Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie
© 2000 Hogrefe-Verlag Göttingen

Juli 2000 Vol. 29, No. 3, 195-203

Originalia

Wie erleben Achtjährige Panikanfälle?

Matthias Federer
Schulpsychologischer Dienst Dietikon-Zürich

Silvia Schneider
Christoph-Dornier-Stiftung Dresden

Jürgen Margraf
Technische Universität Dresden

Johannes Herrle
Technische Universität Dresden


Schlüsselwörter: Kinder, Epidemiologie, Panikstörung, Panikanfälle, Angstempfindungen, Familienprobleme, Krankheitskonzepte, Körperbeschwerden

How do eight-year-olds experience panic attacks?

Abstract. In a representative sample of 826 eight-year-olds we examined the frequency of spontaneous and situationally predisposed panic attacks and their association with anxiety sensitivity, physical complaints, illness concepts, parental anxiety and depressive symptomatology, birth complications, and family problems. Panic attacks out of the blue could not be detected; however, 21.4 % of the children experienced situationally predisposed or stimulus-bound panic attacks, most frequently in the dark, in separation situations, and in face of animals. Panic attacks in children who received an anxiety diagnosis hardly
differed from those of children without such a diagnosis as far as symptomatology was concerned. The key symptom in boys was intense palpitations, in girls crawling in the stomach. There are significant positive associations between panic attacks and family problems, illness knowledge, mother's anxiety, physical complaints and anxiety sensitivity. The study demonstrates that young children are not yet prone to spontaneous panic attacks.

Keywords: children, epidemiology, panic disorder, panic attacks, anxiety sensitivity, family problems, illness concepts, physical complaints


Ollendick, Mattis und King (1994) erwähnen fünf Untersuchungen über Panikanfälle bei Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren, in welchen zwischen 42 % und 63 % der Befragten angeben, schon einen Panikanfall erlebt zu haben. Eine Studie, welche Teile eines strukturierten klinischen Interviews einsetzte (Hayward, Killen & Taylor, 1989), fand mit 11,6 % eine deutlich geringere Prävalenz von Angstanfällen bei Jugendlichen. Aus dem deutschsprachigen Raum liegt eine


**Fragestellung**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage der Häufigkeit von Panikanfällen bei Achtjährigen und ihrem Zusammenhang mit Krankheitskonzepten, Angstsempfindung, Körperbeschwerden, Angst- und Depressivitätsbelastung der Eltern und Familienproblemen. Ziel der vorliegenden Studie ist die Untersuchung folgender Fragen:
Erleben schon Achtjährige *spontane* Panikanfälle?
Wie hoch ist die Prävalenz von *situationsabhängigen* Panikanfällen in einer nicht selezierten und repräsentativen Stichprobe Achtjähriger, durch welche Situationen werden sie ausgelöst und welches sind ihre Symptome?

Welche Zusammenhänge finden sich zwischen Panikanfällen einerseits und Krankheitskonzepten, Angstempfindlichkeit, Körperbeschwerden, psychischer Auffälligkeit der Eltern und Familienproblemen andererseits?

**Methode**


**Vorgehen und Qualitätssicherung**

negative Gruppe, von der jedes achte Kind eingeladen wurde. Die Differenzierung in drei screenpositive Gruppen erwies sich bezüglich der gefundenen Angstdiagnosen als wenig spezifisch, hingegen wurden in der screen-negativen Gruppe deutlich weniger Diagnosen gestellt. Zusätzlich wurden auch alle Kinder einzeln untersucht, von denen die Eltern die Panikfrage (Mein Kind bekommt plötzlich panische Angst, ohne ersichtlichen Grund) angekreuzt hatten.


unsicheren Diagnosen wurden die Aufnahmen angehört. Insgesamt erfolgte bei 112 Kindern die Diagnosestellung in Zusammenarbeit mit dem Projektleiter.

**Stichprobe**


Zur Einzeluntersuchung wurden 240 Kinder eingeladen. Von diesen konnten 230 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.

**Erfassung der Panikanfälle**

Gleich nach der Aufwärmphase mit Ballspiel und allgemeinen Fragen zur Lebenssituation wurde dem Probanden ein Bild eines angsterfüllten Kindes gezeigt mit der Frage, wovor sich dieses Kind fürchten könnte. Es folgte die Frage nach der größten, wiederholt erlebten Angst des befragten Kindes selbst. Es wurde gefragt, wie lange es gehe, bis die Angst jeweils einen Gipfel erreiche und welche


**Angst sensitivität**


**Kognitive Krankheitskonzepte**


gut bezeichnet werden. Bei Uneinigkeit wurde der Ratingwert im Konsensverfahren festgelegt. Um ein generelles Maß für den kognitiven Entwicklungsstand bezüglich Krankheit zu bekommen, wurde aus den gesorten Werten der 16 Items die Skala Entwicklungsniveau Krankheitskonzepte (KK) gebildet (Cronbachs Alpha .65).

**Erfassung der Körperbeschwerden des Kindes**


Die Ratings werden zu einem Summenwert addiert, welche die Skalen Körperbeschwerden KB (Cronbachs Alpha .58, Trennschärfeeffizienten zwischen .14 und .43) bildet.

**Psychische Auffälligkeit der Eltern und Familienprobleme**


In der Einzeluntersuchung wurde das Kind nach Veränderungen und Schwierigkeiten in der Familie gefragt. Als Probleme gewertet wurden Krankheit in der Familie, Streit, Trennung oder Tod eines Familienangehörigen. Aus diesen Angaben wurde eine dichotome Variable (Familienprobleme vorhanden/nicht vorhanden) gebildet.

**Dichotomisierung der Risikovariablen**

Um direkte Vergleiche bezüglich der Risikovariablen zu ermöglichen, wurden alle Skalenwerte durch Cut-Off-Werte bei ca. der 75. Perzentile in dichotome Variablen

**Ergebnisse**

**Prävalenz von Panikanfällen**

Beim allen Panikanfällen, die diagnostiziert wurden, handelt es sich um situationsabhängige Anfälle. Ein Anfall aus heiterem Himmel wurde nicht gefunden. 25,2 % aller 230 einzeln untersuchten Kinder (25,9 % der Jungen und 24,6 % der Mädchen) berichten situationsabhängige Panikanfälle. Der nach Screeninggruppen gewichtete Prävalenzwert ist wegen der durch das zweistufige Vorgehen bedingten Übertretung von ang斯塔uffälligen Kindern in der Untersuchungsstichprobe etwas geringer und beträgt 21,4 % (Jungen: 25,1 %; Mädchen: 18,6 %). Die eingesetzten Screeninginstrumente erwiesen sich für Panikanfälle als wenig selektiv.


**Symptomatik der Panikanfälle**

Die häufigsten Situationen, in welchen Kinder Panikanfälle erleben, sind Dunkelheit, Alpträume und Angst vor Gespenstern (22 %, n = 13), Konfrontation mit Tieren (21 %, n = 12), Trennungssituationen (17 %, n = 10) und agoraphobische Situationen (10 %, n = 6). Die übrigen Situationen, in welchen Kinder körperlich heftig erlebte Angst erleben, sind Streit in der Familie, Bedrohung durch Gleichaltrige, Schmerz und Leistungssituationen in der Schule (vgl. Abb. 1). Die angstauslösenden Situationen...
unterscheiden sich nicht signifikant zwischen klinischen und nichtklinischen Panikanfällen.


**Zusammenhänge mit Risikovariablen**

Der Zusammenhang zwischen Panikanfällen und Risikovariablen konnte nur bei der Angstssensitivität mittels T-Test geprüft werden, da nur die CASI-Skalenwerte
normalverteilten. Der Zusammenhang ist signifikant (N = 230, keine Panikanfälle: n = 172, M = 10.79, SD = 7.01; Panikanfälle: n = 58, M = 14.64, SD = 7.13: t = -3.60, p = .000).


**Diskussion**


Die in der vorliegenden Studie gefundene erhöhte Angstsenitivität bei Kindern mit Panikanfällen liegt in der gleichen Richtung wie die Ergebnisse einer Studie von
Mattis und Ollendick (1997), welche einen Zusammenhang fanden zwischen Angst sensitivität und der Tendenz, internal und katastrophisierend zu attribuieren. Das unterstreicht die Bedeutung der Angst sensitivität schon bei jüngeren Kindern, wie sie auch in einer anderen Studie im Rahmen der DKAS nachgewiesen werden konnte (vgl. Federer, Schneider, Margraf & Herrle, 2000).

Literatur


Manuskript eingereicht 19. 2. 1999 – Manuskript angenommen 11. 9. 1999

Anschrift

Matthias Federer, Praxis am Claraplatz, Claragraben 78, CH-4058, Basel,
Email: matthiasfederer@hotmail.com.

Tabellen

1. Prozentwerte für spezifische Körperempfindungen und Kognitionen bei größter Angst. Vergleiche von Kindern mit und ohne Panikanfälle (PA), Jungen und Mädchen mit PA, Kindern mit klinischen PA und nichtklinischen PA

2. Zusammenhänge zwischen Risikovariablen und Panikanfällen ($\chi^2$ Berechnung von Panikanfälle erfüllt vs. nicht erfüllt mit dichotomen Risikovariablen)

Abbildungen

1. Situationen, die klinische ($n = 19$) und nichtklinische ($n = 39$) Panikanfälle auslösen (Anzahl der Fälle)

2. Körpergefühle und Kognitionen bei klinischen und nichtklinischen Panikanfällen Rating-Mittelwerte (auf einer Skala von 0 bis 4), $N = 58$