die Schule, sondern das Zuhause. Schulphobische Kinder meiden generell solche Situationen, in denen sie von ihren Eltern bzw. Hauptbezugspersonen getrennt sind. Der Ort Schule an sich ist nur bedingt betroffen. Diese Bezeichnung wurde gewählt, da Schule den Ort beschreibt, an dem sich Kinder, nach dem Gesetzgeber aufzuhalten haben.²³¹

²²⁹ Schneider/In-Albon 2004, S. 112

²³⁰ Vgl. Remschmidt 2008, S. 240

²³¹ Vgl. Popp 2006, S. 167

Die Schulphobie ist von den Begriffen Schulangst und Schulschwänzen abzugrenzen. Alle drei Begriffe werden unter der Bezeichnung der Schulverweigerung gefasst. Schulschwänzer meiden die Schule eher aus Gründen der Unlust. Schulphobie ist wie beschrieben, die Verweigerung des Schulbesuchs aus Angst vor Trennungen von der primären Bezugsperson. Die Schulangst bezieht sich auf das Objekt Schule. Kinder mit Schulangst leiden meist unter psychischen oder physischen Fehlbildungen, welche mit Lernstörungen oder Lernschwächen verbunden sind. Diese Kinder haben Angst vor Leistungsdruck und eventuellem Versagen in der Schule.

Sobald der Schulbesuch eines schulphobischen Kindes ansteht oder eine Trennung erwartet wird, setzen die benannten körperlichen Beschwerden ein. Die besorgten Eltern gehen selbstverständlich auf die Symptome der Kinder ein und schicken diese nicht in die Schule. Erst wenn das Kind gezwungen wird, in die Schule zu gehen, äußert sich die Angst beim Kind panikartig, das heißt in extremer Intensität. Da sich auch die Schulphobie hinter Angstersatzsymptomen versteckt, wird eine Diagnose oft erst sekundär gestellt. Es sind in erster Linie die körperlichen Beschwerden, die die Eltern veranlassen Hilfe zu suchen. Erst während der diagnostischen Maßnahmen werden Eltern und Kind mit der Diagnose Schulphobie bzw. Trennungsangst konfrontiert. Eine Schulverweigerung lindert zwar die somatischen Leiden schulphobischer Kinder, allerdings werden dafür eine Reihe anderer Probleme wirksam. Je länger das Kind von der Schule fernbleibt, desto größer werden sein schulischer Rückstand und seine soziale Isolation. Das Kind hat z. B. die Befürchtungen, dass seine Klassenkameraden es als krank, Faulenzer oder Schwänzer ansehen.

Die Wahrscheinlichkeit eine Schulphobie zu entwickeln, ist in Zeiten besonderer Lebensereignisse stark erhöht. Ein Grund dafür kann die Einschulung sein, denn mit diesem Ereignis fallen für das Kind viele Herausforderungen und Belastungen zusammen.

Trennungsängstliche bzw. schulphobische Kinder sind in ihrem Wesen überaus ängstlich und unsicher. Auch deren Eltern weisen oftmals die gleichen Wesensmerkmale auf. Das Bindungsverhalten der Familienmitglieder ist seit frühester Kindheit sehr eng und oftmals durch ein tragisches Ereignis in der Familie, wie z. B. durch einen Todesfall, verstärkt worden. Verhaltenstherapeutische Ansätze führen das schulverweigernde Verhalten auf die Verstärkerrolle der Eltern zurück, wonach dieses eine konditionierte Vermeidungsreaktion darstellt. Mit der Erlaubnis bzw. der Entscheidung der Eltern, dass das Kind der Schule fernbleiben darf, stellt sich eine

Besserung des Angsterlebens ein. Durch diese Angstreduktion wird das Vermeidungsverhalten verstärkt und aufrechterhalten.²³²

Für die Behandlung einer Schulphobie ist eine zielgerichtete Zusammenarbeit von Familie, Lehrern und anderen Helfern von Vorteil. In therapeutischen und beratenden Sitzungen werden dem Kind und den Eltern Fertigkeiten und Lösungsansätze präsentiert, die im Umgang mit einer Schulphobie hilfreich sind. Um dem Kind einen wertfreien Wiedereinstieg ins Schulleben zu ermöglichen, müssen auch Lehrer ausreichend über diese Form der Angststörung informiert werden.²³³

3.4.2 Phobische Störungen

Phobische Störungen sind charakterisiert durch starke unangemessene und dauerhafte Angstreaktionen gegenüber bestimmten Situationen oder Objekten, von denen keine konkrete bzw. reale Gefahr ausgeht. Im Fall der phobischen Störungen des Kindesalters (F93.1) ICD-10 bezieht sich die Angst auf typische Objekte der Kinderängste, wie Tiere, Blitz und Donner. Neben diesen können sich auch andere Phobien, wie die Angst vor Zahnarztbesuchen, Blut oder Spritzen, entwickeln. Diese werden nicht der Kategorie der emotionalen Störungen (F93) ICD-10 zugeordnet, sondern befinden sich unter der entsprechenden Rubrik bei den phobischen Störungen (F40) ICD-10.

Die Kennzeichen einer Phobie sind eine unmittelbar auf einen gefürchteten Reiz folgende Angstreaktion sowie die Vermeidung des gleichen Stimulus. Die Angst tritt üblicherweise direkt nach der Konfrontation mit dem gefürchteten Reiz auf. Mit dem Einsetzen des Angstzustandes verlassen phobische Kinder die Situation und flüchten in die Nähe ihrer Eltern oder anderer Bezugspersonen, wo Sicherheit vermutet wird. Jedoch halten sich einige trotz starker Angst weiter in der phobischen Situation auf. Des Weiteren werden die phobischen Kinder versuchen, die gefürchteten Situationen zukünftig zu meiden.

Werden Phobien nicht rechtzeitig erkannt, drohen erhebliche Einschränkungen in allen Lebensbereichen des Kindes, was zu dessen sozialer Isolation führen kann. Phobische Kinder können nicht mehr zur Schule gehen oder keine Aktivitäten mit Gleichaltrigen unternehmen, welche für ihre Entwicklung unabdingbar sind.²³⁴

Zur Behandlung von phobischen Störungen bietet die Methode der systematischen Desensibilisierung eine erfolgsversprechende Möglichkeit. Außerdem finden

²³² Vgl. Remschmidt 2008, S. 240ff

²³³ Vgl. Nissen 1993, S. 163

²³⁴ Vgl. Schneider₃, 2004, S. 134ff

verhaltensorientierte Techniken mit kognitiven Anteilen ihre Anwendung. Dadurch soll das Kind lernen, die Gefahrensituation real einzuschätzen, die Angst zuzulassen und durchzustehen.²³⁵

3.4.2.1 Soziale Phobie

Wie bereits Trennungsangst sind soziale Ängste Teil einer normalen Entwicklung des Kindes. Die ersten Ängste dieser Art zeigen sich im oben beschriebenen Fremdeln. Mit steigendem Lebensalter und stetiger kognitiver Entwicklung werden sich die Kinder ihrer selbst bewusst und das Verständnis für soziale Situationen reift. Zwischen dem achten bis zehnten Lebensjahr haben sich die kognitiven Fähigkeiten soweit ausgebildet, dass das Kind in der Lage ist, sich in andere hineinzuversetzen, subtile Botschaften zu deuten, sich aus der Sicht eines anderen zu sehen und zu beurteilen. Diese Fähigkeit ermöglicht aber auch, negative Bewertungen durch andere zu fürchten. Entwicklungstypisch treten bei nahezu jedem Kind Selbstzweifel auf. Diese äußern sich in Sorgen über das eigene äußere Erscheinungsbild und darüber, was andere über sie denken könnten. Viele Kinder verlieren diese sozialen Ängste wieder, jedoch für einige bleiben diese bestehen und entwickeln sich zu pathologischen Ängsten, wie die **Soziale Phobie**.

Das Erscheinungsbild einer Sozialen Phobie ist durch eine unangemessene Furcht vor sozialen Situationen bestimmt. Hierbei ist ein Vermeiden bzw. Verlassen dieser charakteristisch. In erwähnter Lage befürchten die Betroffenen, sich zu blamieren, abgelehnt oder negativ bewertet zu werden. Dadurch wird eine typische Angstsymptomatik ausgelöst. Diese kann ebenfalls durch die bloße Vorstellung oder die Erwartung einer entsprechenden Situation einsetzen. Jedoch im Unterschied zu erwachsenen Sozialphobikern werden Kinder in Angstsituationen nicht von negativen Gedanken überflutet. Vielmehr sind sie unfähig zu denken. Dies wird auch als Gedankenleere bezeichnet. Sozialphobiker sind stark auf sich selbst fokussiert. Dabei konzentrieren sie sich auf die eigenen Unzulänglichkeiten und die daraus resultierende Unfähigkeit, mit der jeweiligen sozialen Situation umzugehen. Durch die erhöhte Selbstaufmerksamkeit, entfernen sich die sozialphobischen Kinder vom tatsächlichen Geschehen, was erneut die Ängstlichkeit erhöht und sie in ihrem vermeintlich inkompetenten Sozialverhalten bestärkt.²³⁶

²³⁵ Vgl. ebd., S. 147f

²³⁶ Vgl. Melfsen/Warnke 2004, S. 166ff

Sozialphobische Kinder sind vorrangig scheue und zurückgezogene Wesen mit niedrigem Selbstwertgefühl und wenig Selbstvertrauen.²³⁷ Das typische Verhalten ist maßgeblich durch ein reduziertes Sprechverhalten gekennzeichnet. Diese Kinder sprechen weniger, beginnen seltener ein Gespräch, lassen längeres Schweigen entstehen und können weniger gut mit diesen Gesprächspausen umgehen. Häufig vermeiden sie Blickkontakte bzw. sehen nach unten, um nicht angesprochen zu werden. Sozialphobische Kinder vermeiden, im Mittelpunkt zu stehen, und ziehen sich eher zurück. Für gewöhnlich sind sie nervös und unruhig, manche stottern oder kauen an den Nägeln.²³⁸ Kinder mit Sozialphobie fürchten sich größtenteils vor Situationen, die mit öffentlichem Sprechen einhergehen, wie vor Anderen zu singen, vorzulesen oder ein Referat zu halten. Weitere angstbesetzte Situationen sind, mit Autoritätspersonen zu sprechen oder vor Anderen bzw. in der Öffentlichkeit zu essen. Laut Aussagen von untersuchten sozialphobischen Kindern, fürchten sich mehr als die Hälfte vor spontanen, formlosen Interaktionen mit Gleichaltrigen. Des Weiteren gehen sozialphobische Kinder häufig einsamen, altersuntypischen Hobbies nach, wie Programmieren, Verfolgen von Wetterberichten, Zahlen und Fakten aus Weltkriegen. Diese Interessen ergeben sich einerseits aus den geringen sozialen Kontakten, andererseits werden diese zum Mittel, um soziale Situationen zu meiden.²³⁹ Mit fortschreitender sozialer Isolation entfernen sich diese Kinder zunehmend von ihren Altersgenossen und den entwicklungstypischen Interessen bzw. Aktivitäten.²⁴⁰ Durch die wenigen sozialen Interaktionen fehlen sozialphobischen Kindern die Möglichkeiten, soziale Kompetenzen zu erwerben.²⁴¹ Selbst wenn sich die Kinder ihren Ängsten aussetzen, können sie sich aufgrund der starken Angstreaktionen oft nicht adäquat verhalten.

Auf physiologischer Ebene zeigt sich eine Sozialphobie in den üblichen somatischen Angstreaktionen. Bei jüngeren Kindern sind es jedoch eher Angst-Ersatzsymptome, wie Bauch- oder Kopfschmerzen, die Hinweise auf eine Angsterkrankung bieten. Da Kinder oftmals noch nicht in der Lage sind, ihre Ängste zu benennen, lassen auch äußere Anzeichen (z. B. schulverweigerndes Verhalten, Leistungsabfall, Wut- und Trotzanfälle, Vermeidung sozialer Situationen) auf eine Angststörung schließen.²⁴²

²³⁷ Vgl. Remschmidt 2000, S. 209

²³⁸ Vgl. Melfsen/Warnke 2004, S. 169

²³⁹ Vgl. ebd., S. 171

²⁴⁰ Vgl. Remschmidt 2000, S. 209

²⁴¹ Vgl. URL₈ (2009)

²⁴² Vgl. Melfsen/Warnke 2004, S. 166ff

Die Behavioristen machen Wesensmerkmale und Konditionierungsvorgänge für einen pathologischen Verlauf sozialer Ängste verantwortlich. Demnach ist Sozialphobie möglicherweise das Ergebnis einer erlernten Vermeidungsreaktion auf ein besonders einprägsames Erlebnis.²⁴³ Psychoanalytische Theorien hingegen gehen bei dieser Störung von verdrängten und verschobenen Primärängsten aus.²⁴⁴ Aber auch bereits einschlägige familiäre Vorerkrankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind an einer Sozialphobie erkrankt.

Eine Soziale Phobie im Kindesalter sollte in Anbetracht der beeinträchtigten Entwicklungsmöglichkeiten und dem Leidensdruck möglichst früh erkannt und behandelt werden. Auf lange Sicht stellt diese Störung ein erhöhtes Risiko dar, sich im Erwachsenenalter zu verfestigen und an einer weiteren psychischen Störung oder Abhängigkeitsstörung zu erkranken. Dabei sind besonders Depressionen und Alkoholmissbrauch oft verzeichnete Folgeerscheinungen chronisch verlaufender Sozialphobien.²⁴⁵ Im Rahmen der Intervention stehen eine Vielzahl an Methoden und Verfahren zur Verfügung. Die größtmöglichen Erfolge ließen sich bisher jedoch mit verhaltensbezogenen Maßnahmen, unter Verwendung von kognitiven Techniken, verzeichnen.²⁴⁶ Hierbei erzielte insbesondere der Einsatz von sozialen Kompetenztrainings effektive Ergebnisse.²⁴⁷

Die folgende Abbildung 3 nennt die Diagnosekriterien für eine Soziale Phobie.

Diagnosekriterien der Sozialen Phobie nach ICD-10	
A	Entweder (1) oder (2):
1.	deutliche Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder sich peinlich oder beschämend zu verhalten,
2.	deutliche Vermeidung, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.
Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnungen mit Bekannten in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen, wie z. B. Partys, Treffen oder in Klassenräumen.	
B	mindestens 2 Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie F40.0 Kriterium B, definiert, sowie zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome:
1.	Erröten oder Zittern
2.	Angst zu erbrechen
3.	Miktions- oder Defäkationsdrang
C	deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben oder unvernünftig sind;
D	Die Symptome beschränken sich vornehmlich auf die gefürchtete Situation oder auf die Gedanken an diese;
E	Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störungen, Schizophrenie und verwandte Störungen, Affektive Störungen oder eine Zwangsstörung und sind keine Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

Abbildung 3: Diagnosekriterien der Sozialen Phobie²⁴⁸

²⁴³ Vgl. Remschmidt 2000, S. 210

²⁴⁴ Vgl. Hopf 2009, S. 132

²⁴⁵ Vgl. Melfsen/Warnke 2004, S. 172

²⁴⁶ Vgl. Remschmidt 2000, S. 210

²⁴⁷ Vgl. Linderkamp 2008, S. 628

²⁴⁸ Melfsen/Warnke 2004, S. 167

3.5 Geschlechterspezifische Unterschiede und Komorbidität

Bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede ist zu vermerken, dass Mädchen gegenüber Jungen zwei- bis viermal höhere Raten von Angststörungen aufweisen. Zur Erklärung dieser Unterschiede werden meist zwei weitgefaste Erklärungsansätze herangezogen. Einer verfolgt die biologisch bzw. genetisch bedingten Unterschiede von Jungen und Mädchen. Ein anderer setzt auf die sozialen Rollen und unterschiedlichen Erfahrungen von Mädchen und Jungen.²⁴⁹

Komorbidität bezeichnet das gleichzeitige Auftreten einer Störung mit einer weiteren.²⁵⁰ Angststörungen im Kindesalter treten häufig komorbid mit anderen seelischen Störungen auf, in den meisten Fällen in Verbindung mit Depressionen. Ebenso zahlreich ist ein Zusammentreffen von Angst- und Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörungen. Das Erkennen von komorbiden Störungen ist von hohem Interesse, da sie mit einer außerordentlichen Symptomschwere verbunden sind und erheblich höhere psychische Belastungen bedeuten. Im Gegensatz zu rein angstgestörten Kindern berichten Kinder mit komorbiden Störungen von erhöhter Ängstlichkeit und einer Vielzahl an Ängsten, Sorgen und Angstzuständen. Folglich erfahren komorbid gestörte Kinder eine verminderte soziale Entwicklung gegenüber Kindern mit einer reinen Angststörung.

Die Komorbiditätsrate zwischen Angststörungen im Kindesalter und Substanzmissbrauch ist nicht signifikant.²⁵¹ Jedoch liegt in der chronischen Entwicklung einer Angststörung und ihrer Verfestigung im Erwachsenenalter ein erheblicher Risikofaktor für das Auftreten einer Abhängigkeitsstörung.²⁵² Angstgestörte Menschen sind laut Angstforschung besonders für Substanzmissbrauch prädestiniert.²⁵³ So ist beispielsweise bei Sozialphobikern, eine besonders hohe Alkoholmissbrauchsrate zu verzeichnen.²⁵⁴

Die Erkenntnisse der Komorbidität von Angststörungen und möglicher Abhängigkeitsstörungen im späteren Lebensalter unterstreichen die Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung und raschen Intervention bei angstgestörten Kindern.

²⁴⁹ Vgl. Esseau/Conrad/Reiss 2004, S. 97

²⁵⁰ Vgl. Petermann/ Kusch/ Niebank, 1998, S. 209

²⁵¹ Vgl. Esseau/Conrad/Reiss 2004, S. 97f

²⁵² Vgl. Schneider₁ 2004, S. VII

²⁵³ vgl. Klein 2008, S. 230ff

²⁵⁴ Vgl. Melfsen/Warnke 2004, S. 173

4. Sozialpädagogische Handlungsmöglichkeiten bei Angst im Kindesalter

Ängstliche und besonders von Angststörungen betroffene Kinder sind massiv in ihrem Lebensalltag beeinträchtigt. Sie sind unsicher, fühlen sich minderwertig und haben wenig Selbstvertrauen. Dadurch vermeiden sie eine Vielzahl von Situationen, in denen wichtige und positive Erfahrungen für die persönliche Entwicklung gesammelt werden könnten. Ängstliche und angstgestörte Kinder leben eingeschränkt und zurückgezogen und haben somit nicht die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten optimal zu entfalten. Damit sich diese Ängste im Erwachsenenalter nicht verfestigen bzw. chronisch verlaufen, sollten diese möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden. Für eine gesunde Entwicklung muss es angstgestörten und ängstlichen Kindern gelingen, ein Vertrauen in sich, ihre Fähigkeiten als auch in ihre Umwelt aufzubauen. Die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes, die Stärkung des Selbstvertrauens und der Selbstsicherheit ermöglichen diesen Kindern, neue Wege zu gehen und Ängste zu reduzieren bzw. zu bewältigen. Dies fördert eine optimale Entwicklung und Entfaltung der Kinder und ermöglicht eine uneingeschränkte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.²⁵⁵ Das Selbstkonzept umfasst die Einstellungen, Bewertungen und Urteile der persönlichen Eigenschaften, Merkmale und Verhaltensweisen. Sind diese positiv eingestellt, schaffen sie beim Kind Selbstvertrauen - ein Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz, die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und einem Gefühl, sich selbst sicher zu sein.²⁵⁶ Zur Stärkung des Selbstkonzeptes und des Selbstvertrauens, müssen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und Handlungskompetenzen, wie Problem- und Konfliktlösestrategien sowie Kommunikationsfähigkeiten und Selbstregulationsfähigkeiten erworben werden.²⁵⁷

Der Staat sieht sich nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) selbst verpflichtet, Kinder, die in ihrer emotionalen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt oder gefährdet sind, zu unterstützen. Der § 1 SGB VIII beschreibt dies folgendermaßen:

„(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“

²⁵⁵ Vgl. URL₉ (2010)

²⁵⁶ Vgl. Petermann/Petermann 2006, S. 77

²⁵⁷ Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 41ff

- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere
 1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
 2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
 4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.²⁵⁸

Zur Erreichung dieser Ziele werden spezifische Hilfemaßnahmen in Form von Beratungen, Unterstützungen, Förderungen, Hilfen zur Erziehung oder zur Eingliederung bereitgestellt und bilden die Handlungsgrundlage für eine Vielzahl sozialpädagogischer Praxisfelder.²⁵⁹

Die Einsatzbereiche für Sozialpädagogen sind vielfältig. Diese finden sich u. a. in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten oder Kliniken, sozialen Diensten der Jugendämter, der Erziehungsberatung, der sozialen Gruppenarbeit, Tagesgruppen, der sozialpädagogischen Familienhilfe, Schulsozialarbeit oder Freizeitstätten. Besonders in den letztgenannten Positionen sind Sozialpädagogen für gewöhnlich die ersten, die Auffälligkeiten bei einem Kind bemerken und eine gewichtige Rolle bei der Vorbeugung und Früherkennung möglicher Störungen einnehmen können.²⁶⁰ Dies ergibt sich u. a. durch niedrigschwellige, z. B. durch Geh-Struktur gekennzeichnete, sozialpädagogische Praxisfelder. Dadurch ist eine beiderseitig gute Erreichbarkeit für Klient und Sozialpädagoge gewährleistet. So kann beispielsweise ein Schulsozialarbeiter auf ein ängstliches Kind und/oder dessen Eltern zugehen und diese bei Bedarf beraten, unterstützen und weiter vermitteln.²⁶¹ Ebenso können sich die Eltern an Beratungsstellen wenden, um sich Informationen oder Hilfe zu holen, denn grundsätzlich stellt Beratung ein offenes Angebot dar.²⁶² Ist ein Kontakt hergestellt, verfolgen die Sozialpädagogen weitere Handlungserfordernisse. Sie verweisen und vermitteln zu anderen Professionen, wie beispielsweise zu Ärzten oder Therapeuten. Darüber hinaus können Sozialpädagogen beraten und selbst Methoden zur präventiven oder korrektiven Hilfe einsetzen.

Als Kerntätigkeit der Sozialpädagogen wird die Beratung formuliert. Während das Verständnis von Therapie eine möglichst rasche Leidenslinderung artikuliert, setzt Beratung ihre Akzente auf die Erweiterung und Re- bzw. Aktivierung von

²⁵⁸ URL₁₁ (2010)

²⁵⁹ Vgl. URL₁₀ (2010)

²⁶⁰ Vgl. Adam-Lauer 2005, S. 683

²⁶¹ Vgl. Hinz 2008, S. 92

²⁶² Vgl. Piontek 2002, S. 32

Ressourcen beim Einzelnen. Laut Haselmann (2008) gehen Beratung und Therapie fließend ineinander über, bzw. können beide als gegenseitige Ergänzung betrachtet werden. Was mit dem Ziel einer Leidenslinderung beginnt, kann mit einer Erweiterung der Fähigkeiten fortgesetzt werden. Ebenso kann durch die Erweiterung der Fähigkeiten, eine Leidenslinderung eintreten.²⁶³ Dabei sind sich die inhaltlichen Methoden und Verfahren von Beratung und Therapie sehr ähnlich und kaum voneinander zu trennen. Störungen mit Krankheitswert müssen jedoch von approbierten Psychotherapeuten behandelt werden.²⁶⁴ Weisen Kinder also bereits eine Angststörung auf, werden im Regelfall und unter Beachtung des Schweregrades, ambulante, teilstationäre oder stationäre Psychotherapien eingesetzt.²⁶⁵ Zu den wichtigsten Richtungen der heutigen Psychotherapie zählen die Psychoanalyse, die Tiefenpsychologie und die Verhaltenstherapie. Dabei macht sich jede Therapieform eigene Techniken zu Nutze.²⁶⁶

Sozialpädagogen arbeiten in vielen Institutionen in multiprofessionellen Teams mit anderen Berufsgruppen, wie Psychologen und Psychotherapeuten, zusammen.²⁶⁷ Schon die Vielfalt an Problemlagen und die Individualität der Betroffenen verlangt nach einer interdisziplinären Sicht- und Handlungsweise.²⁶⁸ Daher werden auch die Handlungsmaßnahmen der verschiedenen Professionen kombiniert und den Anforderungen des Kindes angepasst.²⁶⁹ Bei bereits festgesetzten Angststörungen können Sozialpädagogen Psychotherapieverfahren ergänzen und in der präventiven Praxis helfen, Ängsten und Ängstlichkeit vorzubeugen, frühzeitig zu erfassen oder mögliche Folgeschäden zu verhindern.²⁷⁰ Je nach Erfordernis des Klienten greifen auch Sozialpädagogen dabei auf eine Reihe von therapeutischen Techniken zurück.²⁷¹

4.1 Methoden und Einzelverfahren

Das Handlungsrepertoire an Methoden und Verfahren im Umgang mit Angst im Kindesalter ist groß und vielfältig. Allerdings ermöglicht diese Vielfalt, der Individualität und Subjektivität des Kindes gerecht zu werden und die Methoden dement-

²⁶³ Vgl. Haselmann 2008, S. 265ff

²⁶⁴ Vgl. Myschker 2002, S. 275

²⁶⁵ Vgl. Steinhausen 2004, S. 71

²⁶⁶ Vgl. Hinz 2008, S. 91f

²⁶⁷ Vgl. Nußbeck 2006, S. 142

²⁶⁸ Vgl. Adam-Lauer 2005, S. 684

²⁶⁹ Vgl. Nußbeck 2006, S. 142

²⁷⁰ Vgl. Hillenbrand 1999, S. 122ff

²⁷¹ Vgl. Adam-Lauer 2005, S. 684

sprechend einzusetzen. Hierbei haben sich besonders kompakte Verfahren als effektiv erwiesen. Diese setzen sich aus einer Reihe unterschiedlicher Praktiken zusammen, wie z. B. Entspannungsverfahren, sozialen Fertigungs- und Verhaltenstrainings, kognitiver Selbstinstruktion, Gruppen- oder Einzelverfahren.²⁷² Verschiedene Analysen ergaben, dass insbesondere die verhaltensorientierten Techniken in der Angstbekämpfung und –bewältigung zu den wirksamsten zählen.²⁷³

Um erfolgreich bei Angst und Ängstlichkeit im Kindesalter zu handeln, ist in der Regel die Mitarbeit der Eltern bzw. primären Bezugspersonen des Kindes erforderlich. Diese wird als Elternarbeit bezeichnet. Dabei ist der kind- und elternbezogene Interventionsanteil immer abhängig vom jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes. Mit dessen fortschreitender Entwicklung, insbesondere seiner kognitiver Reife, sinkt der Anteil der Elternarbeit und steigt demgemäß im kindbezogenen Bereich an. Dieser Sachverhalt wird in Abbildung 4 grafisch veranschaulicht.²⁷⁴ Hilfreich ist in diesem Zusammenhang, auch weitere wichtige Bezugspersonen des Kindes, wie Lehrer oder Erzieher, in die Handlungsmaßnahmen mit einzubeziehen, diese über die Belange des Kindes zu informieren und gegebenenfalls dafür zu sensibilisieren.²⁷⁵

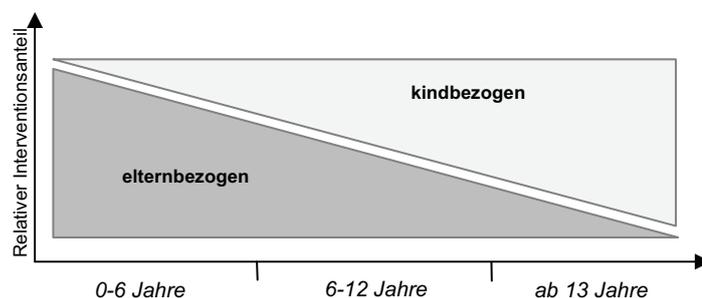


Abbildung 4: Relativer Anteil der kind- und elternbezogenen Interventionen abhängig von Altersstufen²⁷⁶

Im Anschluss werden einige Verfahren bzw. Methoden vorgestellt, die in der Arbeit mit ängstlichen sowie angstgestörten Kindern und deren Eltern eingesetzt werden. Diese können in Beratungsstellen, Tagesgruppen, Schulen oder sonstigen sozialpädagogischen Tätigkeitsfeldern angewandt werden. Neben den hier aufgenommenen Methoden, gibt es zahlreiche weitere Ansätze mit erfolgsversprechenden Inhalten, wie kunst-, musik- oder erlebnisorientierte Verfahren. Diese sollen hier jedoch lediglich benannt werden.

²⁷² Vgl. Specht 2000, S. 114ff

²⁷³ Vgl. ebd., S. 128

²⁷⁴ Vgl. Schneider₂ 2004, S.14f

²⁷⁵ Vgl. Specht 2000, S. 114ff

²⁷⁶ Vgl. Schneider₂ 2004, S. 15

4.1.1 Elternarbeit

Ein Kind braucht kompetente und fürsorgliche Eltern, die sein Vertrauen fördern, Stabilität und emotionale Sicherheit vermitteln und als positives Rollenmodell dienen.²⁷⁷ Der Umgang mit einem Kind verlangt nach Akzeptanz, Wertschätzung und Respekt. Eltern sollten ihrem Kind zuhören, es in seinem Empfinden und Erleben ernst nehmen, ihm hilfreich zur Seite stehen und es ermutigen, neue Erfahrungen zu machen, um neue Kompetenzen zu erwerben.²⁷⁸ Sozialpädagogen versuchen in der Elternarbeit diese Anforderungen und deren Umsetzung zu vermitteln.

Als **Elternarbeit** soll die Arbeit der Sozialpädagogen mit den Eltern des betroffenen Kindes verstanden werden sowie der Anteil, den die Eltern selbst beim eigenen Kind leisten. Sie umfasst vor allem die elterliche **Beratung** in Fragen der **Erziehung** und **Entwicklung** der Kinder sowie diverse **Trainingsprogramme**, die sich direkt an die Eltern richten oder in Ergänzung zu einem kindbezogenen Training angewandt werden.²⁷⁹

Wie im zweiten Kapitel beschrieben, kann Angst und Ängstlichkeit im Kindesalter auf unsicheren und desorganisierten Bindungsstilen beruhen oder das Ergebnis von inkonsistentem, strafendem oder überfürsorglichem Erziehungsverhalten sein. Um dem vorzubeugen oder entgegenzusteuern, werden Hilfemaßnahmen in Form von Beratungsgesprächen, Eltern-Kind-Gruppen oder Trainingsangeboten eingesetzt. In Gesprächen oder im Rollenspiel werden den Eltern Wissen und Fertigkeiten vermittelt, die einen adäquaten Umgang mit dem ängstlichen bzw. angstgestörten Kind unterstützen und zu dessen gesunder Entwicklung beitragen.²⁸⁰ Dadurch erlangen die Eltern mehr Handlungssicherheit und können mit diesem Verhalten als positives Modell fungieren.²⁸¹ Sozialpädagogen klären die Eltern über die kindlichen Bedürfnisse auf und versuchen diese dafür zu sensibilisieren. In diesem Zusammenhang soll das Feingefühlstraining SAFE® genannt werden, dessen Darstellung im Unterpunkt 4.1.5.2 erfolgt. Des Weiteren werden die Eltern in bestimmten Techniken der Lerntheorien (Verstärkung, Bestrafung) geschult, um das kindliche Verhalten durch das Setzen von Konsequenzen zu lenken bzw. ein erwünschtes/unerwünschtes Verhalten aufzubauen/abzubauen. Die Eltern lernen z. B. dem Kind nicht in Angstsituationen die vermehrte Aufmerksamkeit oder übertriebene Fürsorge zu schenken, sondern dieses vielmehr in gut gemeisterten Situationen zu

²⁷⁷ Vgl. Hillenbrand, 1999, S. 184

²⁷⁸ Vgl. Trappmann/Rotthaus 2004, S. 39ff

²⁷⁹ Vgl. Trede 2005, S. 219f

²⁸⁰ Vgl. Beelmann 2007, S. 300ff

²⁸¹ Vgl. Rothgang 2009, S. 168

loben und zu bestärken.²⁸² Für die Verstärkung gewünschter Verhaltensweisen können insbesondere bei kleinen Kindern Token-Systeme verwendet werden. Token sind sekundäre Verstärker in Form von z. B. gezeichneten Smiley-Gesichtern, die mit Erreichen einer vorher vereinbarten Summe gegen einen primären Verstärker (z. B. Süßigkeiten, familiärer Ausflug) eingetauscht werden können. Durch den Einsatz der Token wird die Verstärkung für die Kinder greifbarer gemacht. Die Kinder wissen, dass für ein gewisses erwünschtes Verhalten eine festgelegte Anzahl an Token erhalten wird, die später in eine Belohnung umtauscht kann.²⁸³ Um dem Kind Sicherheit und Stabilität zu geben, braucht es Struktur. Dies können die Eltern erreichen, indem sie Regelmäßigkeiten, feste Zeiten und Rituale schaffen. Das können z. B. feste Eltern-Kind-, Spiel- und Bettzeiten oder gemeinsame Mahlzeiten sein. Eltern können mit dem Kind gemeinsam einen Stundenplan erstellen, damit das Kind genau weiß, wann es welche Aufgaben zu erledigen hat oder wann welche Freizeitvergnügungen anstehen.²⁸⁴ Zur Optimierung der Kommunikationsfähigkeit, werden den Eltern grundlegende Gesprächsführungstechniken vermittelt und gegebenenfalls im Rollenspiel eingeübt. Dabei werden sie auf mögliche Kommunikationsbarrieren (z. B. Ablenken, Vorwürfe) hingewiesen und dazu angehalten, ihrem Kind aktiv zuzuhören und dessen Mitteilungen zu paraphrasieren. Des Weiteren werden die Eltern darin geschult, dem Kind ihre Empfindungen, Meinungen und Reaktionen auf dessen Verhalten, in klarer und verständlicher Weise mitzuteilen. Dabei sind die Eltern aufgefordert, Ich-Botschaften zu verwenden und sachliche sowie direkte Anweisungen zu geben.²⁸⁵

4.1.2 Selbstinstruktions-Training

Wie im ersten Kapitel beschrieben, bedingen sich Emotionen, Kognitionen, Erleben und Verhalten untereinander maßgeblich und stehen in Wechselwirkung. Demnach kann eine Veränderung der Kognitionen eine Veränderung im Empfinden und Handeln verursachen. Diese haben wiederum Einfluss auf die Kognitionen. Angst ist durch zumeist negative Gedankenmuster gekennzeichnet. Mit Hilfe von Selbstinstruktionen können diese durch angepasste und rationale Gedanken ersetzt werden. Unter **Selbstinstruktionen** sind an sich selbst gerichtete, gedachte oder ausgesprochene Anweisungen zu verstehen, durch die **Verhalten** und **Empfinden**

²⁸² Vgl. Saile₁ 2008, S. 685

²⁸³ Vgl. Esseau 2003, S. 216

²⁸⁴ Vgl. Trappmann/Rotthaus 2004, S. 47

²⁸⁵ Vgl. Saile₁ 2008, S. 683f

gezielt **gesteuert** werden können.²⁸⁶ Diese Technik für Kinder wurde von Meichenbaum & Goodman (1971) entwickelt. Zum Aufbau positiver Selbstinstruktionen wird das Kind trainiert, Selbstgespräche zu führen, die dessen Kompetenzen betreffen und Zuversicht vermitteln. Hierbei wird das Kind unterstützt, Verhaltensweisen zu beschreiben, die zur Bewältigung beängstigender Situationen führen. Die Kinder lernen, ihre negativen und angsterzeugenden Gedanken bzw. Selbstgesprächen (z. B. „Ich kann das nicht.“, „Ich werde bestimmt ausgelacht.“) durch positive Selbstinstruktionen (z. B. „Ich werde es versuchen.“, „Ganz ruhig, ich werde es schaffen.“) zu ersetzen.²⁸⁷ Diese können von einem anfänglich lauten Aussprechen in ein leises Denken übergehen.²⁸⁸ Des Weiteren sind Selbstinstruktionen oft ein integrierter Bestandteil von Verhaltensübungen und Entspannungsverfahren.

4.1.3 Spieltherapie

Das Wort Spiel bedeutet unterhaltende Beschäftigung, fröhliche Übung und Kurzweil. Zu spielen unterliegt einem natürlichen Drang des Menschen.²⁸⁹ Spiel motiviert laut Preiser (1980) aus einem inneren Anreiz heraus und kann als Probehandeln verstanden werden. Nach Freud (1920) wiederholt ein Kind all das im Spiel, was im Leben einen starken Eindruck hinterlassen hat. Im Spiel reagiert das Kind diesen Eindruck ab und macht sich zum „[...] Herren der Situation [...]“.²⁹⁰ Erikson (1976) beschreibt Spiel als die beste Selbstheilungsmethode für ein Kind, in dem dieses seine Erfahrungen, Konflikte und Emotionen darstellen und ausdrücken kann.²⁹¹ Für Piaget (1969) ist Spiel die fast reine Assimilation (siehe 2.2.1), durch die das Kind die äußeren Umweltbedingungen seinen Potenzialen und Bedürfnissen anpasst. Dabei geht Sutton-Smith (1978) davon aus, dass ein Kind durch das Spielen Zuversicht in seine Fähigkeiten erlangt und diese auf die Realität überträgt.²⁹²

Die **Spieltherapie** beruht auf einer Reihe bestimmter psychologischer Konzepte. Zu den bekanntesten gehören die psychoanalytische und die non-direktive Spieltherapie. Diese Verfahren können für die sozialpädagogische Praxis adaptiert

²⁸⁶ Vgl. Esseau 2003, S. 216f

²⁸⁷ Vgl. Federer 2004, S. 364

²⁸⁸ Vgl. Myschker 2002, S. 255

²⁸⁹ Vgl. Thiesen 2005, S. 898

²⁹⁰ Myschker 2002, S. 230

²⁹¹ Vgl. Esseau 2003, S. 258f

²⁹² Vgl. Myschker 2002, S. 230f

werden.²⁹³ Spieltherapie nutzt die oben genannten Eigenschaften des Spiels und soll die betroffenen Kinder in der Bewältigung ihrer Ängste und Konflikte unterstützen.²⁹⁴ Hier ist der Sozialpädagoge angehalten, die spielerische Aktivität des Kindes zu fördern.²⁹⁵ Dabei versucht dieser, das Spiel des Kindes und dessen einhergehendes Erleben nachzuvollziehen, um ihm daraufhin vorsichtige Impulse für neue Erfahrungs- oder Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Zur Anwendung kommen Spielzeuge, die für das Kind interessant sind, dessen Phantasie anregen, kommunikativ sind und Informationen hervorrufen bzw. wiedergeben. Dazu zählen z. B. Puppenhäuser mit Familien und Möbeln, Teddys, Puppengeschirr, Stifte und Tierspielfiguren.²⁹⁶

4.1.4 Rollenspiel

Das **Rollenspiel** ist eine Methode zur **Verhaltensänderung**. Dabei ist es im Sinne des sozialen Lernens zum Ausbau und zur Verbesserung des Verhaltensrepertoires förderlich und nützt bei der Darstellung und Bewältigung von Konflikten. Durch die im Spiel gewonnenen Erfahrungen der **Angst-** oder **Konfliktbewältigung** können Minderwertigkeitsgefühle **reduziert** und **Selbstvertrauen** sowie **Selbstwertgefühl gestärkt** werden.²⁹⁷

Die Kulturministerkonferenz (KMK) vom 10.03.2000 hat Rollenspiele als besonders sinnvoll beurteilt und schreibt dazu Folgendes:

„Rollenspiele können bei der Entwicklung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, von Einfühlungsvermögen, von Rollendistanz und Identität, aber auch bei Aufbau von Frustrationstoleranz und Abbau von Vorurteilen hilfreich sein. Sie bieten für die Bewältigung von konkreten Situationen die Möglichkeit des Probehandelns, um in einem geschützten Rahmen unterschiedliche Versuche zur Lösung eines Problems zu machen, alternative Entscheidungen zu überprüfen und schließlich einen Weg für den Umgang mit dem Problem zu finden.“²⁹⁸

Das Rollenspiel findet zumeist in der Gruppe statt, kann aber auch allein mit dem Sozialpädagogen (Trainer) erfolgen. Über einfache Spiele, wie das Erraten von pantomimischen Darstellungen oder gemeinsames spiegelbildliches Agieren, werden die Kinder an die Rollenspiele herangeführt und mit der Gruppe bekannt gemacht.²⁹⁹ Hier kann zum Anfang der Einsatz von Handpuppen förderlich sein. Dieser ist besonders bei ängstlichen bzw. unsicheren und gehemmten Kindern äußerst

²⁹³ Vgl. ebd., S. 223ff

²⁹⁴ Vgl. ebd., S. 228ff

²⁹⁵ Vgl. Esseau 2003, S. 258f

²⁹⁶ Vgl. Mattejat, 2008, S. 418

²⁹⁷ Vgl. Myschker 2002, S. 238f

²⁹⁸ URL₁₂(2010)

²⁹⁹ Vgl. Myschker 2002, S. 238

sinnvoll. „Versteckt“ hinter einer Puppe kann das Kind lernen, frei zu sprechen und seinen Gefühlen und Gedanken Ausdruck zu verleihen.³⁰⁰ Im Rollenspiel erprobt das Kind die Wirklichkeit. Es kann seine aktuellen, zukünftigen oder vergangenen Ängste, sozialen oder konflikthaften Situationen über das Spiel darstellen und bewältigen. Mit der Darstellung des Ereignisses werden im Kind Emotionen aktiviert und deren Bewältigung eingeübt.³⁰¹ In einem geschützten Rahmen hat das Kind die Gelegenheit, neue Verhaltensweisen auszuprobieren und seine alten Verhaltensmuster zugunsten eines **selbstsicheren** Handelns und Erlebens aufzugeben.

Für die Umsetzung bedient sich das Rollenspiel insbesondere dem Prinzip des **Modelllernens**. Als Modelle dienen der Trainer sowie die anderen Teilnehmer, um sich gegenseitig das unerwünschte sowie das erwünschte Verhalten aufzuzeigen. Darüber lernen die Kinder, zwischen sozial unsicheren und sozial kompetenten Verhaltensweisen zu unterscheiden, und entwickeln reale Ansichten über die zu erwartenden Konsequenzen ihres Verhaltens. Dabei belegen Studien insbesondere die Erfolge von gleichaltrigen Modellen.³⁰² Durch die Mitwirkung des Trainers werden dem Kind direkt oder indirekt Verhaltensmöglichkeiten vorgestellt. Der Trainer kann hierbei direkt als Modell auftreten oder tritt hinter das Kind, flüstert ihm die einzelnen Schritte zu und verlässt dabei langsam die Handlung (indirekt).

Der Ablauf eines Rollenspiels gliedert sich in drei Phasen. In der ersten Phase wird das Thema fixiert und die Rollen werden verteilt. Anschließend folgt die Phase des Spiels und abschließend die der Reflexion. Der Schwerpunkt liegt auf der Reflexionsphase. Hier werden der Spielverlauf und dessen Ergebnisse diskutiert. Der Sozialpädagoge bespricht mit den Kindern, deren eingesetzte Verhaltensweisen und Aussagen, die dazugehörigen emotionalen Aspekte und die jeweiligen Schlussfolgerungen.³⁰³

4.1.5 Trainingsprogramme

Trainingsprogramme sind strukturierte und standardisierte, präventive oder behandelnde Maßnahmen, die in der Regel in Kurseinheiten angeboten werden. Den Teilnehmern (Kindern und/oder Eltern) werden theoretische Kenntnisse zu diversen Fertigkeiten vermittelt, welche anschließend unter Anleitung, wie im Rollenspiel,

³⁰⁰ Vgl. URL₁₂ (2010)

³⁰¹ Vgl. Myschker 2002, S. 239

³⁰² Vgl. Specht 2000, S. 123f

³⁰³ Vgl. Myschker 2002, S. 239

eingesüßt werden.³⁰⁴ Dabei kommen lerntheoretische und kognitive Techniken zum Einsatz, die dementsprechend altersspezifisch unterschiedlich konzipiert sind.³⁰⁵ Für die Anleitung eines Trainings bedarf es in der Regel einer Qualifikation durch Weiterbildung.

Es gibt eine Vielzahl von Trainingsprogrammen mit jeweils unterschiedlichen Ansätzen. Elternbezogene Trainings setzen dabei verstärkt auf den Erwerb von Erziehungskompetenzen oder auf die Förderung sicherer Eltern-Kind-Bindungen. Zu den bekannten Elterntrainings gehören neben anderen das „Triple P“ (**P**ositive **P**arenting **P**rogram), „STEP“ (**S**ystematic **T**raining for **E**ffective **P**arenting), „Starke Eltern - Starke Kinder“³⁰⁶ und das „SAFE®-Programm“ (**S**ichere **A**usbildung für **E**ltern).³⁰⁷

Kinderbezogene Trainings hingegen stellen den Erwerb von sozialen Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserfahrungen in den Vordergrund. Dabei werden je nach Entwicklungsstand des Kindes die Eltern mit einbezogen. Als Beispiele sollen das Programm „Fit und stark fürs Leben“ und das „Soziale Kompetenztraining“ genannt werden.

Im Folgenden werden das Soziale Kompetenztraining und das SAFE®-Programm näher erläutert.

4.1.5.1 Soziales Kompetenztraining

Dieses **Trainingsverfahren** ist ein kindbezogenes Training mit elternbezogenen Anteilen. In Einzel- oder Gruppensitzungen werden mittels übenden Verfahrens bestimmte Verhaltensweisen, Problemlöse- und Selbstkontrollfertigkeiten vermittelt, die zum **Erwerb sozialer Kompetenzen** dienen.³⁰⁸ Unter sozialen Kompetenzen werden

„[...]Merkmale und Verhaltensweisen verstanden, die eine Person dazu befähigen, ihre sozialen Interaktionen erfolgreich (kognitiv, emotional und motorisch) und für sich selbst befriedigend zu gestalten und langfristig zu einem günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen.“³⁰⁹

Das sind im Einzelnen Kompetenzen, wie Kontakte knüpfen, anderen gegenüber aufmerksam sein, Recht durchsetzen, Konflikte austragen, Initiative ergreifen, Gefühle zeigen. Zu solchen Verhaltensweisen sind insbesondere sozial ängstliche und

³⁰⁴ Vgl. Beelmann 2007, S. 300

³⁰⁵ Vgl. Linderkamp 2008, S. 626ff

³⁰⁶ Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 78ff

³⁰⁷ Vgl. Hopf 2009, S. 57f

³⁰⁸ Vgl. Linderkamp 2008, S. 626ff

³⁰⁹ Grasmann/Stadler 2009, S. 32

sozialphobische Kinder nicht in der Lage. An diese richtet sich das Training in erster Linie. Durch kombinierte **lerntheoretische** und **kognitive Methoden**, wie **operante Verstärkung**, **Modelllernen** und **Selbstinstruktion**, trainieren die Kinder diverse soziale Fertigkeiten.³¹⁰

Im Gruppentraining lernen die Kinder zunächst, auf Blickkontakt, Körperhaltung, Ton und Lautstärke ihrer Stimme zu achten. Diese werden anschließend in komplexere Verhaltensweisen eingebettet, wie z. B. an jemandem interessiert zu sein oder aufmerksam zuzuhören. Im Aufbau darauf werden Formen von prosozialem Verhalten trainiert, wie jemandem ein Kompliment zu machen, Hilfe anzubieten oder jemanden einzuladen.³¹¹ Im Rollenspiel üben die Kinder nach vorheriger Absprache von Verhaltenszielen, altersangemessene Problem- oder Konfliktsituationen zu bewältigen. Dabei ist das Kind im Sinne eines **Selbstmanagements** aufgerufen, selbst wirksam zu werden. Es soll sich möglichst selbst anleiten und instruieren. Daher wird dem Kind während des Spiels die Gelegenheit gegeben innezuhalten, genau hinzusehen, nachzudenken, mögliche Reaktionen abzuwägen, um dann zu entscheiden und zu handeln. Durch vorher entwickelte oder vom Trainer soufflierte Selbstinstruktionen kann sich das Kind selbst Anweisungen geben und gezielt auf sein Verhalten einwirken.³¹² Ein erfolgreiches Selbstmanagement ist die Voraussetzung für eine langfristige Verhaltensänderung.³¹³ Da das Kind erfährt, wie es durch sein eigenes Handeln die Situation bewältigen konnte, fasst es **Selbstvertrauen** und erhöht seine **Selbstwirksamkeitsüberzeugungen**.³¹⁴ Dabei profitieren die Kinder vom selbst Durchspielen und Erfahren der Situation sowie durch das Beobachten der anderen Akteure. Im Anschluss an die Spielphasen werden die Verhaltensübungen reflektiert, wobei der Trainer die positiven Zielergebnisse durch Lob und anerkennendes Verhalten verstärkt. Am Sitzungsende werden Hausaufgaben vergeben, die die Kinder anhalten, die neu erworbenen Fähigkeiten in Real-situationen zu üben. Dazu erhalten diese anfangs einen „Detektivbogen“, der sie im Aufbau ihrer **Problemlösefähigkeiten** unterstützen soll. In vorgegebenen Schritten wird das Kind durch Fragen vom Problem zur Lösung geführt. Dieser Detektivbogen wird in Tabelle 2 dargestellt.³¹⁵ Mittels diesem wird das Kind unterstützt, Sachverhalte gedanklich zu ordnen bzw. zu verstehen und unter Rückgriff auf verfügba-

³¹⁰ Vgl. Linderkamp 2008, S. 627ff

³¹¹ Vgl. Esseau 2003, S. 236

³¹² Vgl. ebd., S. 236f

³¹³ Vgl. Petermann, F. 2003, S. 65

³¹⁴ Vgl. Klicpera 2009, S. 49f

³¹⁵ Vgl. Linderkamp 2008, S. 625ff

res Wissen, Handlungsstrategien zu entwickeln und Probleme erfolgreich zu lösen.³¹⁶

Schritt 1: Erkennen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Stopp! ○ Was ist das Problem?
Schritt 2: Untersuchen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Entspannen ○ Was könnte ich tun? ○ Was würde dann passieren? ○ Achte auch nicht-hilfreiche Gedanken (für ältere Kinder und Jugendliche)
Schritt 3: Lösen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Einen Plan machen ○ An die sozialen Kompetenzen denken ○ Den Plan ausführen ○ Wie habe ich das gemacht?

Tabelle 2: Das Detektiv-Spiel³¹⁷

Soziales Kompetenztraining im Kindesalter erfordert die aktive Mitarbeit der Eltern (**Elternarbeit**). Zu Trainingsbeginn erstellt der Trainer zusammen mit den Eltern, gegebenenfalls auch mit den Erziehern bzw. Lehrern, eine Verhaltensanalyse. Diese beinhaltet die konkrete Darstellung des Problems des Kindes und umfasst dabei Problemart, -schwere, -dauer, die Beschaffenheit der sozialen Beziehungen des Kindes, die Eltern-Kind-Bindung und das Erziehungsverhalten, aber auch die Stärken des Kindes. Anschließend werden von Trainer, Eltern und Kind die Übungsziele formuliert.³¹⁸ Der Trainer bespricht und vereinbart mit den Eltern Alternativen zu deren bisherigen Handlungs- und Verhaltensweisen. Des Weiteren werden den Eltern Informationen und Instrumente vermittelt, um auf das Verhalten ihres Kindes angemessen einzuwirken, welche in 4.1.1 näher beschrieben sind.³¹⁹

4.1.5.2 SAFE®-Programm

Sicher gebundene Kinder sind insgesamt stabiler, selbstsicherer und handlungskompetenter als Kinder mit unsicheren Bindungsstilen. Das **SAFE®**-Programm (**Sichere Ausbildung für Eltern**) ist ein präventiv eingesetztes **Feinfühligkeitstraining**, das sich an Eltern richtet und entwickelt wurde, um sichere Eltern-Kind-Bindungen zu fördern. Dieses Programm hilft Eltern, die emotionalen Bedürfnisse ihres Kindes besser wahrzunehmen. Dadurch werden diese zu einem feinfühligem Umgang mit dem Kind befähigt, um diesem **emotionale Sicherheit** zu bieten. Ziel-

³¹⁶ Vgl. Fröhlich-Gilhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 53

³¹⁷ Esseau 2003, S. 238

³¹⁸ Vgl. Linderkamp 2008, S. 629f

³¹⁹ Vgl.ebd., S. 632f

gruppe sind Eltern ab dem siebenten Schwangerschaftsmonat bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes, in vereinzelten Fällen auch bis in dessen zweites und drittes Lebensjahr hinein. Die Eltern sollen lernen, die Signale ihrer Kinder zu deuten und adäquat darauf zu reagieren. In Gruppenkursen haben sie die Gelegenheit über ihre Ängste und Phantasien hinsichtlich der Elternschaft zu sprechen. Außerdem werden die Eltern über die emotionale Entwicklung des Säuglings und dessen Bindungs- und Explorationsverhalten informiert. Des Weiteren erhalten sie Hinweise und Anleitungen für den Umgang mit etwaigen Verhaltensauffälligkeiten des Babys (z. B. Schlafstörungen oder Fütterprobleme). Nach der Geburt wird die direkte Kind-Eltern-Interaktion beobachtet und ausgewertet. Dabei wird die Rückmeldung und Reflexion vereinzelt durch Videoaufnahmen unterstützt. Für akute Fälle steht den Eltern außerdem eine Hotline zur Verfügung, unter der bei Schwierigkeiten außerhalb der Gruppenkurse (z. B. bei einem Schreikrampf des Säuglings) Beratung und Unterstützung angeboten werden.³²⁰

4.1.6 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren sind **übende** Verfahren, die der **Verringerung körperlicher** und **geistiger Anspannung** dienen. Techniken dieser Art haben sich als sinnvolle Methoden im Rahmen von Prävention und Behandlung bei Angst im Kindesalter erwiesen.³²¹ Dabei fördern sie auch die **Selbstregulationsfähigkeit** (siehe Kapitel 3.1) der Kinder.³²² Zu den bekanntesten Entspannungstechniken zählen Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, Imagination, Biofeedback und Meditation.³²³ Aufgrund des kognitiven Entwicklungsstandes wird bei Kindern insbesondere das imaginative Verfahren, in Form von Phantasiereisen, eingesetzt. Hier sollen exemplarisch die Kapitän-Nemo-Geschichten genannt werden, deren nähere Darstellung im Unterpunkt 4.1.6.1 erfolgt. Ebenfalls häufig angewandt wird das Verfahren der Progressiven Muskelrelaxation, welches im Unterpunkt 4.1.6.2 näher beschrieben wird.

Insgesamt vermögen Entspannungstechniken das körperliche Anspannungsniveau zu reduzieren und können durch kombinierte Verfahren einen positiven Einfluss auf das ängstlich gehemmte Verhalten ausüben.³²⁴ In Anbetracht einer Verhal-

³²⁰ Vgl. URL₁₃ (2010)

³²¹ Vgl. Petermann, U. 2007, S. 274ff

³²² Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 45

³²³ Vgl. Petermann/Vaitl 2004, S. 6

³²⁴ Vgl. Petermann, U. 2004, S. 355f

tensänderung ist besonders auf eine zusätzliche Interventionsmaßnahme zu verweisen, da Entspannungsverfahren symptomunspezifisch wirken und kein Problemverhalten lösen.³²⁵ In dem Zusammenhang werden Entspannungsübungen häufig als Einführungsrituale von Therapiesitzungen oder Trainingseinheiten verwandt, da sie ebenfalls eine positive Wirkung auf die Konzentrationsleistung haben.³²⁶

Entspannungsverfahren werden über die Mechanismen der verringerten Aktivität des autonomen Nervensystems, des subjektiven Erlebens und der erlernte Kontrolle über Körpervorgänge wirksam. Durch die bei Angst automatisch ausgelöste Aktivierung des autonomen Nervensystems und seinen Auswirkungen empfinden die Betroffenen oft ein Gefühl der Anspannung und der inneren Unruhe. Bei der Entspannung wird dieses System „umgeschaltet“, die Aktivität des autonomen Nervensystems wird verringert und hat die gegenteilige Wirkung zur Folge. Der Zustand der Entspannung ist der Gegenpol zu der bei der Angst erlebten Anspannung und wird von den meisten Menschen als angenehm empfunden. Dabei erlebt sich eine entspannte Person als innerlich ausgeglichen, geistig frisch und ausgeruht.

Durch gezieltes Üben lassen sich die Entspannungszustände stetig schneller herbeiführen. Dieser Wirkung liegt das Prinzip der klassischen Konditionierung zu Grunde. Unbedingte Auslöser, wie eine entspannte Körperhaltung, ein Bild oder eine Selbstinstruktion, erwirken eine Entspannungsreaktion. Durch häufiges Wiederholen des Entspannungsverfahrens werden die entsprechenden Auslöser zu einem bedingten Reiz und führen eine Entspannungsreaktion herbei. Durch den regelmäßigen Einsatz der Entspannungstechnik lassen sich positive Auswirkungen auf der emotionalen, kognitiven und behavioralen Ebene verzeichnen. Im emotionalen Bereich lassen sich eine Abnahme der allgemeinen Ängstlichkeit und eine Dämpfung starker Angstzustände feststellen. Die kognitive Leistungsfähigkeit, wie beispielsweise Konzentration, nimmt zu, wodurch auch im schulischen Bereich Leistungssteigerungen zu erwarten sind.

Durch den Gebrauch von Entspannungstechniken lernt das Kind, dass körperliche Reaktionen nicht zwangsläufig automatisch ablaufen müssen, sondern durch kognitive Prozesse beeinflusst werden können. Dadurch macht das Kind positive **Selbstwirksamkeitserfahrungen** und gewinnt **Selbstsicherheit** und **Selbstvertrauen**.³²⁷

³²⁵ Vgl. Petermann, U. 2007, S. 275

³²⁶ Vgl. Petermann, F. 2003, S. 65

³²⁷ Vgl. Saile 2008, S. 738ff

Wer Entspannungsverfahren anleitet, sollte über ausreichende Fachkompetenzen, wie Kenntnisse über medizinische, psychophysiologische Zusammenhänge und Kontraindikationen verfügen.³²⁸ Beispielsweise können Entspannungsverfahren bei ängstlichen und angstgestörten Kindern, die gegebenenfalls eine hyperkinetische Störung aufweisen, unerwünschte Reaktionen in Form von paradoxen Effekten hervorrufen. So reagieren diese Kinder mit erhöhter motorischer Unruhe, statt mit Erregungsabbau.³²⁹

4.1.6.1 Imagination

Imaginationen sind **bildtragende** Entspannungsverfahren, die das allgemeine Anspannungsniveau von ängstlichen oder angstgestörten Kindern durch den Einsatz von Bildern, mitunter durch Zuhilfenahme vorgegebener Assoziationen, reduzieren.³³⁰ Diese Verfahren werden in Form von **Phantasiereisen** als Geschichten vorgetragen. Dabei wird möglichst auf eine alters- und entwicklungsgemäße Vortragsweise geachtet.³³¹ Durch die Verknüpfung mit **kognitiven** Strategien, wie der **Selbstinstruktion**, kann die Aufmerksamkeit von der Angst weg auf eine positive Körperreaktion oder Imagination gerichtet werden. Wird das Kind selbst in den Handlungsrahmen der Imagination mit aufgenommen, können über das Visualisieren von alternativen Lösungsmöglichkeiten positive Effekte für Probleme in Realsituationen übernommen werden.³³² Beispielhaft für eine Imagination werden die Kapitän-Nemo-Geschichten im Folgenden vorgestellt.

Bei den **Kapitän-Nemo-Geschichten** handelt es sich um eine Phantasiereise, bestehend aus 14 Geschichten. Jede dieser enthält ein immer gleichbleibendes Einstiegsbild und verschiedene Erlebnisbilder. Das Einstiegsbild wird erfüllt vom Anziehen eines Taucheranzugs, in Vorbereitung auf einen Ausflug in die Unterwasserwelt des Kapitän Nemo. Mit fortschreitender Einhüllung der Körperteile in den Taucheranzug wird das Kind zunehmend ruhiger. Dabei wirken die Bilder entspannungsvertiefend, wenn sie durch ein positives Attribut ergänzt werden, wie z. B. der „schützende“ Taucheranzug oder das „warme“ Wasser. Die Imagination wird durch die Einführung von Erlebnisbildern fortgesetzt, die unterschiedliche Themen aufgreifen. So muss das Kind zum Beispiel eine Unterwasserherde von Delphinen

³²⁸ Vgl. Petermann/Vaitl 2004, S. 13f

³²⁹ Vgl. Petermann, U. 2007, S. 282

³³⁰ Vgl. Petermann, U. 2004, S. 356

³³¹ Vgl. Specht 2000, S. 104

³³² Vgl. Petermann, U. 2004, S. 356

beobachten, ein Piratenschiff oder die Unterwasserstadt Atlantis erobern. Bei Phantasiereisen sind Leitfiguren hilfreich, die das Kind auf seiner Reise unterstützen und ihm Sicherheit vermitteln. In diesen Geschichten steht Kapitän Nemo dem Kind hilfreich zur Seite. Dabei dient sein Leitspruch „Nur ruhig Blut, dann geht alles gut!“ als integrierte Selbstinstruktion, die das Kind sicher auf eine weitere Reise schickt und auch im Alltag angewendet werden kann.³³³

4.1.6.2 Progressive Muskelrelaxation

Über das Verfahren der **Progressiven Muskelrelaxation** wird die Wahrnehmung des Kindes für unterschiedliche Körperzustände geschult. Dies geschieht über das An- und Entspannen diverser Muskelgruppen und führt durch eine stetige Wiederholung dazu, gezielt einen Entspannungszustand herstellen zu können.³³⁴ Die Übungen finden zumeist im Gruppentraining statt. Diese werden durch systematisches Fortschreiten durch den Körper vorgenommen. Dabei wird das Kind instruiert, einzelne Muskelpartien anzuspannen, wieder loszulassen und diesem Zustand nachzuspüren. Bei den Instruktionen ist auf eine kindgerechte bzw. altersgemäße Formulierung zu achten. Dies geschieht meist unter Zuhilfenahme von Assoziationen. Beispielsweise könnte eine Anweisung lauten: „Spanne den Oberarm und den Unterarm an und drücke die Faust ganz fest zusammen. Dabei stelle dir vor, du drückst einen nassen Schwamm aus.“³³⁵ Durch das Nachspüren einer Anspannungs-/ Entspannungsfolge verschärft sich die Wahrnehmung für entsprechende Körperzustände. Dieses Gespür erleichtert dem Kind in Alltagssituationen, gezielt auf Anspannungszustände einzuwirken und diese zu regulieren.³³⁶ Im Anschluss an das Verfahren bietet ein Einzel- oder Gruppengespräch die Gelegenheit, über persönliche Empfindungen und Wirkungen zu berichten bzw. sich darüber auszutauschen.³³⁷

³³³ Vgl. Petermann, U. 2007, S. 279

³³⁴ Vgl. Saile 2008, S. 738

³³⁵ Vgl. Petermann, U. 2007, S. 280

³³⁶ Vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2009, S. 45

³³⁷ Vgl. Saile 2008, S. 744

5. Zusammenfassung

Gegenstand der vorliegenden Diplomarbeit war die Angst im Kindesalter. Um Sozialpädagogen diese Thematik näher zu bringen, wurden Ursachen und Erklärungen zur Entstehung von Angst und Angststörungen dargelegt. Des Weiteren wurden sozialpädagogische Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, durch welche es Sozialpädagogen gelingen kann, ängstlichen und angstgestörten Kindern zu einem gesunden Selbstvertrauen und damit zu einer gesunden und optimalen Entwicklung zu verhelfen.

Dafür wurden im ersten Kapitel zunächst die Konstrukte Emotion und Angst definiert und erläutert. Dabei wurde deutlich, dass sich Emotionen und menschliches Denken, Fühlen und Handeln gegenseitig bedingen und beeinflussen. Angst ist in erster Linie eine notwendige Emotion mit Warn- und Schutzfunktion und aktiviert im Organismus nötige Energien, um einer lebensbedrohlichen Situation schnellstmöglich zu entkommen. Doch nicht jede Angst steht mit realen Gefahren für Leib und Leben im Zusammenhang. Menschen fürchten sich ebenso vor zwischenmenschlichen Trennungen oder davor, abgelehnt zu werden. Ist die Angst nicht mehr funktional und schränkt das Individuum in seinem Lebensalltag ein, hat sie pathologische Wege eingeschlagen und es wird von einer Angststörung gesprochen.

Das zweite Kapitel stellte mögliche Erklärungsansätze zur Angstentstehung heraus. Dabei fiel auf, dass Angst häufig mit einem verminderten Vertrauen, in sich und in die Umwelt, einhergeht. Hierbei wurde deutlich, welchen immensen Einfluss die Eltern auf die Angstentwicklung eines Kindes haben.

Die Erklärungsansätze bezogen sich, neben gesellschaftlichen und pädagogischen Betrachtungsweisen, vorrangig auf psychologische Begründungen. Demnach können gesellschaftliche Anforderungen, unsichere Lebensbedingungen und schwierige Familienverhältnisse Ängste beim Menschen hervorrufen. Auch das elterliche Erziehungsverhalten kann verstärkend auf die Angstentwicklung eines Kindes wirken. So nehmen beispielsweise überaus fürsorgliche Eltern dem Kind die Möglichkeit, eigene Erfahrungen zu machen und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln. Aus diesem Sachverhalt wird auch die Ängstlichkeit als eine erworbene Verhaltensdisposition geschlussfolgert. Die psychoanalytischen Ansätze berufen sich auf frühkindliche Erlebnisse und Erfahrungen. Freud beschreibt Angst als sekundären Affekt auf einen reaktivierten primären Angstaffekt. Erikson führt

Angst und Unsicherheiten auf ein nicht entwickeltes Urvertrauen beim Kind zurück, welches auf einer inadäquaten und inkonsistenten Fürsorge basiert. Die Bindungsforschung erklärt Angst zum Resultat verinnerlichter Auffassungen auf der Basis von unsicheren und desorganisierten Bindungsstilen. Nach lerntheoretischer Meinung ist Angst das Ergebnis erlernter Verhaltensmuster. Sei es durch häufige oder intensive Koppelung mit angstausslösenden Stimuli, durch verstärkende Prozesse oder über beobachtetes und imitiertes Verhalten am Modell. Die kognitiven Ansätze betonen, dass Angst das Ergebnis von Bewertungsprozessen ist. Bewertet ein Individuum eine Situation für sich als negativ oder nicht bewältigbar, bzw. ist nicht von seiner Selbstwirksamkeit überzeugt, kann dies Angst auslösen. Außerdem erhöhen Lebensereignisse, wie Geburt, Schuleintritt oder Tod eines geliebten Menschen, die Wahrscheinlichkeit in Angst zu geraten.

Im dritten Kapitel wurden entwicklungstypische Kinderängste und Ängstlichkeit beschrieben und von möglichen Angststörungen abgegrenzt. Dabei sind diese in Abhängigkeit zum kognitiven, motorischen und sozialen Entwicklungsstand eines Kindes zu betrachten. Zwei spezielle Angststörungen, die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters und die Sozialphobie, wurden hervorgehoben. Anhand beider wurden die Entwicklungsbeschränkungen für angstgestörte Kinder deutlich. Hierbei wurde erneut ersichtlich, dass ängstliche und angstgestörte Kinder über wenig Selbstvertrauen verfügen. Die sich dadurch ergebenden Einschränkungen wirken sich hemmend auf den Entwicklungsverlauf eines Kindes aus und verwehren ihm positive Erfahrungen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Des Weiteren prädestiniert Ängstlichkeit für eine Angststörung. Nicht rechtzeitig erkannten Angststörungen hingegen droht eine Verfestigung bzw. Chronifizierung im Erwachsenenalter, welche mit weiteren Problemen verbunden ist. Darum gilt es, rechtzeitig auf ängstliche und angstgestörte Kinder aufmerksam zu werden und effektive Maßnahmen einzusetzen, um diese Folgen zu verhindern bzw. vorzubeugen.

Das vierte Kapitel widmete sich diesen Maßnahmen, wobei der Fokus auf den sozialpädagogischen Handlungsmöglichkeiten lag. In diesem Zusammenhang besticht Sozialpädagogik durch Interdisziplinarität und Niedrigschwelligkeit. Bei bereits festgesetzten Angststörungen empfiehlt sich an erster Stelle der Einsatz einer Psychotherapie durch einen approbierten Psychotherapeuten, welche jedoch durch Sozialpädagogen ergänzt werden kann. Sozialpädagogen bedienen vorrangig den präventiven Bereich bei Angst im Kindesalter. Da Ängstlichkeit und Angststörungen als leise bzw. unauffällige Erscheinungen auftreten, ergibt sich für Sozialpädagogen eine gewichtige Rolle in der Erkennung und Früherfassung dieser.

Dies kann gewährleistet werden, denn Sozialpädagogen erfüllen in vielen Praxisfeldern eine hinreichende Nähe zu Kindern. Mit diesem Hintergrund, der nötigen Aufmerksamkeit und dem entsprechenden Wissen über Kriterien und Auffälligkeiten zu Angst im Kindesalter, kann eine frühzeitige Erkennung gesichert werden.

Da ängstliche und angstgestörte Kinder häufig über ein vermindertes Selbstvertrauen und eine damit verbundene geringe Selbstsicherheit verfügen, empfiehlt es sich in der sozialpädagogischen Praxis, auf eine Stärkung derselben hinzuwirken. Unterstützend wirken hierbei der Ausbau von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, Selbstregulationsfähigkeiten und Handlungskompetenzen. Zur Erreichung dieser Ziele haben sich besonders verhaltensbezogene Techniken als effektiv erwiesen. So kann das Kind beispielsweise durch bzw. im Rollenspiel alternative und angemessene Verhaltensweisen ausprobieren. Durch die positiven Wirksamkeitserfahrungen im Spiel, wächst die kindliche Handlungssicherheit und weitet sich auf den Alltag aus. Förderlich ist außerdem der Einsatz von Entspannungsverfahren. Auch hier macht das Kind die Erfahrung, einen selbstregulierenden und selbstwirksamen Einfluss auf sein Erleben, Denken, Handeln und somit auch auf die Emotion Angst ausüben zu können.

Da die Eltern, wie bereits im zweiten Kapitel ersichtlich wurde, einen beachtlichen Einfluss auf die Angstentwicklung eines Kindes haben, ist eine Arbeit mit den Eltern unabdingbar. Im Rahmen der Elternarbeit unterstützen und beraten Sozialpädagogen die Eltern in Erziehungs- und Entwicklungsfragen hinsichtlich des Kindes. Dabei bieten Sozialpädagogen hinreichende Informationsvermittlung und Trainingsangebote zur Schulung der Erziehungskompetenzen und der elterlichen Feinfühligkeit, um einen angemessenen Umgang mit dem Kind zu fördern und dessen emotionale Sicherheit zu gewähren.

Die sozialpädagogischen Handlungsmöglichkeiten bei Angst im Kindesalter betreffen demnach ein reichhaltiges Spektrum. Als essenziell soll jedoch abschließend noch einmal die Möglichkeit und Chance der Sozialpädagogen, Angst im Kindesalter frühzeitig zu erkennen, hervorgehoben werden. Dadurch lässt sich viel Leidensdruck verhindern und ängstliche und angstgestörte Kinder haben frühzeitig die Aussicht auf eine optimale persönliche Entfaltung. Deshalb wird an dieser Stelle an eine diesbezügliche Wachsamkeit von Sozialpädagogen appelliert. Neben dieser sollten Sozialpädagogen, vor allem Kenntnisse über spezifische Kriterien und die Gewichtung übermäßiger Angst im Kindesalter verfügen. Dieses Wissen sollte Inhalt des Studiums sein und wird hier empfohlen. Diese Empfehlung gilt außerdem

für die Ausbildung verwandter Berufsgruppen, wie Lehrer oder Erzieher, da diese im unmittelbaren Kontakt mit einer breiten Masse an Kindern stehen.

Abschließend kann geschlussfolgert werden, dass Sozialpädagogen mit einer entsprechenden Aufmerksamkeit gegenüber Angst im Kindesalter und in Anwendung entsprechender Kenntnisse und Methoden, gezielt dazu beitragen können, dass ängstliche und angstgestörte Kinder ein gesundes Selbstvertrauen entwickeln und zu selbstsicheren jungen Menschen bzw. Erwachsenen heranreifen.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klassische Konditionierung am Beispiel „kleiner Albert“	25
Abbildung 2: Diagnosekriterien für die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters.....	43
Abbildung 3: Diagnosekriterien der Sozialen Phobie.....	48
Abbildung 4: Relativer Anteil der kind- und elternbezogenen Interventionen abhängig von Altersstufen.....	53
Tabelle 1: Entwicklungsängste in Abhängigkeit vom Lebensjahr	37
Tabelle 2: Das Detektiv-Spiel	61

Quellenverzeichnis

- Adam-Lauer, G. (2005).** Psychotherapie. In D. Kreft, I. Mielenz (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (S. 681-684). Weinheim, München: Juventa.
- Bauer, A. (2002).** Die Angst überwinden und stark sein: Märchen zum Gelingen des Lebens. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus GmbH.
- Beelmann, A. (2007).** Elternberatung und Elterntraining. In F. Linderkamp, & M. Grünke (Hrsg.), Lern- und Verhaltensstörungen: Genese-Diagnostik-Intervention (S. 298-311). Weinheim, Basel: Beltz.
- Berk, L. E. (2005).** Entwicklungspsychologie. Pearson Studium: München.
- Beushausen, U. (2009).** Sprechangst: Ein Ratgeber für Betroffene, Therapeuten und Angehörige pädagogischer Berufe. (C. Iven, Hrsg.) Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Bieg, S. (2003).** Emotionale Sensitivität für Grundschüler: Entwicklung und Evaluation eines Trainings. Marburg: Tectum Verlag.
- Breuer, H., Weuffen, M. (1988).** Besondere Entwicklungsauffälligkeiten bei Fünf- bis Achtjährigen. Berlin: Volk und Wissen.
- Ciampi, L. (1997).** Die emotionalen Grundlagen des Denkens: Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- du Bois, R. (1998).** Kinderängste: Erkennen-verstehen-helfen. München: Beck.
- Elhardt, S. (2001).** Tiefenpsychologie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Esseau, C. A. (2003).** Angst bei Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt.
- Esseau, C. A., Conradt, J., Reiss, B. (2004).** Klassifikation, Epidemiologie und diagnostische Vorgehen. In S. Schneider, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung (S. 79-104). Berlin u.a.: Springer.
- Faust, V. (2000).** Seelische Störungen heute. München: Beck.

- Federer, M. (2004).** Prüfungsangst. In S. Schneider, *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung* (S. 345-372). Berlin u.a.: Springer.
- Flemming v., H. (2005).** Angst. In D. Kreft, I. Mielenz (Hrsg.), *Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (S. 72-73) Weinheim, München: Juventa
- Frenzel, A. C., Götz, T., Pekrun, R. (2009).** Emotionen. In E. Wild, & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (S. 205-231). Heidelberg: Springer.
- Fröhlich-Gilhoff/Rönnau-Böse (2009).** Resilienz. München, Basel: Reinhardt
- Galliker, M. (2009).** *Psychologie der Gefühle und Bedürfnisse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gerrig, R. J., Zimbardo, P. G. (2008).** *Psychologie*. München: Pearson Studium.
- Grasmann, D., Stadler, C. (2009).** *Verhaltenstherapeutisches Intensivtraining zur Reduktion von Aggression: Multimodales Programm für Kinder, Jugendliche und Eltern*. Wien, New York: Springer.
- Gröning, K. (2006).** *Pädagogische Beratung: Konzepte und Positionen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haselmann, S. (2008).** *Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie - Systemisch oder Subjektorientiert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Haug-Schnabel, G., Bensel, J. (2009).** *Grundlagen der Entwicklungspsychologie: Die ersten 10 Lebensjahre*. Freiburg: Herder.
- Hautzinger, M. (2007).** *Verhaltenstherapie und kognitive Therapie*. In C. Reimer u. a. (Hrsg.), *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer.
- Heckhausen, J., Heckhausen, H. (2006).** *Motivation und Handeln*. Heidelberg: Springer.
- Hillenbrand, C. (1999).** *Einführung in die Verhaltensgestörtenpädagogik*. München: Reinhardt.

- Hinz, A. (2008).** Beratung im Kontext von Interventionsformen. In A. Rausch, A. Hinz, & R. F. Wagner (Hrsg.), Modul Beratungspsychologie (S. 87-118). Stuttgart, Regensburg: Klinkhardt.
- Hopf, H. (2009).** Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Hoyer, J., Helbig, S., Margraf, J. (2005).** Diagnostik der Angststörungen. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Hülshoff, T. (2001).** Emotionen. München: Reinhardt.
- Jacobi, F., Schneider, S. (2000).** Die Angst vor der Angst. In S. Barnow u. a. (Hrsg.), Von Angst bis Zwang: ein ABC der psychischen Störungen (S. 97-121). Bern: Huber.
- Klein, M. (2008).** Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer
- Klicpera, C. (2009).** Einführung in die Psychopathologie. Wien: Facultas.
- Klicpera, C. (2007).** Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Wien: Facultas.
- Krohne, H. W. (1996).** Angst und Angstbewältigung. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- Krohne, W., Hock, M. (1994).** Elterliche Erziehung und Angstentwicklung des Kindes. Bern u.a.: Hans Huber.
- Langs, G., Zapotoczky, H. G. (1995).** Neuere Entwicklung der Terminologie bei Angsterkrankungen. In S. Kasper, & H.-J. Möller (Hrsg.), Angst- und Panikerkrankungen (S. 1-38). Jena: Fischer.
- Lazarus-Mainka, G., Siebeneick, S. (1997).** Ängstlichkeit als Selbstkonzept. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Liebowitz, M. R., Wittchen, H.-U. (1998).** Angst und Angststörungen. In H.-U. Wittchen u. a. (Hrsg.), Handbuch Psychische Störungen (S. 99-117). Weinheim: Beltz.
- Linderkamp, F. (2008).** Soziale Kompetenzen. In G. W. u. a. (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (S. 625-634). Weinheim, Basel: Beltz.

- List, E. (2009).** Psychoanalyse. Wien: Facultas.
- Mattejat, F. (2008).** Entwicklungsorientierte Psychotherapie. In H.-D. u. a. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie: biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen (S. 408-449). Stuttgart: Schattauer.
- Mayring, P. (2003).** Klassifikation und Beschreibung einzelner Emotionen. In D. Ulich, P. Mayring (Hrsg.), Psychologie der Emotionen (S. 144-190). Stuttgart: Kohlhammer.
- Melfsen, S., Warnke, A. (2004).** Soziale Phobie. In S. Schneider, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung (S. 165-196). Berlin u.a.: Springer.
- Merten, J. (2003).** Einführung in die Emotionspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Miller, P. H. (1993).** Theorien der Entwicklungspsychologie. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum.
- Myschker, N. (2002).** Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nissen, G. (1993).** Emotionale Störungen mit vorwiegend psychosomatischer Symptomatik. In C. Eggers (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie (S. 156-164). Berlin u.a.: Springer.
- Nissen, G. (2002).** Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nolting, H. P., Paulus, P. (2004).** Pädagogische Psychologie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Nußbeck, S. (2006).** Einführung in die Beratungspsychologie. München: Reinhardt.
- Oerter, R., Montada, L. (2008).** Entwicklungspsychologie. Weinheim u. Basel: Beltz.
- Otto, J. H., Euler, H. A., Mandl, H. (2000).** Begriffsbestimmungen. In Emotionspsychologie: Ein Handbuch (S. 11-18). Weinheim: Beltz.
- Paul, A. (2004).** Wer hat Angst vorm bösen Wolf. In S. Schneider, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung (S. 41-54). Berlin u.a.: Springer.

- Petermann, F. (2003).** Kinderverhaltenstherapie. Stuttgart: Schneider
- Petermann, F., Kusch, M., Niebank, K. (1998).** Entwicklungspsychopathologie. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Petermann, U. (2006).** Training mit sozial unsicheren Kindern. Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Vaitl, D. (2004).** Entspannungsverfahren – Eine Einführung. In D. Vaitl, & F. Petermann (Hrsg.), Entspannungsverfahren: Das Praxishandbuch (S. 1-33). Weinheim, Basel: Beltz.
- Petermann, U. (2004).** Angststörungen. In D. Vaitl, & F. Petermann (Hrsg.), Entspannungsverfahren: Das Praxishandbuch (S. 352-362). Weinheim, Basel: Beltz.
- Petermann, U. (2007).** Entspannungsverfahren. In F. Linderkamp, & M. Grünke (Hrsg.), Lern- und Verhaltensstörungen: Genese-Diagnostik-Intervention (S. 274-284). Weinheim, Basel: Beltz.
- Pilz, E. (2000).** Das Enge in mir, ist das Schlimmste. In G. Mackenthun (Hrsg.), Verständnis und Mitgefühl (S. 189-204). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Piontek, R. (2002).** Wegbegleiter Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Popp, C. (2006).** Schulverweigerung aus Sicht unterschiedlicher Professionen. In C. Genter, & M. Mertens (Hrsg.), Null Bock auf Schule? Schulmündigkeit und Schulverweigerung aus Sicht der Wissenschaft und Praxis (S. 163-188). Münster: Waxmann.
- Rachman, S. (2000).** Angst: Diagnose, Klassifikation und Therapie. Bern: Verlag Hans Huber.
- Remschmidt, H. (2000).** Angstsyndrome und emotionale Störungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung (207-221). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Remschmidt, H. (2008).** Angststörungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung (S. 230-247). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Rothgang, G.-W. (2009).** Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

- Saile, H. (2008).** Entspannungstraining. In G. W. Lauth u. a. (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (S. 737-745). Weinheim Basel: Beltz
- Saile₁, H. (2008).** Familieninteraktion und –kommunikation. In G. W. Lauth u. a. (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (S. 682-689). Weinheim Basel: Beltz
- Scheidt, C. E., Waller, E. (2002).** Bindungsforschung und Psychosomatik. In B. Strauß, A. Buchheim, H. Kächele (Hrsg.), Klinische Bindungsforschung: Theorien-Methoden-Ergebnisse (S. 242-254). Stuttgart: Schattauer
- Schellhas, B. (1993).** Die Entwicklung der Ängstlichkeit in Kindheit und Jugend. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Schneider₁, S. (2004).** Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider₂, S. (2004).** Entwicklungspathologische Grundlagen. In S. Schneider, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung (S. 3-16). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider₃, S. (2004).** Spezifische Phobien. In S. Schneider, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung (S. 133-164). Berlin u.a.: Springer.
- Schneider, S. (2008).** Systematische Desensibilisierung und Reizkonfrontation. In G. W. Lauth u. a. (Hrsg.), Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen (S. 746-756). Weinheim, Basel: Beltz.
- Schneider, S., In-Albon, T. (2004).** Störung mit Trennungsangst. In S. Schneider, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung (S. 105-132). Berlin u.a.: Springer.
- Siegler, R., DeLoache, J., Eisenberg, N. (2005).** Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (S. Pauen, Hrsg.) München: Elsevier GmbH.
- Sörensen, M. (1994).** Einführung in die Angstpsychologie. Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Specht, M. K. (2000).** Angststörungen im Kindesalter. Aachen: Shaker Verlag.

Steinhausen, H.-C. (2004). Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stöber, J., Schwarzer, R. (2000). Angst. In J. H. Otto, H. A. Euler, & H. Mandl (Hrsg.), Emotionspsychologie: Ein Handbuch (S. 189-198). Weinheim: Beltz.

Thiesen, P. (2005). Spielen. In D. Kreft, I. Mielenz (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (S. 898-901). Weinheim, München: Juventa.

Trappmann, H., Rotthaus, W. (2004). Auffälliges Verhalten im Kindesalter. Dortmund: modernes lernen

Trede, W. (2005). Elternarbeit. In D. Kreft, I. Mielenz (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik (S. 218-220). Weinheim, München: Juventa.

Tress, W., Scheibe, G., Reister, G. (1995). Psychoanalytische Modellvorstellungen zur Ätiologie von Angstkrankheiten. In S. Kasper, & H.-J. Möller (Hrsg.), Angst- und Panikerkrankungen (S. 366-382). Jena; Stuttgart: G. Fischer.

Tyson, P., Tyson, R. L. (2009). Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Ulich, D. (2003). Gegenstandsbestimmung und Fragestellungen der Emotionspsychologie. In D. Ulich, P. Mayring (Hrsg.), Psychologie der Emotionen (S. 45-83). Stuttgart: Kohlhammer.

URL₁ <http://aes.cs.tu-berlin.de/voelz/PDF/Emotion.pdf> [Stand: 29.12.2009]

URL₂ <http://www.psychology48.com/deu/d/operator/operator.htm>
[Stand: 03.01.2010]

URL₃ <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1226.html> [Stand: 14.12.2009]

URL₄ http://www.lch.ch/dms-static/b5d23d53-43dd-452a-b61d-100852cea9c2/aktuell_21_22.pdf [Stand: 04.01.2010]

URL₅ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>
[Stand: 18.12.2009]

URL₆ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>
[Stand: 18.12.2009]

URL₇ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/alt/index.htm> [18.12.2009]

URL₈ <http://www.sozphobie.de/hallo.sp?x=d5> [Stand: 25.12.2009]

URL₉ http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/__35a.html [Stand: 14.01.2010]

URL₁₀ http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/ [Stand: 12.01.2010]

URL₁₁ http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/__1.html [Stand: 12.01.2010]

URL₁₂ http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2000/2000_03_10-FS-Emotionale-soziale-Entw.pdf [Stand: 08.01.2010]

URL₁₃ http://www.safe-programm.de/de/safe_trainingsprogramm/weiterfuehrende_informationen.php [Stand: 24.01.2010]

Ziegenhain, U. u. a. (2006). Entwicklungspsycho-logische Beratung für junge Eltern. Weinheim; München: Juventa Verlag.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Daniela Förster