

Federer, Matthias / Herrle, Johannes / Margraf, Jürgen und Schneider, Silvia

Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 2, S. 83-96

urn:nbn:de:bsz-psydok-42088

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories)	285
Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce)	275
Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents)	109
Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools)	779
Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals)	210

Originalarbeiten / Original Articles

Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth)	385
Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism)	97
Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families)	399
Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory)	677
Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds)	83
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help)	641
Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children)	177

Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study)	765
Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry)	656
Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas)	251
Schwarck, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders)	340
Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157	
Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions)	329
Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents)	419
Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients)	200
Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hemmch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up)	315

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts)	261
Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy)	596
Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ (“Reading a baby” – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies)	537

Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life)	477
Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families)	563
Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment)	511
Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy)	580
Hundsalsz, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century)	747
Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?)	36
Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention)	16
Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry) . .	489
Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction)	550
Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children)	3
Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy) . .	611
Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)	737
Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model)	351
Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion)	689
Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview)	728
Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy)	497
Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling)	435

Diskussion / Discussion

Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots?	127
Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt	707
Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell	704

Werkstattberichte / Brief Reports

Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin)	53
--	----

Buchbesprechungen

Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (C. von Bülow-Faerber)	235
Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (L. Unzner) ..	529
Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (A. Korittko)	523
Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (D. Gröschke)	300
Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (D. Gröschke)	371
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (M. Hirsch)	73
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (M. Hirsch)	145
Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (K. Sarimski)	306
Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (U. Preuss)	375
Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (J. M. Fegert)	373
Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (K. Sarimski)	232
Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (C. von Bülow-Faerber)	304
Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (C. Brückner)	301
Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (D. Gröschke)	791
Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (D. Irblich)	237
Hundsatz, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (F. Fippinger)	140
Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (D. Gröschke)	528
Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (P. Hummel)	632
Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (M. Mickley) ..	716

Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (<i>D. Gröschke</i>)	465
Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt (<i>H. Heil</i>)	527
Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (<i>P. Hummel</i>)	630
Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik (<i>K.-H. Arnold</i>)	239
Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie (<i>L. Unzner</i>)	713
Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	144
Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (<i>L. Unzner</i>)	463
Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) (<i>C. Brückner</i>)	461
Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (<i>D. Gröschke</i>)	629
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>H. Mackenberg</i>)	377
Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch (<i>K. Sarimski</i>)	142
Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	141
Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger (<i>K. Waligora</i>)	791
Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch (<i>M. Bachmann</i>)	72
Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! (<i>E. Sticker</i>)	75
Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie (<i>E. Sticker</i>)	460
Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (<i>H. Mackenberg</i>)	233
Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung (<i>C. Höger</i>)	368
Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen (<i>R. Mayr</i>)	302
Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung (<i>D. Irblich</i>)	74
Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel (<i>L. Unzner</i>)	373
Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular (<i>J. Kaltschmitt</i>)	372
Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	790
Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit (<i>D. Gröschke</i>)	715
Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie (<i>F.-J. Krumenacker</i>)	793
Swets Test Service: Diagnostische Verfahren (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder (<i>K.-H. Arnold</i>)	240

Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen (<i>K.-J. Allgaier</i>)	77
Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	635
Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung (<i>G. Fuchs</i>)	238
Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (<i>A. Korittko</i>)	523
Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen (<i>K. Sarimski</i>)	634
Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren (<i>M. Müller-Küppers</i>)	376
Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 (<i>J. Kaltschmitt</i>)	714
Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (<i>L.Unzner</i>)	462

Neuere Testverfahren

Ciepka, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (<i>K. Waligora</i>)	242
Lohaus, A.; Fler, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) (<i>K. Waligora</i>)	466
Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) (<i>K. Waligora</i>)	719

Editorial / Editorial	1, 475, 535, 725
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789
Aus dem Verlag / From the Publisher	71
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	134, 452
Tagungskalender / Calendar of Events	78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790
Mitteilungen / Announcements	82, 152, 249, 384, 473, 640, 798

Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen

Matthias Federer¹, Johannes Herrle², Jürgen Margraf² und Silvia Schneider³

Summary

Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds

In the literature on the aetiology of panic disorder, the separation-anxiety-hypothesis is discussed, in which separation anxiety disorder is conceived as a precursor of panic disorder. Using the representative sample of the Dresden Child Anxiety Study (DKAS) we examined whether agoraphobic and separation anxiety symptoms do already co-occur systematically in eight-year-olds. After N=826 children had been screened, N=230 took part in an individual diagnostic interview. With a total prevalence of 9,5% for all anxiety disorders, the prevalence rate for separation anxiety amounted to 2,8%. Another 2,5% of the children (almost exclusively girls) received a diagnosis of specific phobia in agoraphobic situations. Separation anxiety, social anxiety, agoraphobic anxiety and panic anxiety were assessed on a dimensional level, as well. However, no specific pattern of co-morbidity could be found in terms of an increased frequency of agoraphobic fears and separation anxiety occurring simultaneously. The symptom profiles of children with separation anxiety and those with agoraphobic anxieties differed considerably. Children currently living in a separation situation do not exhibit separation anxiety or agoraphobia more frequently than the rest of the children.

Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit der Panikstörung wird in der Literatur die Trennungsangsthypothese diskutiert, welche die Störung mit Trennungsangst als Vorläufer der Panikstörung auffaßt. Die Dresdner Kinder-Angst-Studie (DKAS) untersuchte in einer repräsentativen Stichprobe, ob schon bei Achtjährigen agoraphobische und trennungsängstliche Symptome gehäuft gemeinsam auftreten. Es wurden 826 Kinder gescreent. Mit 230 der Kinder fand eine diagnostische Einzeluntersuchung statt. Bei einer Gesamtprävalenz für Angststörungen von 9,5% wurde eine Prävalenz von 2,8% für Trennungsangst ermittelt, an einer Spezifischen Phobie in agoraphobischen Situationen litten 2,5% der Kinder (fast

¹ Schulpsychologischer Dienst, Dietikon-Zürich.

² Technische Universität Dresden.

³ Christoph-Dornier-Stiftung, Dresden.

ausschließlich Mädchen). Trennungsängstlichkeit, soziale Ängstlichkeit, agoraphobische Ängstlichkeit und panische Ängstlichkeit wurden auch dimensional erfaßt. Es zeigte sich kein spezifisches Komorbiditätsmuster in der Art, daß Trennungsangst häufiger gepaart mit agoraphobischen Ängsten auftreten würde. Das Symptomprofil der Kinder mit Trennungsangst unterscheidet sich deutlich vom Symptomprofil der Kinder mit agoraphobischen Ängsten. Kinder, welche in einer aktuellen Trennungssituation leben, leiden nicht häufiger an Trennungsangst oder Agoraphobie als andere Kinder.

1 Einleitung

Die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Trennungsangst und agoraphobischen Ängsten bei achtjährigen Kindern ist das Hauptanliegen der Studie. Sie beschäftigt sich damit indirekt mit der Trennungsangsthypothese, welche die Störung mit Trennungsangst als Vorläufer der Panikstörung auffaßt. Erwachsene Agoraphobepatienten berichten oft, in der Kindheit an der Störung mit Trennungsangst gelitten zu haben (Gittelman u. Klein 1984). Vitiello et al. (1990) dokumentieren sechs kinderpsychiatrische Fälle mit einem Paniksyndrom, bei denen alle vier, welche den ersten Panikanfall vor dem achten Lebensjahr angaben, auch an Trennungsangst litten. Der Zusammenhang spielt auch über die Generationsgrenzen hinaus: Kinder von Agoraphobie- und Panikpatienten leiden häufiger an Trennungsangst als andere Kinder (Weissman et al. 1984).

Schon früh hatte Klein (1964, 1981) postuliert, daß die Trennungsangst als prädisponierende Bedingung für die erwachsene Panikstörung betrachtet werden soll. Bei einer von ihm durchgeführten Untersuchung gab die Hälfte der 32 Panikpatienten an, in der Kindheit an Trennungsängsten gelitten zu haben, welche nach realen Trennungserfahrungen einsetzten. In der Folge behandelten Gittelman-Klein und Klein (1971) eine Gruppe trennungsängstlicher Kinder erfolgreich mit Imipramin und sahen dadurch ihre These untermauert, hatte sich doch dieses Medikament auch in der Behandlung erwachsener Agoraphobiker und Panikpatienten bewährt. Später schränkten Gittelman und Klein (1984) ihre Hypothese dahingehend ein, daß Trennungsangst nur bei Frauen als prädisponierende Bedingung eines Paniksyndroms wirke. Keine Häufung von psychischen Störungen konnten Buglass et al. (1977) bei Kindern von 30 agoraphobischen Patientinnen im Vergleich mit Kindern psychisch gesunder Mütter finden. Im Gegensatz dazu fanden Weissman et al. (1984) bei Kindern von Panikpatientinnen ein dreifach erhöhtes Risiko, an einer Störung mit Trennungsangst zu leiden.

In einer Übersicht zu empirische Arbeiten, welche die Trennungsangsthypothese überprüften, kommt Unnewehr (1992) zu dem Schluß, daß die meisten Studien die Trennungsangsthypothese nicht bestätigen. Sie kritisiert, daß alle Studien auf retrospektiven Befragungen basieren und nur in wenigen Studien Kontrollgruppen mit Personen ohne psychische Störung untersucht wurden. In einer eigenen Untersuchung an 87 Kinder von Panikpatienten, Tier-Phobikern und von Eltern ohne psychische Auffälligkeit konnten Unnewehr et al. (1998) zeigen, daß Kinder von Panikpatienten häufiger an internalen Angststörungen, insbesondere an Trennungsangst, leiden, nicht nur im Vergleich mit Kindern von unauffälligen Eltern, sondern auch im Vergleich mit Kin-

dem von Tier-Phobikern. Interessant in diesem Zusammenhang ist Unnewehrs Gegenüberstellung von internalen und externalen Angststörungen, wobei Trennungsangst, Agoraphobie und Paniksyndrom die internalen Angststörungen bilden (Unnewehr 1992). Vorausgesetzt Kinder von Panikpatienten tragen ein höheres Risiko, selbst ein Paniksyndrom zu entwickeln (Hinweise in diese Richtung ergab eine Untersuchung von Schneider 1995), würde damit die Trennungsangst ein prädisponierender Faktor für eine Panikstörung darstellen. Zur gleichen Schlußfolgerung gelangt Frauenknecht (1996), welche 30 in der jugendpsychiatrischen Universitätsklinik von Würzburg behandelte Schulphobiker nach durchschnittlich 4,8 Jahren nachuntersuchte und bei einem Drittel erhöhte Trait-Angst feststellte.

Die vorliegende Untersuchung stellt die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Trennungsangst und Agoraphobie in Anlehnung an die Trennungsangsthypothese unter einem anderen Blickwinkel: Wenn Trennungsangst in der Kindheit ein prädisponierender Faktor für die Entwicklung einer Agoraphobie im Erwachsenenalter ist, wäre anzunehmen, daß bereits im Kindesalter Symptome von Trennungsangst und Agoraphobie gehäuft gemeinsam auftreten. Sie prüft folgende Fragen:

- Liegen spezifische Komorbiditätsmuster vor, welche auf einen engen Zusammenhang zwischen Panik, Agoraphobie und Trennungsangst hinweisen?
- Besteht zwischen agoraphobischer Angst und Trennungsängstlichkeit ein engerer korrelativer Zusammenhang als zwischen agoraphobischer Angst, Trennungsängstlichkeit und sozialer Ängstlichkeit?
- Gibt es ähnliche Symptommuster bei trennungsängstlichen und agoraphobischen Kindern oder erweisen sich bei den Achtjährigen beide Störungsbilder als eigenständig?
- Leiden Kinder, die in einer aktuellen Trennungssituation leben, häufiger unter Trennungsangst oder Agoraphobie als andere Kinder?

2 Methode

Zur Prüfung dieser Fragen stützt sich die vorliegende Studie auf Daten, welche im Rahmen der Dresdner Kinder-Angst-Studie (DKAS) erhoben wurden. Im Zentrum der DKAS steht die Erforschung von Panikstörung und Agoraphobie. Sie untersuchte eine repräsentative, nichtselegierte Stichprobe Achtjähriger bezüglich Häufigkeit von Angststörungen und Panikanfällen in einem zweistufigen Vorgehen. Die Methode der Prävalenzuntersuchung ist ausführlich dargestellt bei Federer et al. (2000a) und soll im folgenden nur soweit ausgeführt werden wie es für die behandelte Fragestellung dieser Arbeit nötig ist.

2.1 Stichprobe

In der DKAS, welche als Prävalenzstudie die Häufigkeit von Angststörungen bei Achtjährigen untersuchte, kam ein zweistufiges Verfahren mit Screening und Einzeluntersuchung zur Anwendung. Angefragt, an der Studie teilzunehmen, wurden die Eltern von 1240 Schülern und Schülerinnen der 2. Grundschulklasse des Jahrgangs 1996/1997 in Dresden. Davon beteiligten sich

826 Kinder (66,6%) am Screening. Diese Stichprobe für das Screening setzt sich zusammen aus 444 Jungen (53,8%) und 382 Mädchen (46,2%). Sie umfaßt 16% der Gesamtpopulation. Die untersuchten Kinder stammen aus verschiedenen Stadtteilen, bilden also die Sozialstruktur Dresdens gut ab. Der Ausländeranteil beträgt in der Gesamtpopulation 0,8% und brauchte bei der Stichprobenauswahl nicht berücksichtigt zu werden. Allgemein liegen wenige statistische Angaben über die Gesamtpopulation der untersuchten Altersgruppe (Kinder und Eltern) vor. Wo direkte Vergleiche möglich sind (Geschlecht der Kinder, Familienstand, Klassengröße, Größe der Schule, Hochschulabschluß der Eltern) erweist sich die Stichprobe als repräsentativ.

Als Screeningkriterien wurden sowohl die Ängstlichkeits-Selbsteinschätzung durch das Kind als auch die Fremdeinschätzung durch die Eltern herangezogen. Insgesamt erhielten 240 Kinder eine Einladung zur Einzeluntersuchung. Von diesen konnten 230 (darunter auch 65 screen-negative Kinder) diagnostisch untersucht werden. 7 waren in den drei Monaten zwischen Screening und Einzeluntersuchung weggezogen und können als stichprobenneutrale Ausfälle gewertet werden. Es verbleiben drei Verweigerungen, was einer Teilnahmequote von 99% entspricht. Die genaue Gewichtung der beiden Screeningkriterien und die Zusammensetzung der Stichprobe für die Einzeluntersuchung sind dargestellt bei Federer et al. (2000a).

2.2 Einzeluntersuchung

Die durchschnittlich 90minütige diagnostische Einzeluntersuchung mit dem Kind folgte einem strukturierten Interview-Leitfaden, welcher 225 Fragen umfaßt mit teils geschlossenen, teils offenen Antwortmöglichkeiten. Maßgebend für die Diagnosestellung war das im Interviewleitfaden enthaltene Angstmodul des Kinder-DIPS (Unnewehr et al. 1995). Die Diagnosestellung erfolgte nach den Kriterien des DSM-IV der American Psychiatric Association (1994).

Die Diagnose einer Agoraphobie nach DSM-IV erfordert, daß die Ängste mit der Befürchtung verbunden sind, daß an den gemiedenen Orten Flucht schwierig oder peinlich wäre oder im Falle eines Panikanfalls Hilfe schwer erreichbar sein könnte. Es ist fraglich, ob achtjährige Kinder die dafür notwendigen kognitiven Verknüpfungen auf Grund ihres kognitiven Entwicklungsniveaus bereits vornehmen können (Piaget 1974; Ollendick et al. 1994; Abelson u. Alessi 1992; Nelles u. Barlow 1988). Für die vorliegende Studie wurde deshalb in Fällen von beeinträchtigenden und körperlich erlebten agoraphobischen Ängsten, welche die kognitiven Diagnosekriterien für Agoraphobie nicht erfüllten, wohl aber alle Kriterien für eine Spezifische Phobie, die Diagnose „Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen“ vergeben. Diese Diagnose wird zusammen mit der subklinischen Fastdiagnose Agoraphobie und der dimensional erfaßten agoraphobischen Ängstlichkeit (vgl. weiter unten) zur Prüfung der Fragestellungen herangezogen.

Am Anfang des Einzelgesprächs mit dem Kind (nach einer Aufwärmphase mit Ballspiel) wurde dieses nach Veränderungen oder Schwierigkeiten in der Familie im letzten halben Jahr gefragt. Je nach Antwort auf diese Frage wurde festgehalten, ob das Kind in einer trennungsgefährdeten oder einer Trennungssituation lebt. Als solche gewertet wurden Trennung von einem Elternteil, Tod in der Familie im vergangenen halben Jahr oder heftiger Streit zwischen den Eltern.

2.3 Bildung von subklinischen Diagnose-Gruppen und dimensionale Erfassung spezifischer Ängstlichkeit

Neben den Diagnosen (Diagnosekriterien erfüllt) wurden auch subklinische Fastdiagnosen in Agoraphobie, Trennungsangst, Spezifischer Phobie, Sozialphobie und Generalisierter Angststörung vergeben. (Die detaillierten Kriterien sind in Federer et al. 2000b aufgelistet.) Für die Post-

traumatische Störung wurde keine subklinische Diagnose vergeben, da diese Störung nur dann genau exploriert wurde, wenn Angaben über traumatische Erfahrungen vorlagen.

Neben der kategorialen Erfassung der Angststörungen (Diagnosekriterien erfüllt, fast erfüllt, keine Diagnose) werden verschiedene Angstkonstrukte auch dimensional erfaßt. Grundlage für diese Erfassung spezifischer Ängstlichkeit bilden die Rating-Werte des Kinder-DIPS, in welchem verschiedene Angstsituationen abgefragt und auf einer Skala von 0 bis 4 bezüglich der Angsausprägung eingeschätzt werden. Die Sprungregeln wurden so verändert, daß alle Kinder über alle Angstsituationen abgefragt wurden, so daß keine Rating-Fragen übersprungen wurden. Das erlaubte die Zusammenfassung von Rating-Werten zu Skalen. Die Angstsituationen wurden nach inhaltlichen und statistischen Reliabilitätskriterien den Konstrukten „Agoraphobische Ängstlichkeit“ (AGd), „Trennungsängstlichkeit“ (TAd) und „Soziale Ängstlichkeit“ (SOZd) zugeordnet und zu entsprechenden Summenwerten addiert (vgl. Tab. 1). Erfaßt wurde auch die Tendenz, in Angstsituationen mit starken Körperempfindungen zu reagieren. Die Kinder wurden nach 15 Körperempfindungen bei der größten, wiederholt erlebten Angst gefragt. Auch diese Körperempfindungen wurden bezüglich ihrer Ausprägung auf einer Skala von 0 bis 4 eingeschätzt und zum Summenwert „Panische Ängstlichkeit“ (PANd, $\alpha = .72$) addiert.

Tab. 1: Dimensionale Angstskalen

Agoraphobische Ängstlichkeit AGd N=226	Trennungsängstlichkeit TAd N=229	Soziale Ängstlichkeit SOZd N=229
Angst bei Höhe (.39)	ist bei Abwesenheit der Eltern (E.) traurig (.54)	an die Tafel schreiben (.44)
Angst auf Brücken (.35)	Ereignis könnte Kind (K.) von E. trennen (.48)	unbekannte Kinder ansprechen (.42)
Angst in Menschenmengen (.35)	ruft bei Trennung nach E. (.47)	mit Autoritäten sprechen (.40)
Angst in engen Räumen (.34)	hält sich stets in Nähe der E. auf (.44)	in der Klasse etwas sagen (.33)
Angst bei Autofahren (.33)	will bei E. bleiben, nicht in die Schule (.43)	fremde Erwachsene ansprechen (.30)
Angst in Tram und Bus (.33)	hat Angst, Eltern (E.) könnte was zustoßen (.41)	auf Parties gehen (.30)
Angst in Supermarkt (.29)	kann nicht weit weg von Zuhause sein (.38)	Selbstsicherheit zeigen (.29)
Angst vor dem Fliegen (.28)	will bei E. schlafen (.38)	vor fremdem Essen (.25)
Angst auf großen Plätzen (.25)	hat Trennungsträume (.28)	
Angst vor Fahrstuhl (.21)		
$\alpha = .64$	$\alpha = .74$	$\alpha = .64$

Anmerkung: Trennschärfekoeffizient in Klammern.

2.4 Statistische Methoden

Neben den üblichen statistischen Verfahren (Korrelationen, Kruskal-Wallis Test und χ^2) wurden zur Überprüfung der möglicherweise unterschiedlichen Symptomprofile in den Diagnosegrup-

pen ergänzend Profilanalysen durchgeführt. Bei dieser von Tabachnick und Fidell (1989) vorgestellten Methode handelt es sich um ein aus der Messwiederholungsvarianzanalyse abgeleitetes Verfahren. Drei verschiedene Merkmale von Variablenprofilen werden dabei betrachtet und auf Signifikanz getestet: 1) Gesamtunterschiede zwischen den Gruppen („levels“), 2.) die Parallelität („parallelism“) der Profile und 3.) die Flachheit („flatness“) der Profile.

2.5 Vorgehen und Qualitätssicherung

Das Screening der Kinder fand während einer Unterrichtsstunde in den Schulklassen statt und dauerte ca. 50 Minuten. Gleichzeitig mit der Bitte um Teilnahme an der Studie wurde den Eltern der Elternfragebogen von ihrem Kind aus der Schule mit nach Hause gebracht. Die Lehrerinnen beantworteten für jedes Kind einen Fragebogen mit 25 Fragen. Die diagnostische Einzeluntersuchung wurde mit dem Kind in einem ungestörten Raum des Schulgebäudes durchgeführt.

Zur Befragung der Kinder standen dem Projektleiter (Erstautor) fünf Diplomandinnen und ein Diplomand der Klinischen Psychologie der TU-Dresden zur Seite. Alle Interviewerinnen wurden bezüglich Angststörungen bei Kindern, Gesprächsführung und Diagnosestellung vom Projektleiter geschult. Die Schulung umfaßte eine Einführung in Interviewtechnik bei Kindern und eine intensive Auseinandersetzung mit den DSM-Diagnosekriterien. Ferner hatten alle Interviewerinnen sechs Übungsgespräche mit dem Interviewleitfaden zu bestreiten, wobei bei mindestens drei Übungsgesprächen der Projektleiter anwesend war. Als Diplom-Studentinnen hatten sie im Rahmen des Studiums und bei anderen Forschungsprojekten bereits Erfahrungen mit strukturierten diagnostischen Interviews gesammelt. Während der Versuchsdauer fanden wöchentliche Supervisionen statt. Weder während des Einzelgesprächs mit dem Kind noch bei der Diagnosestellung war den Interviewern bekannt, ob das Kind aus einer screenpositiven Gruppe oder aus der Kontrollgruppe stammt.

Die 230 Einzelgespräche wurden schriftlich protokolliert und auf Tonbandkassette aufgenommen. Bei 33 Einzelgesprächen waren zwei Interviewer (darunter meistens der Projektleiter) anwesend und protokollierten ihre Diagnosen unabhängig voneinander. Die Urteilerübereinstimmung bezüglich einer Angst-Diagnose von 94% bei einem Kappa-Wert von .76 kann als gut bezeichnet werden. Alle Protokolle wurden vom Projektleiter gesichtet. Bei positiven Diagnosen, knapp nicht erfüllten Diagnosen und unsicheren Diagnosen wurden die Aufnahmen angehört. Jeder Einzelfall, der auf symptomatischer Ebene die übrigen Diagnosekriterien erfüllte, wurde in Zusammenarbeit mit dem Projektleiter (einem langjährig praktizierenden Kinderpsychologen) darauf hin geprüft, ob auch das Beeinträchtigungskriterium erfüllt ist: Angstsymptome haben erst dann Krankheitswert, wenn sie das Wohlbefinden oder die Möglichkeiten der Alltagsbewältigung mindestens deutlich beeinträchtigen. Insgesamt erfolgte bei 112 Kindern die Diagnosestellung in Zusammenarbeit mit dem Projektleiter.

3 Ergebnisse

3.1 Komorbidität zwischen Trennungsangst und Agoraphobie

Als erster Schritt zur Prüfung der Frage, wie eng der Zusammenhang zwischen Trennungsangst und Agoraphobie ist, wird untersucht, ob die Komorbidität zwischen diesen beiden Angststörungen besonders ausgeprägt ist. In der DKAS wurde eine Präva-

lenzrate für Angststörungen bei Achtjährigen von insgesamt 9,5% ermittelt. Für Trennungsangst wurde ein Prävalenzwert von 2,8% gefunden, eine Agoraphobie-Diagnose oder die Diagnose einer Panikstörung wurde nicht vergeben. Panikanfälle ohne Grund erlebte keines der befragten Kinder, Panikanfälle in spezifischen Situationen 21,4%. Obwohl kein Kind die Diagnosekriterien einer Agoraphobie erfüllt – dazu wäre nach DSM-IV (APA 1994) nötig, daß die Ängste mit der Befürchtung verbunden sind, daß an den gemiedenen Orten Flucht schwierig oder peinlich wäre oder im Falle eines Panikanfalles Hilfe schwer erreichbar sein könnte – zeigten 8 Kinder (7 Mädchen und ein Junge) oder 2,5% (gewichteter Prävalenzwert) eine spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen. (Die detaillierten Prävalenzwerte aller Angststörungen sind dargestellt in Federer et al. 2000a.)

Insgesamt erfüllten 28 Kinder alle diagnostischen Kriterien für *eine* Angststörung, 3 erfüllten die Kriterien für *zwei* Diagnosen, nämlich Generalisiertes Angstsyndrom und Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen (Kriterien für Trennungsangst fast erfüllt), Trennungsangst und Spezifische Phobie (Dunkelangst) sowie Trennungsangst und Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen. Die geringe Anzahl von Kindern mit einer Doppeldiagnose läßt keine Aussage über eine mögliche „Verwandtschaft“ von Trennungsangst und Agoraphobie zu. Da jedoch auch subklinische Auffälligkeiten erfaßt wurden, kann die Frage geprüft werden, ob Kinder mit der Diagnose Trennungsangst häufiger eine subklinische Zusatzdiagnose Agoraphobie erhalten als Kinder mit andern Angstdiagnosen, und ob umgekehrt Kinder mit der Diagnose Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen häufiger eine subklinische Zusatzdiagnose Trennungsangst aufweisen. Das Komorbiditätsmuster ist in Tabelle 2 dargestellt.

Die Komorbiditäten zeigen keinen engen Zusammenhang zwischen den Diagnosen Trennungsangst und Agoraphobie bzw. Spezifischer Phobie in agoraphobischen Situationen. Zwar erreicht die Hälfte der Kinder mit einer Diagnose Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen auch eine Fastdiagnose oder eine Diagnose Trennungsangst, doch ist die Komorbiditätsrate bei Kindern mit Spezifischer Phobie in agoraphobischen Situationen allgemein hoch, so daß das Resultat nicht spezifisch für Trennungsangst ist.

Tab. 2: Prozentuale Häufigkeit von Komorbidität mit weiteren Angststörungen bei Kindern mit einer Angstdiagnose

Diagnose	n	Prozentwerte Zusatzdiagnose und Fastdiagnose:			
		keine	Agoraphobie	Trennungsangst	übrige Diagnosen
Trennungsangst	10	60% (6)	10% (1)	–	30% (3)
Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen	8	13% (1)	100% (8)	50% (4)	63% (5)
übrige Angststörungen	16	25% (4)	25% (4)	31% (5)	44% (7)

Anmerkung: n in Klammern.

3.2 Zusammenhang zwischen dimensional erfassten Angstkonstrukten

Nachdem auf kategorialer Ebene kein Zusammenhang zwischen den Störungsbildern Trennungsangst und Agoraphobie nachgewiesen werden kann, soll in einem zweiten Schritt die Frage geprüft werden, ob auf dimensionaler Ebene der Zusammenhang agoraphobischer Ängstlichkeit mit Trennungsängstlichkeit deutlicher ist als mit Sozialer Ängstlichkeit. Zu diesem Zweck wurden die Korrelationen der dimensional erfassten Ängstlichkeitswerte AGd, TAd, SOZd und PANd berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 dargestellt. Die Korrelationen sind insgesamt eher schwach und die Unterschiede gering, so daß sie nicht überinterpretiert werden dürfen. Die höhere Korrelation von agoraphobischer Ängstlichkeit mit panischer Ängstlichkeit könnte darauf hinweisen, daß körperlich heftig erlebte Angst hier eine größere Rolle spielt als bei sozialer Ängstlichkeit. Dieser Zusammenhang bestätigt sich auf kategorialer Ebene: 65% der Kinder mit subklinischer Auffälligkeit in Agoraphobie erleben situationsabhängige Panikanfälle, während es bei den trennungsängstlichen Kindern 42% und bei den sozialängstlichen nur 32% sind. Zwischen Panikanfällen und den Diagnosen Agoraphobie und Trennungsangst besteht ein signifikanter Zusammenhang, nicht aber zwischen Sozialphobie und Panikanfällen (Agoraphobie: $N=230$, $\chi^2=29.34$, $DF=1$, $p=0.000$; Trennungsangst: $N=230$, $\chi^2=8.70$, $DF=1$, $p=0.003$; Sozialphobie: $N=230$, $\chi^2=0.81$, $DF=1$, $p=0.368$).

Tab. 3: Korrelative Zusammenhänge zwischen Trennungsängstlichkeit, agoraphobischer, sozialer und panischer Ängstlichkeit (Spearman-Rang-Korrelationen, $N=230$)

	Panische Ängstlichkeit PANd	agoraphobische Ängstlichkeit AGd	soziale Ängstlichkeit SOZd
Agoraphb. Ängstlichkeit AGd	.47***		
Soziale Ängstlichkeit SOZd	.22**	.35***	
Trennungsängstlichkeit TAd	.35***	.43***	.34***

Anmerkung: **= $p \leq 0.01$, ***= $p \leq 0.001$.

3.3 Symptome bei Kindern mit Trennungsangst und bei agoraphobischen Ängsten

In einem weiteren Schritt wurden Symptomprofile der Kinder mit Trennungsangst, der Kinder mit Spezifischer Phobie in agoraphobischen Situationen und der Kinder mit einer anderen Angstdiagnose erstellt. Wegen zu geringen Gruppengrößen bei den Kindern mit voll erfüllten Diagnosekriterien können die Unterschiede in den Symptomen der klinischen Gruppen nicht auf Signifikanz geprüft werden. Um die Gruppen zu vergrößern, wurden die Kinder mit subklinischer Auffälligkeit in den Vergleich miteinbezogen. Dabei wurden vier Vergleichsgruppen gebildet: (1) Diagnose Trennungsangst erfüllt oder fast erfüllt, (2) Diagnose Agoraphobie (inkl. Spezifische Phobie in agora-

phobischen Situationen) erfüllt oder fast erfüllt, (3) andere Angstdiagnose erfüllt oder fast erfüllt und (4) keine Diagnose oder Fastdiagnose. Kinder mit einer (Fast-)Diagnose sowohl in Trennungsangst wie auch in Agoraphobie ($n=9$) wurden vom Vergleich ausgeschlossen.

In den Agoraphobie-Items (Abb. 1) zeigt sich, daß Kinder mit agoraphobischen Ängsten, wie zu erwarten, deutlich über den Werten der Kinder mit anderer Angstdiagnose oder Fastdiagnose liegen. Die trennungsängstlichen Kinder unterscheiden sich ebenso stark wie die Kinder mit anderen Angststörungen von den agoraphobischen Kindern. Im Top-Item der agoraphobischen Kinder, der Angst im Fahrstuhl, liegen die trennungsängstlichen Kinder sogar unter dem Mittelwert aller untersuchten Kinder.

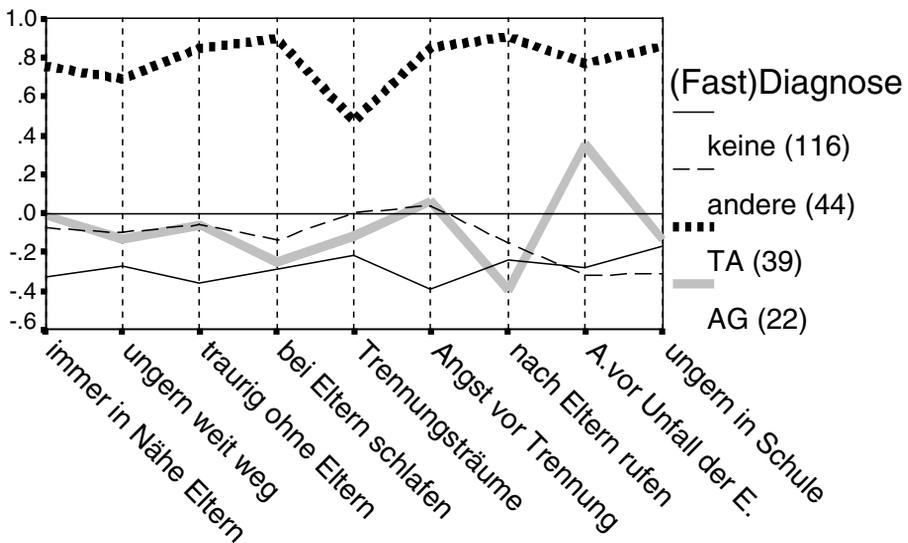


Abb. 1: Symptomprofile in den Trennungsangst-Items bei Kindern mit Angstdiagnose und Fastdiagnose

Anmerkungen: Z-Werte der Trennungsangst-Items von Kindern mit den Diagnosen und Fastdiagnosen Trennungsangst („TA“), Agoraphobie (inkl. Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen, „AG“), anderen Angstdiagnosen und Fastdiagnosen („andere“) und Kindern ohne (Fast-)Diagnosen („keine“). In Klammern n.

Zur globalen Überprüfung der Symptomprofile wurde eine Profilanalyse (Tabachnick u. Fidell 1989) für die zentralen Diagnosegruppen Trennungsangst und Agoraphobie durchgeführt (inkl. Fastdiagnosen). Dabei bestätigt sich der signifikante Gruppenunterschied ($F(1.57)=25.94$; $p<0.001$; Effektstärke $\eta^2=0.31$). Die Profile der beiden Diagnosegruppen sind zudem eindeutig nicht parallel (Wilks' $\lambda=0.64$; $F(9.49)=3.05$; $p<0.006$; Effektstärke $\eta^2=0.36$). Das Kriterium der Flachheit ist hier weniger bedeutsam, da zum einen von einer unterschiedlichen Schwierigkeit der Symptomitems ausgegangen werden muß (die Profile also erwartungsgemäß nicht flach sind), und zum anderen die Nicht-Parallelität der Profile beinhaltet, daß mindestens eines der beiden Diagnosegruppen nicht flach ist.

Auch bei den Symptomen der Trennungsangst kann keine Übereinstimmung zwischen trennungsängstlichen und agoraphobischen Kindern festgestellt werden, wie Abbildung 2 zeigt. In den meisten Items liegen die agoraphobischen Kinder mit ihren Werten sogar unter den Werten der Kinder mit anderer Angstdiagnose. Eine Ausnahme bildet das Item zur Angst, daß den Eltern etwas passieren könnte.

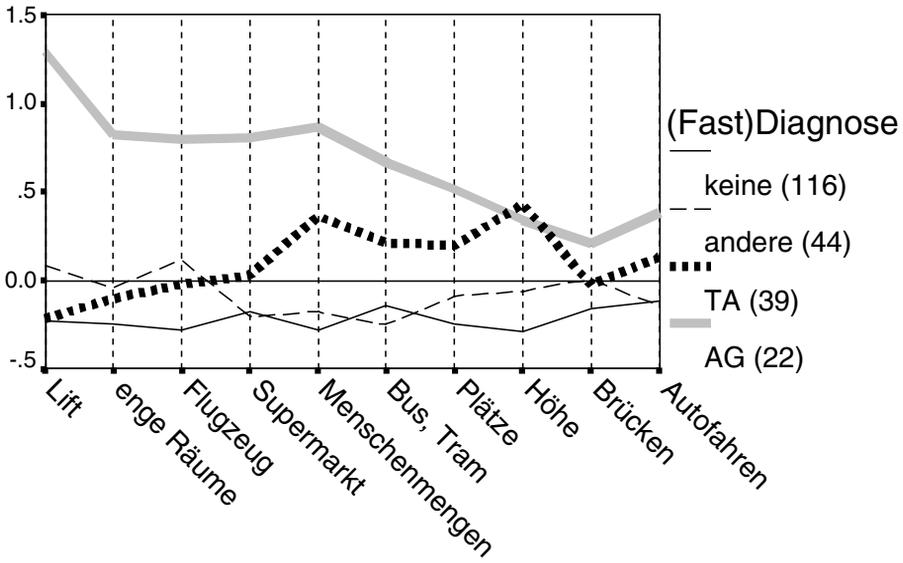


Abb. 2: Symptomprofile in den Agoraphobie-Items bei Kindern mit Angstdiagnose und Fastdiagnose

Anmerkung: Z-Werte der Agoraphobie-Items von Kindern mit den Diagnosen und Fastdiagnosen Trennungsangst („TA“), Agoraphobie (inkl. Spezifische Phobie in agoraphobischen Situationen, „AG“), anderen Angstdiagnosen und Fastdiagnosen („andere“) und Kindern ohne (Fast-)Diagnosen („keine“). In Klammern n.

Bezüglich (sub-)klinischer Trennungsangst und Agoraphobie wird dieses Bild wiederum durch die Profilanalyse unterstrichen: Neben der weniger relevanten Flachheit ist der Gesamtgruppenunterschied hochsignifikant ($F(1.59)=46.74$; $p<0.001$; $\eta^2=0.44$). Die Nullhypothese einer Parallelität der beiden Profile kann hingegen nicht verworfen werden (Wilks' $\lambda=0.90$; $F(8.52)=0.76$; $p>0.64$).

Die Gruppenunterschiede zwischen trennungsängstlichen und agoraphobischen Kindern wurden auch auf Itemebene geprüft. Der Kruskal-Wallis-Test zeigt, daß die Trennungsangst-Items spezifischer sind als die Agoraphobie-Items. Nur in einem Item (Angst, den Eltern könne etwas zustoßen) unterscheiden sich trennungsängstliche Kinder nicht signifikant von Kindern mit agoraphobischen Ängsten. Bei den Agoraphobie-Items zeigen sich nur in vier von zehn Items signifikante Gruppenunterschiede: in der Angst im Fahrstuhl, in engen Räumen, im Supermarkt und in der Flugangst.

Als letzter Auswertungsschritt wurde geprüft, ob Kinder, welche in einer aktuellen Trennungssituation leben, häufiger unter Trennungsangst oder agoraphobischer Angst leiden als andere Kinder. Als aktuelle Trennungssituation wurden Trennung von einem

Elternteil, Tod in der Familie oder heftiger Streit zwischen den Eltern gewertet. 20% der untersuchten Kinder leben in einer so definierten Trennungssituation. Die Signifikanzprüfung ergab keine Zusammenhänge (Trennungsangst: $N=222$, $\chi^2=0.99$, $DF=2$, $p=0.61$; Agoraphobie: $N=222$, $\chi^2=1.55$, $DF=1$, $p=0.21$). Auch wenn die Berechnungen für Mädchen und Jungen getrennt vorgenommen werden, ergibt sich kein signifikantes Resultat. Es können also keine signifikanten Zusammenhänge zwischen realen Trennungssituationen und (sub-)klinischen Diagnosen in Agoraphobie oder Trennungsangst festgestellt werden.

4 Diskussion

Im Zusammenhang mit der Trennungsangsthypothese wurde untersucht, ob schon bei Achtjährigen ein enger Zusammenhang zwischen Trennungsangst und Agoraphobie besteht. Dieser vermutete enge Zusammenhang konnte in der vorliegenden Studie nicht gefunden werden. Ursprünglich wurde die Trennungsangsthypothese von Klein (1964) formuliert und von Gittelman-Klein und Klein (1971) in Verbindung mit realen Trennungserlebnissen in der Kindheit gebracht. Die DKAS fand keine signifikanten Zusammenhänge zwischen realen Trennungssituationen der Achtjährigen und einer Diagnose oder Fastdiagnose in Trennungsangst oder einer Fastdiagnose in Agoraphobie.

Auf symptomatischer Ebene zeigt die Profilanalyse, daß sich die Störung mit Trennungsangst deutlich von agoraphobischen Ängsten Achtjähriger unterscheidet. Angst vor dem Fahrstuhl ist bei den agoraphobischen Kindern das Top-Item, während trennungsängstliche Kinder davor überhaupt keine Angst haben, hingegen immer in der Nähe der Eltern sein und bei ihnen schlafen wollen sowie ungern zur Schule gehen, was für agoraphobische Kinder nicht zutrifft. Die agoraphobietypische Angst in Menschenmengen wird allerdings von Kindern mit der Diagnose Trennungsangst heftiger empfunden als von Kindern mit einer Spezifischen Phobie in agoraphobischen Situationen. Vielleicht ist diese Angst bei den trennungsängstlichen Kindern stärker mit der Befürchtung verbunden, in der Menge die Eltern zu verlieren, als mit der Angst, in einer Menschenmenge nicht fliehen zu können oder keine Hilfe zu bekommen, wenn ihnen etwas zustoßen sollte. Umgekehrt wird die Angst, daß den Eltern etwas zustoßen könnte, auch von agoraphobische Kinder sehr stark empfunden. Bei dieser Befürchtung könnte für die trennungsängstlichen Kinder die Trennung und für die agoraphobischen Kinder der befürchtete Unfall im Zentrum der Kognition stehen.

Auch auf kategorialer Ebene findet sich keine „Verwandtschaft“ beider Störungen: Im subklinischen Bereich ist keine verstärkte Komorbidität zwischen Trennungsangst und Agoraphobie festzustellen. Möglicherweise gibt es jedoch bei Achtjährigen zwei Arten von Trennungsangst: Eine harmlosere Form, die als Entwicklungsrückstand aufgefaßt werden könnte, und eine ernsthaftere Störung, welche mit einem stärkeren psychopathologischen Risiko verbunden ist. In diese Richtung deuten die niedere Komorbiditätsrate bei Trennungsangst einerseits, und die Tatsache, daß andererseits bei den drei Fällen mit Doppeldiagnosen die Trennungsangst zweimal vertreten ist.

Was die in der DKAS gefundenen Prävalenzen betrifft, so liegt diejenige für Trennungsangst mit 2,8% im Rahmen dessen, was auch in anderen epidemiologischen Studien gefunden wird (Federer et al. 1998). Erstaunlicher ist auf den ersten Blick, daß keine Agoraphobie diagnostiziert werden konnte. Dieser Umstand hängt mit den Diagnosekriterien des DSM-IV (APA 1994) zusammen, welches nicht nur heftige Ängste in agoraphobie-typischen Situationen fordert, sondern auch verlangt, daß diese Situationen gefürchtet oder gemieden werden, weil an diesen Orten Flucht schwierig oder peinlich wäre oder im Falle eines Panikanfalles Hilfe schwer erreichbar sein könnte. Die Kinder mit agoraphobischen Ängsten gaben jedoch an, solche Situationen zu fürchten, weil der Fahrstuhl steckenbleiben, das Flugzeug ab- und die Brücke einstürzen könnten. Sie gehen beispielsweise auch nicht alleine zu Fuß, weil sie Angst vor einer Entführung haben. Die in der DKAS zur „Spezifischen Phobie in agoraphobischen Situationen“ zusammengefaßte Kategorie einer Spezifischen Phobie, welche die krankhafte Ängstlichkeit an engen, eingeschlossenen oder exponierten Orten bezeichnet, erreicht mit 2,5% einen Prävalenzwert, der in etwa dem in anderen Studien gefundenen Wert für Agoraphobie entspricht (Steinhausen et al. 1998). Vergleicht man die Komorbidität der verschiedenen Angststörungen untereinander, kann man feststellen, daß die Komorbiditätsbelastung bei dieser Spezifischen Phobie hoch ist, deutlich höher als bei anderen Spezifischen Phobien oder bei der Trennungsangst. Das Geschlechtsverhältnis (7 Mädchen, 1 Junge) ist bei dieser Störung sehr unausgeglichen und eigentlich typisch für die Agoraphobie, die man bei Erwachsenen kennt. Einiges spricht also dafür, daß es sich bei der Spezifischen Phobie in agoraphobischen Situationen nicht einfach um eine Spezifische Phobie handelt, sondern um ein komplexeres Syndrom, das als kindliche Form der Agoraphobie bezeichnet werden könnte.

Eine andere Studie im Rahmen der DKAS (Federer et al. 2000c) fand, daß sich diese kindliche Form der Agoraphobie ebenso wie die Trennungsangst durch einen deutlich erhöhten Wert bezüglich Angstsensitivität auszeichnet. Unter Angstsensitivität wird die Tendenz verstanden, Körpergefühle, die oft im Zusammenhang mit Angst erlebt werden, als bedrohlich zu interpretieren (Reiss u. McNally 1985). Gemeinsamer Hintergrund von agoraphobischen Ängsten und Trennungsängsten könnte demnach eine erhöhte Angstsensitivität sein. Erhöhte Angstsensitivität erwies sich auch bei Erwachsenen als spezifisch für Agoraphobie und Panikstörung (Chambless u. Gracely 1989; Reiss 1991; Taylor et al. 1992; Ehlers u. Margraf 1993). Die Tatsache, daß in der Anamnese von Panikpatienten häufig eine Störung mit Trennungsangst gefunden wird, liegt also weniger an überlappenden Symptomclustern von Trennungsangst und Agoraphobie im Kindesalter, sondern könnte darin begründet sein, daß Kinder, welche an Trennungsangst leiden, eine erhöhte Angstsensitivität ausbilden, welche im Erwachsenenalter einer Erkrankung an einer Panikstörung Vorschub leistet.

Um diese Aspekte deutlicher erhellen zu können, sollte künftige Forschung zwei Ziele verfolgen: einerseits in Längsschnittstudien den Verlauf bei Kindern mit Spezifischer Phobie in agoraphobischen Situationen dokumentieren (im Rahmen der DKAS ist eine Follow-Up-Untersuchung geplant), andererseits ein Instrumentarium entwickeln, mit welchem bei Kindern die Angstsensitivität valide, reliabel und kindgerecht erfaßt werden kann. Ein zuverlässiger und leicht handhabbarer Test würde nicht nur die

Forschung in dieser Frage erleichtern, sondern könnte auch für die kinderpsychologische Praxis wichtig sein, denn die bisherigen Angstmaße stellten sich, wie Perrin und Last (1992) feststellen mußten, als wenig zuverlässig heraus.

Literatur

- Abelson, J.L.; Alessi, N.E. (1992): Discussion of „Child Panic revisited“. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31: 114-116.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4rd edition. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Buglass, D.; Clarke, J.; Henderson, A.S.; Kreitman, N.; Presley, A.S. (1977): A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine* 7: 73-86.
- Chambless, D.L.; Gracely, E.J. (1989): Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research* 13: 9-20.
- Ehlers, A.; Margraf, J. (1993): „Angst vor der Angst“: Ein neues Konzept in der Diagnostik der Angststörungen. *Verhaltenstherapie* 3: 14-24.
- Federer, M. (1997): Ängste und Panik bei Achtjährigen. Methoden und erste Ergebnisse der Dresdner Kinder-Angst-Studie. Unveröffentlichter Forschungsbericht, TU-Dresden.
- Federer, M.; Margraf, J.; Schneider, S. (2000a): Leiden schon Achtjährige an Panik? Prävalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (im Druck).
- Federer, M.; Margraf, J.; Schneider, S.; Herrle, J. (2000b): Wie erleben Achtjährige Panikanfälle? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* (im Druck).
- Federer, M.; Schneider S.; Margraf J.; Herrle, J. (2000c): Angstsensitivität bei Achtjährigen. *Kindheit und Entwicklung* (im Druck).
- Frauenknecht, S. (1996): Trait-Angst bei Kindern und Jugendlichen mit Schulphobie, eine Nachuntersuchung an Kinder- und Jugendpsychiatrischen Patienten. Würzburg, Dissertationsdruck Schmitt & Meyer.
- Gittelman, R.; Klein, D.F. (1984): Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology* 17 (Suppl.1): 56-65.
- Gittelman-Klein, R.; Klein, D.F. (1971): Controlled imipramine treatment of school phobia: evidence for heterogeneity. *Psychiatric Research* 28: 25-30.
- Klein, D.F. (1964): Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 5: 397-408.
- Klein, D.F. (1981): Anxiety reconceptualized. In: Klein, D.F.; Rabkin, J.: *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York: Raven Press, S. 235-263.
- Nelles, W.B.; Barlow, D.H. (1988): Do children panic? *Clinical Psychology Review* 8: 359-372.
- Ollendick, Th.H.; Mattis, S.G.; King, N.J. (1994): Panic in Children and Adolescents: a Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35: 113-134.
- Perrin S.; Last, C.G. (1992): Do Childhood Anxiety Measures Measure Anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology* 20, (6): 567-578.
- Piaget, J. (1974): Urteil und Denkprozess des Kindes. Düsseldorf: Schwann.
- Reiss, S. (1991): The expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychological Review* 11: 141-153.
- Reiss, S.; McNally, R.J. (1985): The expectancy model of fear. In: Reiss, S.; Bootzin, R.R. (Hg.): *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press, S. 107-121.
- Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.; Meier, M.; Kannenberg, R. (1998): Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98: 262-271.
- Tabachnick, B.G.; Fidell, L.S. (1989): *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins Publishers.
- Taylor, S.; Koch, W.J.; McNally, R.J. (1992): How Does Anxiety Sensitivity Vary Across the Anxiety Disorders? *Journal of anxiety disorders* 6: 249-259.
- Unnewehr, S. (1992): *Psychische Störungen und Angstsensitivität bei Kindern von Patienten mit einem Paniksyndrom*. Dissertation, Philips-Universität Marburg, Marburg/Lahn.

- Unnewehr, S.; Schneider, S.; Margraf, J. (1995): Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes und Jugendalter. Berlin: Springer.
- Unnewehr, S.; Schneider, S.; Florin, I.; Margraf, J. (1998): Psychopathology in children of patients with panic disorder or animal phobia. *Psychopathology* 31: 69-84.
- Vitiello, B.; Behar, D.; Wolfson, S.; McLeer, S.V. (1990): Diagnosis of Panic Disorder in Prepubertal Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (5): 782-784.
- Weissman, M.M.; Leckman, J.F.; Merikangas, K.R.; Gammon, G.B.; Prusoff, B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry* 41: 845-852.

Anschrift der Verfasser: Dr. phil. Matthias Federer, Fachpsychologe FSP für Kinder und Jugendliche, Schulpsychologischer Dienst, Bahnhofstraße 10, CH-8953 Dietikon-Zürich, E-Mail: spd.dietikon@bluewin.ch.