

**ERHEBUNG EINER NORMSTICHPROBE UND ÜBERPRÜFUNG
DER GÜTE DES ÄNGSTLICHKEITS-SCREENINGS FÜR
KINDER (ÄSK)**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
an der Fakultät Psychologie und Bewegungswissenschaft,
Institut für Psychologie der Universität Hamburg

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Nina Krüger
Hamburg, 2014

Tag der mündlichen Prüfung:

06. Oktober 2014

Vorsitzender des Disputationsausschusses:

Prof. Dr. Alexander Redlich, Universität Hamburg

1. Dissertationsgutachter:

Prof. Dr. Gerhard Vagt, Universität Hamburg

2. Dissertationsgutachterin:

Prof. Dr. Claudia K. Friedrich, Universität Tübingen

1. Disputationsgutachter:

Prof. Dr. Stefan Schmidtchen, Universität Hamburg

2. Disputationsgutachter:

Prof. Dr. Sven Tönnies, Universität Hamburg

DANKSAGUNG

Eine Danksagung zu verfassen, fällt mir aus vielerlei Gründen schwer: Dieses Projekt hat mich mit allen Unterbrechungen insgesamt sieben Jahre meines Lebens begleitet – da gibt es eine große Anzahl an Menschen, die Teile meines Weges mitgegangen sind oder diesen zumindest gekreuzt haben. Zudem gibt es einige Fallstricke beim Danken – wer wird, wer nicht, und wenn ja, an welcher Stelle genannt? Und letztlich ist das Gefühl eines Widerstandes in mir nicht unerheblich – eine Arbeit, die so viel Zeit aber auch Leidenschaft gekostet hat, nun zu Ende zu führen. Dennoch möchte ich einen Versuch wagen und nachfolgend einigen Menschen danken und bitte jeden, der glaubt oder weiß, dass ich ihn vergessen habe, es mir nachzusehen...

Zuallererst danke ich meinen Prüfern: Prof. Dr. Alexander Redlich, der sich glücklicher Weise von mir zum Vorsitz hat überreden lassen. Prof. Dr. Gerhard Vagt, der in vielen gemeinsamen Mittagessen neben der Erweiterung meines Fußballwissens auch für wertvolle Anregungen bezüglich meiner Arbeit Sorge getragen hat. Prof. Dr. Claudia K. Friedrich, die mir in vielen Schritten des Prozesses meiner Arbeit beigestanden hat, inklusive der finalen Rückmeldung zum schriftlichen Produkt. Prof. Dr. Stefan Schmidtchen, der mich nicht nur durch das Thema und den Fragebogen zum Beginn einer Doktorarbeit ermutigt hat. Prof. Dr. Sven Tönnies, der trotz Ruhestand auch nach solch langer Zeit noch bereit ist, diese Arbeit zu prüfen.

Besonders danke ich den Schulen, engagierten Schulleitern, Lehrern, Praxismitarbeitern, Eltern und vor allem den Kindern, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Auch ohne die vielen Versuchsleiter und Helfer, die mich teilweise über mehrere Jahre begleitet haben, hätte ich die Qualität der Daten sicher nicht gewährleisten können: Mara Schumacher, Mara Suhren-Geipel, Kolja Heumann, Jens Winkler, Jenny Ohrt, Johanna Nuria Rüter, Anita Lachmanski, Hannah Trense, Sarah Schäufler, Katharina Bareis, Geraldine Jorge Guzman, Danièle Wittkopf, Rick Bode, Meret Seelbach, Neli Weisse, Uta Schwesig, Greta-Alena von Elsner, Stefanie Schmück, Jens Winkler, Stefanie Linde, Evin Dozen und Tabea Borchert

Für das kommentieren und Korrekturlesen einiger Kapitel, Vorversionen oder auch des (fast) finalen Dokuments danke ich: Claudia Friedrich, Pia Ley, Kolja Heumann, Danièle Wittkopf, Sarah Schäufler, Sonja Sievers, Mara Suhren-Geipel, Mara Schumacher und Sören Fiedler.

Meinen ehemaligen und (fast noch) aktuellen Kollegen danke ich für die konstruktiven Gespräche und Unterstützung zwischen den Zeilen: Dr. Hans-Joachim Zienert, Dr. Sandra Xenia Aures, Dr. Lena Kluge, Erik Meyerhof, Monique Horstmann und Dr. Susanna Jeschonek-Seidel.

Prof. Dr. Ulf Liszkowski danke ich dafür, dass er mir in der letzten Phase meiner Arbeit den Freiraum gegeben hat, diese fertig zu stellen und dabei dennoch die Möglichkeit eröffnet hat, in mir bis dahin neue und aktuelle Forschungsbereiche Einblick zu erhalten.

Zu guter Letzt seien meine privaten Unterstützer genannt, ohne die jeglicher Rahmen gefehlt hätte: meine Familie, insbesondere mein Freund Sören Fiedler, meine Söhne Karl Hugo und Ivo Willem, mein Bruder Lukas, mein Onkel Christian Zillich, meine Eltern Hermann Siegert und Heidemarie Krüger. Dr. Wolfgang Schiebel und Bettina Schiebel-Piest danke ich vor allem (aber nicht nur!) für das Vertrauen in mich. Allen guten Freunden danke ich, dass sie es immer wieder ertragen haben, dass es lange Zeit nur ein wiederkehrendes Thema gab, das ich zuweilen (für Nicht-Psychologen) recht unverständlich auch in die privaten Kontexte hineintrag...

Nun hat es ein Ende und Neues kann beginnen!

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	I
ZUSAMMENFASSUNG	III
ABSTRACT	V
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 <i>Entwicklungsbedingte vs. altersuntypische Ängste</i>	2
1.2 <i>Angst vs. Ängstlichkeit</i>	4
1.3 <i>Prävalenz von Ängstlichkeit</i>	5
1.4 <i>Ätiologie von Ängstlichkeit</i>	6
1.5 <i>Einflussfaktoren von Ängstlichkeit</i>	6
1.6 <i>Komorbiditäten von Ängstlichkeit</i>	10
1.7 <i>Verlauf von Ängstlichkeit</i>	11
1.8 <i>Ängstlichkeit und Emotionen</i>	12
1.9 <i>Ängstlichkeit und Kognitionen</i>	13
1.10 <i>Zusammenfassung der Befunde zu Ängstlichkeit</i>	15
2 MESSUNG VON ÄNGSTLICHKEIT IM GRUNDSCHULALTER ...	17
2.1 <i>Urteilerübereinstimmungen bei der Einschätzung von Ängstlichkeit und internalisierenden Auffälligkeiten</i>	18
2.2 <i>Darstellung von Testverfahren zur Erfassung von Angst und/oder Ängstlichkeit</i>	21
2.3 <i>Darstellung des Ängstlichkeits-Screenings für Kinder (ÄSK)</i>	24
2.4 <i>Zusammenfassung der Befunde zur Messung von Ängstlichkeit</i>	29
3 FRAGESTELLUNGEN.....	30
4 METHODE	39
4.1 <i>Untersuchungsdesign</i>	39
4.2 <i>Durchführung</i>	41
4.3 <i>Erhebungsinstrumente</i>	45
4.4 <i>Stichprobe(n)</i>	62
4.5 <i>Statistische Analysen</i>	65
5 ERGEBNISSE.....	68
5.1 <i>Überprüfung der Voraussetzungen</i>	68
5.2 <i>Deskriptive Kennwerte der Stichprobe</i>	68
5.3 <i>Ergebnisse bzgl. der Objektivität</i>	72
5.4 <i>Deskriptivstatistische Evaluation von Items</i>	72
5.5 <i>Reliabilität</i>	73
5.6 <i>Validität</i>	75
5.7 <i>Gütenebenkriterien</i>	78
5.8 <i>Replikation der Befunde zu Urteilerübereinstimmungen</i>	83
5.9 <i>Normwerte</i>	84

5.10	<i>Kontrollanalysen</i>	88
6	DISKUSSION	90
6.1	<i>Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse</i>	90
6.2	<i>Generalisierbarkeit und Repräsentativität</i>	102
6.3	<i>Methodische Diskussion</i>	108
6.4	<i>Bedeutsamkeit und praktische Implikationen</i>	112
7	FAZIT UND AUSBLICK	115
8	LITERATUR	119
9	ANHANG	138
9.1	<i>Briefe an die Schulleitungen, LehrerInnen, Eltern und Projektvorstellung Kinder</i>	138
9.2	<i>Briefe an Praxiseinrichtungen, Eltern und Kinder in ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung</i>	145
9.3	<i>Genehmigungen Schulbehörde, Kultusministerium und Ethikkommission</i>	149
9.4	<i>Das Ängstlichkeitsscreening für Kinder (ÄSK): Testheft</i>	152
9.5	<i>Ausführliche Übersicht über andere Messverfahren zur Erfassung von Ängstlichkeit</i>	154
9.6	<i>Verwendete Testverfahren zur Überprüfung der Güte des ÄSK</i>	158
9.7	<i>Selbstentwickelter Expertenfragebogen</i>	172
9.8	<i>Voraussetzungsprüfungen, weitere Rechnungen, Grafiken zu Ergebnissen</i>	173
9.9	<i>Norm- bzw. Referenztabellen zum ÄSK</i>	196

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

M_x	=	Mittelwert
Mdn	=	Median
SD_x	=	Standardabweichung
SE_x	=	Standardfehler
KI	=	Konfidenzintervall
df	=	Freiheitsgrade
N	=	Stichprobe
n	=	Teilstichprobe
r	=	Korrelationskoeffizient
p	=	posteriori-Signifikanzniveau
α	=	apriori-Signifikanzniveau
P	=	Itemschwierigkeit
r_{tt}	=	Retest-Reliabilität
r_{itc}	=	Item-Skala-Interkorrelation
H_{ix}	=	Itemhomogenität
H_{ges}	=	Gesamthomogenität
RMSEA	=	Root-Mean-Square-Error-of-Approximation
SRMR	=	Standardized-Root-Mean-Square-Residual
CFI	=	Comparative-Fit-Index
BSI	=	Brandenburger Sozialindex
ÄSK	=	Ängstlichkeitsscreening für Kinder
IVE	=	Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen
HANES KJ-N	=	Hamburger Neurotizismus- & Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche
KidKINDL ^R	=	Revidierter KINDer Lebensqualitätsfragebogen
KAT II	=	Kinder-Angst-Test 2
KASI	=	Kinder-Angstsensitivitätsindex
CBCL4/18	=	Child Behavior Check List für 4- bis 18-jährige
SDQ	=	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) für LehrerInnen und Eltern
ICD	=	International Statistical Classification of Diseases & Related Health Problems
DSM	=	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MASC	=	Multidimensional Anxiety Scale for Children for DSM-IV

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Übersicht der gängigen Testverfahren mit Angabe spezifischer Anwendungsbereiche, Konstruktionsmerkmale und Gütekriterien.....	22
Tabelle 2: Mittelwerte (Bezugswerte) in der Skala Empathie des IVE einer Untersuchung zur differentiellen Validität.....	47
Tabelle 3: Normwerte der Skala Empathie des IVE der Neun- bis Zehnjährigen.....	48
Tabelle 4: Normwerte der HANES KJ-N der Neun- bis Zehnjährigen.....	50
Tabelle 5: Referenzwerte der Gesamtskala des Kid-KINDLR für Acht- bis Zwölfjährige	51
Tabelle 6: Normwerte des KAT II der Neun- bis Zehnjährigen.....	53
Tabelle 7: Normwerte des KASI der Zwölf- bis Sechszehnjährigen	55
Tabelle 8: Normwerte der CBCL/4-18 der Neun- bis Elfjährigen für T-Werte \leq 59.....	57
Tabelle 9: Normwerte der Elternversion des SDQ für die der Sechs- bis Sechszehnjährigen ...	59
Tabelle 10: Vergleichswerte der Elternversion des SDQ für die der Drei- bis Siebzehnjährigen.....	60
Tabelle 11: Übersicht über die Stichprobengrößen nach Erhebung bzw. Verfahren	63
Tabelle 12: Übersicht der Reliabilitäten nach Cronbach's α nach Altersstufen getrennt berechnet.....	73
Tabelle 13: Übersicht der Reliabilitäten nach Cronbach's α nach Klassenstufen getrennt berechnet.....	74

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Rating-Skala des ÄSK	25
Abbildung 2: Die Darstellung des Normierungsprozesses	40
Abbildung 3: Darstellung des über die Zeit modifizierten und aktualisierten zeitlichen Ablaufs der Untersuchung.....	44
Abbildung 4: Konfirmatorische Faktorenanalyse über AMOS 19.0 erstellt.....	76
Abbildung 5: Histogramm für den Gesamtscore Ängstlichkeit	85
Abbildung 6: Histogramm für den Gesamtscore Ängstlichkeit	85
Abbildung 7: Trendbereinigtes QQ-Plot für den Gesamtscore Ängstlichkeit	86
Abbildung 8: Boxplot für den Gesamtscore Ängstlichkeit	86
Abbildung 9: Boxplot für den Gesamtscore Ängstlichkeit gruppiert nach Geschlecht	87
Abbildung 10: Boxplot für den Gesamtscore Ängstlichkeit gruppiert nach Alter.....	88

Zusammenfassung

Mehrere Autoren weisen darauf hin, dass Patienten mit unterschiedlichsten Störungsbildern, insbesondere mit Angststörungen und Depressionen, bereits in der Kindheit beeinträchtigt waren. So berichten Patienten retrospektiv, dass sie bereits im Grundschulalter eine erhöhte Ängstlichkeit erlebten. Dieser Umstand liefert den Ansatz einer frühzeitigen Prä- bzw. Intervention psychischer Störungen im Grundschulalter. Über ihre Ängstlichkeit können bereits Kinder im Grundschulalter Auskunft geben (Selbsturteile). Selbst beurteilte Ängstlichkeit muss sich nicht im Verhalten äußern. Somit ist das Selbsturteil für bestimmte, nicht an der Verhaltensebene festzumachende, Ängste wichtige Informationsquelle. Um eine erhöhte Ängstlichkeit bei Grundschulkindern feststellen zu können, fehlen jedoch bisher geeignete deutschsprachige Instrumente.

Im Rahmen dieser Arbeit sollte die Testgüte des Ängstlichkeitsscreenings für Kinder (ÄSK) überprüft werden. Zur Bestimmung von Referenzwerten und Testgütekriterien des ÄSK wurden 818 Grundschul Kinder aus Norddeutschland teilweise wiederholt getestet. Ein Retest erfolgte nach vier Wochen mit 76 Kindern, ein weiterer mit 97 Kindern nach drei Monaten. Zur Überprüfung der Validität kamen verschiedene quantitative Verfahren (i-iv und vi) sowie qualitative Verfahren (iv und v) zum Einsatz: (i) Kinder der Normstichprobe füllten zusätzlich zum ÄSK einschlägige Fragebögen aus, die Angst (n=115), Angstsensitivität (n=115), Empathie (n=337) oder Neurotizismus (n=154) erfassen. (ii) 66 Kinder einer klinischen Stichprobe mit internalisierenden Symptomen und anderen psychischen Auffälligkeiten beantworteten das ÄSK. (iii) Ein Vergleich hinsichtlich der selbsteingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfolgte an zwei Gruppen von Grundschulkindern, die durch den ÄSK entweder als hoch- (n=84) oder als niedrigängstlich (n=64) klassifiziert wurden. (iv) Insgesamt 54 praktisch und/oder wissenschaftlich arbeitende Berufsexperten beurteilten die Inhalte der Items des ÄSK sowie weitere übergeordnete Aspekte des ÄSKs mittels Fragebögen. (v) Acht Grundschul Kinder charakterisierten die Inhalte, Akzeptanz und Praktikabilität des ÄSK in strukturierten Interviews. (vi) Zur Bestimmung der Veränderungssensitivität wurde das ÄSK im Rahmen des Präventionsprogramms *Löwenherz* bei internalisierenden Störungen mit 50 Grundschulkindern (und einer Kontrollgruppe von 20 Kindern) eingesetzt.

Insgesamt bescheinigen die Ergebnisse dem ÄSK eine hohe Güte. Hervorzuheben sind die gegebene Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sowie zufriedenstellende bis gute Reliabilitäten und eine ausreichende bis gute Retest-Reliabilität. Die niedrigen bis mittleren positiven Korrelationen des ÄSK mit der selbsteingeschätzten emotionalen Instabilität (Neurotizismus) und Empathie (diskriminante Validität) kontrastieren mit den hohen und

positiven Zusammenhängen mit ähnlichen Konstrukten (konvergente Validität). Die Ergebnisse zum Vergleich der klinisch auffälligen Kinder mit der Grundschulstichprobe sowie hoch- und niedrigängstlicher Grundschul Kinder hinsichtlich ihrer Lebensqualität belegen die differentielle Validität des ÄSK. Die Veränderungssensitivität wurde durch den Nachweis großer kurz- und langfristiger Effekte im Rahmen der Evaluation des Präventionsprogramms *Löwenherz* an Grundschulkindern bestätigt.

Im Rahmen dieser Arbeit ist es gelungen, Methoden der klassischen mit dem Ansatz der probabilistischen Testtheorie sowie qualitativen Forschungsmethoden zu kombinieren und damit die Güte des neuen Verfahrens zu belegen. Die Ergebnisse kennzeichnen das ÄSK als objektiven, reliablen und validen Test zur Erfassung der Ängstlichkeit im Selbsturteil von Grundschulkindern. Insbesondere die Befunde hinsichtlich geringer Konkordanz des kindlichen mit dem elterlichen bzw. Lehrerurteil legen nahe, dass Kinder zuverlässigere Informationsquellen für internalisierende Problematiken sind als ihre erwachsenen Bezugspersonen. Für den ÄSK bieten sich vielfältige Anwendungsperspektiven nicht nur in der Forschung sondern auch im schulischen Bereich, in Erziehungsberatungsstellen und in kinderpsychologischen Praxen.

Abstract

Several authors allude to the fact that patients afflicted with the most diverse psychological disorders, especially anxiety disorder and depression, have already been affected by it in their childhood. These aforementioned patients report retrospectively having experienced heightened anxiety at primary school age. This fact provides a basis for an approach for early mental disorder prevention and intervention in primary school children. Children at this age are already able to provide information about their level of anxiety. Self-reported anxiety is not bound to be expressed in perceivable behavior. Therefore the self-report is an important source of information for anxieties which are not recognizable on behavioral level. However, there is a lack of instruments available in the German language in order to be able to assess heightened primary school aged children's anxiety levels so far.

This study aims to examine the test quality of the "Ängstlichkeitsscreening für Kinder (ÄSK)" (anxiety screening for kids). In order to define reference values and psychometric properties for the ÄSK 818 primary school children from northern Germany were tested, some of them repeatedly. One retest was conducted four weeks later with 76 children, another one three months later with 97 children. Different quantitative methods (i-iv and vi) as well as qualitative methods (iv and v) were applied to examine the validity of the test. (i) Children from the norm sample completed relevant questionnaires in addition to the ÄSK either measuring anxiety (n=115), anxiety sensitivity (n=115), empathy (n=337) or neuroticism (n=154). (ii) 66 children from a clinical sample with internalized symptoms and other mental health issues completed the ÄSK. (iii) A comparison considering the self-reported health-related quality of life was conducted between two groups of primary school children who were classified either as highly anxious (n=84) or lowly anxious (n=64) by the ÄSK. (iv) Overall, 54 experts working in the either applied research or academical field of this discipline judged the contents of the items as well as superordinate aspects of the ÄSK by utilizing questionnaires. (v) In structured interviews, eight primary school children were asked to describe the contents, the acceptance and the practicability of the ÄSK. (vi) In order to define its sensitivity to change the ÄSK was used within the prevention program *Löwenherz* against internalizing disorders with 50 primary school children (and a control group of 20 children).

Overall, the results verify the high test quality of the ÄSK. The given objectivity as well as satisfying up to good reliabilities and a satisfactory up to good retest reliability are to be highlighted. The low up to moderate positive correlations of the ÄSK with the self-reported emotional instability (neuroticism) and empathy (discriminant validity) contrast with

the high and positive relationships with similar constructs (convergent validity). The results of a comparison between clinically referred children and the primary school sample as well as of a comparison between highly anxious and lowly anxious primary school children concerning their life quality verify the differential validity of the ÄSK. The sensitivity to change has been confirmed by the demonstration of great short- and long-term effects within the *Löwenherz* prevention program for primary school children.

Within this work, methods of the classical test theory could be successfully combined with approaches of the probabilistic test theory as well as qualitative research methods and thereby confirm the test quality of this new instrument. The results characterize the ÄSK as an objective, reliable and valid test for measuring self-reported anxiety of primary school children. Notably the findings with respect to the low concordance between the child's judgment and the parents' and teachers' judgment suggest that children are more reliable sources of information for internalizing problems than their adult attachment figures. For the ÄSK there are diverse application possibilities not only in the area of research but also in schools, child guidance centers and (private) practices for child psychology.

1 Einleitung

Es gibt vielfältige Hinweise darauf, dass Patienten mit unterschiedlichsten Störungsbildern, insbesondere mit Angststörungen und Depressionen, bereits in der Kindheit beeinträchtigt waren (Ahrens-Eipper, 2002; Ahrens-Eipper & Leplow, 2004; Petermann, 2005; Remschmidt & Walter, 1990; Schneider & Blatter, 2005). So berichten Patienten retrospektiv, dass sie bereits im Grundschulalter eine erhöhte Ängstlichkeit erlebten. Laut Petermann und Petermann *„bilden früh auftretende Angststörungen den Startpunkt vielfältiger psychischer Störungen.“* (2009, S. 1). Etwa 46% der Kinder im Alter von 6 bis 19 Jahren mit Trennungsangst oder Überängstlichkeit berichteten, dass diese Beeinträchtigungen mindestens acht Jahre anhielten. Die mittlere Störungsdauer lag bei vier Jahren (Keller et al., 1992). *„Aktuelle epidemiologische Studien verdeutlichen, dass Kinderängste nicht nur „Kinderkram“ sind, sondern als klinisch bedeutsame psychische Störungen ernst genommen werden müssen.“* (Schneider & Blatter, 2005, S. 650). Eine frühzeitige Prävention oder Intervention im Grundschulalter könnte eine Chronifizierung verhindern oder psychischen Störungen entgegenwirken (siehe auch Ahrens-Eipper, 2002; Ahrens-Eipper & Leplow, 2004; Aures, 2011; Ihle & Esser, 2002; Köhl, Bender, Kley, Krämer, & Tuschen-Caffier, 2010; Petermann, 2005; Schneider & Borer, 2003; Simon, Bögels, & Voncken, 2011).

Kinder mit internalisierender Problematik, wie Angst oder soziale Unsicherheit, fallen im Alltag seltener auf als Kinder mit externalisierenden Auffälligkeiten, wie Hyperaktivität oder Aggressivität. Beispielsweise stören Kinder mit internalisierender Problematik das Unterrichtsgeschehen zumeist nicht und werden von ihren Lehrern nicht als problematisch wahrgenommen. In der Praxis und Forschung stehen daher häufig die externalisierenden Auffälligkeiten im Fokus, unter anderem da betreffende Kinder den Unterricht durch ihr Verhalten maßgeblich mitgestalten oder gar stören (Lauth & Mackowiak, 2004; Schneider & In-Albon, 2010).

Zwar existieren zuverlässige Diagnostikinstrumente für die Ermittlung klinischer Ängste im Grundschulalter (Hoyer & Margraf, 2003), für die Erfassung erhöhter Ängstlichkeit (im nicht- oder subklinischen Bereich) fehlen jedoch bisher geeignete Instrumente. Diese vorhandenen klinischen Verfahren lassen sich zudem nur eingeschränkt auf eine subklinische Anwendung übertragen, da sie zum Teil bereichsspezifisch sind, also beispielsweise spezifische Phobien oder Schulangst erfassen, nur bedingt für Gruppentestungen geeignet sind oder lediglich die Fremdeinschätzung durch Eltern oder Lehrer erheben (vgl. Kapitel 2.2, S. 21ff). In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass das Selbsturteil für bestimmte, nicht an der Verhaltensebene festzumachenden Ängste, die

wichtigste Informationsquelle ist (Federer, Schneider, Margraf, & Herrle, 2000; Fombonne, 2002; Marten, DiBartolo & Grills, 2006). Deshalb erscheint vor allem in Hinblick auf präventive aber auch interventive Maßnahmen unerlässlich, die bereits bestehenden Verfahren zu erweitern und ein objektives, reliables und valides Instrument zu schaffen, das die generelle Ängstlichkeit von Grundschulkindern zu messen vermag.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll das Ängstlichkeitsscreening für Kinder (ÄSK; Aures, Bradtke, Fiedler, & Schmidtchen, 2003; siehe auch Krüger, 2012), das am Arbeitsbereich Kinderpsychotherapie und -diagnostik des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg entwickelt wurde und die aufgezeigte Lücke schließt, auf seine Güte hin überprüft werden. Dies beinhaltet neben der Überprüfung der Objektivität, Reliabilitäten und Validitäten auch die Erhebung und Ermittlung von Referenzwerten einer Normstichprobe Norddeutscher Grundschulkindern, einer klinisch auffälligen Stichprobe und der Evaluation einer Präventionsstudie im Bereich internalisierender Problematiken.

1.1 Entwicklungsbedingte vs. altersuntypische Ängste

Ängste sind im Vor- und Grundschulalter weit verbreitet und können als entwicklungspsychologisches Phänomen betrachtet werden (Mackowiak, 2007; Schneider & In-Albon, 2010). So fasst Marks (1987) in seinem Review zu „normalen Ängsten“ zusammen, dass bestimmte Muster von Ängsten in bestimmten Stufen als normal angesehen werden müssen. Ängste wandeln sich mit dem Wachsen des Kindes durch Reifung und Konfrontation mit neuen Situationen (Marks, 1987). Jedoch können neue Erfahrungen wie beispielsweise der Schuleintritt zu temporären Ängsten führen. Ebenso werden Ängste vor spezifischen Objekten, wie etwa vor Spinnen oder der Höhe, häufig durch soziales Lernen erworben (Marks, 1987).

Die meisten Ängste sind gewöhnlich und werden von den meisten etwa gleichaltrigen Kindern geteilt. So führt Marks (1987) diverse Studien an und fasst die häufigsten gewöhnlichen Ängste mit den dazugehörigen ungefähren Altersbereichen zusammen. Demnach haben Zwei- bis Vierjährige vor allem Angst vor Tieren, Vier- bis Sechsjährige Ängste vor Dunkelheit und imaginären Kreaturen. Vor Ärzten, Hunden, Stürmen und Dunkelheit zeigen vor allem Zwei- bis Sechsjährige Ängste, im Alter von 6 bis 12 Jahren zeigen sich Ängste vor mysteriösen Begebenheiten und Tieren. Die Angst vor Fremden verschwinde laut Marks (1987) meist mit der positiven Erfahrung des Besuchs von Spielgruppen, Kindergarten oder Schule. Die Schulangst verschwindet häufig mit dem Schuleintritt und lebt mit dem Wechsel in eine weiterführende Schule erneut auf. Somit verändern sich die Inhalte der Angst in den verschiedenen Altersstufen.

Dass auch das Ausmaß der Ängste sich mit dem Alter verändert, berichten Campbell und Rapee (1994). So nimmt mit zunehmendem Alter beispielsweise die Angst vor physischen Bedrohungen ab. Die Gründe dafür zeigen sich laut Campbell und Rapee (1994) in spezifischen Entwicklungsmustern, die bestimmte Ängste in bestimmten Altersabschnitten dominieren lassen. In einer schwedischen Untersuchung fanden Larsson, Melin und Morris (2000), dass Achtjährige von mehr Ängsten als Zwölfjährige berichteten. In eine ähnliche Richtung zeigen die Ergebnisse, die Asendorpf, Denissen und van Aken (2008) für das Merkmal Schüchternheit in der LOGIK-Studie fanden. Mit zunehmendem Alter nahm die Unsicherheit der Kinder bzw. Jugendlichen ab.

Nach Gullone (2000) unterscheiden sich klinische Ängste oder Phobien von entwicklungsbedingten, normalen Ängsten, da sie nicht alters- oder phasenangemessen sind oder über einen längeren Zeitraum bestehen oder/und sich ausweiten und/oder sich bedeutsam auf das alltägliche Funktionieren auswirken. In ihrem Review unterscheidet sie die bisherige Forschung nach ihren Erhebungsmethoden in retrospektive Berichte, Beobachtungsdaten, Eltern- und Lehrerbefragungen, Kinderinterviews, Angstlisten-Inventare sowie Selbsteinschätzungen. Zusammenfassend hält sie fest, dass die Befunde je nach methodischem Ansatz erheblich differieren. Jedoch lassen sich als wesentliche, relativ einheitliche Befunde zusammenfassen, dass im Kleinkindalter vor allem Ängste bezüglich des direkten Umfeldes (z.B. laute Geräusche) vorliegen und in der Kindheit bezüglich der konkreten Umwelt (z.B. Tiere, Dunkelheit, Trennung). Mit dem Schulalter nehmen antizipierte Ängste wie beispielsweise Angst vor Verletzungen, Misserfolg oder Kritik zu. In Bezug auf die Intensität der Ängste lassen sich keine konsistenten Befunde in Abhängigkeit des Alters der Kinder ermitteln. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass mit zunehmendem Alter auch die Möglichkeiten der Emotionsregulation zunehmen. Insgesamt betrachtet lässt sich laut der Autorin eine Vergänglichkeit der meisten normativen Ängste bis zu einem Alter von etwa elf Jahren feststellen.

Die Klassifikation von Angst und Ängstlichkeit im Kindesalter als auffällig muss den typischen Entwicklungsverlauf berücksichtigen. Auch Remschmidt, Schmidt und Poustka (2006) weisen darauf hin, dass viele Merkmale von Ängstlichkeit oder sozialer Unsicherheit in bestimmten Entwicklungsabschnitten normal seien. Schneider und Döpfner (2004) formulieren sogar, dass bestimmte Ängste in einem moderaten Ausmaß in einem gewissen Alter entwicklungsbedingt auftreten müssen. Mit der Erweiterung der Fähigkeiten eines Kindes eröffnen sich ihm neue Handlungsspielräume. So kann eine vorerst zurückhaltende bis ängstliche Annäherung an die neuen Begebenheiten dem Kind helfen, diese neuen Spielräume geschützt zu erkunden. Dies müsse bei der Beurteilung von klinisch auffälligen Ängsten

immer einbezogen werden. Hoyer, Helbig und Margraf (2005) bezeichnen Ängste dann als klinisch bedeutsam, wenn sie anhaltend und beeinträchtigend sind. Nach Petermann (2002, S.228) sind Kinderängste dann behandlungsbedürftig, „... wenn sie ein Kind in seinem Alltag stark und anhaltend einschränken. Die Einschränkung resultiert aus einem Flucht- und Vermeidungsverhalten, das langfristig ein Kind in seiner motorischen, kognitiven sowie sozial-emotionalen Entwicklung beeinträchtigt; daraus entstehen Folgeprobleme in Familie, Kindergarten, Schule und Freizeitbereich.“

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die Angstinhalte in unterschiedlichen Altersstufen variieren. Die Intensität und Dauer nehmen mit zunehmendem Alter ab. Die Erklärung für Auftauchen und Verschwinden der Ängste wird entwicklungsbedingt gesehen. Erst wenn die Ängste zu weitreichenderen Einschränkungen der Kinder führen, werden sie behandlungsbedürftig.

1.2 Angst vs. Ängstlichkeit

Im englischen Sprachraum werden die Begriffe Angst und Ängstlichkeit nicht unterschieden. Für beide Konstrukte wird in der Regel der Begriff „anxiety“ verwendet. Psychologische Untersuchungen unterschieden Angst und Ängstlichkeit und die damit verbundenen Konstrukte jedoch sehr früh (vgl. Amelang & Bartussek, 2001). So führte Spielberger 1972 das Modell der State- und Trait-Angst ein, das mittlerweile nicht nur in der Differentiellen Psychologie ein grundlegendes Konzept von Persönlichkeit geworden ist (Lazarus-Mainka & Siebeneck, 2000). State-Angst kann als Zustandsangst übersetzt werden, also als konkrete, auf eine Situation bezogene, und vorübergehende Angst. Beispielsweise hat ein Kind vielleicht Angst vor der morgigen Mathematiklausur, weil es weiß, dass es sehr wenig gelernt hat. Die Trait-Angst wird als Disposition verstanden, als grundlegendes persönlichkeitspezifisches Merkmal, das auch durch verschiedene (State-Angst-)Erfahrungen gebildet wird. Etwa generalisiert eben diese Schülerin durch wiederholte Angstzustände vor Klausuren ihre Angst und entwickelt eine Ängstlichkeit vor allen Klausuren, unabhängig vom Fach oder der eigenen Vorbereitung, der Schwere der Klausur, etc.

Nach Amelang und Bartussek (2001) ist die Definition der Begrifflichkeiten eindeutig: „**Angst** bezeichnet ein aktuelles Geschehen von relativ kurzer Dauer, **Ängstlichkeit** eine als überdauernd angesehene Disposition dafür, vergleichsweise leicht, oft und intensiv in Angstzustände zu geraten.“ (S. 463). Des Weiteren führen die Autoren diverse faktorenanalytische Befunde auf, die statistische Belege für diese Theorie liefern.

Da unterschiedliche Ängste für eine Ängstlichkeit dispositionieren können und State-Angst mit Trait-Angst statistisch zusammenhängt (Muris, Rapee, Meesters, Schouten, &

Geers, 2003), ist es wichtig, stets beide Konstrukte zu betrachten und voneinander abzugrenzen.

1.3 Prävalenz von Ängstlichkeit

Ein Problem bei der Betrachtung und Zusammenfassung von Prävalenzstudien ist die Uneinheitlichkeit der Befunde (Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; Ihle & Esser, 2002; Petermann, 2005; Schlup & Schneider, 2009), die zumeist auf den unterschiedlichen Designs und Settings der Untersuchungen basiert. So fassen Barkmann und Schulte-Markwort (2004) die Prävalenzraten psychischer Störungen oder Auffälligkeiten allgemein von Kindern und Jugendlichen von 29 deutschen Studien zu einer durchschnittlichen Rate von etwa 17.2% zusammen. In einer Untersuchung von Ford, Goodman und Meltzer (2003) mit 10 438 Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 15 Jahren zeigte sich eine Prävalenzrate von 9.5% für eine oder mehrere psychische Diagnosen.

Die Prävalenzraten für Angststörungen variieren erheblich über verschiedene Studien hinweg. In einer Studie von Meltzer und Kollegen (Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2003) zeigten 4% der untersuchten britischen Kinder eine emotionale Störung in Form von Angst und/ oder Depression. In der Meta-Studie von Ihle und Esser (2002), die deutsche Kinder und Jugendliche von 3 bis 18 Jahren einbezog, zeigten sich Angststörungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10.4% als häufigste Störung im Kindes- und Jugendalter. In einer Metaanalyse, die unter anderem Studien aus den USA, Großbritannien, Japan und den Niederlanden einschloss, fanden Cartwright-Hatton, McNicol und Doubleday (2006) eine erhebliche Streuung der Prävalenz von 2.6 bis 41.2% klinischer Ängste bei Kindern im Alter unter elf Jahren. Dabei war Trennungsangst die am häufigsten erfasste Diagnose. In einer repräsentativen Studie ermittelten Federer und Kollegen (2000) eine Prävalenz von 9.5% für eine Stichprobe Achtjähriger. Auch nach Petermann (2005) gehören Angststörungen sowie die externalisierenden Störungen zu den häufigsten Störungen im Kindesalter. Schneider und Blatter (2005) geben sogar Lebenszeitprävalenzen für Angststörungen an, die zwischen 14 und 19% liegen.

Jungen zeigen bis zum Alter von 13 Jahren eine durchgehend höhere Gesamtprävalenz für psychische Störungen als Mädchen, im Laufe der Adoleszenz gleichen sich die Raten jedoch an (Ihle & Esser, 2002). Jungen sind häufiger von externalisierenden, Mädchen häufiger von internalisierenden Störungen betroffen (Petermann, 2005) und zeigen jeweils höhere Persistenzraten für diese (Ihle & Esser, 2002). Laut Fombonne (2002) gibt es externalisierende und internalisierende Störungen insgesamt gesehen ungefähr gleich häufig.

Trotz der unterschiedlichen Prävalenzraten in den verschiedenen Studien kann als Konsens festgehalten werden, dass vor allem Angststörungen eines der häufigsten Probleme im Kindes- und Jugendalter darstellen und in einem jungen Alter Mädchen und Jungen gleichermaßen betrifft.

1.4 Ätiologie von Ängstlichkeit

Zur Ätiologie von Ängstlichkeit lassen sich nur wenige Studien finden. In einer Untersuchung von Melfsen und Florin (2003) mit 50 sozial ängstlichen und 25 sozial nicht ängstlichen Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren zeigte sich, dass sozial unsichere Kinder weniger genaue willentliche mimische Ausdrücke zeigten. Zudem zeigten sie einen verringerten Ausdruck von Freude, nicht aber anderer Emotionen. Hinsichtlich des Erkennens von Emotionen machten die sozial ängstlichen Kinder im Vergleich zu den nicht sozial ängstlichen nicht mehr Fehler. Die Autoren folgern aus diesen Befunden, dass Defizite in der emotionalen Kompetenz als übergeordnetes Konstrukt für Emotionsausdruck und –erkennen, im Zusammenhang mit der Ätiologie von Angststörungen stehen (Melfsen & Florin, 2003). Eine neuere Studie untersuchte den Einfluss der Genetik auf ängstliches Verhalten im Grundschulalter (Trzaskowski et al., 2013). Es konnten keine bedeutsamen Zusammenhänge gefunden werden und auch die ermittelten Erblichkeitskoeffizienten wiesen nur geringe Effekte auf.

Zur Entstehung von Angststörungen wiederum gibt es je nach psychologischer Ausrichtung unterschiedliche Modelle. So lassen sich lerntheoretische, behavioristische, kognitive, motivationspsychologische, psychoanalytische, biologische oder bindungstheoretische Ansätze in der Literatur finden (Bohn & Stangier, 2009; Essau, 2003; Helbig & Petermann, 2008; Mackowiak, 2007; Petermann & Petermann, 2009; Schlup & Schneider, 2009; Schneider & Blatter, 2009; 2005). Aufgrund der nicht-klinischen Ausrichtung dieser Studie soll auf eine detaillierte Darstellung dieser Modelle verzichtet werden.

1.5 Einflussfaktoren von Ängstlichkeit

Geschlecht. Geschlechtsunterschiede, nach denen Mädchen in allen Untertests sowie im Gesamtscore höhere Angstwerte als Jungen erzielten, werden in diversen Studien berichtet (Fullana, Servera, Weems, Tortella-Feliu, & Caseras, 2003; Muris et al., 2001; Muris et al., 2003; Walsh, Stewart, McLaughlin, & Comeau, 2004). In den meisten Studien wiesen Mädchen 2 bis 4mal höhere Raten von Angststörungen auf als Jungen (Essau, 2003).

Geschlechtsunterschiede in der Ängstlichkeit wurden mit der biologischen Reife assoziiert. Renschmidt und Walter (1990) argumentieren, dass Geschlechtsunterschiede erst

ab der Pubertät hervortreten. Zu diesem Zeitpunkt zeigen Mädchen zumeist einen höheren biologischen Reifegrad als Jungen. In der Dresdner Kinder-Angst-Studie hingegen wurden bereits bei Achtjährigen Geschlechtsunterschiede nicht nur in den Angsteinschätzungen sondern auch in der Angstdiagnose beobachtet (Federer, Stüber, Margraf, Schneider, & Herrle, 2001). Die Autoren argumentieren, dass dieser Befund die These widerlegt, dass Geschlechtsunterschiede in der Ängstlichkeit aufgrund des biologischen Reifegrades zustande kommen, denn dieser sei bei Jungen und Mädchen diesen Alters noch annähernd gleich.

Alternativ wurden Geschlechtsunterschiede in der Ängstlichkeit mit gesellschaftlich bedingten Rollenbildern assoziiert. Federer und Kollegen (2001) vermuten, dass diese Rollenbilder dazu führen, dass Jungen ihre Ängstlichkeit mehr verstecken als Mädchen. Für eine gesellschaftlich vermittelte Suppression von Ängstlichkeit bei Jungen sprechen auch die Ergebnisse der Studie von Ginsburg und Silverman (2000). Sie ermittelten in ihrer Untersuchung zur Geschlechtsrollenorientierung und Ängstlichkeit mit sechs- bis elfjährigen Kindern, die eine Angststörung aufwiesen, keine signifikanten Korrelationen zwischen dem dimensional konstruierten Femininität und Ängstlichkeit, zwischen dem dimensional konstruierten Maskulinität und Ängstlichkeit hingegen negative Korrelationen. Des Weiteren zeigten sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen in der Skala Maskulinität, nicht aber in der Skala Femininität. Für Angst vor Verletzung und vor Tieren zeigten sich ebenfalls signifikante Geschlechtsunterschiede, für alle weiteren Unterskalen sowie die Gesamtskala Ängstlichkeit jedoch nicht.

Auch Geschlechtsunterschiede in der sozialen Unsicherheit werden als sozial vermittelt diskutiert. Saile und Boger (2009) untersuchten die Abhängigkeit von Situationen und Geschlecht auf die soziale Unsicherheit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 15 Jahren. Insgesamt zeigte sich, dass vermehrt soziale Unsicherheit in solchen Situationen erlebt wird, in denen die Kinder Emotionen äußern sollen. Diese Unsicherheit war in Situationen mit einem gegengeschlechtlichen Interaktionspartner höher als in Situationen mit einem gleichgeschlechtlichen Interaktionspartner. Ein Wechselwirkungseffekt zeigte sich derart, dass Mädchen mehr soziale Unsicherheit in Situationen erleben, in denen sie die Führung übernehmen sollen, als Jungen.

Gullone (2000) berichtet in ihrem Review von der Geschlechtsspezifität der Angstinhalte, -häufigkeit und -intensität. So haben Jungen eher vor Unglück, Verletzung, Schule, Versagen, Albträumen und imaginären Figuren Angst und Mädchen eher Angst vor Dunkelheit, fremden Ansichten, Geräuschen, Objekten, Schlangen, Schmutz, Tieren, Personen oder entführt, ausgeraubt oder getötet zu werden. Darüber hinaus berichten Mädchen von einer größeren Intensität der Ängste und geben insgesamt mehr Ängste an

(Gullone, 2000). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Herrmann (1986) in seiner Arbeit zur Angstdiagnostik bei Grundschulkindern. Er berichtet, dass Mädchen höhere Angstwerte als Jungen aufweisen und erklärt dies durch den Sozialisationseffekt. So sei beispielsweise die Fremdenangst daher bei Mädchen höher ausgeprägt, da sie sich eher um eine soziale Kontaktaufnahme sorgen. Die ausgeprägtere Angst von Jungen vor beispielsweise körperlichen Verletzungen sei durch die aktivere Auseinandersetzung von Jungen mit ihrer Umwelt erklärbar.

Kulturelle Umgebung. Ein weiterer untersuchter Einflussfaktor für psychische Auffälligkeiten ist die Nationalität der Kinder bzw. Familien. Crijnen, Achenbach und Verhulst (1997) stellen in ihrer Studie die Ergebnisse von N=13697 Elternteilen zur Einschätzung des Problemverhaltens sowie inter- und externalisierender Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen von insgesamt zwölf unterschiedlichen Nationen dar. Im Vergleich zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Nationalitäten. Für die Kinder aus Puerto Rico werden die höchsten, für schwedische Kinder die niedrigsten Auffälligkeiten geschildert. Bezogen auf normative Ängste lassen sich in vielen Studien bei den meisten Nationen die üblichen (entwicklungsbedingten) Ängste finden (Gullone, 2000). Auch die Alters- und Geschlechtseffekte zeigen sich überkulturell.

Sozioökonomischer Status. Weitere Beachtung fand in einigen Studien, die Gullone (2000) in ihrem Review zusammenfasst, der sozioökonomische Status als Einflussfaktor. So zeigten sich auch hier Unterschiede hinsichtlich der Angst Inhalte und -häufigkeit. Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status haben mehr Angst vor Tieren, fremden Personen, von den Eltern verlassen zu werden, Tod, Gewalt, (Klapp-)Messern, Polizisten und Prügeleien. Kinder aus Familien mit mittlerem und höherem sozioökonomischen Status haben mehr Angst vor Höhe, Krankheit, Achterbahnfahrten und um die Sicherheit ihrer Haustiere. Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status berichten signifikant mehr Ängste als Kinder aus Familien mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status. Gullone (2000) generiert hierzu die These, dass die Unterschiede in den Inhalten und der Anzahl der berichteten Ängste die unterschiedlichen Realitäten dieser Kinder widerspiegeln. Dafür spricht auch ein Ergebnis der Studie von Pace, Mullins, Beesley, Hill und Carson (1999), nach dem Kinder aus Familien mit niedrigerem Einkommen vergleichsweise höhere Werte in Depression, internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten sowie Gesamtproblemverhalten zeigten als Kinder aus Familien mit höherem Einkommen. Zudem identifizierten Shaw, Keenan, Vondra, Delliquadri und Giovanelli (1997) negative Emotionalität, einen desorganisierten Bindungsstil, kritische Lebensereignisse sowie das Miterleben elterlicher Erziehungsaueinandersetzungen in Mutter-Kind-Dyaden mit

niedrigem sozioökonomischen Status als Risikofaktoren für internalisierende Auffälligkeiten im Vorschulalter.

Eltern-Kind-Interaktionen und Bindung. Duchesne, Larose, Vitaro und Tremblay (2010) suchten in einer Studie mit 2 000 Kindern nach dem typischen Profil eines hochängstlichen Kindes. Sie fanden für diese Gruppe von Kindern familiäre Risikofaktoren, Unaufmerksamkeit und geringe Prosozialität im Schulkontext als Einflussfaktoren für die Entwicklung von Ängstlichkeit. Laut Rueter, Scaramella, Wallace und Conger (1999) ist das Vorliegen von Eltern-Kind-Streitigkeiten ein weiterer Risikofaktor für die Entwicklung einer internalisierenden Auffälligkeit. Brown und Whiteside (2008) berichten über Zusammenhänge von Bindung, Sorge und erlebten elterlichen Erziehungsverhalten in einer klinischen Stichprobe mit ängstlichen Kindern zwischen 7 und 18 Jahren. Elterliche Zurückweisung war ebenso (positiv) wie ambivalente Bindung mit kindlicher Sorge assoziiert. Pahl, Barrett und Gulla (2012) identifizierten den mütterlichen Stress und die elterliche negative Affektivität als signifikante Risikofaktoren für die Ängstlichkeit im Vorschulalter.

Für den Zusammenhang von Bindung und Ängstlichkeit fanden Bar-Heim, Dan, Eshel und Sagi-Schwartz (2007), dass Kinder, die mit 12 Monaten eine ängstlich-ambivalente Bindung zu ihrer Hauptbezugsperson zeigten, im Alter von elf Jahren mehr Schulangst zeigten als sicher gebundene Kinder. Jungen mit diesem Bindungsstil zeigten eine höhere Ausprägung in sozialer Phobie. Insgesamt betrachtet, eignete sich der Bindungsstil jedoch nicht, um ein übermäßiges Maß an Ängstlichkeit hervorzusagen. Auch Hudson und Dodd (2012) fanden keinen signifikanten Unterschied zwischen sicher und unsicher gebundenen Vorschulkindern hinsichtlich ihrer Ängstlichkeit.

Bögels, van Dongen und Muris (2003) berichten über die familiären Einflüsse auf das dysfunktionale Denken von ängstlichen Kindern. In ihrer Studie mit 25 Kindern im Alter von 8 bis 17 Jahren fanden sie einen positiven Zusammenhang zwischen der Ängstlichkeit und der Tendenz mehrdeutige Geschichten negativ zu interpretieren. Zudem korrelierten negative Gedanken des Kindes mit negativen Gedanken der Mutter und der Eltern sowie der Angst der Mutter. Nach einer anschließenden Familiendiskussion hingegen interpretierten die Kinder mehrdeutige Geschichten signifikant weniger häufiger negativ als vorher.

Eine zentrale Rolle von Eltern und Peers bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängstlichkeit im Kindesalter ist allerdings nicht gesichert. Im Gegensatz zu vorherigen Studien fanden Feiereis, Ahrens-Eipper und Lässig (2009), dass ein Klinikaufenthalt, unabhängig davon, ob stationär oder ambulant, keinen signifikanten Einfluss auf die soziale Unsicherheit von Kindern hat und somit kein Risikofaktor darstellt. Auch die Präferenz, im

Alter von zwei Jahren alleine zu spielen, zeigte sich in einer Untersuchung zur Entwicklung eines elterlichen Fragebogens zur Erfassung der frühkindlichen Stimmung, Ängste und Sorgen nicht als signifikanter Prädiktor für internalisierende Probleme im Alter von vier Jahren (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006).

Insgesamt betrachtet lassen sich somit das Geschlecht des Kindes, die Geschlechtsrolle, der sozioökonomische Status, negative Eltern-Kind-Interaktionen und weitere familiäre Belastungsfaktoren als Einflussfaktoren von Ängstlichkeit identifizieren. Keinen bedeutsamen Einfluss hingegen zeigten die Nationalität, die Präferenz alleine zu spielen oder ein stattgefunder Klinikaufenthalt (vgl. Kap. 1.5, S. 6ff). Weitere Einflussfaktoren werden zumeist im Zusammenhang mit diagnostizierten Angststörungen (nicht mit Ängstlichkeit oder normaler Angst) und deren Ätiologiemodellen (Hudson & Dodd, 2012) und in Hinblick auf Therapiestudien diskutiert (Nilsen, Eisemann, & Kvernmo, 2013).

1.6 Komorbiditäten von Ängstlichkeit

Laut Steinhausen (2006) weist mindestens ein Drittel der Kinder mit Angststörungen Komorbiditäten mit anderen Angststörungen auf (vgl. auch Barkmann, 2004; Schneider & Blatter, 2005). Petermann (2005) gibt für Angststörungen eine generelle Komorbiditätsrate von 27% an, Schlup und Schneider (2009) berichten, dass sogar bei ungefähr 50% aller Angststörungen mindestens ein weiteres Störungsbild vorhanden sei.

Depressionen entwickeln sich mit zunehmender Chronifizierung der Angststörung (Schneider & Döpfner, 2004) und zeigen die höchste Komorbiditätsrate mit bis zu 61.9% (Ihle & Esser, 2002). Erwartungsgemäß hoch fällt mit 40% die Komorbidität mit (anderen) Angststörungen aus (Ihle & Esser, 2002; Keller et al., 1992). Laut Ford und Kollegen (2003) weisen 15% der Kinder mit einer Angststörungen eine weitere, 4% zwei weitere und 0.5% insgesamt vier Angststörungen auf.

Mehrere Autoren berichten von einer generellen hohen Komorbidität von Angst, Depression und somatoformen Störungen (Essau, 2003; Noeker, 2002; Noeker & Petermann, 2002; Plück, Döpfner, & Lehmkuhl, 2000; Schneider & Blatter, 2005). Noeker und Petermann (2002) führen dabei am Beispiel der Somatoformen Störungen den schwierigen Verlauf und die größere Wahrscheinlichkeit für Chronifizierungen für psychische Störungen bei diesen Komorbiditäten an.

Mit 30 bis 50% ist die Wahrscheinlichkeit der Diagnose einer weiteren psychischen Störung bei Vorliegen einer Angststörung sehr hoch. Die häufigsten Komorbiditäten zeigen sich mit anderen internalisierenden Auffälligkeiten wie Depression oder Somatisierung.

1.7 Verlauf von Ängstlichkeit

Angststörungen können einen chronischen Verlauf bis in das Erwachsenenalter hinein nehmen (Bayer et al., 2006; Essau, 2003; Kühl et al., 2010). Laut Ihle und Esser (2002) ist von etwa 10% chronisch psychisch kranker Kindern auszugehen. So stellt eine Angststörung in der Jugend ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Angststörung im Erwachsenenalter dar (Petermann & Petermann, 2009; Pine, Cohen, Gurley, & Brook, 1998). Es gibt mehrere Hinweise darauf, dass dieses erhöhte Erkrankungsrisiko nicht nur für Angststörungen, sondern auch für andere psychische Erkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter zutrifft (Ahrens-Eipper, 2002; Ahrens-Eipper & Lepow, 2004, Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996; Petermann, 2005; Remschmidt & Walter, 1990, Schneider & Blatter, 2005; Schneider & In-Albon, 2010; 2006). In einer Studie von Keller und Kollegen (1992) mit 275 Kindern im Alter von 6 bis 19 Jahren, die eine psychiatrische Vorgeschichte hatten, berichteten 46% der Kinder mit Angststörungen mindestens acht Jahre erkrankt gewesen zu sein. Die durchschnittliche Störungsdauer betrug vier Jahre und begann für Überängstlichkeit mit etwa zehn, für Trennungsangst mit etwa acht Jahren.

Marks (1987) zufolge ist Ängstlichkeit zeitlich stabil und teilweise genetisch determiniert. Die Ausprägung der Ängstlichkeit ist nach Marks (1987) bereits mit einem Monat bis etwa 8.5 Jahren relativ stabil, besonders bei Jungen. Trzaskowski, Zavos, Haworth, Plomin und Eley (2012) differenzieren in ihrer Untersuchung zusätzlich die geteilte Umwelt von genetischen Einflüssen und fanden heraus, dass die Stabilität von Angst in der mittleren Kindheit sich vornehmlich durch genetische Einflüsse erklären lässt. Für die Stabilität von negativem Affekt und Furcht hingegen zeigte sich die geteilte Umwelt als stärkster Einflussfaktor (Trzaskowski et al., 2012).

Dem entgegen stehen die Aussagen von Schneider und Blatter (2005), dass sich die Störungen in ihrem Erstauftreten zeitlich unterscheiden. So sind Trennungsängste und spezifische Phobien vornehmlich im Kleinkindalter, Generalisierte Angststörungen im Kindesalter und soziale Phobien in der Adoleszenz zu beobachten. Auch in einer Studie von In-Albon, Klein, Rinck, Becker und Schneider (2008) weisen jüngere Kinder höhere Werte für Trennungsangst auf als ältere.

Eine weitere Perspektive entwickeln Bokhorst, Westenberg, Osterlaan und Heyne (2008). Sie berichten von einer globalen sozialen Angst bis zu einem Alter von 9 Jahren, die sich ab diesem Alter weiter ausdifferenziert. Dies könnte auch die Ergebnisse der LOGIK-Studie erklären. Hier fanden Asendorpf und Kollegen (2008) für das Merkmal Schüchternheit eine kontinuierliche Abnahme vom vierten bis zum 23. Lebensjahr. Es zeigte sich ein davon

verschiedener Entwicklungsverlauf für Kinder mit unterkontrolliertem Persönlichkeitstyp. Hier stieg die Schüchternheit über die Zeit an.

Schellhaas (1995) findet in seiner Untersuchung unterschiedliche Stabilitäten für die verschiedenen Bereiche. Insgesamt betrachtet findet er für die von ihm untersuchte Gruppe der zwischen 7 und 15 Jährigen niedrigere Koeffizienten als in anderen Untersuchungen mit Erwachsenen berichtet werden. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass Persönlichkeitseigenschaften mit zunehmendem Alter stabiler werden. Zudem interpretiert Schellhaas die relativ hohe Stabilität der Verlust- und Trennungsängstlichkeit entwicklungspsychologisch: da sie inhaltlich dem Bindungskonzept sehr nah sei, entspreche dies einer Konstruktstabilität. Insgesamt zeigen die 25% der untersuchten Kinder, die signifikant häufiger hochängstlich waren als die übrigen Kinder, stabile Ängstlichkeitsprofile (Schellhaas, 1993).

Bosquet und Egeland (2006) fanden in ihrer Längsschnittuntersuchung moderate Stabilität der Ängstlichkeitssymptome während der Kindheit und Adoleszenz. Petermann und Petermann (2009) berichten sogar, dass sich Angst unter Einbezug subklinischer Ängste als sehr stabil im Entwicklungsverlauf zeigt.

Zusammenfassend betrachtet zeigt sich, dass Angststörungen mit Beginn in der Kindheit einen chronischen Verlauf bis ins Erwachsenenalter nehmen können. Die Merkmale Ängstlichkeit und auch Schüchternheit nehmen zwar für die Gesamtpopulation mit zunehmendem Alter ab, vor allem die Ängstlichkeit gewinnt aber an Stabilität. Dies zeigte sich sowohl im Altersverlauf wie auch der Analyse von spezifischen Ängstlichkeitsprofilen.

1.8 Ängstlichkeit und Emotionen

In einem Vergleich von Jugendlichen mit und ohne Angststörung im Alter von durchschnittlich 11.5 Jahren fanden Southam-Gerow und Kendall (2000) signifikante Unterschiede in der Fähigkeit zur Emotionserkennung. So erkannten Jugendliche mit einer Angststörung signifikant weniger versteckte und wechselnde Emotionen als eine Vergleichsgruppe, unterschieden sich aber in dem Erkennen von Emotionshinweisen und multiplen Emotionen nicht von der Vergleichsgruppe. Die gefundenen Unterschiede wiesen große Effekte auf.

Dem entgegen stehen die Ergebnisse von Melfsen und Florin (2003), die zeigen konnten, dass sozial unsichere Kinder beim Erkennen von Emotionen nicht mehr Fehler als unängstliche Kinder machten. Allerdings zeigten sozial ängstliche Kinder in der Studie reduzierten Ausdruck von Freude und weniger genaue gezielt eingesetzte mimische Ausdrücke. Des Weiteren berichteten sozialängstliche Kinder signifikant häufiger als nicht

ängstliche Kinder Emotionen gesehen zu haben, wenn neutrale Gesichtsausdrücke präsentiert wurden (Melfsen & Florin, 2002).

Suveg und Zeman (2004) untersuchten die Emotionsregulation von Kindern mit einer Angststörung im Alter von 8 bis 12 Jahren. Laut den Autoren besteht kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Angststörungen und Einfühlungsvermögen. Auch Kienbaum und Schuhrke (2010) berichten in einer Untersuchung, dass sich schüchterne Kinder bei positiver Mutter-Kind-Interaktion nicht von anderen Kindern hinsichtlich der Merkmale Mitgefühl und/oder Hilfsbereitschaft unterschieden. Dafür sprechen die Befunde von Batanova und Loukas (2011), die in ihrer Untersuchung mit 10 bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen, keine Korrelation zwischen Perspektivenübernahme und sozialer Ängstlichkeit fanden.

Die Untersuchungen zu nicht klinisch relevanter Ängstlichkeit zeigen keine Unterschiede bzw. Zusammenhänge zwischen Ängstlichkeit und der Fähigkeit Emotionen zu erkennen, zu regulieren oder Perspektiven zu übernehmen. Für eine klinische Gruppe konnten hingegen Unterschiede in der Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, gezeigt werden.

1.9 Ängstlichkeit und Kognitionen

Es gibt Hinweise auf Unterschiede in der Informationsverarbeitung bei hoch- und niedrigängstlichen Kindern. Vasey und Macleod (2001) führen in ihrem Review zur Informationsverarbeitung bei Ängstlichkeit im Kindesalter Studien an, die zeigen, dass es bereits im Kindesalter eine Verbindung von Ängstlichkeit und selektiver Informationsverarbeitung gibt. Diese kognitiven Verzerrungen zeigten sich bereits bei unter Vierjährigen, jedoch fehlen Untersuchungen zum Zusammenhang mit der Entwicklung einer klinischen Pathologie. In einer Studie von In-Albon und Kollegen (2008) konnte diese Störungsspezifität festgestellt werden. Hier waren Kinder mit erhöhter Trennungängstlichkeit bei Items (Bildmaterial), die Abschieds- und mehrdeutige Trennungssituationen abbildeten, aufgeregter als andere Kinder und als bei positiven Items (Ankunftsszene).

Problemlösefähigkeiten und die Schulleistung scheinen mit Ängstlichkeit assoziiert zu sein. Mackowiak (1998) untersuchte, ob sich die Befunde aus der Forschung mit Erwachsenen, nach denen sich angstbedingte Leistungsunterschiede finden ließen, auch für junge Kinder replizieren lassen. Sie fand in ihrer Untersuchung von Vorschulkindern keine Unterschiede in den kognitiven Leistungen zwischen niedrig- und hochängstlichen Kindern. Für die Problemlösefähigkeit der Kinder zeigten sich hingegen Unterschiede, hochängstliche Kinder zeigten signifikant längere Bearbeitungszeiten bei Problemlöseaufgaben als niedrigängstliche Kinder. Unterschiede in den Schulleistungen konnten hingegen Grover,

Ginsburg und Ialomgo (2007) finden. In einer afrikanischen Langzeituntersuchung zeigten Kinder, die in der ersten Klasse als hochängstlich identifiziert wurden, in der achten Klasse geringere Schulleistungen als andere Kinder. Banerjee und Watling (2010) zufolge können acht- bis neunjährige Kinder mehr Selbstpräsentationsstrategien benennen, zeigen aber weniger Differenziertheit in der Abstimmung auf ein bestimmtes Publikum. Somit eigneten sie sich mehr Taktiken an, konnten diese aber nicht anwenden. Mackowiak (2007) untersuchte in einer weiteren Studie den Zusammenhang von Ängstlichkeit und unabhängigen sowie angstthematischen Theory of Mind-Aufgaben. Hier konnte sie für keine der Aufgabenarten einen leistungsmindernden Effekt der Ängstlichkeit feststellen.

Durch unterschiedliche Verfahren wurden Unterschiede in der kognitiven Verarbeitung zwischen hoch- und niedrigängstlichen Kindern belegt. Eschenbeck (2003) überprüfte in ihrer Arbeit, ob sich der Stroop-Test als objektives Testverfahren zur Diagnostik von Ängstlichkeit im Kindesalter eignet. Ein zentrales Ergebnis ist, dass Kinder unabhängig von ihrer Ängstlichkeit längere Zeiten für die Benennung bedrohlicher Stimuli im Vergleich zur Kontrollbedingung mit neutralen oder freundlichen Stimuli zeigten. Kinder mit einer sozialen Phobie zeigten in einer Untersuchung im Vergleich zu anderen Kindern reduzierte Leistungen in visuellen aber nicht in sprachlichen Erinnerungsaufgaben (Vasa et al., 2007). Hadwin, Brogan und Stevenson (2005) hingegen fanden keine Unterschiede zwischen Kindern mit hoher und denen mit niedriger State-Angst für die Bearbeitung von Aufgaben, die das Arbeitsgedächtnis belasten sollten. Mackowiak (1998) beobachtete bei jüngeren hochängstlichen Kindern eine signifikant niedrigere Sprachfrequenz als bei älteren oder niedrigängstlichen Kindern. In einer Studie von Lugt-Tappeser und Schneider (1987) zeigten ängstliche Kinder zwar ein geringeres Ausmaß im Manipulations- und Erkundungsverhalten eines neuen Objekts, allerdings unterschieden sie sich nicht im Ausmaß der Perzeption. Zudem nahmen nicht objekt-bezogene Verhaltensweisen zu. Prins (2001) jedoch kritisiert die Interpretation des Zusammenhangs von verschiedenen kognitiven Maßen und Ängstlichkeit, da die bisherigen Untersuchungen keine Richtung des Einflusses vorgeben und zudem viele unterschiedliche Erhebungsinstrumente sowie experimentelle Paradigmen verwendet wurden.

Aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Forschungsfragen zeigt sich zum Zusammenhang von Kognitionen und Ängstlichkeit eine sehr vielfältige Befundlage. Für die vorliegende Untersuchung scheint vor allem von Belang zu sein, dass sich ängstliche Kinder in ihrer Fähigkeit zur kognitiven Perspektivenübernahme und sprachlichen Rezeption nicht von anderen Kindern unterscheiden. Dies bildet für die Konzeption der Erhebungsmethode der Ängstlichkeit in der vorliegenden Untersuchung eine grundlegende Basis. Auch geben einige Befunde, wie die verringerte Sprachproduktion oder ein geringeres Ausmaß an

Manipulations- und Explorationsverhalten, bereits Hinweise darauf, dass ein Verfahren zur Messung der Ängstlichkeit im Grundschulalter nicht zu viel initiatives bzw. aktives Verhalten der Kinder fordern darf.

1.10 Zusammenfassung der Befunde zu Ängstlichkeit

Viele Ängste entstehen im Laufe der Entwicklung und gehen der Erweiterung emotionaler und kognitiver Kompetenzen voraus. Erst wenn die Ängste altersuntypisch auftreten, länger anhalten oder sehr intensiv sind, sprechen wir von internalisierender Auffälligkeit (vgl. Kap. 1.1, S. 2f).

Die in der Differentiellen Psychologie getroffene Unterscheidung von State (Zustand) und Trait (Disposition) lässt sich auch auf die Konzepte Angst und Ängstlichkeit anwenden. Eine erhöhte Trait-Ängstlichkeit dispositioniert für State-Ängste in bestimmten Situationen (vgl. Kap. 1.2, S. 4).

Epidemiologisch zeigen sich die emotionalen und insbesondere die internalisierenden Auffälligkeiten als eines der häufigsten Probleme im Kindes- und Jugendalter (vgl. Kap. 1.3, S. 5).

Dabei lassen sich für die Erklärung der Entstehung von Angststörungen diverse Modelle finden, für die Ätiologie von Ängstlichkeit hingegen nur wenige. Letztere fokussieren vornehmlich auf die Fähigkeit Emotionen zu erkennen und positive Emotionen auszudrücken (vgl. Kap. 1.4, S. 6).

Als Einflussfaktoren von Ängstlichkeit ließen sich das Geschlecht, die Geschlechtsrolle, der sozioökonomische Status, negative Eltern-Kind-Interaktionen und weitere familiäre Belastungsfaktoren identifizieren. Keinen bedeutsamen Einfluss zeigten die Nationalität, die Präferenz alleine zu spielen oder ein stattgefundenen Klinikaufenthalt (vgl. Kap. 1.5, S. 6f).

Die Komorbiditätsrate liegt für Angststörungen insgesamt betrachtet etwa bei einem Drittel und ist damit relativ hoch. Die häufigsten Komorbiditäten bilden sich dabei mit anderen internalisierenden Störungen, wie Depressionen, weiteren Angst- oder somatoformen Störungen (vgl. Kap. 1.6, S. 10f).

Angststörungen können einen chronischen Verlauf bis hin ins Erwachsenenalter nehmen und ihr Vorliegen erhöht die Wahrscheinlichkeit weiterer Erkrankungen bereits im Jugendalter. In Bezug auf Ängstlichkeit und Schüchternheit zeigte sich eine relative Stabilität – so nahmen die Merkmale mit dem Alter zu, die (Stabilitäts-)Koeffizienten lagen aber erwartungskonform niedriger als in Erwachsenenstudien (vgl. Kap. 1.7, S. 11f).

Die Untersuchungen zum Zusammenhang von Ängstlichkeit und Emotionen zeigen widersprüchliche Ergebnisse. So berichten einige Autoren von Unterschieden zwischen ängstlichen und nichtängstlichen Kindern hinsichtlich der Fähigkeit Emotionen zu erkennen, andere wiederum nicht. Hinsichtlich der Fähigkeiten, Emotionen zu regulieren und Perspektiven zu übernehmen, zeigten sich keine Zusammenhänge mit der kindlichen Ängstlichkeit (vgl. Kap. 1.8, S. 12).

Auch Studien zu den Auswirkungen von Ängstlichkeit auf die kognitiven Fähigkeiten kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. So zeigen sich mögliche Verzerrungen der Wahrnehmung durch das Vorliegen einer Angststörung oder erhöhter Ängstlichkeit. In einigen Studien zeigten ängstliche Kinder zudem geringere Schulleistungen als weniger ängstliche, dies ließ sich jedoch für Vorschulkinder nicht replizieren. Unterschiede in Theory-of-Mind-Aufgaben und sprachlichen Erinnerungsaufgaben zeigten sich hingegen nicht (vgl. Kap. 1.9, S. 13f).

Die Suche nach Studien zu Unterschieden und Zusammenhängen von Ängstlichkeit im Grundschulalter mit anderen Konstrukten, Fähigkeiten, Einflussfaktoren und Entwicklungsverläufen macht deutlich, dass der Schwerpunkt der Forschung im klinischen Bereich zu finden ist. Es lassen sich nur relativ wenige Grundlagenstudien finden und diese kommen zuweilen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Insgesamt betrachtet, scheint das Thema jedoch gerade aufgrund der Befunde zu Chronifizierungen und Komorbiditäten hochrelevant zu sein und dies nicht erst in seiner klinischen Anwendung.

2 Messung von Ängstlichkeit im Grundschulalter

Im folgenden Kapitel soll sich der Messung von Ängstlichkeit im Grundschulalter über verschiedene Perspektiven genähert werden. Einleitend werden einige Ergebnisse zur Urteilerübereinstimmung bei der Messung von Ängstlichkeit vorgestellt. Daran anschließend wird eine Übersicht über aktuelle Messinstrumente aus Forschung und Praxis gegeben, die in einer zusammenfassenden Tabelle mündet. Abschließend wird das Ängstlichkeitsscreening für Kinder dargestellt. Wie ersichtlich wird, schließt dieses Verfahren die Lücke zwischen verschiedenen bestehenden Verfahren zur Erkennung klinischer Angststörungen im Kindesalter auf der einen Seite und fehlender Einschätzung der Ängstlichkeit im subklinischen Bereich auf der anderen Seite. Vorab seien jedoch noch einige generelle Anmerkungen zur Messung von Ängstlichkeit im Allgemeinen und der Wahl spezifischer Urteilerquellen oder Methoden gemacht.

Die Schwierigkeit der Diagnostik von Angst ergibt sich laut Hoyer und Kollegen (2005) aufgrund der typischen Merkmale der Angst. Zum einen findet die Angst auf verschiedenen Ebenen statt, dem Denken und Empfinden, der motorischen und der physiologischen Ebene. Sie ist somit mehrdimensional. Des Weiteren ist Angst subjektiv, sowohl bzgl. der Wahrnehmung als auch bzgl. der Mitteilung zeigen sich interindividuelle Unterschiede (Hoyer et al., 2005). Das dritte Kennzeichen von Angst ist laut den Autoren die zeitliche Instabilität oder auch die intraindividuelle Variabilität. Auch wenn sich Hoyer und Kollegen (2005) hierbei auf Angst und Angststörungen beziehen, lassen sich zumindest die zwei zuerst genannten Merkmale auch auf Ängstlichkeit anwenden.

Aus methodischer Sicht stellt sich die Frage, ob Verfahren, die Ängstlichkeit in der Kindheit erfassen sollen, dazu überhaupt in der Lage sind. Perrin und Last (1992) verglichen dazu die Ergebnisse dreier (Selbstbeurteilungs-)Ängstlichkeitsfragebögen mit unterschiedlichen Stichproben. Es wurden ausschließlich Jungen in die Studie einbezogen. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der Jungen mit einer Angststörung, zu denen mit einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom oder denen einer unauffälligen Vergleichsgruppe. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie zur Angstsensitivität von Melfsen, Alpers, Walitza und Warnke (2006). Sie konnten keine Varianzunterschiede in der Angstsensitivität zwischen drei Gruppen von Kindern mit unterschiedlichen psychischen Störungen finden. Die unterschiedlichen Stichproben umfassten dabei Kinder mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung, Kinder mit gemischten anderen psychischen Störungen und Kinder mit Angststörungen.

Seligman, Ollendick, Langley und Baldacci (2004) kommen in ihrem Review zu dem Schluss, dass Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung von Ängstlichkeit weiterhin als nützlich angesehen werden können. Sie konnten zeigen, dass drei Selbstbeurteilungsverfahren dazu in der Lage waren, zwischen Jugendlichen mit und ohne Angststörung zu unterscheiden. Auch Campbell und Rapee (1996) zeigen zwar diverse Schwächen des kindlichen Selbsturteils in der Messung von Ängstlichkeit auf, wie beispielsweise das Unvermögen in klinisch- und subklinische Gruppen zu teilen, betonen aber, dass diese Informationsquelle weder trivialisiert noch missachtet werden sollte.

Glennon und Weisz (1978) fanden in ihrer Beobachtungsstudie keine signifikanten Zusammenhänge von Verhaltensdaten zu den Selbsteinschätzungen. Die Autoren schließen daraus, dass diese Form der Messung über Verhalten für spezifische Situationen (induzierter Angst oder sehr junger Kinder) dennoch geeignet ist, um Ängstlichkeit zu messen. Eine jüngere Studie bereichert die klassischen Diagnostikverfahren um eine implizite Herangehensweise. So konnte Heim-Dreger (2007) in seinen Studien Zusammenhänge zwischen kindlichem Selbsturteil der schulischen Leistungsangst, Verhaltensbeobachtungen und der Pulsrate mit den Reaktionszeiten bei einem emotionalen Strooptest und dem Dot-Probe-Test zeigen (Heim-Dreger, 2007; Heim-Dreger, Kohlmann, Eschenbeck, & Burkhardt, 2006). Die Ergebnisse beziehen sich bisher nur auf einen schulischen Kontext.

In ihrem evidenzbasierten Diskussionsvorschlag zur Diagnostik und Therapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter weisen Schneider und Döpfner (2004) darauf hin, dass es sein kann, dass Symptome nur in bestimmten Kontexten oder Situationen auftreten. Auch dadurch unterscheiden sich elterliche und kindliche Einschätzungen zu der Art und Häufigkeit der Symptome zuweilen stark voneinander. Der Einbezug der kindlichen Perspektive erscheint daher unverzichtbar (In-Albon, Dubi, Adornetto, Blatter-Meunier, & Schneider, 2011).

Die Erfassung von Ängstlichkeit sollte somit mehrdimensional erfolgen. Zwar sprechen einige Befunde, wie die mangelnde Differenzierungsfähigkeit klinischer Gruppen, für Schwächen des kindlichen Selbsturteils. Da Angst und Ängstlichkeit jedoch subjektiv erlebt werden, ist die Erfassung des Selbsturteils unumgänglich. Und wird als Ergänzung im Rahmen einer umfassenden Diagnostik sogar von einigen Autoren gefordert.

2.1 Urteilerübereinstimmungen bei der Einschätzung von Ängstlichkeit und internalisierenden Auffälligkeiten

Befunde zur Übereinstimmung von Urteilern werden häufig unter dem Blickwinkel der Validität diskutiert. Mittlerweile scheint es den Konsens zu geben, dass bei bestimmten –

nicht an der Verhaltensebene festzumachenden – Ängsten sowie Depressionen und Somatisierungen das Kinderurteil eine wichtige Informationsquelle ist.

In einer Untersuchung zur Erhebung von Ängsten im Vorschulalter fanden Becker, Lohaus, Frebel und Kiefert (2002) in einer Studie mit 166 Vorschulkindern einen nur geringen Zusammenhang zwischen Kinder- und Eltern- bzw. Versuchsleiterurteil ($r=.29$ bzw. $r=.19$). In einer folgenden Studie mit 120 Vorschulkindern fanden sich keine systematischen Zusammenhänge zwischen Kinder- und Eltern- bzw. Erzieherurteil und nur für den Bereich der sozialen Ängstlichkeit eine geringe Übereinstimmung zwischen Kinderurteil und der Beurteilung durch den Interviewer ($r=.31$). Ähnliche Befunde (hinsichtlich der geringen Übereinstimmung unterschiedlicher Urteilerquellen insbesondere für Ängstlichkeit und andere internalisierende Auffälligkeiten) konnten in diversen Studien mit unterschiedlichen Methoden repliziert werden (Becker, Hagenberg, Roessner, Woerner, & Rothenberger, 2004; Choudhury, Pimentel, & Kendall, 2003; Gómez, 1996; Gresham, Elliott, Cook, Vance, & Kettler, 2010; Larsson, et al., 2000; Moretti, 1985). Für das Merkmal Schüchternheit fanden Asendorpf und Kollegen in der LOGIK-Studie (2008) nur geringe Zusammenhänge zwischen der elterlichen und der kindlichen Einschätzung. Betrachtet wurden hierbei die Ergebnisse der Befragung von Jugendlichen im Alter von 12 Jahren und deren Eltern. Marten und Kollegen (2006) fanden heraus, dass das Kindurteil die Ängstlichkeit in einer späteren Untersuchungssituation vorhersagen konnte, nicht aber das Lehrer- oder Elternurteil.

Dagegen fanden Plück und Kollegen (2000) in ihrer Untersuchung zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (PAK-KID-Studie), dass Eltern die internalisierenden Auffälligkeiten ihrer Kinder zwar unterschätzen, insgesamt betrachtet zeigte sich in der Studie jedoch ein mittlerer positiver Zusammenhang von $r=.50$ zwischen Eltern- und Selbsturteil. In einer Studie von Kendall und Kollegen (2007) diskriminierte das mütterliche Urteil der kindlichen Ängstlichkeit signifikant zwischen Kindern mit und ohne Angstdiagnose. Benjamin, Puleo und Kendall (2011) konnten zeigen, dass die kindliche Einschätzung der Verbesserung einer internalisierenden Symptomatik im Laufe einer Therapie mit der Einschätzung der Eltern übereinstimmt.

In der Dresdener Kinder-Angst-Studie untersuchten Federer und Kollegen 826 Achtjährige bezüglich ihrer Ängstlichkeit mittels Selbst- sowie Fremdeinschätzung durch Lehrer und Eltern (Federer et al., 2001). An einer weiteren Teilstichprobe von 230 Kindern, mit denen zusätzlich diagnostische Einzeluntersuchungen zur Feststellung klinischer und subklinischer Ängste durchgeführt wurden, ermittelte die Forschungsgruppe eine Urteilerübereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdurteil, die mit $r=.08$ bis $r=.15$ als sehr gering einzuschätzen ist. Die deutlich höheren Übereinstimmungen in der Einschätzung der

Schulleistungsprobleme zeigen jedoch, dass die geringe Urteilerübereinstimmung nicht an generell fehlenden Möglichkeiten der Selbstbeurteilung Achtjähriger liegt. Mädchen schätzten sich im Mittel ängstlicher ein als Jungen und werden auch so eingeschätzt. Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Korrelationen zwischen Fremd- und Selbsturteil zeigte keine signifikanten Unterschiede. Als Einflussfaktoren für die Übereinstimmungsgüte von Fremd- und Selbsturteil konnten die Depressivität der Mutter und die Angst des Kindes in der Befragungssituation identifiziert werden. Weder die schulische Leistungsfähigkeit des Kindes noch die Angstbelastung oder Schulbildung der Eltern scheinen einen Einfluss auf den Übereinstimmungsgrad zu haben.

Die Betrachtung von Elternurteil und Diagnose-Status des Kindes, zeigt in der Dresdner Kinder-Angst-Studie für Sozialphobie und Trennungsangst signifikante Zusammenhänge, nicht aber für agoraphobische Ängste. Federer und Kollegen (2001) geben als Grund für diesen Umstand an, dass innere Ängste des Kindes den Eltern eher verborgen blieben als äußerlich wahrnehmbare Ängste, beispielsweise vor bestimmten Objekten. Im Gegensatz jedoch zu der Lehrer- und Kindeinschätzung vermag das Ängstlichkeits-Elternurteil signifikant richtig zwischen dem Diagnosestatus „erfüllt“ vs. „nicht erfüllt“ zu differenzieren (Federer et al., 2001). Aus den, in dieser Studie gefundenen, teils widersprüchlichen Ergebnissen könnte man schlussfolgern, Angst-Screening-Instrumente seien hier nicht geeignet, da Achtjährige in der Klassenbefragung keine valide Informationsquelle zu sein scheinen. Dem entgegen stehen jedoch die Ergebnisse einer weiteren Untersuchung, die ebenfalls im Rahmen der Dresdener Kinder-Angst-Studie durchgeführt wurde. In dieser Studie zur Angstsensitivität bei Achtjährigen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der im Selbsturteil erhobenen Angstsensitivität und dem Diagnose-Status (Federer et al., 2000).

Die Ergebnisse zur Urteilerübereinstimmungen in Bezug auf externalisierende Auffälligkeiten hingegen zeigen höhere Übereinstimmungen (Seiffge-Krenke & Kolmar, 1998). Zudem zeigt sich ein engerer Zusammenhang des kindlichen Urteils mit dem Urteil der Eltern als mit dem der Lehrern (Becker et al., 2004).

Brooks und Kutcher (2003) halten in ihrem Review fest, dass zur Validität der Aussagen von Eltern und ihren jugendlichen Kindern keine abschließenden Aussagen zu machen seien. Auch Cartwright-Hatton und Kollegen (2006) sehen keine klare Lösung für die Frage, welche die beste Informationsquelle sei. Als zuverlässigste Informationsquelle für internalisierende Störungsbilder kann nach Fombonne (2002) hingegen das Urteil der Kinder bzw. Jugendlichen und für externalisierende Störungsbilder das Urteil der Eltern angesehen werden. Remschmidt und Walter (1990) weisen darauf hin, dass es bei der Einschätzung der

psychischen Symptomatik von Kindern von Vorteil sein kann, mehrere Informationsquellen heranzuziehen. Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover und Kalas (1986) zufolge dürfen die beobachteten Diskrepanzen zwischen den Urteilerquellen nicht als Indiz für die Validität der Informationen betrachtet werden, sondern als unvermeidliche Folge der verschiedenen Perspektiven, die die jeweiligen Beurteiler einnehmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Selbsturteil der Kinder für die Erfassung ihrer inneren Ängste, die nicht auf bestimmte Objekte bezogen sind, besser geeignet zu sein scheint als das Fremdurteil. Allerdings können Eltern als Informationsquelle weitere wichtige und ergänzende Angaben zu externalisierenden Auffälligkeiten, Trennungsangst und Sozialphobien machen und so möglicherweise dabei helfen, weitere Symptome zu identifizieren. Das Lehrerurteil hingegen dient vor allem der Beschreibung schulischen Verhaltens (z.B. der Konzentrationsfähigkeit) und wird zumindest in den hier vorgestellten Studien als vernachlässigbar im Hinblick auf Ängstlichkeit und Depressionen dargestellt.

2.2 *Darstellung von Testverfahren zur Erfassung von Angst und/oder Ängstlichkeit*

Um die erhöhte Ängstlichkeit bei Grundschulkindern feststellen zu können, fehlen bisher geeignete Instrumente. Im deutschsprachigen Raum finden sich lediglich Verfahren zur Erfassung bereichsspezifischer und klinischer Ängste. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Verfahren, die aktuell in Forschung und Praxis zur Anwendung kommen. Bei der Darstellung wurde zur Verbesserung der Lesbarkeit auf konkrete Angaben bezüglich etwa der Länge des Retest-Intervalls und ähnlichem verzichtet und lediglich auf das Vorhandensein spezifischer Gütekriterien, der Angabe des Einsatzbereichs, des Konstrukts und der Zielgruppe fokussiert. Eine Abbildung der ausführlichen Tabelle findet sich im Anhang (Abschnitt 1.1, S. 154). Auch finden sich in der Tabelle lediglich die Abkürzungen der Verfahren, die ausgeschriebene Testbezeichnung folgt in der anschließenden Zusammenschau der dargestellten Verfahren.

Hinweis zu den verwendete Abkürzungen/Symbolen der nachfolgenden Tabelle:

k. A. = eine Angabe

+ = liegt vor und ist akzeptabel

- = liegt nicht vor

O = liegt vor, ist aber nicht befriedigend (bei Normwerten $N \leq 500$, Retest-Reliabilität $\leq .80$)

<p>Tabelle 1: Übersicht der gängigen Testverfahren mit Angabe spezifischer Anwendungsbereiche, Konstruktionsmerkmale und Gütekriterien</p> <p>Test & Autor(en)</p>	<p>Wichtigste Konstrukt(e)</p>	<p>Altersbereich in Jahren</p>	<p>Individualbefragung</p>	<p>Gruppenbefragung</p>	<p>Art der Befragung und Urteilerquelle (Selbst/fremd)</p>	<p>Durchführungsdauer in Minuten</p>	<p>Itemanzahl</p>	<p>Antwortformat (Anzahl der Stufen)</p>	<p>Durchführungsobjektivität</p>	<p>Auswertungsobjektivität</p>	<p>Interne Konsistenz</p>	<p>Retest-Reliabilität(en)</p>	<p>Konstruktvalidität und /oder Kreuzvalidierung</p>	<p>Kriteriumsbezogene Validität</p>	<p>Differentielle und/oder prognostische Validität</p>	<p>Norm-/Vergleichswerte</p>
<p>AFS Wieczkowski, Nickel, Janowski, Fittkau, & Rauer (1981)</p>	<p>Prüfungsangst, allgemeine Angst</p>	<p>9 – 17</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>ca. 15</p>	<p>50</p>	<p>2</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>O – +</p>	<p>O – +</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>
<p>Angstinterview Becker, Lohaus, Frebel, & Kiefert (2002)</p>	<p>Typische Ängste des Vorschulalters</p>	<p>5 – 6</p>	<p>+</p>	<p>-</p>	<p>Interview (S)</p>	<p>15 – 20</p>	<p>21</p>	<p>5</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>+</p>	<p>O</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>BAK Mack (2007; 2002); Mack & Schröder (1977)</p>	<p>Bereichsspezifische Ängste</p>	<p>ab ca. 8</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>k. A.</p>	<p>56</p>	<p>4 – 5</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p></p>	<p>O</p>
<p>B-BAT Dubi & Schneider (2011; 2009)</p>	<p>Ängstlichkeit und Vermeidung</p>	<p>4 – 8</p>	<p>+</p>	<p>-</p>	<p>Interview (S) FB (F)</p>	<p>30</p>	<p>21</p>	<p>2</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>+</p>	<p>O – +</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>O</p>
<p>BAV 3-11 Mackowiak (2007); Mackowiak & Lengning (2010)</p>	<p>soziale und kognitive Ängste, Sorgen und Befürchtungen, Ängste vor Verletzung und Phobien</p>	<p>3 – 11</p>	<p>+</p>	<p>-</p>	<p>Interview (S) FB(F)</p>	<p>20–30</p>	<p>26</p>	<p>5</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>O – +</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>
<p>German SCARED-C Essau, Muris, & Ederer (2002); Weitkamp, Romer, Rosenthal, Wiegand-Grefe, & Daniels (2011; 2010)</p>	<p>Generalisierte Angst, Sozialphobie, Trennungsangst, Panikstörung, Schulangst</p>	<p>7 – 12</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>10</p>	<p>41</p>	<p>3</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>O – +</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>-</p>	<p>+</p>
<p>KAH Federer, Margraf, & Schneider (2000); Federer, Schneider, Margraf, & Herrle (2000); Federer, Stüber, Margraf, Schneider, & Herrle (2001)</p>	<p>Panische, agoraphobische und soziale Ängstlichkeit</p>	<p>ab 8</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>vorgelesen</p>	<p>ca. 50</p>	<p>10–14</p>	<p>4</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>
<p>KASI Schneider (2004); Schneider, Adornetto, In-Albon, Federer, & Hensdiek (2009); Schneider & Hensdiek (2003)</p>	<p>Angstsensitivität</p>	<p>8 – 17</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>10</p>	<p>17 (18)</p>	<p>3</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>O</p>
<p>KAT II Thurner & Tewes (2000); Menzel (2003)</p>	<p>Trait-Ängstlichkeit, pro- und retrospektive State-Ängstlichkeit</p>	<p>9 – 15</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>bis 30</p>	<p>18 (20)</p>	<p>2</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>-</p>	<p>+</p>
<p>PHOKI Döpfner, Schnabel, Goletz, & Ollendick (2006); vgl. Gerlach (2007)</p>	<p>Ängste vor verschiedenen Objekten und Situationen</p>	<p>8 – 19</p>	<p>k. A.</p>	<p>k. A.</p>	<p>FB (S)</p>	<p>ca. 15</p>	<p>96 (+2)</p>	<p>3</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>-</p>	<p>O</p>
<p>SAAI-C/P In-Albon, Meyer, & Schneider (2013)</p>	<p>Vermeidungsverhalten vor Trennungsangstsituationen</p>	<p>4 – 15</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S+F)</p>	<p>k. A.</p>	<p>12</p>	<p>5</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>O – +</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p></p>
<p>SASC-R-D Melfsen & Florin (1997)</p>	<p>Soziale Angst</p>	<p>8 – 16</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>10 – 25</p>	<p>18</p>	<p>5</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>
<p>SÄKK Melfsen & Warnke (2004) ; Graf, Gerlach, & Melfsen (2007)</p>	<p>Positive und Negative Selbstbewertung, Bewältigungsgedanken</p>	<p>8 – 13</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>k. A.</p>	<p>27</p>	<p>4</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>-</p>	<p>+</p>
<p>SPAIK Melfsen, Florin, & Walter (1999); Melfsen, Florin, & Warnke (2001); vgl. Finck & Stöbel-Richter (2004)</p>	<p>Soziale Phobien und soziale Ängste</p>	<p>8 – 16</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>FB (S)</p>	<p>25</p>	<p>26</p>	<p>3</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>k. A.</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>

Verfahren zur Erfassung bereichsspezifischer und klinischer Ängste sind das Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK; Adaptation des englischsprachigen SPAI-C von Beidel und Kollegen), das Kinder-Angst-Heft (KAH), der Bereichsspezifische Angstfragebogen für Kinder (BAK) basierend auf der Angst-Symptom-Liste für Kinder (KAL), das Separation Anxiety Avoidance Inventory- Child and Parent Version (SAAI-C/P), die deutsche Version des German Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Childrenversion (SCARED-C) und der Fragebogen zur Erfassung Sozial Ängstlicher Kognitionen bei Kindern und Jugendlichen (SÄKK).

Der Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI) ist die deutsche Adaptation des Fear Survey Schedule for Children – Revised (FSSC-R) von Ollendick. Er dient der Erfassung phobischer Ängste im Kindes- und Jugendalter. Diese Verfahren orientieren sich an den diagnostischen Kriterien für Angststörungen zur Erfassung klinischer Ängste (nach DSM oder ICD) und sind alle laut Autoren ab einem Altersbereich von etwa acht Jahren einsetzbar. Die FSSC-II sei zudem als Evaluationsinstrument in der klinischen Forschung einsetzbar, da sie veränderungssensitiv sei (Gullone, King, Tonge, Heyne, & Ollendick, 2000; Gullone & Lane, 2002). Die deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R-D) erfasst soziale Ängste im Alter von 8 bis 16 Jahren und ist weniger an den klinischen Diagnosekriterien einer Sozialphobie orientiert, fokussiert jedoch ausschließlich auf soziale Aspekte (insbesondere Schüchternheit und soziale Ängstlichkeit).

Ein relativ neues Verfahren, der Baseler Bilder-Angst-Test (B-BAT), scheint für den Einsatz bei Kindern von vier bis acht Jahren geeignet zu sein, dieses verfolgt jedoch ebenfalls das Ziel klinische Diagnosen zu stellen. Ebenso wie das Bochumer Angstverfahren für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter (BAV 3-11), das zudem das Elternurteil integriert. Beide Verfahren werden für die Kinder als Interview durchgeführt.

Ein weiteres Interviewverfahren ist das Angstinterview, das für das Vorschulalter typische Ängste abfragt. Die bisherige Evaluation des Verfahrens wurde an zwei Stichproben von Kindern im Alter von fünf bis sechs Jahren vorgenommen und zeigt zufriedenstellende Ergebnisse. Eine Überprüfung hinsichtlich der diskriminanten und konvergenten Validität des Interviews steht noch aus.

Andere Testverfahren wie beispielsweise der Kinder-Angsttest (KAT II) oder der Angstfragebogen für Schüler (AFS), die beide unter anderem auch generelle Ängstlichkeit messen sollen, geben einen Einsatzbereich an, der frühestens ab neun Jahren beginnt. Diese Alterszielgruppe spiegelt sich deutlich in der Form der Fragebögen (Ankreuzverfahren) sowie in den Formulierungen und den Inhalten der Items wider.

Die deutsche Übersetzung des Childhood Anxiety Sensivity Index (Kinder-Angstsensitivitätsindex, KASI) erhebt die sogenannte Angstsensitivität, ein relativ junges psychologisches Konstrukt, das die Angst vor Angstsymptomen umschreibt (vgl. Kemper, 2010; Reiss, Silverman, & Weems, 2001). Der KASI ist bei Kindern ab 8 Jahren anwendbar.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass vor allem der Bereich klinischer und spezifischer Ängste und Phobien gut abgedeckt ist und auch für einen recht jungen Altersbereich Selbstbeurteilungsverfahren zur Verfügung stehen. Diese sind zuweilen jedoch sehr zeitaufwendig. Ein Verfahren, das Ängstlichkeit als Dimension und somit mehrstufig und im Selbsturteil erfasst, zudem als Individual- oder Gruppentest geeignet ist, fehlt bisher. Diese Lücke kann und soll das Ängstlichkeitsscreening für Kinder, das nachfolgend genauer vorgestellt wird, schließen.

2.3 Darstellung des Ängstlichkeits-Screenings für Kinder (ÄSK)

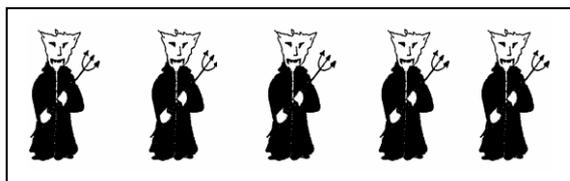
Entwicklung. Das ÄSK in seiner ursprünglichen Version wurde 2000 im Rahmen des Projekts „Einzelfallhilfen für ängstliche Grundschulkinder“ am Arbeitsbereich „Psychodiagnostik und -therapie von Kindern, Jugendlichen und Familien“ des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg von Schmidtchen, Gérard und Richter entwickelt (Krüger, 2009). Die erste Version enthielt 10 Items und trug wie auch die nachfolgende Version den Titel Bildertest zur Angsterfassung für Kinder (BA-K). Diese zweite Version wurde unter Mitarbeit von Fiedler im Jahre 2003 in ihrem Antwortskalenformat vereinheitlicht und um sechs Items erweitert. Die aktuelle Version des Verfahrens wurde von der Autorin der vorliegenden Arbeit vor Beginn der Erhebung (Ende 2007) erneut überarbeitet und anschließend in Ängstlichkeitsscreening für Kinder umbenannt. Der modifizierte Titel soll die eigentliche Intention des Instruments andeuten. Diese ist es, Ängstlichkeit im Sinne eines Traits zu messen und einen Überblick über unterschiedliche Facetten der Ängstlichkeit zu geben. Hingegen soll das Instrument nicht dazu dienen, eine klinische Diagnose abzuleiten. Zudem implizierte der Begriff *Bilder* im ursprünglichen Titel irrtümlicherweise, dass es sich um ein projektives Verfahren handelt.

Form. Das ÄSK in seiner jetzigen Version besteht aus einem DIN A5-Heft, in dessen Titelseite die Kinder ihren Namen, ihr Alter, die besuchte Schulklasse und das Testdatum eintragen können und durch ankreuzen angeben, wer mit ihnen zusammen wohnt (*Mama, Papa, Geschwister*). Nachfolgend ist auf jeder (rechten) Seite ein Bild abgedruckt, das mit einem Namen als Überschrift für das darauf abgebildete Kind versehen ist. Die Kinder bekommen zu jedem Bild eine Geschichte vorgelesen, in der es um Angst, Ängstlichkeit, Depression oder Somatisierung geht, und sollen anschließend auf einer (bildlich dargestellten)

fünfstufigen Likert-Skala das Item bearbeiten, indem sie angeben, wie sehr sie das eben Beschriebene von bzw. bei sich selbst kennen. Der Einsatz von Bildern bei der Erhebung eines Selbsturteils scheint vor allem bei jüngeren Kindern geeignet und wurde beispielsweise von Valla und Kollegen zur Erfassung von klinischen Diagnosen erfolgreich angewendet (Valla, Bergeron, Bérubé, Gaudet, & St-Georges, 1994; Valla, Bergeron, & Smolla, 2000).

Ratingskala. Es wurde sich für eine fünfstufige Likert-Skala entschieden, um möglichst viel Varianz zu schaffen, aber die Kinder dennoch kognitiv nicht zu überfordern. Zu entwicklungspsychologischen Voraussetzungen der Befragung von Kindern siehe auch Walther, Precker und Mecklenbräucker (2010). Die (visuelle) Ratingskala besteht aus fünf Teufelchen, deren Bedeutung in der Instruktion eingehend erklärt und deren Anwendung in einem gemeinsamen Übungsbeispiel erprobt wird. Um sicherzustellen, dass die Kinder jedes Item beantwortet haben, muss mindestens ein Teufelchen immer eingekreist werden. So ergibt sich die Zuordnung *1=gar nicht zutreffend, 2=etwas oder ein wenig zutreffend, 3=mittel oder manchmal zutreffend, 4=meistens oder oft zutreffend und 5=immer oder sehr zutreffend.* Auch diese Anleitung wurde kindgerecht formuliert (siehe Instruktion).

Abbildung 1: Rating-Skala des ÄSK



Eine niederländische Untersuchung im Rahmen der Validierung des Koala Fear Questionnaire konnte die Äquivalenz einer visuellen zu der klassischen dreistufigen visuellen Skala mit Labeln bestätigen (Muris et al., 2003). Hierbei lieferte eine Skala mit drei Koalabären, die unterschiedliche Gesichtsausdrücke (neutral, etwas ängstlich, deutlich ängstlich) verwendete, vergleichbare Werte wie der Einsatz einer üblichen dreistufigen Skala.

Im Unterschied hierzu hat das ÄSK keine unterschiedlichen Ausdrücke sondern unterscheidet sich lediglich in der Anzahl der Teufelchen. Die Verwendung von likertskalierten Ratingskalen wurde beispielsweise von Mellor und Moore (2013) untersucht. Sie fanden in einer Studie mit 6- bis 13-jährigen Kindern heraus, dass die Fähigkeit zur validen Einschätzung zum einen mit der Konkretheit bzw. Abstraktheit des zu erfassenden Konstrukts zusammenhängt. Zum anderen stimmten die Urteile der Kinder dann am höchsten mit der eigenen dichotomen Beurteilung überein, wenn die Antwortskala nicht numerisch sondern wortbasiert gewählt war. Das Alter zeigte sich nicht als bedeutsamer Einflussfaktor für die Konkordanz. Mellor und Moore fassen ihre Studie mit den Worten zusammen:

„*Researchers and clinicians need to be aware of the limited understanding that children have of Likert response formats.*“ (2013, S. 1). Dagegen stehen die Befunde von González-Betanzos, Leenen, Lira-Mandujano und Vega-Valero (2012), die in ihrer Studie mit 10- bis 12-jährigen Kindern drei unterschiedliche Likertformate (3, 5 und 7stufig) in einem Stressfragebogen verglichen. Sie fanden heraus, dass alle Formate das gleiche Konstrukt erfassen und dass Skalen mit mehr als 3 Punkten die besseren psychometrischen Eigenschaften aufwiesen. Darüber hinaus zeigte sich in dieser Studie die fünfstufige Likertskalierung als am besten geeignet für die Ermittlung von kriteriumsbezogener Validität (González-Betanzos et al., 2012).

Demnach scheint die fünfstufige Skalierung am besten geeignet zu sein, um innerhalb des Konstrukts Ängstlichkeit ausreichend zu differenzieren. Sie ist allerdings unter einem Alter von zehn Jahren nicht unproblematisch in der Anwendung. Die Befunde zur Äquivalenz mit Visualisierungen eröffnen die Möglichkeit der grafischen Darstellung einer solchen Skala.

Instruktion. In der Instruktion werden die Kinder darüber informiert, wie der Test aufgebaut ist, wie das Antwortformat funktioniert und dass gemeinsam ein Beispiel bearbeitet wird. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die Antworten ehrlich und spontan sein sollen, (bei Gruppentestungen) nicht abgesehen werden soll, es keine richtigen oder falschen Antworten gibt und die Items (bzw. die beschriebenen Situationen) unabhängig vom Geschlecht des jeweiligen Protagonisten sind, da sie von Jungen und Mädchen gleichermaßen erlebt werden können. Erst danach wird das Testheft ausgeteilt. Diese Reihenfolge sollte eingehalten werden, da viele Kinder sonst bereits zu blättern beginnen und eventuell nicht mehr konzentriert den Instruktionen folgen. Die vollständige Instruktion ist dem Anhang (Abschnitt 9.4, S. 152) zu entnehmen, beispielhaft sei hier die kindgerechte Formulierung der Ratingskala vorgestellt: „*Wenn du also meinst: „das kenn ich total gut bei mir!“*“, dann machst du einen Kreis um alle 5 Teufelchen. *Wenn du für dich findest: „Das kenn ich ziemlich gut“*“, dann kreist du 4 Teufelchen ein. *Wenn du zum Beispiel denkst: „Ich kenn das manchmal bei mir“*“, dann umkringelst du 3 Teufelchen. *Wenn du es nur ein wenig von der Geschichte kennst, dann kreist du 2 Teufelchen ein. Und wenn du sagst: „Das kenne ich überhaupt nicht bei mir“*“, dann umkringelst du nur ein Teufelchen. *Und mindestens ein Teufelchen muss also immer eingekreist werden, o.k.?“*

Konstrukt(e). Der Test fragt Ängstlichkeit mit Items zur Generalisierten Angststörung, zu Trennungsangst, zur sozialen Angst und zu spezifischen Phobien (unterschiedliche Tiere und Dunkelheit) ab. Zusätzlich werden Somatisierung und Depression (mit jeweils zwei Items) erfasst. Dabei erfolgte die Itementwicklung in Anlehnung an die klinische Konstrukte,

ohne dabei alle Kriterien konkret abzufragen (s. u.). Da die genannten Bereiche jeweils mit einem bis drei Items abgefragt werden, sind diese nicht als Unterskalen zu verstehen bzw. methodisch zu vertreten.

Itementwicklung. Die Inhalte der Items wurden in Anlehnung an die Hinweise für die Diagnostik der jeweiligen Störung im Kindes- und Jugendalter nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema, das auf dem ICD-10 basiert, abgeleitet (Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2005; Barkmann, Schulte-Markwort, & Brähler, 2011). Hier lässt sich vor allem der Abschnitt F90 – F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend nennen. Die Autoren des Multiaxialen Klassifikationsschemas weisen darauf hin, dass es trotz Ähnlichkeiten zu den Kriterien im Erwachsenenalter Unterschiede gibt, so dass eine eigene Kategorie gerechtfertigt erscheint. Somatisierung findet sich hier auch als ein Kriterium oder Merkmal der Trennungsangst. Da die klinisch-diagnostischen Kriterien Angststörungen aufgrund vielfältiger Aspekte von Angst und Ängstlichkeit klassifizieren, bietet sich mit der Orientierung an diesen Leitlinien die Möglichkeit Ängstlichkeit als mehrdimensionales Konstrukt zu generieren.

Unter der Kategorie „Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)“ finden sich unter anderem die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), die phobische Störung des Kindesalters (F93.1), die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2), die sonstigen emotionalen Störungen des Kindesalters (F93.8), für die insbesondere die Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.80) relevant erscheint. In der Erarbeitung der Items des ÄSK wurde auf eine exakte Orientierung an den diagnostischen Kriterien verzichtet, da das Verfahren nicht als (klinisches) Diagnoseinstrument dienen soll. Andernfalls hätten die Dauer und der Beginn bestimmter Symptome detailliert erfragt werden müssen. Die im Multiaxialen Klassifikationsschema jeweils angegebenen diagnostischen Leitlinien geben einen groben Überblick über die vorliegenden Symptome, ohne hierbei spezifische Kriterien zu nennen. Diese eignen sich daher zur Herleitung der jeweiligen Items, hier am Beispiel der Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) angeführt: *„Kinder mit dieser Störung zeigen eine durchgängige oder wiederkehrende Furcht vor Fremden oder meiden diese. Diese Furcht kann sich hauptsächlich auf Erwachsene, auf Gleichaltrige oder auf beide beziehen. (...)“* (Remschmidt et al., 2005, S. 21). Das genannte Beispiel kann als Kontinuum der sozialen Ängstlichkeit verstanden werden und eignet sich somit als Orientierungspunkt zur Itemgenerierung.

Beispiel eines Items. Eines der Items des ÄSK, die diese Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters erfassen sollen, bezieht sich auf Erwachsene, eines auf

Gleichaltrige. Letzteres soll im Folgenden dargestellt werden, um den Aufbau der Items zu verdeutlichen: „*Die Geschichte von Niko: Niko stand vor ein paar Tagen im Park. Er beobachtete ein paar Kinder, die auf der Wiese Fangen spielten. Er kannte die Kinder nur so vom Sehen. Niko hätte große Lust gehabt mitzuspielen, aber er traute sich nicht einfach mitzuspielen oder zu fragen. So wurde er immer unsicherer und fühlte sich ganz unwohl, so da zu stehen. Schließlich hat er sich umgedreht und ist weggegangen. Traut ihr euch auch häufig nicht andere Kinder, die ihr nicht so gut kennt, anzusprechen, obwohl ihr eigentlich Lust dazu habt? Je doller du das kennst, umso mehr Teufelchen kreist du ein!*“

Neben der Beschreibung der Furcht vor diesen fremden Kindern erfolgt eine Beschreibung des anschließenden Vermeidungsverhaltens. Kinder, die das Gefühl kennen, sich aber vielleicht manchmal trauen, andere Kinder anzusprechen, haben somit die Möglichkeit dem Item im mittleren Ausmaß zuzustimmen. Diese Verknüpfung von Gefühl und Verhalten ist in mehreren Items enthalten und ermöglicht auch Kindern, die kein Vermeidungsverhalten zeigen, zuzustimmen.

Durchführungsdauer. Je nach Größe der Gruppe lässt sich der Fragebogen in 20 bis 35 Minuten durchführen. Bei größeren Gruppen ist die Durchführungsdauer vor allem bei jüngeren Kindern maximal, da gewährleistet werden muss, dass alle Kinder das gleiche Verständnis haben.

Auswertung. Campbell und Rapee (1996) plädieren für die Einnahme einer entwicklungspsychologischen Perspektive bei der Erfassung von Ängstlichkeit bei Kindern, die in Abhängigkeit des Alters unterschiedliche Aspekte in den Fokus rückt. So sei beispielsweise im Grundschulalter Ängstlichkeit mit generell negativem Affekt vermengt, erst ab etwa elf Jahren könnten Kinder depressive von ängstlichen Symptomen unterscheiden. Dafür spricht auch die hohe Komorbidität von Angst, Depression und Somatisierungen in einem jungen Alter (Essau, 2003; Noeker, 2002; Noeker & Petermann, 2002; Schneider & Blatter, 2005). Daher erscheint es inhaltlich sinnvoll, die Bereiche des Fragebogens zu einem Summenscore zusammenzufassen.

Die spezifischen Phobien wurden mit insgesamt vier Items erfasst: Angst vor Hunden, vor Spinnen, Schlangen und Mäusen oder Ratten sowie vor anderen Tieren. Für die Auswertung dieses Items soll lediglich die einfache Wertung des am höchsten gerateten Items in den Summenscore eingehen. Zudem empfiehlt es sich bei dem Item „*Und andere Tiere?*“ das konkrete Tier zu erfragen, da erfahrungsgemäß auch (und vor allem) Tiere angegeben werden, die tatsächlich bedrohlich sind (Tiger, Krokodil, etc.). Somit ergeben sich 13 Einzelwerte, die in die Auswertung einbezogen werden. Da die Items alle in

Schlüsselrichtung formuliert sind, lassen sich diese ohne Umpolung summieren. Ein höherer Wert im Gesamtscore weist somit auf ein höheres Angsterleben hin. Aufgrund der Minimalwertung von 1 ergibt sich somit ein möglicher Score von 13 bis 65 Rohpunkten. Um diesen Wert anschaulicher zu machen, wurde dieser linear auf einen Score von 0 bis 100 transformiert.

Objektivität. Zur Gewährleistung der Durchführungsobjektivität gibt es ein detailliertes Testleiter-Heft, in dem die vorzulesenden Testinstruktionen und die Geschichten abgedruckt sind. Der Test beginnt mit einem Beispielitem, um abzusichern, dass die Kinder das Antwortverfahren verstehen. Die Auswertungsobjektivität soll durch die Berechnung des Summenscores mit Hilfe von SPSS oder Excel gegeben sein.

Augenscheinvalidität. Das Instrument ist augenscheinlich valide und erfreute sich – nach mündlicher Rückmeldung – in seiner bisherigen Anwendung sowohl bei den Testleiterinnen und Testleitern als auch bei den Kindern hoher Akzeptanz.

2.4 Zusammenfassung der Befunde zur Messung von Ängstlichkeit

In den vorangegangenen Kapiteln wurde dargestellt, dass es aufgrund der unterschiedlichen Befunde zur Übereinstimmung von Urteilen in der Messung von Ängstlichkeit und anderen internalisierenden Auffälligkeiten sinnvoll erscheint, mehrere Urteilerquellen zu erfassen (vgl. Kap. 2.1, S. 18f). Einige Autoren weisen dabei auf die Wichtigkeit des kindlichen Urteils bei der Einschätzung des innerpsychischen Erlebens hin.

Im anschließenden Abschnitt wurden unterschiedliche bereichsspezifische und klinische Verfahren vorgestellt und ein Überblick über Normierung und statistische Güte gegeben (vgl. Kap. 2.2, S. 21f). Dabei wurde deutlich, dass ein Verfahren, das Ängstlichkeit als Dimension, mehrstufig und im Selbsturteil im Grundschulalter erfasst, bisher fehlt.

Im letzten Unterkapitel wurde das Ängstlichkeitsscreening für Kinder, das diese Lücke zu schließen vermag, ausführlich vorgestellt (vgl. Kap. 2.3, S. 24f).

3 Fragestellungen

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit vornehmlich um die Überprüfung der Güte des Ängstlichkeitsscreenings für Kinder handelt, lautet die globale Fragestellung, ob das ÄSK zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften aufweist. Nachfolgend werden darunter die Item- und Skalenkennwerte (Schwierigkeit, Homogenität, Fremd- und Eigentrennschärfe) sowie die Hauptkriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) und Nebenkriterien (Ökonomie, Nützlichkeit, Normierung und Vergleichbarkeit), wie Lienert (1989) sie als Beleg für die Güte eines Verfahrens fordert, verstanden. Im Folgenden werden eingangs die übergeordneten Fragestellungen benannt und darunter die dazugehörigen Hypothesen aufgeführt.

Verfügt das ÄSK über zufriedenstellende Item- und Skalenkennwerte?

Itemschwierigkeit. Eine Anforderung an Persönlichkeitstests (im Gegensatz zu Leistungstests) ist das Vorliegen einer mittleren Itemschwierigkeit für alle Items (Fisseni, 2004; Moosbrugger & Kelava, 2007).

H₀₁: Die Itemschwierigkeiten der Items des ÄSK liegen im mittlerem Bereich: $.80 > P > .20$.

Da der ÄSK jedoch auch ein Item zur Erfassung von Panikattacken enthält, von dem nicht erwartet wird, dass viele Kinder in einer nicht-klinischen Grundschulstichprobe diesem zustimmen (Federer et al., 2000), wird für dieses Item eine hohe Itemschwierigkeit erwartet.

H₀₂: Die Itemschwierigkeit des Items „Panikattacke“ (Mario) des ÄSK liegt größtenteils im hohen Bereich: $P < .20$.

Trennschärfe. Die Items einer Skala sollten mittlere und hohe Eigentrennschärfen (konvergente Trennschärfe) aufweisen (Bühner, 2006; Fisseni, 2004; Moosbrugger & Kelava, 2007), da sie zum einen mit der Skala zusammenhängen sollen, aber auch einen eigenen Anteil an der Gesamtskala haben sollen. Diese Trennschärfe wird an einem inneren Kriterium ermittelt und wird in der Regel durch die korrigierte Item-Skala-Interkorrelation (Fisseni, 2004) erhoben. Da diese auch in Relation zur Itemschwierigkeit zu sehen ist, empfehlen Amelang und Schmidt-Atzert (2006) Items mit niedriger Trennschärfe aus einem Test zu entfernen, wenn diese lediglich über eine mittlere Itemschwierigkeit verfügen. Items mit hoher Trennschärfe hingegen empfehlen sie auch dann beizubehalten, wenn sie extrem schwierig oder leicht sind (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006).

H₀₃: Die Item-Skala-Interkorrelation der Items des ÄSK liegt im mittleren bis hohen Bereich: $.30 < r_{itc} < .50$ bzw. $r_{itc} > .50$.

Die Betrachtung der Fremdtrennschärfe (diskriminante Trennschärfe) erfolgt immer in Relation zur konvergenten Trennschärfe (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006). Fisseni (2004)

fordert, dass jedes Item höher mit seiner Unterskala als mit den anderen Skalen korrelieren sollte, die konvergente Trennschärfe also höher ist als die diskriminante.

H₀₄: Die Item-Skala-Interkorrelation der Items des ÄSK ist jeweils höher als die Korrelation mit anderen Skalen: $r_{itc} < r_{ix}$.

Homogenität. Generell gilt, dass die Items eines Tests zwar ein gemeinsames Merkmal messen, aber möglichst unterschiedliche Facetten abfragen sollen (Fisseni, 2004; Moosbrugger & Kelava, 2007). Die Homogenität gibt Aufschluss darüber, inwiefern die Items eines Tests miteinander kovariieren. Eine mögliche Analysemethode der Homogenität ist die Interkorrelation der Items (Fisseni, 2004). Da die Items des ÄSK zwar ein gemeinsames Merkmal zu erfassen suchen (internalisierende Auffälligkeiten), die einzelnen Items jedoch sehr unterschiedliche Facetten abfragen (Somatisierung, Depression, soziale Ängstlichkeit, Trennungsangst, Generalisierte Angst), sollte die Homogenität der einzelnen nicht zu hoch ausfallen.

H₀₅: Die Homogenität der Items des ÄSK ist im geringen, aber positiven Bereich: $H_{ix} > 0$.

Darüber hinaus sollte auch die Homogenität für alle Items des ÄSK ähnlich hoch ausfallen.

H₀₆: Die Gesamt-Homogenität des ÄSK ist im geringen, aber positiven Bereich: $H_{ges} > 0$.

Verfügt das ÄSK über zufriedenstellende Reliabilität(en)?

Interne Konsistenz. Um die Reliabilität der Gesamtskala zu ermitteln, soll unter anderem die interne Konsistenz betrachtet werden. Aufgrund der nur geringen Anzahl der Items in den einzelnen Unterbereichen (jeweils 2 – 3 Items) soll hier auf eine weitere Analyse der internen Konsistenzen der Unterskalen verzichtet werden.

H₀₇: Die interne Konsistenz der Gesamtskala des ÄSK ist mindestens zufriedenstellend: $\alpha > .70$.

Retest-Reliabilität. Da in diesem jungen Altersbereich von rascher Entwicklung und somit auch Veränderung ausgegangen werden kann (Macha, Proske, & Petermann, 2005; Petermann & Macha, 2005), soll eine Retest-Erhebung bereits nach vier Wochen an einer Teilstichprobe von etwa 60 Kindern Hinweise auf die kurzfristige Stabilität der mit dem ÄSK gemessenen Ängstlichkeit geben.

H₀₈: Die Retest-Reliabilität der Gesamtskala des ÄSK (erhoben nach 4 Wochen für eine Teilstichprobe von etwa 60 Kindern) ist mindestens zufriedenstellend: $r_{tt} > .70$.

Eine Retest-Erhebung nach drei Monaten für eine weitere Teilstichprobe von etwa 100 Kindern soll Aufschluss über die Stabilität der mit dem ÄSK gemessenen Ängstlichkeit über einen längeren Zeitraum geben.

H₀₉: Die Retest-Reliabilität der Gesamtskala des ÄSK (erhoben nach 3 Monaten für eine Teilstichprobe von etwa 100 Kindern) ist mindestens zufriedenstellend: $r_{tt} > .70$.

Da die Trennung von Angst und Ängstlichkeit und somit State- und Trait-Komponenten der Angst nicht immer eindeutig ist (Lazarus-Mainka & Siebeneck, 2000), soll eine explorative Analyse der Retest-Reliabilitäten auf Itemebene Aufschluss darüber geben, ob einige Items eher State-Komponenten der Angst erheben und also relativ gering über die Zeit korrelieren (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006). So wäre anzunehmen, dass das Item, das Trennungsangst anhand einer Nachmittagssituation erfasst, mit zunehmendem Alter weniger angsterfüllt für die Kinder ist. Somit müsste bei einem längeren Retest-Intervall eine geringere Korrelation vorzufinden sein als bei einem kürzeren Zeitintervall.

H₁₀: Es zeigen sich unterschiedlich hohe Retest-Reliabilitäten für die Einzelitems des ÄSK nach 4 Wochen bzw. 3 Monaten.

Kann das ÄSK als valide angesehen werden?

Konstruktvalidität. Um zu überprüfen, ob die angenommenen, theoretisch entwickelten Skalen des ÄSK sich auch empirisch finden lassen, soll eine (konfirmatorische) faktorenanalytische Überprüfung erfolgen (Bühner, 2006). In Anlehnung an die probabilistische Testtheorie soll die Überprüfung der Güte des Modells im Sinne der postulierten Latent-Trait-Theorie angewendet werden.

H₁₁: Es lässt sich ein gutes Fit in der konfirmatorischen Faktorenanalyse für die angenommen Bereiche (Skalen) finden: $CFI \geq .95$ und $RMSEA < .06/.08$.

Zudem soll mittels Expertenfragebogen (für berufliche Experten), der an unterschiedliche Berufsgruppen (Psychologen, Wissenschaftler, Pädagogen, Therapeuten) ausgegeben wird, eine weitere Evaluation erfolgen. Dieser Fragebogen soll auf einer 7stufigen Skala erfassen, ob die Experten meinen, dass das jeweilige Item das genannte Konstrukt angemessen abfragt. Des Weiteren werden Fragen zur Einschätzung der Eignung des ÄSK als Fragebogen, zum Einsatz in Gruppentestungen, für den Altersbereich, etc. gegeben.

H₁₂: Die beruflichen Experten schätzen die Passung der Items zu dem abgefragten Konstrukt im Mittel als mindestens gut ein: $\sum x_{ix} \geq 4$.

Diskriminante Validität. Da das ÄSK ein Verfahren ist, in dem die Items vorgelesen werden und den Kindern ein Heft mit Bildern und Namen zu den dargestellten Kindern geboten wird, soll ausgeschlossen werden, dass lediglich die Fähigkeit von Kindern gemessen wird, sich in die Geschichten einzufühlen und nicht die eigenen Gefühle erfasst werden. Es wird erwartet, dass keine oder eine positive aber geringe Korrelation des ÄSK-Gesamtscores mit Empathie besteht, da kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen Angststörungen und

Einfühlungsvermögen (Suveg & Zeman, 2004) bzw. Perspektivenübernahme und sozialer Ängstlichkeit (Batanova & Loukas, 2011) gefunden wurde.

H₁₃: Es zeigt sich eine signifikante positive (jedoch geringe¹) Korrelation des ÄSK mit der Skala Empathie des IVE: $0 < r < .4$.

Ein der Ängstlichkeit relativ nahes Konstrukt, das häufig in der Validierung von Angstfragebögen zur Anwendung kam (vgl. z.B. Kinder-Angsttest II, Angstfragebogen für Schüler, siehe Kap. 2.2, S. 21ff und Anhang, Abschnitt 1.1, S. 154) ist Neurotizismus. In bisherigen Evaluierungen wurde diese Korrelation vornehmlich als konvergente Validität aufgefasst. Da es sich bei Neurotizismus im Sinne von emotionaler Labilität jedoch um ein eigenes von der Ängstlichkeit verschiedenes Konstrukt handelt, soll die Korrelation des ÄSK-Gesamtscores mit Neurotizismus in dieser Arbeit als diskriminante Validität angesehen werden. Aufgrund der relativ großen Nähe der Konstrukte wird jedoch ein positiver Korrelationskoeffizient in mittlerer Höhe angenommen.

H₁₄: Es zeigt sich eine signifikante positive (jedoch mittlere) Korrelation des ÄSK mit der Skala Neurotizismus der HANES-KJ: $.4 < r < .6$.

Konvergente Validität. Da bisher keine Instrumente zur Erfassung der Ängstlichkeit im Selbsturteil (ohne das Ziel einer klinischen Diagnose) für den betreffenden Altersbereich existieren (vgl. Kap. 2.4, S. 29) soll zumindest an einer Teilstichprobe mit mindestens 9-jährigen Kindern die Konvergente Validität des ÄSK überprüft werden. Hierbei soll zum einen der Zusammenhang mit Angst bzw. Trait-Ängstlichkeit, wie sie der KAT II zu messen versucht, erhoben werden und zum anderen die Angstsensitivität, wie sie mit dem KASI erhoben wird. Erwartet wird ein starker und positiver Zusammenhang des ÄSK mit beiden Testverfahren. Da der ÄSK ein nicht-klinisches Verfahren ist, das Ängstlichkeit erfasst, wird des Weiteren erwartet, dass der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen ÄSK und KASI (Angstsensitivität) höher ausfällt als für den Zusammenhang zwischen ÄSK und KAT II (Angst).

H₁₅: Es zeigt sich eine signifikante positive und hohe Korrelation des ÄSK mit der Trait-Ängstlichkeit des KAT II: $r > .5$

H₁₆: Es zeigt sich eine signifikante positive und hohe Korrelation des ÄSK mit der Angstsensitivität des KASI: $r > .6$

H₁₇: Es zeigt sich eine höhere Korrelation des ÄSK mit der Angstsensitivität des KASI als mit dem KAT II: $r_{KASI} > r_{KAT II}$

¹ Die Einordnung der Höhe dieser und der folgenden Korrelationskoeffizienten erfolgt als Validität im Sinne der Beurteilung von Testkennwerten, vgl. Fisseni, 2004 nach Weise, 1975.

Differentielle Validität. Insgesamt sollen etwa 30 klinisch auffällige Kinder im Alter von etwa sechs bis zehn Jahren in einem Einzelinterview oder in einer Gruppentestung mit dem ÄSK befragt werden. Zudem sollen (pseudonymisierte) Angaben der Eltern mittels CBCL oder Strength Difficulties Questionnaire (SDQ), die im Rahmen der Aufnahme in die jeweiligen Einrichtungen erhoben wurden, sowie Angaben der Therapeuten über eventuelle Diagnosen nach ICD oder DSM und die Therapiedauer erfasst werden. Für die Untersuchung sind vor allem die Kinder mit internalisierenden Auffälligkeiten (Somatisierung, Depression, Angststörungen) relevant, aber auch andere Störungsgruppen sind im Sinne einer Untersuchung anhand einer Risikopopulation interessant. Monga und Kollegen (2000) konnten im Rahmen einer Validierungsstudie des SCARED für Kinder mit klinischer Angst-Diagnose höhere Mittelwerte aufzeigen als für Kinder mit einer Depression oder einer Verhaltensstörung. Perrin und Last (1992) hingegen konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Ängstlichkeit einer klinisch auffälligen zu einer unauffälligen Stichprobe finden. Daher wird die Hypothese ungerichtet formuliert.

H₁₈: Der ÄSK-Mittelwert einer Gruppe klinisch auffälliger Kinder unterscheidet sich nicht von dem Mittelwert einer selektierten, parallelen Gruppe (nach Alter und Geschlecht) von Kindern aus der Grundschulstichprobe.

Da davon ausgegangen wird, dass es zu einer Verringerung der subjektiv empfundenen Lebensqualität bei Vorliegen von erhöhter Ängstlichkeit kommen kann (Aures, 2011), wird angenommen, dass Kinder mit einem hohen ÄSK-Gesamtscore sich hinsichtlich Ihres Gesamtwertes im Kinder Lebensqualitätsfragebogen (KINDL^R) signifikant von Kindern mit einem geringen ÄSK-Gesamtscore unterscheiden.

H₁₉: Eine Gruppe von Kindern mit einem hohen Wert im ÄSK zeigt signifikant niedrigere Werte im KINDL^R als eine Gruppe von Kindern mit niedrigen Werten im ÄSK: ÄSK₊ < ÄSK₋.

Weist der ÄSK zufrieden stellende Nebenkriterien auf?

Akzeptanz. Zur Erhebung der Akzeptanz und der Praktikabilität des ÄSK sollen qualitative Befragungen mit zwei Gruppen von Kindern durchgeführt werden. Um die Vergleichbarkeit beider Interviews zu gewährleisten und alle relevanten Facetten zu thematisieren, wird ein Leitfaden genutzt, der ein halbstrukturiertes Interview ermöglicht.

F₀₁: Es lassen sich Hinweise aus den Kindergruppen-Interviews ziehen, dass der ÄSK für Kinder akzeptabel und somit praktikabel ist.

Praktikabilität. Mittels Expertenfragebogen wurden berufliche Experten gebeten eine Einschätzung auf einer siebenstufigen Skala zu geben: Zu Aspekten der Eignung des ÄSK als Fragebogen, zum Einsatz in Gruppentestungen, für den Altersbereich, etc.

H₂₀: Die beruflichen Experten schätzen die Anwendbarkeit in unterschiedlichen Bereichen im Mittel für mindestens gut ein: $\sum x_{ix} \geq 4$.

Veränderungssensitivität. Im Rahmen der Präventionsstudie Löwenherz (Aures, 2011; Krüger, 2009) wurde der ÄSK erstmals in einem quasi-experimentellen Design angewendet. Die so ermittelten Effektmaße können als Maß für die Änderungssensitivität interpretiert werden (Hoyer, Beauducel, & Franke, 2003). Hierbei ist zu beachten, dass die Effektstärken bei präventiven Interventionen selten über ein mittleres Ausmaß hinausgehen (Heinrichs, Saßmann, Hahlweg, & Perrez, 2002), dies also bereits für eine gute Änderungssensitivität eines Instruments spricht. Die Einschätzung der Größe eines Effekts erfolgt nach den Empfehlungen von Klemmert (2004).

H₂₁: Es zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung für den ÄSK-Mittelwert zwischen Gruppe (Interventions- vs. Kontrollgruppe) und Zeitpunkt (Prä vs. Post) mit einem mindestens kleinen Effekt. $\eta^2 \geq .06$

Lassen sich bisherige Befunde zu Urteilerübereinstimmungen replizieren?

Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen. Untersuchungen zum Zusammenhang von Empathie und prosozialem Verhalten zeigen, dass Empathie im Kinderurteil und prosoziales Verhalten im Lehrerurteil signifikant positiv, aber relativ gering korrelieren (Eisenberg & Miller, 1987). In der vorliegenden Untersuchung soll die in einer Teilstichprobe erhobene Empathie im Selbsturteil und die Einschätzung des prosozialen Verhaltens im Fremdurteil (Lehrer und Eltern) verglichen werden.

H₂₂: Es zeigt sich eine signifikante Korrelation der Skala Empathie des IVE mit der Skala Prosoziales Verhalten des SDQ für LehrerInnen: $r \neq 0$ und $p < .05$.

H₂₃: Es zeigt sich eine signifikante Korrelation der Skala Empathie des IVE mit der Skala Prosoziales Verhalten des SDQ für Eltern: $r \neq 0$ und $p < .05$.

In einer Untersuchung zu den Übereinstimmungen unterschiedlicher Urteilerquellen hinsichtlich sozialer Kompetenzen von Schülern fanden Gresham und Kollegen (2010) keine statistischen Unterschiede zwischen den Korrelationen. Insgesamt zeigten sich höhere Koeffizienten als für die Einschätzung des Problemverhaltens, jedoch lagen die Zusammenhänge nur im geringen bis mittleren Bereich.

H₂₄: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation des ÄSK mit der Skala Emotionale Probleme des SDQ für LehrerInnen: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

H₂₅: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation des ÄSK mit der Skala Emotionale Probleme des SDQ für Eltern: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

Untersuchungen zum Zusammenhang von Fremd- und Selbsturteil von internalisierenden Auffälligkeiten konnten bisher vor allem geringe oder nicht abgesicherte Korrelationen aufzeigen (Gresham, et al., 2010). Auch in dieser Studie wird angenommen, dass das kindliche Urteil über die Ängste nur gering oder nicht mit dem Urteil der Lehrer und Eltern zusammenhängt.

H₂₆: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation des ÄSK mit der Skala Internalisierende Auffälligkeiten der CBCL: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

Eine mögliche Kritik an geringen Urteilerübereinstimmungen ist darin begründet, dass häufig unterschiedliche Verfahren für die unterschiedlichen Urteiler zum Einsatz kommen und somit keine Parallelität der Instrumente bzw. eine Methodenspezifität vorliegt (Eid, Gollwitzer, & Schmitt, 2011).

H₂₇: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation der Gesamtskala des ÄSK mit der Gesamtskala des ÄSK der Elternversion: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

Lässt sich anhand der Eichstichprobe eine Normierung vornehmen?

Normalverteilung, Geschlechts- und Alterseffekte. Insgesamt sollen je Klassenstufe und Geschlecht mindestens 50 Kinder befragt werden, um eine annähernde Normalverteilung zu gewährleisten und T-Werte und Prozentränge sowie Mittelwerte darstellen zu können. Da sich in der bisherigen Literatur Alters- und Geschlechtseffekte für Ängstlichkeit finden ließen (u.a. Gullone, 2000), sollen Referenzwerte für die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtergruppen erhoben werden. Bei vier Klassenstufen ergeben sich für Jungen und Mädchen insgesamt acht Gruppen à 50 Kindern, also eine Referenzstichprobe in Größe von etwa 400 Grundschulkindern. Auf das Alter bezogen ergeben sich von sechs bis zehn Jahren fünf Altersstufen und eine Referenzstichprobe von 500 Kindern. Um die Möglichkeiten der Darstellung nach Alter oder Klassenstufe in Abhängigkeit der Ergebnisse der Analysen offen zu halten, wird somit eine Gesamtstichprobe von annähernd 500 Norddeutschen Grundschulkindern anvisiert. Die (vorerst) regionale Beschränkung auf den Norddeutschen Raum (vornehmlich Hamburg und Schleswig-Holstein) wird aufgrund der Verfügbarkeit und der räumlichen Möglichkeiten vorgenommen. Um die Generalisierbarkeit für deutsche Großstädte und ländlichere Gebiete zu gewährleisten, sollen sowohl verschiedene Stadtteile bzw. -bezirke Hamburgs repräsentiert sein, als auch ländlichere Bezirke und Vororte.

H₂₈: Es zeigt sich für die Verteilung des ÄSK-Mittelwerts eine (zumindest grafische) Normalverteilung.

H₂₉: Der ÄSK-Mittelwert der Mädchen ist signifikant höher als der der Jungen: $x_M > x_J$.

H₃₀: Der ÄSK-Mittelwert ist für jüngere Kinder signifikant höher als für ältere Kinder.

Zeigen sich weitere Einflussfaktoren für die Ausprägung der Ängstlichkeit?

Geschlechtseffekt für die geschlechtsspezifischen Items. Da die Hälfte der Items von männlichen bzw. weiblichen Protagonisten handelt und diese nicht randomisiert dargeboten wurden, soll eine Überprüfung eines eventuellen Geschlechtseffekts erfolgen (vgl. Gullone, 2000). Dazu werden zwei Teilsummenscores für das ÄSK gebildet, in die alle Items getrennt nach Geschlecht des jeweiligen Protagonisten eingehen. Die so entstanden geschlechtsspezifischen Scores bilden einen Innersubjektfaktor, da für beide Geschlechter beide Scores erhoben wurden. Somit kann der Zwischensubjektfaktor „Geschlecht“ im Sinne einer Messwiederholung ausgewertet werden.

*H₃₁: Es zeigt sich keine statistisch signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des Kindes und der Geschlechtsspezifität der Items: Geschlecht*Geschlechtsspezifität ist n.s.*

Sozioökonomischer Status (SöS). Für die Gruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status wurden zwar Unterscheide in den Angstinhalten jedoch keine Unterschiede im Ausmaß der Ängstlichkeit beschrieben (vgl. Gullone, 2000). Somit sollten sich im Gesamtscore des ÄSK für verschiedene Statusgruppen keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der Ängstlichkeit zeigen.

H₃₂: Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt des sozioökonomischen Status (kategorisiert in: niedrig vs. Mittel vs. Hoch) auf die Ängstlichkeit: SöS n.s.

Kulturelles Umfeld (Nationalität). Laut Gullone (2000) lassen sich in den meisten Nationen die üblichen (entwicklungsbedingten) Ängste finden. Somit sollte sich kein statistischer Effekt der Nationalität auf die mit dem ÄSK gemessene Ängstlichkeit zeigen.

H₃₃: Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt des Nationalität der Kinder (dichotomisiert in: deutsch – nicht-deutsch) auf die Ängstlichkeit: Nationalität n.s.

Familienstand. Alleinerziehende Elternteile können vor allem deshalb als Risikofaktor gewertet werden, da in diesen Fällen häufig ein kompensierender Elternteil oder anderer erwachsener Bezugspartner fehlt (Amato & Keith, 1991). Diese Kompensationsmöglichkeit bezieht sich sowohl auf emotionale wie auch sozioökonomische Aspekte. Eventuelle psychische oder physische Probleme des verbleibenden Elternteils haben damit direktere Auswirkungen auf die Kinder (Geers, 2006; Schneider, In-Albon, Nuendel, & Margraf, 2013; Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996). Wie, wann und in welcher Weise bestimmte Risikofaktoren wirken, ist immer als ein multiples Bedingungsgefüge zu verstehen (Deklyen & Greenberg, 2008). Zudem können bestimmte persönliche oder familiäre Faktoren den Risikofaktoren protektiv entgegenwirken (Schmidtchen, 2001). Um das Vorliegen eines solchen Risikofaktors und auch der Resilienzfaktoren adäquat zu bestimmen, wäre eine

umfassende Familienanamnese notwendig, was im Rahmen dieser Studie aufgrund des Umfangs und datenschutzrechtlichen Beschränkungen nicht möglich war. Da die Operationalisierung in „alleinerziehend“ vs. „in Partnerschaft lebend“ die komplexen Konstellationen der Familien nicht ausreichend genau abbildet, wird erwartet, dass sich kein statistischer Unterschied hinsichtlich der Ängstlichkeit in diesem Faktor zeigt.

H₃₄: Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt des Stands der Familien der Kinder (dichotomisiert: in Partnerschaft - alleinerziehend) auf die Ängstlichkeit: Familienstand n.s.

4 Methode

In diesem Kapitel wird eingangs das Untersuchungsdesign – zur besseren Anschaulichkeit in einer Abbildung – vorgestellt. Es folgt eine Darstellung der Durchführungsbedingungen und des Untersuchungsplans. In den nachfolgenden Abschnitten werden die eingesetzten Erhebungsinstrumente, die Stichprobe(n) und die statischen Auswertungsverfahren erläutert.

4.1 Untersuchungsdesign

Die folgende Darstellung stellt den Prozess der Normierung an dem konkreten Beispiel dieser Untersuchung dar. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, werden die durchzuführenden Analysen nur schlagwortartig benannt. Die ausführliche Darstellung aller Erhebungsinstrumente und der statistischen Analysen folgt in den späteren Abschnitten dieses Kapitels.

Abbildung 2: Die Darstellung des Normierungsprozesses



4.2 Durchführung

Die Erhebung der Stichprobe der Grundschul Kinder wurde an den jeweiligen Schulen im Zeitraum von April 2009 bis Juni 2013 durchgeführt. Die Daten der Voruntersuchungen stammen aus Erhebungen der Jahre 2003 bis 2007. Die Befragung der beruflichen Experten erfolgte über die Ausgabe der Fragebögen während der gesamten Laufzeit (und Phasen) der Studie und somit unter nicht kontrollierten Bedingungen. Die Ausgabe ermöglichte den beruflichen Experten den Zeitpunkt und die Dauer der Beantwortung selbst zu wählen. Dies schien aufgrund der Belastung der Experten im Rahmen ihres Alltags als sinnvoll, um die Güte der so gewonnenen Daten zu gewährleisten. Die Interviews mit den Kindergruppen (weiterer Teil der Expertenbefragung) wurden aufgrund der Erreichbarkeit der Kinder an verschiedenen Orten durchgeführt. Das Interview mit der einen Kindergruppe erfolgte in einer Hamburger Jugendeinrichtung im Dezember 2009, das andere in dem Beobachtungsraum der Entwicklungspsychologie der Universität Hamburg im Juni 2010. Die Kinder der Klinischen Stichprobe wurden von Oktober 2011 bis November 2013 in ihren jeweiligen Einrichtungen befragt.

Teilnehmende Grundschulen. In folgenden Norddeutschen Stadtteilen und Städten konnten insgesamt 17 Grundschulen für eine Teilnahme rekrutiert und eine Befragung vor Ort realisiert werden. In Hamburg lagen die Schulen in Barmbek-Nord, Bergedorf, Curslack-Neuengamme, Duvenstedt, Eimsbüttel, Hamburg-Altstadt, Hausbruch, Horn, Ohlsdorf, Steilshoop, Stellingen, St. Pauli-Neustadt und Winterhude. In Schleswig-Holstein nahmen eine Schule aus Pellworm und eine aus Pinneberg teil, in Niedersachsen konnte die Befragung an einer Schule in Buxtehude durchgeführt werden.

Klinische Stichprobe. Kooperationen zur Erhebung der klinischen Stichprobe bestanden zu der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Eppendorf, der Medizinischen Psychologie des Universitätsklinikums, dem Werner-Otto-Institut, der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Buchholz (EMIL), dem Kinderkrankenhaus Itzehoe, dem Kinderkrankenhaus Wilhelmstift sowie der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Barmbek und der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Hamburg. Leider konnten nur in den vier letztgenannten Einrichtungen Daten gewonnen werden, da sich die weiteren Kooperationen als schwierig bzw. nicht umsetzbar erwiesen.

Informationen zum Datenschutz. Um die Anonymität der Daten zu gewährleisten, wurden den Kindern Codenummern zugewiesen, die sich aus einem Buchstabenkürzel der Schule, Klasse und fortlaufender Nummerierung zusammensetzen (bzw. Klinik oder sonstigen Einrichtung). Diese Pseudonymisierung war notwendig, um die Fremdbeurteilungs-

den Selbstbeurteilungsdaten zuordnen zu können. Die erhobenen Rohdaten wurden von mir persönlich in den Rechner eingegeben und von zwei studentischen Mitarbeitern kontrolliert. Seit der Erhebung lagern die Daten in der Universität Hamburg in einem abschließbaren Schrank und sollen nach Abschluss des Projektes vernichtet werden. Die digitalen Daten wurden und werden ebenso lediglich von mir und meinen Mitarbeitern (auf Rechnern der Universität) verarbeitet. Eine Sicherungskopie auf einem Datenträger wird von mir erstellt und mindestens zehn Jahre sicher aufbewahrt.

Ablauf der Befragung. Zum Aufbau eines Kontaktes zu den Schulen wurde ein Informationsschreiben an alle Hamburger und angrenzende Schulen aus Schleswig-Holstein verschickt (siehe Anhang, Abschnitt 9.1, S. 138ff). Dem Schreiben wurden Elternbriefe, Lehrerinformation sowie die Genehmigung der Schulbehörde bzw. des Kultusministeriums beigelegt. In der Regel erfolgte bei positiver Rückmeldung ein Besuch in der Schule, bei dem Fragen des Schulleiters beantwortet wurden. Gegebenenfalls gab es zudem eine Vorstellung des Projektes auf Lehrer- bzw. Pausenkonferenzen. Erklärten sich Schulleitung und Lehrer bereit teilzunehmen, wurden Termine für die Testung vereinbart und Elternbriefe in ausreichender Zahl zur Verfügung gestellt. Diese enthielten eine Einverständniserklärung, der zugestimmt oder die abgelehnt werden musste (siehe Anhang, Abschnitt 9.1, S. 138ff). Dieses Format wurde gewählt, um sicher zu stellen, dass die Eltern die Schreiben erhalten hatten, da jedes Kind den Abschnitt zurückgeben musste bzw. sollte. Andernfalls wäre es bei der Nichtabgabe des Abschnitts nicht eindeutig gewesen, ob die Eltern nicht einverstanden mit der Teilnahme sind oder der Zettel verloren wurde oder gar die Eltern nie erreicht hat und somit gar nicht zugestimmt werden konnte. In einigen Schulen wurde zusätzlich ein Informationsabend angeboten, an dem die Eltern konkrete Fragen an die Projektleitung stellen konnten.

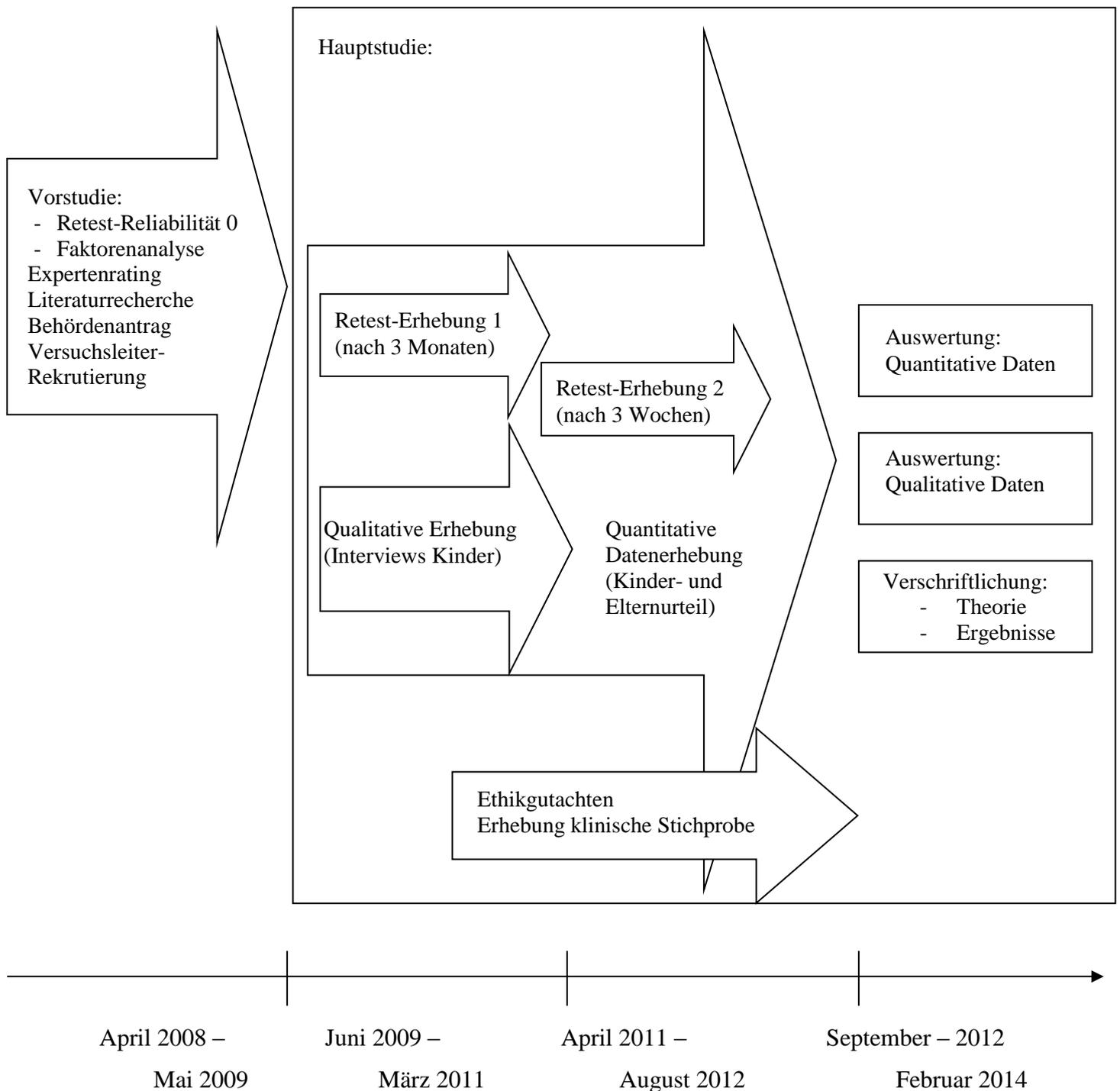
Zu Beginn der eigentlichen Testung in den Klassen erfolgte eine kurze namentliche Vorstellung der Testleiterin und HelferInnen. Anschließend wurden Ablauf, Ziele und Inhalte des Projekts (siehe Anhang, Abschnitt 9.1, S. 138ff) ausführlich dargestellt. Hierbei wurde vor allem auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen. Die Befragung, bei der alles vorgelesen wird, dauerte insgesamt etwa 20 Minuten. Die Kinder wurden somit zeitlich und körperlich nicht sonderlich beansprucht, allerdings ist nicht auszuschließen, dass die vorgelesenen Geschichten aversive Reize enthalten. Um sicher zu stellen, dass es jedem Kind dabei und danach gut ging, sollte eine positive Beziehung aufgebaut werden und ein Ausklang zum Beispiel durch gemeinsames Spielen oder Malen angeboten werden. Einige Kinder wünschten ein Exemplar des Heftes zu behalten. Dies wurde den Kindern angeboten.

Parallel zu der Grundschulerhebung wurden Projektbeschreibung, Therapeuten- und Elterninformation sowie ein Ethisches Gutachten zur Bescheinigung der Unbedenklichkeit der Befragung an Praxis- und Klinikleitungen verschickt bzw. in die Einrichtungen gebracht (siehe Anhang, Abschnitt 9.2, S. 145ff). Anschließend folgten in fast allen Einrichtungen mehrere Informationsgespräche mit Leitungen und/oder Therapeuten. Kam eine Testung zustande, wurde sowohl bei Einzel- als auch bei Gruppentestungen äquivalent zu der Grundschulerhebung verfahren.

Schulung der HelferInnen und TestleiterInnen. Um sicherzustellen, dass die Erhebungen in jeder Schule unter ähnlichen Bedingungen durchgeführt werden, wurden die studentischen Helfer und gegebenenfalls Testleiter im Vorwege geschult. Diese Schulung fand in Räumen der Universität Hamburg statt und umfasste in etwa 4 Stunden. Hier wurde geübt, einzelne Items (Geschichten) vorzulesen, des Weiteren wurden Inhalte, Betonung und das Verständnis sowie mögliche Herausforderungen besprochen. Zudem war es Inhalt der Schulung, sich mit der eigenen Haltung den Kindern gegenüber auseinanderzusetzen und die Verwendung von kindgerechter Sprache zu üben.

Ethische Aspekte. Diese Studie wurde bei dem Kultusministerium Schleswig-Holstein, der Schulbehörde Hamburg und der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie vorgestellt und jeweils um Begutachtung gebeten. Alle drei Institutionen genehmigten die Durchführung bzw. gaben ein positives Votum (siehe Anhang, Abschnitt 9.3, S. 149ff). Somit ist sichergestellt, dass keine ethischen Bedenken aufgrund der Fragestellung, Durchführung oder Auswertung der Studie bestehen.

Abbildung 3: Darstellung des über die Zeit modifizierten und aktualisierten zeitlichen Ablaufs der Untersuchung



Aus dem dargestellten Zeitplan wird ersichtlich, dass die Eingangsphase von April 2008 bis Mai 2009 mit einem Jahr sehr lang war. Die Zeit ist genutzt worden, um die behördliche Genehmigung für eine Untersuchung an Grundschulen in Hamburg und Schleswig-Holstein einzuholen, die Daten der ersten Erhebung von 2003 bis 2007 auszuwerten, ein Expertenrating zu entwerfen und VersuchsleiterInnen zu rekrutieren. Zudem wurde in dieser Zeit ein Exposé erarbeitet, dass für die Zulassung zum Promotionsstudium Voraussetzung ist. Die qualitativen Befragungen fanden im Winter 2009 und im Sommer

2010 statt. Die eigentliche quantitative Datenerhebung erfolgte von Juni 2009 bis August 2012. (Eine weitere Erhebung im Juni 2013 ergab sich nachträglich zusätzlich, da eine Schule großes Interesse an einer Teilnahme zeigte.)

Zeitlich versetzt begann die Erhebung der klinisch auffälligen Stichprobe, die bis zum Projektende fortgesetzt wurde. Hierzu erfolgte im Vorwege die Erstellung eines Ethikantrages, der positiv begutachtet wurde.

In der letzten Phase des Vorhabens (September 2012 bis Februar 2014) wurde der Stand der wissenschaftlichen Forschung zusammengefasst. Ebenfalls in diesem Zeitraum wurden die quantitativen und qualitativen Daten dieser Untersuchung abschließend ausgewertet, schriftlich festgehalten und interpretiert. Um eventuelle (weitere) Verzögerungen in der Datenerhebung kompensieren zu können, wurde diesem abschließenden Arbeitsschritt relativ viel Zeit eingeräumt.

4.3 Erhebungsinstrumente

Im anschließenden Abschnitt werden die einzelnen Erhebungsinstrumente vorgestellt, die in der Untersuchung zur Anwendung kamen. Die Reihenfolge und Bündelung erfolgt dabei nach inhaltlichen Aspekten der einzelnen Validitätsarten.

Erhebungsinstrumente zur Konstruktvalidität. Im Folgenden werden die Erhebungsinstrumente, die der Überprüfung der Güte des Ängstlichkeitsscreenings für Kinder dienen, näher vorgestellt. Die Darstellung wird hierbei nach den zugehörigen Testgütekriterien geclustert vorgenommen.

Der Expertenfragebogen. Der Expertenfragebogen beginnt mit einer Einleitung, in der die Form des ÄSK und sein Ziel der Erfassung von Ängstlichkeit im Grundschulalter kurz vorgestellt werden. Es folgt die Instruktion, in der erklärt wird, dass nachfolgend jedes der 13 Items des ÄSK vorgestellt und jeweils anschließend auf einer siebenstufigen Bewertungsskala danach bewertet werden soll, inwieweit das Item auf das zu messende Konstrukt abzielt. Zudem wird hier bereits der Hinweis gegeben, dass abschließend noch einige Fragen folgen, die übergeordnete Aspekte des Fragebogens erfassen sollen. Als Beispiel für die Beurteilung sei hier die Frage zur Beurteilung des Items zur Erfassung sozialer Ängstlichkeit, Angst andere Kinder ansprechen, genannt: *Inwieweit finden Sie, dass dieses Item das Konstrukt ‚Soziale Angst; Furcht mitzuspielen, andere Kinder anzusprechen‘ erfasst? Bitte stufen sie Ihre Meinung auf der Skala von 1 bis 7 ein. 1= Das Item erfasst überhaupt nicht das zu messende Konstrukt bis 7= Das Item erfasst das zu messende Konstrukt sehr genau.*

Die übergeordneten Fragen, die auch auf einer siebenstufigen Skala beantwortet werden sollen, sind nachfolgend dargestellt.

1. Finden Sie es sinnvoll bei Kindern einen Test zur Angsterfassung durchzuführen?
2. Finden Sie die Methode (Beispielgeschichten, etc.) des ÄSK zur Angsterfassung bei Kindern sinnvoll?
3. Finden Sie, dass die Items für Kinder im Alter von sieben und acht Jahren verständlich genug formuliert sind?
4. Können Sie sich vorstellen, dass das ÄSK bei Kindern Angst feststellen kann?
5. Finden Sie die Anzahl der Items ausreichend um Angst zu erfassen?

Darüber hinaus hatte die Befragten die Möglichkeit, eigene offene Anmerkungen zu machen. Um dies zu unterstützen, wurde ein freies Textfeld eingefügt. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang (Abschnitt 9.8, S. 172ff) abgebildet.

Leitfaden für das Kinder-Gruppeninterview. Bei der Konstruktion eines Leitfadens für das Gruppeninterview wurde darauf geachtet, die Fragen kindgerecht und sehr offen zu stellen. Die Fragen sind jeweils eher im Sinne der Eröffnung in ein neues Thema gedacht und sollen die Kinder dazu anregen, in der Gruppe eigene Ideen und Meinungen zu entwickeln.

1. Habt Ihr den Anfangstext verstanden?
2. Wie fandet Ihr, dass wir eine Beispielgeschichte zusammen gemacht haben?
3. Wie findet Ihr die Namen?
4. Wie findet Ihr die Geschichten? Versteht Ihr manches nicht?
5. Fandet Ihr es einfach auf die Fragen zu antworten?
6. Wie findet Ihr die Bilder?
7. Wie findet Ihr, dass Ihr Teufelchen einkreisen sollt?
8. Glaubt Ihr, dass Kinder auf die Geschichten ehrlich antworten mögen?
9. Wie findet Ihr die Heft-Form?
10. Glaubt Ihr man kann das Heft gut in einer Gruppe beantworten, jeder für sich?

Erhebungsinstrumente zur Diskriminanten Validität

Empathie Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen (IVE) von Stadler, Janke und Schmeck (2004). Das IVE ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das auf dem Impulsivitätsfragebogen von Eysenck und Eysenck aus dem Jahre 1980 basiert. Der Fragebogen umfasst insgesamt drei Skalen mit jeweils 16 dichotomen Items (vgl. Stadler et al., 2004) zu kognitiver und motivationaler Impulsivität (Skala Impulsivität), riskantem und sensationssuchendem Verhalten (Skala Risikoverhalten) und Einfühlungsverhalten und Sensitivität bezüglich der Gefühle anderer Menschen (Skala

Empathie). In der vorliegenden Arbeit kam lediglich die Skala zur Erfassung von Empathie zum Einsatz, zum einen aus zeitökonomischen Gründen, aber auch um die Kinder nicht unnötig zu beanspruchen. Als Antwortformat wurde die Dichotomisierung in „Ja – Nein“ gewählt, wobei die Autoren im Handbuch darauf hinweisen, dass eine Entscheidung nicht immer einfach ist, aber dennoch in jedem Fall gefordert werden soll.

Beispiel-Items sind: *Es macht mich traurig, wenn mir jemand etwas Trauriges erzählt.* oder *Ich bin glücklich, wenn ich mit fröhlichen Kindern zusammen bin und traurig, wenn ich mit unglücklichen Kindern zusammen bin.* Die Testautoren geben die Bearbeitungszeit für den Gesamttest, bestehend aus 48 Items, mit 5 bis 15 Minuten an.

Die Items sind alle in positiver Richtung formuliert, so dass keine Umpolung mehr erfolgen muss. Die aufsummierten Items ergeben die jeweiligen Gesamtscores, die jeweils von 0 bis 16 Rohpunkten reichen.

Stadler et al. (2004) machen in dem Handbuch keine Angabe von Mittelwerten und Streuungen nach Geschlecht und Alter getrennt. In einer Studie zur Untersuchung der Differentiellen Validität werden Bezugswerte einer gesunden Kontrollgruppe von Schulkindern im Alter von 9 bis 12 Jahren vorgestellt.

Tabelle 2: Mittelwerte (Bezugswerte) in der Skala Empathie des IVE einer Untersuchung zur differentiellen Validität

Empathie	Mädchen		Jungen	
	M	SD	M	SD
Alter 9 – 12	12.50	3.14	9.21	4.18

Für die Normierung wurden insgesamt 849 Kinder der Normalpopulation im Alter von 9 bis 14 Jahren befragt. Die Rohwerte für Jungen und Mädchen unterschieden sich signifikant voneinander, so dass die Autoren geschlechtsdifferenzierte T-Werte und Prozentränge angeben.

Tabelle 3: Normwerte der Skala Empathie des IVE der Neun- bis Zehnjährigen

Empathie (IVE)	Mädchen, 9 – 10 Jahre (n=158)	Jungen, 9 – 10 Jahre (n=135)
Rohwert	T-Wert	Prozentrang
<1	--	--
2	--	--
3	--	--
4	--	--
5	--	--
6	--	--
<7 (bzw. 7)	29	2
8	34	5
9	37	10
10	39	13
11	42	21
12	45	31
13	49	46
14	53	62
15	58	79
16	64	92

Die interne Konsistenz der Empathie-Skala beträgt $\alpha=.86$ für Jungen und $\alpha=.77$ für Mädchen. Eine detaillierte Betrachtung der internen Konsistenzen nach Alter und Geschlecht differenziert zeigt für 9-jährige und 10-jährige Jungen gute (9 Jahre: $\alpha=.85$ und 10 Jahre: $\alpha=.80$), für 9- und 10-jährige Mädchen lediglich geringe Reliabilitäten (jeweils $\alpha=.66$). Die Retest-Reliabilität wurde bisher nicht erhoben.

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurde die Faktorstruktur des Gesamtfragebogens nach Geschlecht getrennt untersucht. Insgesamt zeigten sich die erwarteten mittleren und hohen, positiven Ladungen zu dem jeweiligen Faktor (zugeordnete Skala) und geringe und teilweise negative Ladungen zu den Fremdskalen. Die Autoren machen jedoch keine Angaben über die Höhe der aufgeklärten Varianz bzw. das Model-Fit, zudem ist nicht nachvollziehbar, welches Verfahren (Hauptkomponentenanalyse, konfirmatorische Faktorenanalyse, etc.) zur Analyse gewählt wurde. Die Interkorrelationen

der Skalen zeigt für Mädchen und Jungen in die erwartete Richtung (Impulsivität und Risikoverhalten positiv, Empathie mit beiden anderen Skalen negativ bzw. nahe null). Ob die gefundenen Korrelationen statistisch abgesichert sind, wird nicht angegeben.

Zur Überprüfung der Empathie-Skala werden keine weiteren Untersuchungen vorgenommen. Da zumindest weitere Vergleiche zwischen Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens oder Hyperkinetischer Störung mit gesunden Kindern vorgestellt werden, scheint der Fokus der Testevaluation scheinbar vor allem auf der Impulsivitätsskala gelegen zu haben.

Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES-KJ) von Buggle und Baumgärtel (1975). Der HANES-KJ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument für Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren. Laut Autoren eignet es sich als Einzel- und Gruppenverfahren. Der Fragebogen basiert ebenfalls auf der Theorie Eysencks und erfasst Neurotizismus im Sinne von emotionaler Labilität sowie Extraversion/Introversion.

Der Fragebogen besteht ursprünglich aus zwei Versionen, die jeweils 20 parallele Items zu Neurotizismus enthielten sowie 16 Extraversionen-Items in Form I und 12 Lügen-Items in Form II. Aufgrund der ausgewogenen Trennschärfe und Schwierigkeiten der Items sind beide Halbformen gleichermaßen zur Erfassung des Konstruktes Neurotizismus geeignet. Auch die Anwendung als Kurztest (nur die Neurotizismus-Skala ohne Extraversionen- oder Lügenskala) ist laut Buggle und Baumgärtel (1975) möglich und wurde somit für diese Arbeit aufgrund der geringeren zeitlichen und mentalen Belastung für die Kinder präferiert. (Für den Gesamttest geben die Autoren eine Bearbeitungszeit von 30 bis 40 Minuten an.)

Beginnend mit einem Beispiel-Item umfasst die hier angewandte Kurzversion (N1) 20 Items in kindgerechter Sprache zu neurotischen Gedanken und Verhaltensweisen wie beispielsweise *Grübelst oder denkst Du häufig über Sachen nach, die Du nicht hättest tun oder sagen dürfen?*, *Glaubst Du, daß Du innerlich unruhig und empfindlich bist?* oder *Bist Du leicht gekränkt, wenn jemand an Dir oder an dem was Du tust etwas auszusetzen hat?*. Die Beantwortung der Items erfolgt in den Antwortkategorien *Ja oder Nein*, wobei alle Items positiv gepolt sind, ein Ja bedeutet also immer das Vorhandensein eines bestimmten Symptoms. Buggle und Baumgärtel (1975, S. 8f) weisen daraufhin, dass eine Polung in unterschiedliche Schlüsselrichtungen nicht möglich gewesen sei. Die Überprüfung der Vermutung, Personen mit höherem Neurotizismus-Wert neigten eher zu einer Ja-Sage-Tendenz, konnte jedoch nicht bestätigt werden. Es sind also keine Verfälschungen des Testergebnisses durch einen inhaltsunabhängigen Antwortstil anzunehmen. Die Errechnung

des Gesamtwertes für Neurotizismus erfolgt über die einfache Aufsummierung der Items (0 für Nein, 1 für Ja), daraus ergibt sich ein Summenscore zwischen 0 und 20. Tabelle 3 veranschaulicht die erhobenen Normwerte, wobei hier nur die Mittelwerte und Streuungen der verwendeten Skala N1 für die Altersgruppe der Acht- und Neunjährigen dargestellt werden.

Tabelle 4: Normwerte der HANES KJ-N der Neun- bis Zehnjährigen

Neurotizismus	Mädchen			Jungen			
	Form N1	M	SD	n	M	SD	n
Alter 8;0-8;11		7.79	3.85	67	8.16	4.21	89
Alter 9;0-9;11		7.15	4.00	193	7.15	4.23	195

Die Normierung umfasste über alle Altersstufen insgesamt N=6 333 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 16 Jahren. Da eine Handanweisung mit betreffenden Informationen vorhanden ist, kann die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität des Verfahrens angenommen werden. Als Maß der Reliabilität geben die Autoren die interne Konsistenz nach Kuder-Richardson in Höhe von KR=.88 jeweils für die Formen N1 und N2² an, was als ausreichend einzuschätzen ist (Fisseni, 2004, S. 80). Die Retest-Reliabilität hingegen ist mit $r_{tt}=.64$ für die Altersgruppe von 8;6 bis 10;5 als nur gering einzuschätzen.

Der Vergleich von n=255 Kindern und Jugendlichen aus insgesamt fünf klinischen und subklinischen Gruppen mit der Normstichprobe zeigte für Jungen und Mädchen signifikant höhere Neurotizismus-Werte in der klinischen als in der Normstichprobe. Auf eine detaillierte Darstellung der verschiedenen Subgruppen hinsichtlich der unterschiedlichen Ausprägungen in der Neurotizismus-Skala soll an dieser Stelle verzichtet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Fragebogen zwischen klinisch auffälligen und klinisch unauffälligen Personen unterscheiden kann, was für seine diskriminante Validität spricht. Baumgärtel (1972; zitiert nach Bugge & Baumgärtel 1975, S. 13) fand anhand einer Stichprobe von 478 Mädchen und Jungen zwischen 10;6 und 12;0 Jahren eine hohe Korrelation ($r=.67$) von Neurotizismus und Angst (erfasst mit dem Kinder-Angst-Test von Thurner und Tewes in der ersten Auflage von 1969). Dieses Ergebnis interpretieren die Autoren als weiteres Indiz für die Gegebenheit der Konstruktvalidität.

Revidierter KINDER Lebensqualitätsfragebogen (KINDL^R) von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000). Der KINDL^R existiert sowohl in der Kinderversion, zur Erfassung des Selbsturteils von Kindern und Jugendlichen, als auch in einer parallelen Elternversion zur Erfassung des Fremdurteils. In dieser Arbeit kam lediglich der Kid-KINDL^R zur Anwendung,

² N₂ steht für den zweiten (zu der verwendeten Form N₁ parallelen) Neurotizismus-Kurztest.

der für Kinder im Schulalter (8 bis 12 Jahre) eingesetzt wird. Da sich die Version für jüngere und ältere Kinder lediglich in der Skala Kindergarten bzw. Schule unterscheiden und alle untersuchten Kinder bereits die Grundschule besuchten, kann vernachlässigt werden, dass einige Kinder zu Beginn des Projektes noch unter 8 Jahren alt waren. Die Fragebögen bestehen jeweils aus 24 Items, die sich zu sechs Skalen à vier Items zusammenfassen lassen. Die Items werden von den Kindern bzw. Eltern auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet, die eine quantitative Abstufung vornimmt (nie-selten-manchmal-oft-immer). Die Skalen sind Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule. Zusätzlich werden in einer optionalen siebten Skala die Einstellung und Belastung durch eventuelle chronische Erkrankungen abgefragt. Beispiel-Items sind *In der letzten Woche... habe ich Angst gehabt* oder *In der letzten Woche... hatte ich viele gute Ideen* und parallel dazu die Elternversion: *In der letzten Woche... hat sich mein Kind ängstlich und unsicher gefühlt* oder *In der letzten Woche... hatte mein Kind viele gute Ideen*. Die Gesamtskala umfasst nach einer Transformation Werte von 0 bis 100 und ist positiv gepolt, sodass ein höherer Gesamtwert auch eine höhere Lebensqualität bedeutet. Tabelle 5 veranschaulicht die von den Autorinnen angegebenen erhobenen Referenzwerte, wobei hier nur die Mittelwerte und Streuungen der Gesamtskala aus Sicht der Kinder dargestellt werden (Ravens-Sieberer, Görtler, & Bullinger, 2000).

Tabelle 5: Referenzwerte der Gesamtskala des Kid-KINDLR für Acht- bis Zwölfjährige

KidKINDLR ^R	Mädchen			Jungen		
	M	SD	n	M	SD	n
Lebensqualität total	81.91	9.10	403	81.92	9.08	437

Es finden sich leider keine quantifizierte Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang von Eltern- und Kind-, bzw. Jugendlichenurteil der Gesamtskalen. Der Unterschied zwischen Eltern- und Kinder- bzw. Jugendlichenurteil der Skala Selbstwert ist auf dem 5%-Niveau signifikant (t-Test), die Korrelation beträgt $r=.40$ (Ravens-Sieberer, 2001).

Die Überprüfung und Ermittlung der Gütekriterien des KINDLR fand an drei Stichproben statt (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000; Ravens-Sieberer et al., 2000). Im Rahmen einer schulärztlichen Untersuchung im Hamburger Stadtteil Eimsbüttel wurde eine Stichprobe von $n=918$ Kindern aus vierten Klassen erhoben, die im Mittel 9.7 Jahre alt waren, und eine weitere Stichprobe von $n=583$ Jugendlichen aus achten Klassen. Das Altersmittel lag hier bei 14.1 Jahren.

Die dritte Stichprobe bildeten $n=1050$ chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche aus Rehabilitationskliniken. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Objektivität als gegeben

anzusehen ist. Zum einen gewährleistet eine kurze schriftliche Instruktion auf den Fragebögen, in der auch ein Beispiel-Item vorgegeben ist, die Durchführungsobjektivität; zum anderen sind die Items leicht und verständlich formuliert, sodass bei ausreichender Lese- und Verständnisfähigkeit keine Betreuungsperson bei der Durchführung anwesend sein muss. Des Weiteren wird durch die detaillierte Erklärung der Auswertung des Fragebogens im Handbuch die Auswertungsobjektivität gewährleistet (vgl. Fisseni, 2004, S. 47f). Als Maß für die Reliabilitäten finden sich im Handbuch zum Kinder- und zum Elternfragebogen Angaben zur Internen Konsistenz, errechnet mit Cronbach's alpha (vgl. Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000, S. 9). Für die Mehrzahl der Unterskalen fanden sich nur geringe Reliabilitäten (alpha=.63 bis .76; Skala Selbstwert: alpha=.75), die Reliabilität für die Gesamtskala ist mit alpha=.84 zwar niedrig aber als ausreichend zu beurteilen (Fisseni, 2004, S. 80). In dem Elternfragebogen finden sich geringfügig höhere Reliabilitätskoeffizienten mit alpha=.62 bis .81 für die einzelnen Unterskalen und für die Gesamtskala immerhin alpha=.89.

Zur Überprüfung der Skalenstruktur wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchgeführt. Der hierbei ermittelte Skalenfit von über 80% für alle Subskalen spricht für eine gute Konstruktvalidität (vgl. Lienert & Ratz 1998, S. 227). Die Ermittlung der konvergenten Validität erfolgte durch Korrelation der Subskalen des KINDL^R mit den Skalen und Unterskalen des Child Health Questionnaire, des SF-36 (Fragebogen zum Gesundheitszustand) und des FLZM (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit adaptiert für Kinder). Hohe Korrelationen ($r \geq .60$) zeigten sich zwischen Skalen, die wie der KINDL^R vor allem psychosoziale Aspekte der Lebenszufriedenheit betonen; niedrigere Korrelationen zeigten sich hingegen (erwartungsgemäß) zwischen Skalen des KINDL^R und Skalen, die die körperbezogene Lebensqualität erfassen.

Zur Überprüfung der diskriminanten Validität dieses Verfahrens wurden die Skalenwerte von gesunden und unterschiedlich chronisch erkrankten Kindern verglichen. Es zeigte sich, dass der KINDL^R in der Lage ist, Unterschiede in der Beeinträchtigung sowohl in den Unterskalen als auch in der Gesamtskala darzustellen.

Erhebungsinstrumente zur Konvergente Validität

Der Kinder-Angst-Test II (KAT-II) von Thurner und Tewes (2000). Der KAT-II ist ein Selbstbeurteilungsinstrument für Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 15 Jahren, das Ängstlichkeit und Zustandsangst erfassen soll. Laut Autoren eignet sich dieses Instrument als Einzel- und Gruppenverfahren.

Der Fragebogen besteht aus einer Trait-Skala, die den dispositionellen Ängstlichkeitsgrad erfassen und zwei State-Skalen, die Prospektiv und Retrospektiv den Angstzustand des Kindes messen sollen.

Aus ökonomischen Gründen wurde auch hier nur die relevante (Trait-)Skala ausgewählt, die eine Bearbeitungszeit von 5 bis 15 Minuten in Anspruch nimmt. Diese Form A besteht aus 20 Einzelaussagen, denen zugestimmt oder die abgelehnt werden sollen. Beispiel-Items der Trait-Skala des KAT-II sind *Manchmal fühle ich mich auch dann allein, wenn andere Menschen um mich sind.* oder *Ich glaube, ich mache mir mehr Sorgen um meine Schulleistungen als die meisten meiner Mitschüler, die ungefähr die gleichen Noten haben wie ich.*

Die Zustimmung bzw. Ablehnung zu den Aussagen erfolgt dichotomisiert (*Ja – Nein*). Die ersten zwei Items wurden aufgrund der Analysen zwar zur Einstimmung des Kindes auf die Befragung im Fragebogen gelassen, werden aber für die Berechnung des Gesamtscores nicht berücksichtigt. Aufgrund der positiven Schlüsselrichtung aller Items ergibt sich somit ein Ängstlichkeitsscore aus der Summe aller Antworten, der von 0 bis 18 Rohpunkten reicht.

Die Trait-Skala wurde an einer Stichprobe von 2 037 Kindern im Alter von 9 bis 15 Jahren geeicht. Geschlechtsspezifische Perzentil- und Prozentränge stehen zur Verfügung. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Streuungen der relevanten Altersbereiche.

Tabelle 6: Normwerte des KAT II der Neun- bis Zehnjährigen

KAT II – Form A	Mädchen			Jungen		
	M	SD	n	M	SD	n
9 Jahre	5.50	4.02	114	4.68	4.05	101
10 Jahre	5.56	4.58	140	4.32	3.64	151

Die interne Konsistenz der Skala wurde mit Cronbach’s α für die Gesamtstichprobe bestimmt und ist mit $\alpha=.81$ zufriedenstellend. Die Ermittlung der Retest-Reliabilität erfolgte anhand einer Teilstichprobe von 151 Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren, die nach 14 Tagen erneut befragt wurden und ist mit $r_{tt}=.80$ ebenfalls zufriedenstellend. Zur Überprüfung der Validität referieren die Autoren Korrelationen der alten Version des KAT mit anderen Testverfahren, da sie auf die neue Version übertragbar scheinen, „...weil sie als relativ zeitunabhängig angesehen werden dürfen“ (Turner & Tewes, 2000, S. 29). Es ergab sich für eine Gruppe von 105 Dreizehn- bis Sechszehnjähriger ein Zusammenhang mit unterschiedlichen Komponenten der IPAT-Anxiety-Scale (des IAS) von $r=.40$ bis $.65$. Die Korrelation mit dem Gesamtwert des IAS, der die Allgemeine Ängstlichkeit repräsentiert,

beträgt $r=.65$, was als sehr gut bezeichnet werden kann. Die neue Version des KAT wurde zudem mit dem Persönlichkeitsfragebogen für Kinder von 9 bis 14 Jahren (PFK 9-14) und dem Angstfragebogen für Kinder und Jugendliche (AFS) validiert. Die Teilstichprobe umfasste 75 Jungen und 48 Mädchen im Alter von 9 bis 11 Jahren, „...die wegen schulischer Motivationsprobleme in kinderpsychiatrischer Behandlung waren“. Die Ergebnisse waren auch hier zufriedenstellend, so zeigte sich ein Zusammenhang des Gesamtwerts des KAT II mit der Skala „Emotionale Erregbarkeit“ des PFK 9-14 in Höhe von $r=.51$ und „Selbsterleben von allgemeiner (existentieller) Angst“ in Höhe von $r=.23$. Die Korrelationen mit den Angst-Unterskalen des AFS waren ebenfalls positiv und mit $r=.59$ für die Skala Manifeste Angst erwartungsgemäß am Höchsten. In einer weiteren Stichprobe mit $n=135$ Schulkindern im Alter von 12 bis 14 Jahren wurde zudem die HANES-KJ sowie drei Skalen des Depressionstests für Kinder (DTK) erhoben. Auch hier zeigten die Korrelationskoeffizienten die erwarteten Höhen und Richtungen: mit Neurotizismus $r=.83$, mit den Depressionsskalen von $r=.31$ bis $.77$. Zudem haben die Autoren den Fragebogen in unterschiedlichen Belastungssituationen (wie beispielsweise vor dem Schreiben einer Klassenarbeit oder einem sportlichen Wettkampf) eingesetzt. Da diese Erhebungen vornehmlich zur Analyse der beiden State-Skalen vorgenommen wurden, wird auf eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse an dieser Stelle verzichtet. Insgesamt kann das Instrument als gut validiertes Verfahren bezeichnet werden.

Kinder-Angstsensitivitätsindex (KASI) von Schneider, Adornetto, In-Albon, Federer, & Hensdiek, (2009). Bei dem KASI handelt es sich um die deutsche Übersetzung des Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI, ursprünglich von Silverman und Kollegen 1991 in englischer Sprache veröffentlicht), dessen Güte bereits gut belegt ist (Schneider, 2004). Zur Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version wurden insgesamt 1538 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 17 Jahren befragt, die in drei unterschiedlichen Stichproben erhoben wurden. Die TeilnehmerInnen in Stichprobe 1 ($n=1244$; 58.0% Mädchen) waren zwischen 12 und 16 Jahren alt (Schneider & Hensdiek, 2003) und repräsentativ für Berlin ausgewählt. Stichprobe 2 stammt aus der Dresdner-Kinder-Angststudie (Federer et al., 2000), an der $n=230$ 8-jährige Zweitklässler (53.0% Mädchen) teilnahmen. Die dritte Stichprobe war eine Hochrisikogruppe ($n=64$, 57.8% Mädchen) von 10 bis 17-jährigen, die Kinder von Angstpatienten waren.

Der KASI besteht aus insgesamt 18 Items, die auf einer dreistufigen Skala von 1 – 3 (gar nicht – manchmal – häufig) beantwortet werden. Die Aussagen sind zum Beispiel *Ich möchte nicht, dass andere Menschen es merken, wenn ich mich ängstlich fühle* oder *Es ist mir*

wichtig, meine Gefühle unter Kontrolle zu haben. Das Item 17 („Ich mag es nicht, meine Gefühle zu zeigen“) wurde aufgrund der unzureichenden Trennschärfe in allen Stichproben für die Berechnung des Gesamtindex nicht beachtet (Adornetto, Hensdiek, Meyer, In-Albon, Federer, & Schneider, 2008). Die übrigen Items weisen mit $r_{ic}=.24$ bis $.67$ eine hinreichende bis gute Trennschärfe auf. Für den Gesamtscore ergibt sich ein Range von 17 bis 57 Rohpunkten.

Tabelle 7: Normwerte des KASI der Zwölf- bis Sechzehnjährigen

KASI				
Gruppe	M	SD	n	N
Mädchen	28.84	0.19	719	1235
Jungen	25.53	.23	516	
Hauptschule	27.38	.47	128	1235
Realschule	26.98	.21	618	
Gymnasium	28.07	.24	489	

Die interne Konsistenz liegt für die drei Stichproben zwischen Cronbach's $\alpha=.79$ und $.80$ und ist laut Autoren als hoch einzuschätzen (Schneider et al., 2009, S. 178). Zur Überprüfung der Validität wurde der KASI in der Stichprobe 1 und 3 mit dem Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ, Body Sensations Questionnaire; $r=.66$ und $r=.68$), dem Fragebogen zu Angstbezogenen Kognitionen (ACQ, Agoraphobic Cognitions Questionnaire; $r=.70$) und dem Trait-Angstinventar für Kinder (STAIK-T, Trait-Anxiety-Inventory for Children; $r=.54$) korreliert. Der Zusammenhang mit spezifischer und sozialer Phobie gemessen mit der Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC; $r=.41$ und $r=.61$) fallen erwartungsgemäß etwas geringer aus. Dementsprechend zeigen sich auch mit dem Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) deutlich geringere Korrelationskoeffizienten ($r=.37$ und $r=.42$). Eine weitere Untersuchung in der zweiten Stichprobe lieferte weitere Hinweise zur Konstruktvalidität des Verfahrens. Es wurden die Mittelwerte des KASI von Gruppen, die verschiedene Angstdiagnosen nach DSM-Diagnosen Agoraphobie, Störung mit Trennungsangst, soziale und spezifische Phobie erfüllten bzw. nicht erfüllten, verglichen. Die Gruppen mit und ohne Diagnose unterschieden sich signifikant voneinander, mit Ausnahme der Kinder mit und ohne Diagnose der sozialen Phobie und der spezifischen Phobie.

Für die Normierung des KASI betrachten die Autoren jedoch nur die Stichprobe 1, in der 1235 Schüler von 12 bis 16 Jahren befragt wurden. Referenzwerte liegen somit nur für den höheren Altersbereich vor und sollen daher an dieser Stelle nicht dargestellt werden.

Erhebungsinstrument zur Ermittlung der Urteilerübereinstimmungen

Child Behavior Check List für 4- bis 18-jährige (CBCL 4/18) von Achenbach (1991).

Die deutschsprachige Version der CBCL ist ein Screeningverfahren für Kompetenzen und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren und wurde in den 1990er Jahren von der „Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Check List“ im deutschen Sprachraum validiert. Die CBCL fand und findet in vielen Praxis- und Forschungsbereichen Verwendung und liegt mittlerweile in über 30 Sprachen vor (Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1994; 1998). Zu der CBCL liegt eine Elternversion für 1,5 bis 5-jährige Kinder vor, sowie eine Lehrerversion und eine Jugendlichenversion für ab 11-jährige.

Der erste Teil der CBCL umfasst soziodemografische Fragen und die sogenannten Kompetenzskalen, die jedoch als nicht ausreichend reliabel eingeschätzt werden müssen (Achenbach, 1991; Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1994; 1998). Der zweite Teil des Fragebogens erfasst Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden der Kinder in den vergangenen 6 Monaten, die auf einer dreistufigen Skala (*0=nicht oder nie zutreffend; 1=etwas oder manchmal zutreffend; 2=genau oder häufig zutreffend*) beurteilt werden. Die insgesamt 120 abgefragten Einzelsymptome werden zu acht Syndromskalen zusammengefasst: 1. Sozialer Rückzug, 2. Körperliche Beschwerden, 3. Angst/Depressivität, 4. Dissoziales Verhalten, 5. Aggressives Verhalten, 6. Soziale Probleme, 7. Schizoid/Zwanghaft und 8. Aufmerksamkeitsstörung. Die acht Syndromskalen sind aufgrund von Faktorenanalysen zweiter Ordnung zu drei übergeordneten Skalen zusammengefasst: den internalisierenden, den externalisierenden und den gemischten Auffälligkeiten, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden zugeordnet werden können. Die Skala Internalisierende Auffälligkeiten umfasst vor allem Items, die Angst und Depression erfragen. Sie kann daher als Fremdurteil für Angsterleben herangezogen werden. Beispielitems für die internalisierenden Auffälligkeiten sind: *Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen.* und *Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.*

Tabelle 8 zeigt die Normwerte für Mädchen und Jungen im Alter von 4 bis 11 Jahren im Überblick. Hierbei werden nicht die Syndromskalen, sondern lediglich die Sekundärskalen bzw. Syndromskalen 2. Ordnung vorgestellt. Da die Autoren in der Normierungsstichprobe die Verteilung in eine geglättete T-Verteilung überführen, werden im Folgenden nur

Rohwertbereiche dargestellt, die unauffälliges Verhalten kennzeichnen (bis einem T-Wert von einschließlich 59):

Tabelle 8: Normwerte der CBCL/4-18 der Neun- bis Elfjährigen für T-Werte \leq 59

Normwerte der CBCL/4-18 der Neun- bis Elfjährigen für T-Werte \leq 59

CBCL Auffälligkeiten (bis einschließlich T-Wert von 59)

	Mädchen (4-11 Jahre)	Jungen (4-11 Jahre)
	Rohwert	Rohwert
internalisierende	0 - 7	0 - 7
externalisierende	0 - 9	0 - 12
Gesamt	0 - 26	0 - 28

Achenbach (1991) gibt in der Handanweisung zur CBCL zwar Grenzbereiche von Auffälligkeiten bei Kindern an, betont allerdings auch, dass die erfassten Phänomene kontinuierlich verteilt sind und die Einteilung anhand eines bestimmten Grenzwertes immer fragwürdig bleibt (vgl. auch Geers, 2006, S. 81).

In der deutschen Normierung dieses Fragebogens wurden N=2856 Kinder einer hinreichend repräsentativen Stichprobe berücksichtigt (Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1998). Für die Gesamtauffälligkeit und die übergeordneten Skalen Internalisierende und Externalisierende Auffälligkeiten wurden sowohl in Feldstichproben als auch in klinischen Stichproben gute bis sehr gute Interne Konsistenzen von $r_{tt} > .85$ festgestellt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Remschmidt und Walter (1990), die anhand einer klinischen Stichprobe (n=404) eine sehr gute interne Konsistenz von $r_{tt} = .94$ und $r_{tt} = .93$ für eine Schülerstichprobe (n=1969) ermittelten. Für die Skalen Aggressives Verhalten, Delinquentes Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme und Angst/Depressivität zeigten sich gute Reliabilitäten zwischen $r_{tt} = .80$ und $r_{tt} = .90$ (Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1998). Die Reliabilitäten der Skalen Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden und Soziale Probleme liegen zwischen $r_{tt} = .70$ und $r_{tt} = .80$ und sind damit gering und lediglich zufriedenstellend. Für die Individualdiagnostik unbefriedigende Werte von $r_{tt} < .70$ wurden für die Skala Schizoid/Zwanghaft ermittelt (Arbeitsgruppe Deutsche CBCL, 1994). Walter und Remschmidt (1990) ermittelten darüber hinaus auch die Split-half- und die Retest-Reliabilität anhand der oben beschriebenen Stichproben. Für die Split-half-Reliabilität korrigiert nach Spearman-Brown (vgl. Fisseni, 2004, S. 55ff) ergaben sich $r_{tt} = .95$ in der Patienten- und $r_{tt} = .93$ in der Schülerstichprobe. Auf der Basis von n=103 Eltern, die nach fünf Wochen erneut die CBCL ausfüllten, wurde eine Retest-Reliabilität von $r_{tt} = .81$ errechnet. Somit sind die

Reliabilitäten der Skalen der deutschsprachigen CBCL als weitestgehend zufriedenstellend einzuschätzen.

Die faktorielle Validität wurde in mehreren Studien bestätigt. So konnte die Arbeitsgruppe Deutsche CBCL (1998) mittels Durchführung einer Faktorenanalyse mit den Daten einer klinischen Stichprobe (n=597) eine 7-Faktoren-Lösung erzielen. Lediglich die Skalen Soziale Probleme und Sozialer Rückzug laden auf demselben Faktor. Diese Replikation der Skalenstruktur kann als Beleg für die Konstruktvalidität (Lienert & Raatz 1998, S. 227) angesehen werden. Kulturvergleichende Analysen zeigen Variationen in den Ausprägungen der Skalen, aber es konnten auch hohe Übereinstimmungen nachgewiesen werden (Crijnen et al., 1997). Demnach zeigten sich nur geringe Unterschiede in den Problemraten, der Syndromstruktur und den Verbindungen von Problemen mit dem Geschlecht und dem sozioökonomischen Status.

Schmeck und Kollegen (2001) fanden in ihrer Untersuchung zur diskriminanten Validität an zwei parallelisierten Stichproben (jeweils n=2 058, Altersmittel=11.0 Jahre), dass 83.8% der Kinder und Jugendlichen richtig klassifiziert werden konnten. Hierbei zeigte die Subskala „Aufmerksamkeitsstörung“ die höchste diskriminante Validität, um zwischen auffälligen und unauffälligen Kindern und Jugendlichen zu unterscheiden.

Insgesamt kann die CBCL/4-18 als ein effizientes, empirisch gut fundiertes Breitbandverfahren zur Identifikation von psychischen Problembereichen in der Kindheit und Jugend in diversen Kulturen angesehen werden. Renschmidt und Walter (1990) verglichen in einer klinischen Stichprobe (n=404) ambulant mit stationär behandelten Patienten, die jeweils in Gruppen mit und ohne Befund unterteilt wurden. Es zeigten sich größtenteils signifikante Mittelwertsunterschiede im Gesamtproblemverhalten, was dafür spricht, dass diese Skala zwischen den Gruppen diskriminieren kann. Dafür spricht auch die Betrachtung der Mittelwerte der Gruppe von Schülern, die in den vergangenen 6 Monaten eine Behandlung erfuhren, und einer parallelisierten Vergleichsgruppe ohne Behandlung. Die gefundene hoch signifikante Differenz zwischen diesen beiden Gruppen spricht für die diskriminante Validität der CBCL. Die CBCL/4-18 wird als ein dimensionales Verfahren verstanden, das ein breites Spektrum an psychischen Auffälligkeiten, vor allem aber auch deren Stärke, erfassen kann. So können sowohl klinisch relevante als auch subklinische Ausprägungen durch alters- und geschlechtsbezogene Normen ermittelt werden.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) für LehrerInnen und Eltern von Goodman (1997). Das SDQ wurde von Goodman (1997) entwickelt und in diversen Studien validiert (Goodman, 1999; Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998), unter anderen an der CBCL

(Goodman & Scott, 1999). Der Fragebogen ist über das Internet frei verfügbar (vgl. www.sdqinfo.com) und ist in den letzten Jahren vielfältig in internationalen Projekten zur Anwendung gekommen (z.B. Hölling, Kurth, Rothenberger, Becker, & Schlack, 2008; Muris, Meesters, & van den Berg, 2003; Ravens-Sieberer, Hölling, Bettge, & Wietzker, 2002). Das SDQ existiert mittlerweile in über 65 Sprachen als Eltern-, Lehrer oder Erzieher- und für die ab 11-jährigen als Kinderversion und wurde insgesamt von mehr als 180 000 Kindern und Jugendlichen beantwortet (Becker, 2007). Zudem gibt es für die Fremdurteile zwei altersdifferenzierte Versionen für 3- und 4-jährige sowie für die 4- bis 16-jährigen. Die Eltern- und Lehrerversion unterscheiden sich lediglich in der Formulierung „des Kindes“ bzw. „Ihres Kindes“ in der Instruktion und sind somit Parallelversionen, die sich zur Analyse von Urteilerübereinstimmungen sehr gut eignen.

Das SDQ fragt mit jeweils 5 Items die 5 Bereiche Emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Probleme mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten ab. 4 dieser 5 Skalen (ohne Prosoziales Verhalten) ergeben den Gesamtproblemwert. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer dreistufigen Skala von 0 bis 2 (nicht zutreffend – teilweise zutreffend – eindeutig zutreffend). Die zu bewertenden Aussagen für die Skala Emotionale Probleme sind zum Beispiel *Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt* oder *Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht*. Für die Subskalen ergibt sich somit jeweils ein Range von 0 bis 10, für den Gesamtproblemwert von 0 bis 40 Rohpunkten. In der nachfolgenden Tabelle sind die Mittelwerte der Jungen und Mädchen abgetragen. Allerdings verzichten die Autoren in ihrer Darstellung (Woerner, Becker, & Rothenberger, 2004) auf die Angabe der Streuungen.

Tabelle 9: Normwerte der Elternversion des SDQ für die der Sechs- bis Sechszehnjährigen

SDQ	Mädchen		Jungen	
	M	n	M	n
Gesamtproblemwert	7.72	463	8.53	467
Emotionale Probleme	1.57	463	1.50	467
Verhaltensauffälligkeiten	1.68	463	1.95	467
Hyperaktivität	2.97	463	3.40	467
Probleme mit Gleichaltrigen	1.51	463	1.67	467
Prosoziales Verhalten	7.67	463	7.45	467

In einer großen Untersuchung zu Prävalenzen psychischer Störungen und mentaler Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) konnten Elterndaten von

insgesamt 14 478 Kindern im Alter von 3 bis 17 Jahren gewonnen werden (Hölling et al., 2008). Die Vergleichswerte dieser repräsentativen Befragung sind nachfolgend abgebildet.

Tabelle 10: Vergleichswerte der Elternversion des SDQ für die der Drei- bis Siebzehnjährigen

SDQ	Mädchen			Jungen		
	M	SD	n	M	SD	n
Gesamtproblemwert	7.6	4.8	7247	8.8	5.3	7597
Emotionale Probleme	1.9	1.8	7247	1.7	1.8	7597
Verhaltensauffälligkeiten	1.6	1.4	7247	2.1	1.6	7597
Hyperaktivität	2.6	2.1	7247	3.5	2.3	7597
Probleme mit Gleichaltrigen	1.3	1.5	7247	1.6	1.7	7597
Prosoziales Verhalten	8.1	1.6	7247	7.5	1.8	7597

Leider lassen sich in keiner der zahlreichen Artikel zur Validierung und Anwendung des SDQ Referenzwerte für die Lehrer finden. So vergleichen Woerner und Kollegen (2004) die Daten von LehrerInnen zu einer klinischen Stichprobe auf die Elternnormstichprobe.

Woerner und Kollegen (2004) konnten in ihrer Untersuchung mit insgesamt 930 Kindern im Alter von 6-16 Jahren für die deutsche Elternversion die gleiche Faktorenstruktur wie in der ursprünglichen englischen Version replizieren. Die Betrachtung der internen Konsistenz zeigte für Jungen und Mädchen ähnliche Ergebnisse, die Gesamtskala wies eine interne Konsistenz von $\alpha=.80$ für Jungen und $\alpha=.83$ für Mädchen und ist somit zufriedenstellend. Die Werte der Unterskalen reichen von $\alpha=.54$ bis $.76$ und somit teilweise nur gering reliabel. Eine Analyse der Alters- und Sozialökonomieeffekte zeigte nur für die Unterskala Hyperaktivität signifikante Unterschiede: Je älter die Kinder waren, desto unauffälliger fiel die Einschätzung der Hyperaktivität aus und je niedriger der Sozialökonomische Status der Familie war, umso höher würde die Hyperaktivität des Kindes eingeschätzt.

Für die deutsche Version liegen weitere Studien zur Validierung vor, so verglichen Klasen und Kollegen (2000) eine klinische Stichprobe mit einer Stichprobe der Normalpopulation hinsichtlich ihrer Unterschiede in der CBCL und dem SDQ. Insgesamt wurden die Eltern von 273 Kindern (163 psychiatrisch behandelte, 110 gesunde) im Alter 4 – 16 Jahren befragt. Für 110 Jugendliche wurde zudem das Selbsturteil mit dem YSR erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass CBCL und SDQ in beiden Stichproben hoch miteinander korrelieren ($r=.78$ für die gesunde, $r=.82$ für die klinische Stichprobe). Darüber hinaus eigneten sich SDQ und CBCL, um zwischen den beiden Stichproben zu unterscheiden und

zeigten somit eine gute diskriminante Validität. In einer weiteren Studie untersuchten Becker, Woerner, Hasselhorn, Banaschewski und Rothenberger (2004) die Güte der Eltern- und Lehrerversion an einer klinischen Stichprobe. Insgesamt nahmen 543 Eltern und Lehrer von Kindern im Alter von 5-17 Jahren teil. Es zeigten sich ähnliche Interne Konsistenzen wie in der Studie von Woerner und Kollegen (2004) und auch die Faktorenstruktur konnte bestätigt werden. Darüber hinaus zeigte sich in Eltern- und Lehrerversion jeweils eine sehr hohe Übereinstimmung mit der CBCL und der TRF (Eltern: $r=.83$; Lehrer: $r=.87$).

Auch in der Untersuchung von Rothenberger, Becker, Erhart, Wille, Ravens-Sieberer und der BELLA Studiengruppe (2008) sowie in der Studie von Hölling und Kollegen (2008) konnten Faktorenstruktur und Reliabilität repliziert werden. Darüber hinaus fanden die Autoren in letztgenannter Untersuchung signifikante Einflüsse von Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status auf die Skalen des SDQ. Hervorzuheben sei an dieser Stelle, dass Eltern mit niedrigerem sozioökonomischen Status ihren Kindern signifikant mehr emotionale Probleme zuschrieben als Eltern mit mittlerem und hohem sozioökonomischen Status dies taten. Effektmaße sind in der vorgestellten Untersuchung leider nicht zu finden, errechnet man jedoch die Stärke dieses Effekts aus angegebenen Mittelwerten und Streuungen, zeigen sich lediglich kleine Effekte.

Neben der bestätigten Güte des SDQ konnten Goodman und Scott (1999) zeigen, dass die Mütter einer Nicht-Risiko-Stichprobe das SDQ der CBCL vorzogen. Die Gründe hierfür wurden zwar nicht erfragt, es ist jedoch anzunehmen, dass die CBCL aufgrund der vielen psychiatrischen Symptome, die abgefragt werden, bei den Eltern die Angst der Stigmatisierung hervorruft. Zudem umfasst das SDQ lediglich 25 Items und ist somit zeitökonomischer und kognitiv weniger beanspruchend.

Erhebungsinstrument zur Ermittlung des sozioökonomischen Status

Der Brandenburger Sozialindex (BSI) von Böhm, Ellsäßer und Lüdecke (2007). Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zum Thema Kindergesundheit im Land Brandenburg entwickelten Böhm und Kollegen (2007) den Brandenburger Sozialindex (BSI) zur Abschätzung des sozioökonomischen Status. Im Gegensatz zu anderen Schichtindizes wie etwa dem Scheuch-Winkler-Index basiert der BSI nur auf die Elternangaben zur Schulbildungsdauer und Erwerbstätigkeit. Hierbei gelten weniger als 10 Schuljahre als niedrige, 10 Schuljahre als mittlere und mehr als 10 Klassen als hohe Schulbildung und werden aufsteigend je Elternteil mit einem bis drei Punkten bewertet. Die Erwerbstätigkeit wird in nicht erwerbstätig (bewertet mit einem Punkt je Elternteil) und teil- oder vollzeitbeschäftigt (bewertet mit jeweils zwei Punkten) eingeteilt. Fehlen die Angaben zu

einem Elternteil werden die vorhandenen Werte verdoppelt, ebenso wird mit alleinerziehenden Elternteilen verfahren (Böhm et al., 2007). Somit ergibt sich ein potenzieller Gesamtpunktwert von mindestens vier bis höchstens zehn Punkte. Böhm und Kollegen geben eine Einteilung in hohen (9-10 Punkte), mittleren (7-8 Punkte) und niedrigen (4-6 Punkte) Sozialstatus an. Der BSI ist sicherlich nicht so differenzierungsfähig wie andere Schichtindizes, hat jedoch den Vorteil nur vier bzw. mindestens zwei Daten erfassen zu müssen. Gerade aufgrund der Sensibilität bestimmter Daten wie dem konkreten Ausbildungsberuf oder der Höhe des Nettoeinkommens bietet sich ein solch einfaches Verfahren an. Zudem ist es in der Erhebung und Auswertung sehr ökonomisch.

4.4 Stichprobe(n)

Insgesamt wurden in der Studie vier Stichproben untersucht: Grundschul Kinder (n=818), eine klinische Referenzgruppe (n=66), Kinderexperten (n=8) und Berufsexperten (n=54). Alle Stichproben wurden in Norddeutschland erhoben, zusätzlich wurden die Eltern und LehrerInnen der Grundschüler befragt und Elternurteile der klinischen Gruppe erfasst. Nachfolgend wird vorerst die Hauptstichprobe dieser Untersuchung, die der Grundschüler, eingehender vorgestellt.

Die Grundschulstichprobe. Zu allen Kindern der Grundschulstichprobe liegen die Einschätzungen der Ängstlichkeit im Selbsturteil erhoben mit dem ÄSK vor (416 Mädchen und 402 Jungen). Die teilnehmenden Kinder waren zwischen 5 und 11 Jahre alt ($M=8;2$, $SD=1;3$). 133 (16.3%) besuchten die erste, 283 (34.6%) die zweite, 168 (20.5%) die dritte und 221 (27.0%) die vierte Klasse einer Grundschule. 13 (1.6%) Kinder besuchten zum Testzeitpunkt eine Vorschulklasse. 643 (78.6%) der Kinder gaben an mit beiden Eltern und eventuellen Geschwistern zusammenzuleben. 61 (7.5%) gaben an mit Ihrer Mutter oder ihrem Vater, 100 (12.2%) mit ihren Geschwistern und ihrer Mutter oder ihrem Vater in einem Haushalt zu wohnen. 3 (0.3%) der Kinder wohnten zum Befragungszeitpunkt des Weiteren mit Sonstigen Personen (z.B. der Großmutter) zusammen. 11 (1.3%) der Kinder machten hierzu keine Angaben.

385 (47.1%) der Eltern gaben an, verheiratet oder in fester Partnerschaft zu sein, geschieden und/oder alleinerziehend zu sein, berichteten 98 (12%) Elternteile. Zu 335 (41%) der Familien liegen diesbezüglich keine Angaben vor.

Bezüglich des sozioökonomischen Status machten 351 (42.9%) der Eltern keine oder nicht alle für die Berechnung des Brandenburger-Sozial-Index nötigen Angaben. Die übrigen 467 (57.1%) Familien werden nachfolgend als 100% dargestellt, um das Verhältnis der unterschiedlichen Statusgruppen zueinander besseren zu veranschaulichen. 91 der Familien

(19.5%) konnten einem niedrigem, 179 (38.3%) einem mittleren und 197 (42.2%) einem hohen sozioökonomischen Status zugeordnet werden.

Von den 818 Familien fehlen 367 (44.9%) Angaben zur Nationalität des Kindes. 415 (50.7%) der Familien gaben an, dass befragte Kind sei deutscher Nationalität, was 92.0% der gültigen Werte entspricht. 36 der Kinder (4.4% bzw. 8.0% gültige Angaben) haben eine andere Nationalität. Sie leben seit einem bis elf Jahren in Deutschland.

Die Ermittlung der unterschiedlichen Retest-Reliabilitäten und Validitäten wurde nur an Teilstichproben der Grundschulstichprobe vorgenommen, um die Belastung für die einzelnen Schüler (und Eltern) so gering wie möglich zu halten. Dabei wurde darauf geachtet, dass keine systematische Selektion stattfindet, indem die Erhebungsinstrumente den unterschiedlichen Teilstichproben zufällig zugeordnet wurden. Zudem variieren die Stichprobengrößen in Bezug auf die Fremdbeurteilung, da hier der Rücklauf nicht kontrolliert werden konnte. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Stichprobengrößen je nach Instrument bzw. Urteilerquelle und Erhebung für die Grundschul Kinder.

Tabelle 11: Übersicht über die Stichprobengrößen nach Erhebung bzw. Verfahren

Übersicht über die Stichprobengrößen nach Erhebung bzw. Verfahren

		ÄSK		Kriteriumsvalidität				
		Nach 4	Nach 3	IVE	Kid-	HANES KJ-N	KAT II	KASI
		Wochen	Monaten		KINDL ^R			
Selbsturteil	n=818			n=336	n=145	n=145	n=115	n=115
	(100%)	n=76 (9.3%)	n=97 (11.9%)	(41.1%)	(17.7%)	(17.7%)	(14.1%)	(14.1%)
Fremdurteil	ÄSK Eltern n=42 (5.1%)			CBCL 4-18	SDQ-Eltern	SDQ-Lehrer	Eltern gesamt:	Lehrer gesamt:
				n=132 (16.1%)	n=340 (41.6%)	n=402 (49.1%)	n=472 (57.1%)	n=402 (49.1%)

Leider konnte nicht in jeder Schule die Gesamtschülerzahl ermittelt werden. Somit ist die konkrete Berechnung der Teilnahmequote nicht möglich. Die Schätzung aufgrund der vorhandenen Angaben einiger Schulen beläuft sich auf etwa 67%, wobei die Quoten von 20 bis 95% je nach Schule und auch Klasse variieren. Da die Stichprobe hinsichtlich Geschlecht, Nationalität, Alter und sozioökonomischem Status variiert, scheinen keine systematischen Selektionseffekte stattgefunden zu haben.

Die Rücklaufquote der Elternbögen beläuft sich auf 57.7%, die der Lehrer auf 49.1%. Diese Quote unterschätzt jedoch den tatsächlichen Rücklauf etwas, da in zwei Schulen keine Eltern- und Lehrerbögen ausgegeben wurden, da nur so eine Teilnahmebereitschaft des Kollegiums erreicht werden konnte.

Zwei Kinder brachen die Untersuchung ab. Somit beläuft sich das Dropout auf lediglich 0.2%. Die Kinder wurden in der Situation kurz zu ihren Abbruchgründen befragt, um sicherzustellen, dass sie nicht durch das Thema emotional zu sehr aufgewühlt wurden. Sie gaben als Grund an, lieber bei der Sportstunde, die parallel zu der Befragung lief, mitmachen zu wollen, da sie das Thema nicht sonderlich interessiere.

Die klinische Referenzgruppe. Insgesamt konnten 66 Kinder, die sich in einer ambulanten oder stationären Therapie befanden, befragt werden. Neun Kinder besuchten zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits die 5. Schulklasse und wurden daher aus den Analysen ausgeschlossen. Der Großteil der klinischen Stichprobe wurde in einer großen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis (n=43) erhoben. Die übrigen 14 Kinder wurden in vier unterschiedlichen Einrichtungen (zwei Kinderkrankenhäuser und eine weitere Praxis) erhoben. Insgesamt waren es 28 Mädchen und 29 Jungen. 42 der Kinder wiesen in der Erst- oder Zweitdiagnose bzw. eine Verdachtsdiagnose auf eine Störung mit internalisierender Problematik (Depression, Somatisierung oder eine Angststörung) auf.

Die Kinder waren im Mittel 8;1 Jahre alt ($SD=1;3$; min=6; max=11). Jeweils 7 Kinder besuchten die Vorschule oder die erste Klasse. 15 Kinder gingen zum Befragungszeitpunkt in die zweite, 16 in die dritte und 12 in die vierte Klasse einer Grundschule. 31 (54.4%) der Kinder gaben an mit ihrer Mutter und ihrem Vater und eventuellen Geschwistern zusammenzuleben, 14 (24.6%) Kinder leben bei Mutter oder Vater und ein Kind bei Pflegeeltern. Zu 11 Kindern (19.3%) liegen diesbezüglich keine Angaben vor.

Die Kinderexperten. Die Kinderexperten waren zwischen 5 und 11 Jahren alt. 6 der Kinder waren Mädchen, zwei Jungen. Eine der beiden Interviewgruppen wurde über eine Kinder- und Jugendeinrichtung mit hohem Migrationsanteil rekrutiert, die andere über Aushänge bei den Uni-Eltern, bei einer Betreuungseinrichtung und bei dem Netzwerk für Studierende mit Kind der Universität Hamburg.

Die Berufsexperten. Insgesamt nahmen 54 Experten aus dem psychologischen Bereich an der quantitativen Befragung teil. 27 der Teilnehmer waren zum Zeitpunkt fortgeschrittene Studierende, die übrigen 27 waren mindestens diplomierte Psychologen und Pädagogen, ein Drittel davon promoviert oder zusätzlich habilitiert. 22 der Befragten waren Männer, 32 Frauen.

Die Evaluationsstudie. Insgesamt absolvierten 50 Kinder das Präventionsprogramm *Löwenherz* vollständig (davon 28 Mädchen). 20 Kinder fungierten als Kontrollgruppe (davon 7 Mädchen). Alle Kinder besuchten zum Zeitpunkt der ersten Erhebung die zweite Klasse einer Hamburger Grundschule. Die Kinder der Interventionsgruppe waren $M=7;11$ Jahre alt ($SD=8$ Monate), die Kinder der Kontrollgruppe $M=7;10$ Jahre alt ($SD=7$ Monate).

4.5 Statistische Analysen

Die Item-Schwierigkeiten wurden wie für Persönlichkeitstests üblich errechnet (Bühner, 2006; Moosbrugger & Kelava, 2007), indem der Itemmittelwert um das Minimum verringert und am theoretischen Range relativiert wird.

Formel 1: Berechnung der Item-Schwierigkeit

$$P = \frac{x_i - x_{min}}{x_{max} - x_{min}}$$

Die Eigentrennschärfe der Items wurde über die korrigierte Item-Skala-Interkorrelation (Bühner, 2006; Fisseni, 2004; Moosbrugger & Kelava, 2007), die Fremdtrennschärfe wurde über die Korrelationen des jeweiligen Items mit den anderen Subskalen (Fisseni, 2004) ermittelt.

Die Homogenität wurde als Formel (Fisseni, 2004; Rost 2004) in Excel programmiert, so dass lediglich die jeweiligen Korrelationskoeffizienten eingefügt werden mussten und die Z-Transformation und anschließende Mittelung somit formalisiert geschah (vgl. Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173ff).

Reliabilitätsanalysen wurden mittels Interner Konsistenz (Cronbach's α) bzw. der bivariaten Korrelation für die Retest-Erhebung vorgenommen, bei Vorliegen einer Normalverteilung der Testzeitpunkte mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson, anderenfalls nach Spearman (Bühner, 2006).

Zur Überprüfung der Skalenstruktur und des postulierten Latent-Trait-Modells wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse nach der Maximum-Likelihood-Methode mithilfe von Amos 19.0 angewandt, da diese Methode sich als relativ robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung erweist und gemeinhin als Standard gilt (Bühner, 2006; Rost, 2004; Weiber & Mühlhaus, 2010). Als Fit-Indizes wurden der CFI (Comparative-Fit-Index) und der RMSEA (Root-Mean-Square-Error-of-Approximation) bzw. SRMR (Standardized-Root-Mean-Square-Residual) herangezogen, da diese Kombination vielfach vorgeschlagen wird (Bühner, 2006; Eid et al., 2011; Moosbrugger & Kelava, 2007).

Die Berechnung der konvergenten und diskriminaten Validitäten erfolgte ebenfalls über Korrelationskoeffizienten, je nach Voraussetzungserfüllung nach Pearson oder Spearman (Eid et al., 2011).

Zur Beurteilung der differentiellen Validität wurde ein Mittelwertvergleich einer klinischen Stichprobe mit der Normalpopulation vorgenommen (Fisseni, 2004). Dazu wurden Kinder aus der Grundschulstichprobe nach Alter, Geschlecht und Schulklasse gematcht. Genutzt wurde hierzu die Sortierfunktion und anschließend das Ziehen einer Zufallsstichprobe in SPSS, um eine randomisierte Zuordnung zu gewährleisten. Bei Vorliegen

eines Mittelwertsunterschieds wurde die Effektstärke (η^2 oder r) nach Cohen (1992) angegeben.

Die Änderungssensitivität wurde anhand einer Re-Analyse der Prä-Post- und Follow-up-Daten des Präventionsprojekts Löwenherz vorgenommen (Krüger, 2009; 2007; Rost & Eid, 2009). Auch hier wurde bei statistischer Signifikanz die Effektgröße angegeben (η^2 oder d).

Zur Überprüfung der Normwerte wurde der Gesamtscore des ÄSK auf Alters- und Geschlechtsunterschiede geprüft, um gegebenenfalls differenzierte T-Werte und Prozentränge anzugeben (Moosbrugger & Kelava, 2007). Bei gegebener Varianzhomogenität wurden hierzu univariate Varianzanalysen unter Angabe der Effektstärken genutzt. In der grafischen Darstellung und statistischen Berechnung wurde bewusst darauf verzichtet, Ausreißer (im Gesamtscore des ÄSK) aus der Stichprobe auszuschließen. Da es sich in der Regel um mehrere Kinder handelte, können diese nicht als Einzelfälle betrachtet werden, sondern stellen eine eigene Gruppe dar. Zudem soll in dieser Arbeit die Verteilung der Ängstlichkeitswerte mit dem ÄSK erstmalig beschrieben werden. Somit sollen alle erhobenen Daten in die Darstellungen eingehen.

Die explorativen Fragestellungen zu Urteilerübereinstimmungen wurden über Korrelationskoeffizienten betrachtet.

Die Experteninterviews wurden vor allem qualitativ-inhaltlich ausgewertet (vgl. Mayring, 1983). Die erhobenen Daten wurden dabei inhaltlich strukturierend kategorisiert, um die Aussagen der Kinder und Berufsexperten miteinander vergleichen und interpretieren zu können. Die Kategorienbildung erfolgte sowohl induktiv als auch deduktiv, also anhand des zugrunde liegenden Fragebogens bzw. Interviewleitfadens sowie anhand des vorliegenden Datenmaterials während des Prozesses der Datenauswertung (vgl. Kuckartz, 2012). Hierdurch sollte eine Gegenüberstellung der Ergebnisse von Kinder- und Berufsexperten möglich werden.

Für das quantitative Berufsexpertenrating erfolgte eine deskriptive Darstellung der Kennwerte der jeweiligen Items, um so Aussagen über die Inhaltsvalidität machen zu können (Moosbrugger & Kelava, 2007).

Als Kontrollrechnungen wurden Geschlechtseffekte geprüft, indem zwei Unterscores gebildet wurden, die jeweils alle Items für Jungen und Mädchen getrennt beinhalten. Für die Überprüfung des sozioökonomischen Status als Einflussfaktor wurde der in niedrig, mittel und hoch kategorisierte Brandenburger Sozialindex herangezogen, die Nationalität wurde dichotomisiert (deutsch – nicht-deutsch) betrachtet.

Alle Rohdaten wurden von der Autorin selbst in SPSS eingegeben und die Eingabe anschließend vollständig und unabhängig von zwei studentischen Mitarbeitern überprüft und gegebenenfalls korrigiert und protokolliert.

Die Berechnung von Summenscores erfolgte über die Programmierung von Auswertungsdateien (Syntaxen), um die Objektivität zu gewährleisten.

Zur Umsetzung der statistischen Analysen wurden die Softwarelösungen SPSS 22.0, Amos 19.0 und Excel 2007 genutzt.

5 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden einleitend die Voraussetzungsüberprüfungen sowie deskriptive Kennwerte zu den untersuchten Variablen vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung in der Reihenfolge der Fragestellungen aufgeführt und gegebenenfalls grafisch angereichert. Somit beginnt die Darstellung mit Ergebnissen zur Objektivität, führt über Reliabilität und Validität bis hin zu Ergebnissen bezüglich der Normierung.

5.1 Überprüfung der Voraussetzungen

Alle Variablen wurden vor Durchführung der Analysen auf die spezifischen Voraussetzungen hin überprüft. Hierbei ergab sich für die meisten der Variablen, dass keine Normalverteilung angenommen werden kann. Dies ist wahrscheinlich durch die Größe der Stichprobe bedingt, da ab etwa 500 Probanden bereits kleine Abweichungen von der zu testenden Verteilung statistisch signifikant werden (Bortz, 1999, S. 77f). Der Levene-Test zeigte jedoch in den spezifischen Fällen keine statistische Signifikanz. Da die Varianzanalyse bei gegebenen Intervallskalenniveau und angenommener Homogenität der Varianzen bzw. Kovarianzmatrizen gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme relativ robust ist (Rasch, Friese, Hofmann, & Naumann, 2006, S. 49), wurden für die jeweiligen Fragestellungen parametrische Verfahren herangezogen. Wenn in einzelnen Fällen auch die Varianzhomogenität verletzt war, wurde das nonparametrische Pendant (Wilcoxon oder Mann-Whitney) angewandt. Bei der Berechnung der Zusammenhangshypothesen wurde aufgrund der fehlenden Normalverteilung auf Spearmans Rho bzw. bei Ordinalskalenniveau Kendalls Tau zurückgegriffen (siehe Kap. 4.5, S. 65). Eine vollständige Darstellung der statistischen Überprüfung der Voraussetzungen ist im Anhang (Abschnitt 9.9, S. 173) zu finden.

5.2 Deskriptive Kennwerte der Stichprobe

Die deskriptiven Kennwerte für das ÄSK werden im Abschnitt Normwerte (Kap. 5.9, S. 84) ausführlich dargestellt. Nachfolgend werden die Mittelwerte, Streuungen, Minimum und Maximum sowie der Median dargestellt. Diese Angaben finden sich in einer Tabelle zusammengefasst im Anhang (Abschnitt 9.9, S. 173). Soweit möglich werden die Reliabilitäten für die einzelnen Skalen bzw. Fragebögen errechnet und die vorliegenden Werte mit der Referenz- oder Normstichprobe verglichen.

Empathie. Die 184 Mädchen, die den IVE ausfüllten, erreichten im Mittel einen Gesamtwert von $M=12.22$ ($SD=3.078$; $min=1$, $max=16$; $Mdn=13$), die 153 Jungen $M=9.78$

($SD=3.818$; $min=0$, $max=16$; $Mdn=10$). Die Werte der untersuchten Stichprobe weichen weder für die Mädchen ($t=-1.246$, $df=183$, $p>.05$) noch für die Jungen ($t=1.861$, $df=152$, $p>.05$) signifikant von den Referenzdaten des IVE ab (vgl. Kap. 4.3, S. 46ff). Die Betrachtung der Reliabilität auf der Basis von 317 vollständig ausgefüllten Fragebögen ergab ein Cronbach's α in Höhe von .80 und ist damit zufriedenstellend.

Neurotizismus. Der Mittelwert für den HANES KJ-N beträgt für die Mädchen $M=10.10$ ($n=72$; $SD=5.022$; $min=1$, $max=19$; $Mdn=10$), für die Jungen $M=8.40$ ($n=73$; $SD=4.199$; $min=0$, $max=20$; $Mdn=8$). Damit liegen die Werte der untersuchten Stichprobe für die Mädchen ($t=3.899$, $df=71$, $p<.01$; $d=0.6$) signifikant höher als die Referenzdaten der HANES KJ-N für achtjährige Mädchen. Für die Jungen ($t=0.483$, $df=72$, $p>.05$) zeigt sich keine signifikante Abweichung der untersuchten Stichprobe von den Referenzdaten für Achtjährige (vgl. Kap. 4.3, S. 49ff). Die Reliabilität in der Stichprobe ist mit $KR=.81$ ($n=145$) als ausreichend zu bezeichnen.

Lebensqualität. Der Mittelwert für den KidKINDL^R beträgt für die Mädchen $M=69.44$ ($n=72$; $SD=13.167$; $min=28.1$, $max=96.9$; $Mdn=70.8$), für die Jungen $M=72.07$ ($n=73$; $SD=11.261$; $min=36.5$, $max=97.9$; $Mdn=72.9$). Damit sind die Werte der untersuchten Stichprobe sowohl für die Mädchen ($t=-8.037$, $df=71$, $p<.01$; $d=-1.4$) als auch für die Jungen ($t=-7.470$, $df=72$, $p<.01$; $d=-1.1$) signifikant geringer als die Referenzdaten der KidKINDL^R (vgl. Kap. 4.3, S. 50ff). Die Berechnung der Reliabilität auf der Basis von 142 vollständig ausgefüllten Fragebögen ergab ein gerade noch ausreichendes Cronbach's α in Höhe von .78.

Angst. Die 53 Mädchen, die den KAT II ausfüllten, erreichten im Mittel einen Gesamtwert von $M=5.55$ ($SD=3.856$; $min=0$, $max=14$; $Mdn=6$), die 62 Jungen $M=5.21$ ($SD=3.943$; $min=0$, $max=13$; $Mdn=5.5$). Die Werte der untersuchten Stichprobe weichen weder für die Mädchen ($t=0.089$, $df=52$, $p>.05$) noch für die Jungen ($t=1.058$, $df=61$, $p>.05$) signifikant von den Referenzdaten des KAT II ab (vgl. Kap. 4.3, S. 52ff). Für die Errechnung der Reliabilität anhand der zugrundeliegenden Stichprobe konnten 110 Fälle einbezogen werden und ergab zufriedenstellende Werte in Höhe von Cronbach's $\alpha=.81$.

Angstsensitivität. Der Mittelwert für den KASI beträgt für die Mädchen $M=8.79$ ($n=53$; $SD=5.013$; $min=0$, $max=20$; $Mdn=9$), für die Jungen $M=8.63$ ($n=62$; $SD=6.047$; $min=0$, $max=34$; $Mdn=8$). Da die einzige Referenzgruppe aus Zwölf- bis Sechszehnjährigen SchülerInnen besteht, wird an dieser Stelle auf einen statistischen Vergleich der Werte verzichtet. Es ist jedoch offensichtlich, dass die Werte für Angstsensitivität der vorliegenden Stichprobe deutlich geringer ausfallen als die von den Autoren des KASI angegebenen (vgl. Kap. 4.3, S. 54ff). Mittels 114 vollständig ausgefüllten Fragebögen konnte ein Cronbach's α in Höhe von .83 errechnet werden.

Auffälligkeiten im Elternurteil. Der Mittelwert für internalisierende Auffälligkeiten erhoben mit der CBCL beträgt für die Mädchen $M=8.89$ ($n=66$; $SD=7.250$; $min=0$, $max=30$; $Mdn=7$), für die Jungen $M=7.15$ ($n=66$; $SD=7.596$; $min=0$, $max=32$; $Mdn=4.5$). Damit liegen die Mittelwerte der untersuchten Stichprobe für Mädchen und Jungen im auffälligen Bereich ($T>59$; vgl. Kap. 4.3, S. 56ff). Der Mittelwert für externalisierende Auffälligkeiten liegt für die Mädchen bei $M=9.27$ ($n=66$; $SD=7.427$; $min=0$, $max=40$; $Mdn=7.5$), für die Jungen bei $M=8.82$ ($n=66$; $SD=6.586$; $min=0$, $max=29$; $Mdn=8$). Damit liegen die Mittelwerte der untersuchten Mädchen knapp innerhalb des unauffälligen Bereichs, die der Jungen hingegen nicht (vgl. Kap. 4.3, S. 56ff). Der Mittelwert für das Gesamtproblemverhalten beträgt für die Mädchen $M=23.17$ ($n=66$; $SD=16.259$; $min=1$, $max=92$; $Mdn=19.5$) und für die Jungen $M=20.95$ ($n=66$; $SD=16.094$; $min=0$, $max=68$; $Mdn=17.5$). Damit liegen die Mittelwerte der untersuchten Stichprobe für Mädchen und Jungen im unauffälligen Bereich ($T\leq 59$; vgl. Kap. 4.3, S. 56ff).

Stärken und Schwächen aus Elternsicht. Im SDQ schätzen die Eltern für die Gesamtprobleme für die Mädchen im Mittel auf $M=7.82$ ($n=178$; $SD=5.149$; $min=0$, $max=30$; $Mdn=7$) und für die Jungen im Mittel auf $M=9.15$ ($n=158$; $SD=5.426$; $min=0$, $max=23$; $Mdn=8$). Beide Werte unterscheiden sich nicht signifikant von der Referenzstichprobe (vgl. Kap. 4.3, S. 58ff). Die emotionalen Probleme der Mädchen werden im Mittel auf $M=2.12$ ($n=180$; $SD=1.908$; $min=0$, $max=8$; $Mdn=2$) und für Jungen auf $M=2.16$ ($n=159$; $SD=2.056$; $min=0$, $max=10$; $Mdn=2$) eingeschätzt. Damit liegen sowohl die Werte der Mädchen ($t=3.884$, $df=179$, $p<.01$; $d=0.3$) als auch die der Jungen ($t=4.070$, $df=158$, $p<.01$; $d=0.3$) signifikant höher als die der Normstichprobe des SDQ (vgl. Kap. 4.3, S. 58ff). Für die Mädchen liegt der Mittelwert für Verhaltensauffälligkeiten bei $M=1.53$ ($n=180$; $SD=1.470$; $min=0$, $max=7$; $Mdn=1$) und für die Jungen bei $M=1.91$ ($n=159$; $SD=1.597$; $min=0$, $max=6$; $Mdn=2$). Beide Werte unterscheiden sich nicht signifikant von der Referenzstichprobe (vgl. Kap. 4.3, S. 58ff). Die Hyperaktivität wird für Mädchen auf $M=2.77$ ($n=178$; $SD=2.178$; $min=0$, $max=10$; $Mdn=2$) und für Jungen auf $M=3.56$ ($n=158$; $SD=2.352$; $min=0$, $max=10$; $Mdn=3$) geschätzt. Beide Werte unterscheiden sich nicht signifikant von der Referenzstichprobe (vgl. Kap. 4.3, S. 58ff). Für Probleme mit Gleichaltrigen geben die Eltern für die Mädchen Werte von $M=1.42$ ($n=177$; $SD=1.608$; $min=0$, $max=7$; $Mdn=1$) und für die Jungen von $M=1.49$ ($n=158$; $SD=1.684$; $min=0$, $max=9$; $Mdn=1$) an. Beide Werte unterscheiden sich nicht signifikant von der Referenzstichprobe (vgl. Kap. 4.3, S. 58ff). Für die Mädchen schätzen die Eltern das prosoziale Verhalten auf $M=8.25$ ($n=179$; $SD=1.748$; $min=1$, $max=10$; $Mdn=9$) und für Jungen auf $M=7.89$ ($n=158$; $SD=1.865$; $min=2$, $max=10$; $Mdn=8$). Damit liegen sowohl die Werte der Mädchen ($t=4.451$,

$df=178, p<.01; d=0.3$) als auch die der Jungen ($t=2.939, df=157, p<.01; d=0.2$) signifikant höher als die der Normstichprobe des SDQ (vgl. Kap. 4.3, S. 58ff). Die variierenden Stichprobengrößen für die jeweiligen Unterskalen kommen aufgrund einzelner fehlender Werte zustande.

Stärken und Schwächen aus LehrerInnensicht. Im SDQ schätzen die Eltern für die Gesamtprobleme für die Mädchen im Mittel auf $M=6.20$ ($n=194; SD=5.792; min=0, max=29; Mdn=5$) und für die Jungen im Mittel auf $M=9.24$ ($n=207; SD=6.855; min=0, max=32; Mdn=8$). Die emotionalen Probleme der Mädchen werden im Mittel auf $M=1.76$ ($n=194; SD=2.078; min=0, max=9; Mdn=1$) und für Jungen auf $M=1.96$ ($n=207; SD=2.197; min=0, max=9; Mdn=1$) eingeschätzt. Für die Mädchen liegt der Mittelwert für Verhaltensauffälligkeiten bei $M=0.84$ ($n=194; SD=1.530; min=0, max=9; Mdn=0$) und für die Jungen bei $M=1.74$ ($n=207; SD=2.118; min=0, max=10; Mdn=21$). Die Hyperaktivität wird für Mädchen auf $M=2.13$ ($n=195; SD=2.430; min=0, max=10; Mdn=1$) und für Jungen auf $M=3.61$ ($n=207; SD=2.889; min=0, max=10; Mdn=4$). Für Probleme mit Gleichaltrigen geben die Eltern für die Mädchen Werte von $M=1.47$ ($n=194; SD=1.891; min=0, max=10; Mdn=1$) und für Jungen auf $M=1.94$ ($n=207; SD=2.210; min=0, max=9; Mdn=1$) an. Für die Mädchen schätzen die LehrerInnen das prosoziale Verhalten auf $M=8.43$ ($n=194; SD=1.950; min=2, max=10; Mdn=9$) und für Jungen auf $M=6.78$ ($n=207; SD=2.593; min=0, max=10; Mdn=7$). Da keine Referenzwerte für die LehrerInnenversion des SDQ vorliegen (vgl. Kap. 4.3, S. 58ff) wird an dieser Stelle auf einen Vergleich mit Referenzdaten (der Eltern) verzichtet.

Übereinstimmung der Fremdurteile. Die Einschätzung der Eltern und Lehrer korrelierten in Skalen statistisch signifikant und positiv. Die engsten Zusammenhänge zeigten sich für das Gesamtproblemverhalten ($r=.47, p<.001, n=289$) und die externalisierenden Auffälligkeiten Hyperaktivität ($r=.57, p<.001, n=289$), Probleme mit Gleichaltrigen ($r=.42, p<.001, n=289$) und Verhaltensauffälligkeiten ($r=.36, p<.001, n=292$). Geringe Korrelationen ergaben sich für die Einschätzung der emotionalen Probleme ($r=.15, p<.05, n=492$) und des prosozialen Verhaltens ($r=.22, p<.001, n=289$). Das Gesamtproblemverhalten wurde von Lehrern und Lehrerinnen signifikant niedriger eingeschätzt als von den Eltern ($M_L=7.11, SD_L=6.502, M_E=8.30, SD_E=5.156, n=289, p<.05, \eta^2=.04$). Auch die emotionalen Probleme wurden von Lehrern und Lehrerinnen signifikant niedriger eingeschätzt als von den Eltern ($M_L=1.72, SD_L=2.070, M_E=2.07, SD_E=1.890, n=292, p<.05, \eta^2=.02$). In der Einschätzung des prosozialen Verhaltens der Kinder zeigte sich die gleiche Tendenz, dass Lehrerinnen und Lehrer insgesamt niedrigere Werte als die Eltern angeben ($M_L=7.72, SD_L=2.382, M_E=8.06, SD_E=1.822, n=289, p<.05, \eta^2=.02$).

5.3 Ergebnisse bzgl. der Objektivität

Durchführungsobjektivität. Zur Gewährleistung der Objektivität wurde ein Anleitungsheft erstellt, das detailliert Instruktionen zur Testdurchführung sowie Hinweise zu den einzelnen Items gibt (siehe Anhang, Abschnitt 9.4, S. 153). In der vorliegenden Untersuchung wurde die Testleitung entweder von der Autorin selbst oder unter Anleitung und mit vorheriger Schulung von fortgeschrittenen Studierenden der Psychologie durchgeführt.

Auswertungsobjektivität. Zur Gewährleistung der Auswertungsobjektivität wurde eine SPSS-Syntax geschrieben und eine Excel-Maske programmiert. Somit ist es gesichert, dass unterschiedliche Auswerter zu demselben Ergebnis kämen.

Interpretationsobjektivität. Da erst im Rahmen dieser Arbeit eine Normierung und Erfassung einer klinischen Referenzgruppe erfolgte, liegen bisher keine verschriftlichen Fallbeispiele vor. Mit dieser Arbeit werden jedoch T-Werte erarbeitet, um so die Interpretation der Testwerte für die Zukunft zu standardisieren.

5.4 Deskriptivstatistische Evaluation von Items

Itemschwierigkeit.

H_{01} : Die Itemschwierigkeiten der Items des ÄSK liegen im mittlerem Bereich: $.80 > P > .20$.

Die Itemschwierigkeiten liegen zwischen $P=.68$ und $.19$ (siehe Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173ff). Am leichtesten ist das Item „Sorgen/Grübeln“ (Susanne) mit $P=.59$ und „Tierphobien“ mit $P=.68$, am schwierigsten ist das Item „Panikattacke“ (Mario).

H_{02} : Die Itemschwierigkeit des Items „Panikattacke“ (Mario) des ÄSK liegt im hohen Bereich: $P < .20$.

Die Itemschwierigkeit für das Item „Panikattacke“ (Mario) beträgt $P=.19$. Das Item ist somit das schwierigste Item des ÄSKs.

Trennschärfe.

H_{03} : Die Item-Skala-Interkorrelation der Items des ÄSK liegt im mittleren bis hohen Bereich: $.30 < r_{itc} < .50$ bzw. $r_{itc} > .50$.

Die Item-Skala-Interkorrelation der jeweiligen Items mit der Gesamtskala des ÄSK liegt zwischen $.33$ und $.47$ und somit alle im mittleren Bereich (siehe Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173ff). Somit kann auf den Ausschluss eines Items aufgrund mittlerer Schwierigkeit verzichtet werden.

H_{04} : Die Item-Skala-Interkorrelation der Items des ÄSK ist jeweils höher als die Korrelation mit anderen Skalen: $r_{itc} < r_{ix}$.

Für die Korrelationen der Items mit der eigenen Skala wurde jeweils die korrigierten Item-Skala-Interkorrelation berechnet, die Korrelation der Items mit den anderen Bereichen wurde aufgrund des Ordinalniveaus der einzelnen Items über Kendalls Tau berechnet. Die Analyse ergab, dass die Item-Skala-Interkorrelationen für alle Items höher lagen als die Korrelationen mit den anderen Skalen (siehe Anhang Abschnitt 9.9, S. 173ff).

Homogenität.

H₀₅: Die Homogenität der Items des ÄSK ist im geringen, aber positiven Bereich: $H_{ix} > 0$.

Die Homogenitätswerte der einzelnen Items liegen zwischen $H_{ix} = .147$ und $.199$ und sind somit alle positiv aber gering (siehe Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173ff).

H₀₆: Die Gesamt-Homogenität des ÄSK ist im geringen, aber positiven Bereich: $H_{ges} > 0$.

Die Gesamt-Homogenität des ÄSK liegt bei $H_{ges} = .176$ und ist damit positiv aber gering.

5.5 Reliabilität

Interne Konsistenz.

H₀₇: Die interne Konsistenz der Gesamtskala des ÄSK ist mindestens zufriedenstellend: $\alpha > .70$.

Die interne Konsistenz für die Gesamtskala bestehend aus 13 Items beträgt $\alpha = .78$ und lässt sich nicht durch das Ausschließen einzelner Items erhöhen. Die Reliabilität des Gesamttests ist somit zufriedenstellend.

Eine jeweils nach Alter und Schulklasse differenzierte Berechnung der Reliabilitäten bestätigte augenscheinlich die Annahme, dass mit steigendem Alter der Kinder auch die interne Konsistenz zunimmt. Ab einem Alter von acht Jahren erreichte die Reliabilität etwa $\alpha = .80$ und ist somit als zufriedenstellend zu bewerten.

Tabelle 12: Übersicht der Reliabilitäten nach Cronbach's α nach Altersstufen getrennt berechnet

Alter	N	α
5 Jahre	6	.38
6 Jahre	67	.71
7 Jahre	194	.74
8 Jahre	206	.79
9 Jahre	197	.81
10 Jahre	138	.79
11 Jahre	9	.78
Gesamt	817	.78

Tabelle 13: Übersicht der Reliabilitäten nach Cronbach's α nach Klassenstufen getrennt berechnet

Alter	N	α
Vorschulklasse	13	.71
1. Klasse	132	.75
2. Klasse	283	.76
3. Klasse	168	.83
4. Klasse	221	.77
Gesamt	817	.78

Retest-Reliabilität.

H₀₈: Die Retest-Reliabilität der Gesamtskala des ÄSK (erhoben nach 4 Wochen für eine Teilstichprobe von etwa 60 Kindern) ist mindestens zufriedenstellend: $r_{tt} > .70$.

Die Retest-Reliabilität der Gesamtskala des ÄSK erhoben nach 4 Wochen für eine Teilstichprobe von 76 Kindern ist zufriedenstellend: $r_{tt} = .78$ (ermittelt über Spearmans Rho, $p < .05$).

H₀₉: Die Retest-Reliabilität der Gesamtskala des ÄSK (erhoben nach 3 Monaten für eine Teilstichprobe von etwa 100 Kindern) ist mindestens zufriedenstellend: $r_{tt} > .70$.

Die Retest-Reliabilität der Gesamtskala des ÄSK erhoben nach 3 Monaten für eine Teilstichprobe von 97 Kindern ist nur knapp zufriedenstellend: $r_{tt} = .69$ (ermittelt über Spearmans Rho, $p < .05$).

H₁₀: Es zeigen sich unterschiedlich hohe Retest-Reliabilitäten für die Einzelitems des ÄSK nach 4 Wochen bzw. 3 Monaten.

Bei der Betrachtung der Retest-Reliabilitäten für die Einzelitems des ÄSK zeigen sich für die beiden Zeitintervalle unterschiedlich hohe Korrelationen. Lediglich für zwei Items unterscheiden sich die Korrelationskoeffizienten (nach Kendalls Tau aufgrund des Ordinalniveaus der Einzelitems) auch statistisch voneinander. Für das Item Trennungsangst („nachmittags allein zu Hause bleiben“) zeigt sich nach vier Wochen eine Korrelation in Höhe von $r = .631$ ($p < .01$), nach drei Monaten lediglich in Höhe von $r = .290$ ($p < .01$). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($Z = 2.849$, $p < .05$). Für das Item soziale Ängstlichkeit („Angst vor fremden Erwachsenen“) zeigt sich nach vier Wochen eine Korrelation in Höhe von $r = .508$ ($p < .01$), nach drei Monaten lediglich in Höhe von $r = .196$ ($p < .05$). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ($Z = 2.317$, $p < .05$). Die vollständige Darstellung der Korrelationskoeffizienten der Einzelitems findet sich im Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173ff).

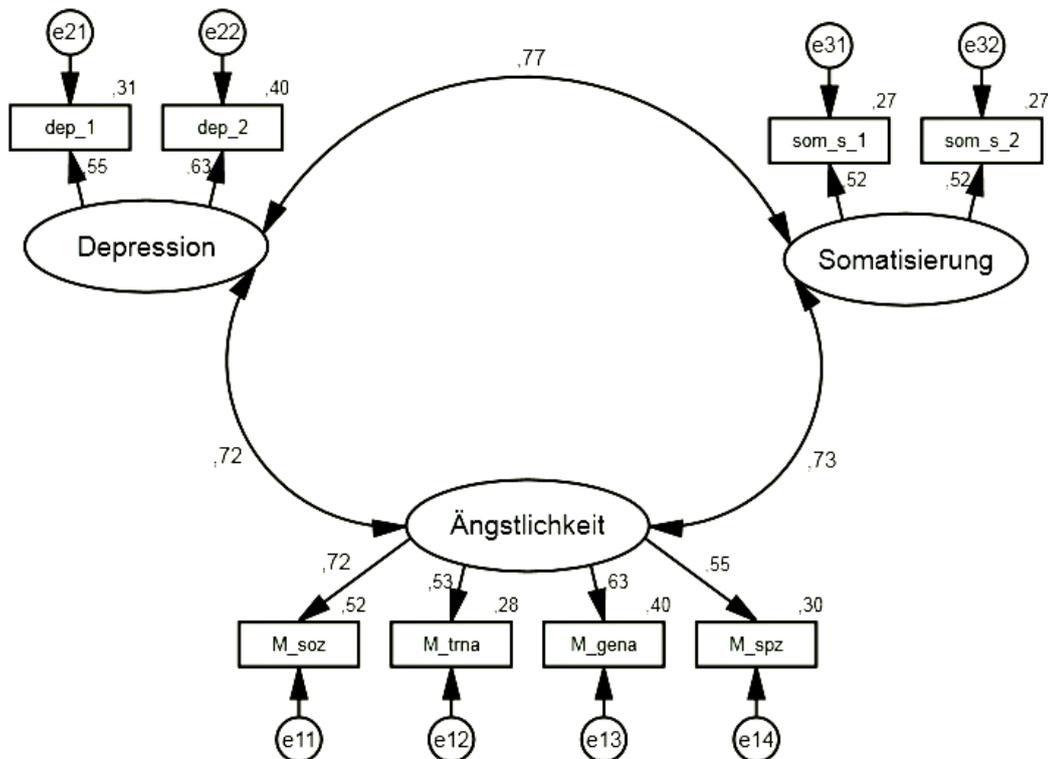
5.6 Validität

Konstruktvalidität.

H₁₁: Es lässt sich ein gutes Fit in der konfirmatorischen Faktorenanalyse für die angenommenen Bereiche (Skalen) finden: CFI \geq .95/.90 und RMSEA $<$.06/.08.

Der Mardia-Test ergibt mit einem Wert von $z=8.751$ ($p<.001$), dass keine multivariate Normalverteilung vorliegt und somit ein Bollen-Stine-Bootstrap durchgeführt werden muss (Bühner, 2006). Der χ^2 -Test zeigt eine signifikante Abweichung des angenommenen 3-Faktoren-Modells des ÄSK von den Daten der Gesamtstichprobe ($N=818$) mit $\chi^2(17)=99.042$; $p<.001$. Nach einer Bollen-Stine-Bootstrap-Korrektur mit 17 Bootstrap-samples zeigt sich keine signifikante Abweichung des Modells von den Daten der Gesamtstichprobe ($p>.05$). Der RMSEA ergibt einen Wert von .077 (mit einem 90%igen KI von [.063 - .092]). Somit liegt der Wert zwar innerhalb des annehmbaren Bereichs, die obere Grenze überschreitet jedoch den geforderten Grenzwert von $\leq .08$ (Bühner, 2006). Der SRMR liegt mit .045 deutlich unter dem geforderten Wert von $<.11$ (Bühner, 2006) und spricht somit für einen guten Model-Fit. Der CFI erreicht einen Wert von .928 und bleibt damit knapp unter dem von Bühner (2006) geforderten Grenzwert von $\geq .95$, überschreitet und erreicht aber mit $\geq .90$ den Schwellenwert für ein zumindest gutes Model-Fit (Weiber & Mühlhaus, 2010). Das nachfolgend abgebildete Modell gibt die standardisierten Gewichte an. Die latenten Variablen sind elliptisch, die manifesten eckig und die Fehlervariablen rund dargestellt.

Abbildung 4: Konfirmatorische Faktorenanalyse über AMOS 19.0 erstellt



Anmerkungen: Dargestellt sind die standardisierten Ladungen. Die Abkürzungen der manifesten Variablen bedeuten: *dep_x*=Depressionitems, *som_x*=Items zur Somatisierung, *M_soz*=Mittelwert aller Items zur sozialen Ängstlichkeit, *M_trna*=Mittelwert der Trennungsangstitems, *M_gena*=Mittelwert der Items Generalisierung (Sorgen und Panikattacke), *M_spz*=Mittelwert der Items zu spezifischen Phobien (Dunkelheit und Tiere).

H₁₂: Die beruflichen Experten schätzen die Passung der Items zu dem abgefragten Konstrukt als im Mittel mindestens gut ein: $\sum x_{ix} \geq 4$.

Der Range reicht für einzelne Items von *min*=2 bis *max*=7, kein Item wird als völlig unpassend (Das Item erfasst überhaupt nicht das zu messende Konstrukt=1) bewertet. Der *Mdn* liegt für sieben der Items bei 6, für die übrigen sogar bei *Mdn*=7. Im Mittel werden die Items von *M*=5.85 (*SD*=1.139) für soziale Ängstlichkeit/Angst vor Fremden bis *M*=6.54 (*SD*=0.926) für spezifische Phobien/Dunkelangst eingestuft. Die vollständige Tabelle findet sich im Anhang (Abschnitt 9.9, S. 173ff). Der Gesamtmittelwert (über alle Items) liegt bei *M*=6.15 (*SD*=0.161). Im Mittel schätzen die beruflichen Experten die Passung der Items zu dem abgefragten Konstrukt somit als mindestens gut ein.

Diskriminante Validität.

H₁₃: Es zeigt sich eine signifikante positive (jedoch geringe³) Korrelation des ÄSK mit der Skala Empathie des IVE: $0 < r < .4$.

Die diskriminante Validität erhoben über die Korrelation der Gesamtskala des ÄSK mit der Skala Empathie des IVE beträgt $r = .263$ ($n = 337$, $p < .01$, ermittelt über Spearmans Rho) und weist somit in die angenommene Richtung und Höhe auf.

H₁₄: Es zeigt sich eine signifikante positive (jedoch mittlere) Korrelation des ÄSK mit der Skala Neurotizismus der HANES-KJ: $.4 < r < .6$.

Die diskriminante Validität erhoben über die Korrelation der Gesamtskala des ÄSK mit der Skala Neurotizismus des HANES-KJ beträgt $r = .426$ ($n = 145$, $p < .01$, ermittelt über Spearmans Rho) und weist somit in die angenommene Richtung und Höhe auf.

Konvergente Validität.

H₁₅: Es zeigt sich eine signifikante positive und hohe Korrelation des ÄSK mit der Trait-Ängstlichkeit des KAT II: $r > .5$

Die konvergente Validität ermittelt über die Korrelation der Gesamtskala des ÄSK mit der Traitskala des KAT II beträgt $r = .552$ ($n = 115$, $p < .01$, ermittelt über Spearmans Rho) und weist somit in die angenommene Richtung und Höhe auf.

H₁₆: Es zeigt sich eine signifikante positive und hohe Korrelation des ÄSK mit der Angstsensitivität des KASI: $r > .6$

Die konvergente Validität erhoben über die Korrelation der Gesamtskala des ÄSK mit dem KASI beträgt $r = .596$ ($n = 115$, $p < .01$, ermittelt über Spearmans Rho) und weist somit in die angenommene Richtung und Höhe auf.

H₁₇: Es zeigt sich eine höhere Korrelation des ÄSK mit der Angstsensitivität des KASI als mit dem KAT II: $r_{KASI} > r_{KAT II}$

Zumindest deskriptiv lässt sich eine höhere Korrelation des KASI als des KAT II mit dem ÄSK feststellen: $r_{KASI} : .596 > r_{KAT II} : .552$. Statistisch gesehen ist dieser Unterschied jedoch nicht signifikant ($Z = -0.49$, $p > .05$).

Differentielle Validität.

H₁₈: Der ÄSK-Mittelwert einer Gruppe klinisch auffälliger Kinder unterscheidet sich nicht von dem Mittelwert einer selegierten, parallelen Gruppe (nach Alter und Geschlecht) von Kindern aus der Grundschulstichprobe.

³ Die Einordnung der Höhe dieser und der folgenden Korrelationskoeffizienten erfolgt als Validität im Sinne der Beurteilung von Testkennwerten, vgl. Fisseni, 2004 nach Weise, 1975.

Aufgrund der vorgenommenen Parallelisierung, sind in beiden Stichproben gleich viele Mädchen ($n=28$) und Jungen ($n=29$) und beide Gruppen sind gleich alt ($M=8;1$; $SD=1;26$; $min=6$, $max=11$). Aufgrund der Tatsache, dass zwei der Kinder (jeweils ein Junge und ein Mädchen) der klinischen Stichprobe, die zum Zeitpunkt der Erhebung eine erste Schulklasse besuchten, schon acht Jahre alt waren, ließ sich die Schulklasse nicht als absolutes Matchingkriterium anwenden. In diesen beiden Fällen wurden zwei achtjährige Zweitklässler aus der Grundschulstichprobe gezogen. In allen anderen Fällen konnte auch für die Schulklasse parallelisiert werden.

Die Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen zeigt, dass die beiden Stichproben nicht homogen sind ($F_{(1, 112)}=5.804$, $p=.018$). Die klinische Stichprobe streut sehr viel stärker ($M=38.62$, $SD=18.824$, $SE=2.493$, $min=4.17$, $max=77.78$) als die Grundschulstichprobe ($M=29.57$, $SD=13.787$, $SE=1.826$, $min=0.00$, $max=68.06$). Die Mittelwerte wurden daher nonparametrisch mit dem Mann-Whitney-U-Test auf Rangniveau hinsichtlich der Unterschiedlichkeit geprüft. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied der beiden Stichproben hinsichtlich der Ängstlichkeit mit einem kleinem bis mittleren Effekt ($U=1145.5$, $p=.007$, $r=-0.25$).

H₁₉: Eine Gruppe von Kindern mit einem hohen Wert im ÄSK zeigt signifikant niedrigere Werte im KINDL^R als eine Gruppe von Kindern mit niedrigen Werten im ÄSK: ÄSK+ < ÄSK-.

Zum Vergleich der selbsteingeschätzten Lebensqualität wurde die Teilstichprobe, an der der KidKINDL^R erhoben wurde, unter Anwendung des Mediansplits für den Gesamtscore des ÄSK (über die Gesamtstichprobe) in zwei Gruppen geteilt. Die Gruppe der Kinder mit niedrigeren Ängstlichkeitswerten ($n=64$, $M_{KidKINDL^R}=73.55$, $SD=11.188$) unterschied sich signifikant von der mit tendenziell höheren Ängstlichkeitswerten ($n=81$, $M_{KidKINDL^R}=68.56$, $SD=12.707$). Dieser Unterschied ist jedoch lediglich als gering einzuschätzen ($F=6.113$, $df=1$, $p<.05$, $\eta^2=.04$)

5.7 Güteebenenkriterien

Akzeptanz.

F₀₁: Es lassen sich Hinweise aus den Kindergruppen-Interviews ziehen, dass der ÄSK für Kinder akzeptabel und somit praktikabel ist.

Nachfolgend werden die qualitativen Ergebnisse der Kindergruppen in jeweils ein bis zwei zusammenfassenden Sätzen vorgestellt und daran anschließend durch Beispielantworten der Kinder belegt. Bei Dialogen mit dem Interviewer werden Aussagen des Interviewers durch *I*, und Aussagen des Kindes durch *K* kenntlich gemacht.

Die Instruktion und das einleitende Beispiel. Insgesamt erschien der Instruktionstext den Kindern verständlich zu sein. Einige Kinder merkten jedoch an, dass sie insgesamt recht lang ist und es so schwer fällt, durchgängig voll konzentriert zu bleiben. Ein Kind hätte sich eine wiederholte Nennung der Ratingskala, welche Anzahl an Teufelchen welcher Antwort entspricht, gewünscht.

„Das war alles ein bisschen lang, was Du erzählt hast. Man kann doch erstmal ein bisschen erzählen und dann die erste Geschichte machen und dann noch mal was erzählen.“

K: *„Ich würde das ja viel einfacher sagen, Du hast so lange geredet.“* I: *„Wie würdest Du das denn sagen?“* K: *„Ja zum Beispiel: Ich lese Euch gleich Geschichten vor und Ihr überlegt dabei und danach, ob Dir das auch so geht. Und nicht so... ob Ihr die Gefühle und das Verhalten aus der Geschichte bei Euch und ähnlich oder... ich weiß nicht, bla, bla...“*

„Das mit den Teufeln hättest Du lieber noch einmal mehr sagen sollen.“

„Dass mit dem Zufall fand ich gut... Also dass Du gesagt hast, dass das ein Zufall ist, wenn jemand, den wir kennen, genauso heißt und wir sollen dann nicht an den denken... Ich kenn nämlich einen Marko und da hab ich an ihn gedacht und dann extra nicht mehr.“

Ein Beispiel gemeinsam zu bearbeiten, bevor der eigentliche Test beginnt, fanden die Kinder sinnvoll und hilfreich.

„Ein Beispiel zusammen zu machen fand ich gut, weil dann konnte ich ja auch noch mal nachfragen.“

„Vorher auszuprobieren fand ich gut, aber ich war mir nicht sicher, ob es darum geht, dass wir das kennen, weggeschubst zu werden oder das kennen, dass wir jemanden wegschubsen wollen... und ob das wichtig ist, dass wir das denn auch machen. Also wenn so Teile von der Geschichte stimmen, aber eben nicht alles.“

Die Formulierung und Inhalte der Items. Die Geschichten waren für die Kinder verständlich. Einige Anmerkungen der Kinder waren bereits inhaltlicher Art, einige wünschten eine Wiederholung der relevanten Inhalte des konkreten Items.

„Die Geschichte mit den Hunden fand ich doof... Weil Du hast gar nicht gesagt, ob das ein großer oder ein kleiner Hund ist und das ist wichtig... Ich hab nur vor großen Hunden Angst.“ *„Ich aber nur vor kleinen.“* *„Ich nur, wenn ich die nicht kenne.“* *„Ich fand das gut, da konnte ich mir einfach alle Hunde vorstellen.“*

„Ich hab das mit den Sorgen nicht so... also ob man Angst hat, weil man sich Sorgen macht? Ich kann mir ja auch Sorgen machen ohne Angst.“

„Bei der Geschichte von Anna, da wusste ich nicht so, weil Du dann noch mal gesagt hast, dass sie ohne Grund keine Lust zu spielen hat, dann hab ich das verstanden, weil manchmal

hat man ja auch keine Lust, weil man krank oder so ist. Aber das fand ich gut, dass Du das gesagt hast. “

„Eigentlich schon, aber manchmal waren die so schnell zu Ende, da hab ich gar nicht alles mitgekriegt... Dann wollte ich die noch mal hören. “

„Bei manchen musste ich schon noch mal lange überlegen. Da kann man das ja noch mal wiederholen, vielleicht. “

Das Testmaterial. Zu dem Material (insbesondere zu der Heftform, den gewählten Namen und den Bildern) merkten die Kinder einige Details kritisch an. So gefiel der Name Ulla nicht, die Zeichnung der Tränen von Max ist schwer zu erkennen (die Tränen wurden als zusätzliche Augen gesehen) und auch die Spinne und Mario scheinen weniger gelungen.

„Ich find dieses Mädchen Ulla blöd [bzw. den Namen]. Wer heißt denn Ulla? “

„[Das Bild von] Max ist blöd, der sieht aus als hätte er 4 Augen... “ „Ja, da konnte ich gar nicht zuhören, was Du gesagt hast, weil die Augen so komisch sind. “

„Die Spinne sieht eher aus wie eine Zecke! “

„Mario sieht irgendwie riesig aus. So als wär der schon voll alt. “

K: „Die Bilder sind bunt noch schöner. “ I: „Da kann man ja noch anmalen, wenn man Zeit hat! “ K: „Stimmt! Das find ich cool. “

Die Form des Heftes hingegen fanden die Kinder sehr ansprechend und benannten vor allem zwei Vorteile: Es wirkt wie ein Buch weniger wie ein Test. Das Umblättern nach jedem einzelnen Item ermöglicht die individuelle und ungestörte Bearbeitung auch in Gruppentestungen.

„Das ist cool, das ist wie ein eigenes Buch. Da kann man nachschlagen, wenn man was vergessen hat. Und man verliert keine Zettel. “

„Dann hat jeder ein eigenes Gefühlslexikon. “

„Wenn ich nicht will, dass einer bei mir luschart, kann ich ja schnell umblättern. Dann sieht das keiner, was ich eingekreist habe. “

Die Ratingskala. Die Ratingskala wurde von den Kindern insgesamt betrachtet als passend bezeichnet.

K: „Kann man da nicht lieber lächelnde Smileys nehmen? Da gibt es doch so mit Mund runter und gerade und hoch... “ I: „Und was bedeutet dann ein lächelnder und was ein trauriger Smiley? “ K: „Hmm... das ist schwierig, weil wenn ich einen nehme, der grinst, habe ich dann keine Angst oder kenne ich das gut? Das geht doch nicht mit Smileys “ „Ja, das geht irgendwie nicht, vielleicht ja Vögel? “

„Ich finde das passt voll gut... Ich meine, das geht ja um Angst und so... und das ist ja ungut... und Teufel, Teufel sind ja auch ungut. Das passt doch voll! “

„Die Teufel sahen viel zu lieb aus! Die hätten Hörner haben sollen. Oder rote Köpfe!“

Soziale Erwünschtheit und Gruppentestung. Die befragten Kinder glauben, dass sich der ÄSK in der Form als Gruppeninstrument eignet und Aspekte der sozialen Erwünschtheit bei der Bearbeitung weniger eine Rolle spielen.

I: *„Glaubt Ihr, dass Kinder auf die Geschichten ehrlich antworten mögen?“* K: *„Ja! Also ich hab ehrlich geantwortet. Ich glaube, das ist eine Frage des Vertrauen... also der muss nett sein, der vorliest und wenn die so nett ist wie Du... also Dir mochte ich das erzählen.“*

„Wenn ich nicht will, dass einer bei mir luschart, kann ich ja schnell umblättern. Dann sieht das keiner, was ich eingekreist habe.“

I: *„Glaubt Ihr man kann das Heft gut in einer Gruppe beantworten, jeder für sich?“* K:

„Klar geht das! Das geht ja bei Tests auch! Also wenn wir zum Beispiel ein Diktat machen, kann ja auch keiner gucken.“

„Man kann das ja immer gleich umblättern, da kann dann keiner spicken – das finde ich gut.“

Praktikabilität.

H₂₀: Die beruflichen Experten schätzen die Anwendbarkeit in unterschiedlichen Bereichen im Mittel für mindestens gut ein: $\sum x_{ix} \geq 4$.

Der Range reicht für die einzelnen Items von 6 (*„Finden Sie es sinnvoll bei Kindern einen Test zur Angsterfassung durchzuführen?“*) bis 2 (*„Finden sie die Methode (Beispielgeschichten, etc.) des Fragebogens zur Angsterfassung bei Kindern sinnvoll?“*). Die Mediane liegen hier jedoch auch zum großen Teil bei 6 und 7. Lediglich die Einschätzungen zu den Fragen, ob bei dem Verfahren Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit zu erwarten sind (*Mdn=4*) und ob das Verfahren als Gruppentestung denkbar ist (*Mdn=5*) liegen deutlich niedriger. Im Mittel werden die Items von *M=4.24 (SD=1.553)* für soziale Erwünschtheit bis *M=6.64 (SD=0.591)* für die Frage nach der Methode des Verfahrens über Geschichten das eigene Erleben abzufragen. Die vollständige Tabelle findet sich im Anhang (Abschnitt 9.9, S. 173ff). Der Gesamtmittelwert (über alle Items) liegt bei *M=5.84 (SD=0.796)*. Im Mittel schätzen die beruflichen Experten die Anwendbarkeit des Verfahrens somit als mindestens gut ein.

Zu übergeordneten Aspekten des Verfahrens ergaben sich Anmerkungen zu der Frage nach sozialer Erwünschtheit, vor allem im Kontext einer Gruppentestung. Weitere Kommentare bezogen sich auf die Wahl der Ratingskala oder generelle Formulierung der Items. Die Bemerkungen der beruflichen Experten sind im Folgenden in den drei Clustern zusammengefasst vorgestellt. Die weiteren konkreten Anmerkungen zu einzelnen Items finden sich im Anhang (Abschnitt 9.9, S. 173ff).

Soziale Erwünschtheit und Gruppentestung. Hier werden zum einen konkrete Hinweise gegeben, was nach Erfahrungen der Experten nötig ist, um die Testung relativ frei von Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit durchzuführen, zum anderen die Frage der Praktikabilität des Verfahrens als Gruppentestung angezweifelt.

„Es ist wichtig darauf zu achten, dass die Kinder weit voneinander entfernt sitzen, um einen Gruppentest ohne Vergleich und soziale Erwünschtheit durchführen zu können.“

„Eine Gruppentestung ist, denke ich nur möglich, wenn genug Abstand zwischen den Kindern besteht, sonst kann schnell eine "soziale Erwünschtheit-Gruppendynamik" aufkommen.“

„Soziale Erwünschtheit kann hier wohl kaum ganz ausgeschlossen werden.“

„Würde ich nie machen in der Gruppe.“

„Einzelgespräche könnte ich mir besser vorstellen. Die Beispiele könnten besser erklärt werden und das Kind könnte gefragt werden, ob es die Situation verstanden hat.“

„Meines Erachtens erlaubt dieser Fragebogen, Ängste zuzugeben, weil es ja noch jemand (der in der Geschichte) hat. Also eher keine Gefahr [der sozialen Erwünschtheit]! ... Ein sehr schöner Test!“

Die Ratingskala. Zu der Ratingskala werden vornehmlich zwei Aspekte benannt: Die Wahl des Teufelchens als Abstufung und die damit eventuelle verbundene Valenz und das Fehlen einer neutralen Kategorie bzw. die Frage nach dem Vorhandensein einer Nullkategorie.

„Die Auswahl der "Teufelchen" als Antwortformat könnte dazu führen, dass die Kinder das Gefühl bekommen, es sei "böse" oder schlecht diese Ängste zu haben.“

„Mir ist unklar, ob das Ankreuzen von nur einem Teufelchen inhaltlich für 0 oder 1 steht. Auf S.1 verstehe ich ein Teufelchen = "kenne ich überhaupt nicht", innerhalb des Tests wirkt es auf mich eher als "kenne ich ganz wenig". (Durch die Formulierung "je doller..., desto..."). Hier würde für mich (als Kind) evtl. die Möglichkeit fehlen, "Null" anzukreuzen, falls ich diese Angst wirklich gar nicht kenne. Unabhängig davon finde ich die Darstellung mittels Teufelchen allerdings sehr gelungen & ansprechend.“

„Evtl. besser: kein Teufelchen für "das kenne ich überhaupt nicht" - hier wäre wahrscheinlich aber eher das Problem der sozialen Erwünschtheit gegeben (insbesondere wegen der Gruppenversion) => also so lassen.“

„Meine Anmerkung ist lediglich, dass ich die Teufelchen nicht gelungen finde, da sie - für mein Verständnis - eine negative Bewertung suggerieren (etwa: "Je mehr ich das kenne, desto schlechter bin ich..."). Ich kann mir neutralere Symbole besser vorstellen.“

„Teufelchen finde ich gut, aber für „das kenne ich gar nicht bei mir“ ist auch ein Teufelchen unlogisch, da besser was Freundliches.“

„Vielleicht hilft es Extra-Symbol für ein Null-Rating hinzuzufügen, damit Kinder mit ein wenig/bisschen Angst nicht "Ausversehen" Null raten.“

„Null-Kategorie zum Ankreuzen? Verständnisaufgabe?“

Die Formulierung und Inhalte der Items. An dieser Stelle werden Kommentare der Experten zusammengefasst, die Wünsche nach weiteren Inhalten bzw. Formen oder detaillierten Beschreibungen einzelner Symptome innerhalb der Items beinhalten.

„An einigen Stellen wäre es sinnvoll die Gefühle ausführlicher darzustellen bzw. präzisere Aufgaben zu machen.“

„Die körperlichen Symptome sind etwas milde beschrieben.“

„Evtl. wäre geschlechtsspezifische Darstellung gut, d.h., bei Jungen - Jungen als Beispiele, bei Mädchen - Mädchen als Beispiele.“

„Schulangst aufnehmen (Bauchschmerzen = somatoforme Störungen?); Familiensystemische Hintergründe besser aus-/abgrenzen durch entsprechende Formulierungen oder Kontrollfragen, wie es zu Hause aussieht; Zukunftsangst: z.B. bei Kindern aus Familien von Hartz4-Empfängern, Scheidungsfamilien“

Veränderungssensitivität.

H_{21} : Es zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung für den ÄSK-Mittelwert zwischen Gruppe (Interventions- vs. Kontrollgruppe) und Zeitpunkt (Prä vs. Post) mit einem mindestens kleinen Effekt. $\eta^2 \geq .06$

Im Rahmen des Löwenherz-Projekts (Aures, 2011) wurde der ÄSK als Instrument zur Veränderungsmessung durch eine präventive Maßnahme (für ängstliche Grundschul Kinder) angewandt. Die ermittelten kurzzeitigen Effekte (Prä-Post-Messung nach 6 Monaten relativiert an einer unbehandelten Wartegruppe) in Höhe von $d = -.80$ sind nach Cohen (1998, vgl. auch Klemmert, 2004; Klauer, 1993; Bortz & Döring, 2006) als groß einzuschätzen. Die langfristigen Effekte sind nach Cohen (1998) und Klemmert (2004) ab einem $\eta^2 \geq .14$ als groß einzuschätzen. In der Untersuchung wurde in einem 6-Monats-Follow-up ein η^2 von .493 errechnet (Krüger, 2009; 2007).

5.8 Replikation der Befunde zu Urteilerübereinstimmungen

Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen.

H_{22} : Es zeigt sich eine signifikante Korrelation der Skala Empathie des IVE mit der Skala Prosoziales Verhalten des SDQ für LehrerInnen: $r \neq 0$ und $p < .05$.

Es zeigt sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Skala Empathie des IVE und der Skala Prosoziales Verhalten des SDQ für LehrerInnen mit $r = .299$ ($n = 174$, $p < .01$, ermittelt über Spearmans Rho).

H₂₃: Es zeigt sich eine signifikante Korrelation der Skala Empathie des IVE mit der Skala Prosoziales Verhalten des SDQ für Eltern: $r \neq 0$ und $p < .05$.

Es zeigt sich ebenfalls eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Skala Empathie des IVE und der Skala Prosoziales Verhalten des SDQ für Eltern mit $r = .174$ ($n = 183$, $p < .05$, ermittelt über Spearmans Rho).

H₂₄: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation des ÄSK mit der Skala Emotionale Probleme des SDQ für LehrerInnen: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

Der Zusammenhang des ÄSK mit der Skala Emotionale Probleme des SDQ für LehrerInnen ist statistisch nicht signifikant ($r = .088$, $n = 401$, $p > .05$, ermittelt über Spearmans Rho).

H₂₅: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation des ÄSK mit der Skala Emotionale Probleme des SDQ für Eltern: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

Der Zusammenhang des ÄSK mit der Skala Emotionale Probleme des SDQ für Eltern ist statistisch signifikant, aber als gering einzuschätzen: $r = .157$ ($n = 339$, $p < .01$, ermittelt über Spearmans Rho).

H₂₆: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation des ÄSK mit der Skala Internalisierende Auffälligkeiten der CBCL: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

Der Zusammenhang des ÄSK mit der Skala Internalisierende Auffälligkeiten der CBCL ist statistisch nicht signifikant ($r = .133$, $n = 132$, $p > .05$, ermittelt über Spearmans Rho).

H₂₇: Es zeigt sich keine signifikante oder nur eine geringe Korrelation der Gesamtskala des ÄSK mit der Gesamtskala des ÄSK der Elternversion: $r \leq .3$ und $p < .05$ oder $p = n.s.$

Der Zusammenhang des ÄSK mit der der Elternversion des ÄSK ist statistisch nicht signifikant ($r = .248$, $n = 42$, $p > .05$, ermittelt über Spearmans Rho).

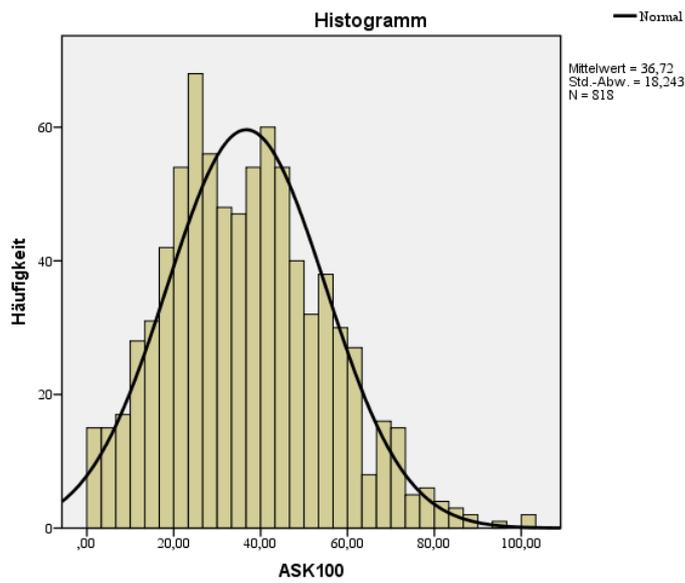
5.9 Normwerte

Normalverteilung, Geschlechts- und Alterseffekte.

H₂₈: Es zeigt sich für die Verteilung des ÄSK-Mittelwerts eine (zumindest grafische) Normalverteilung.

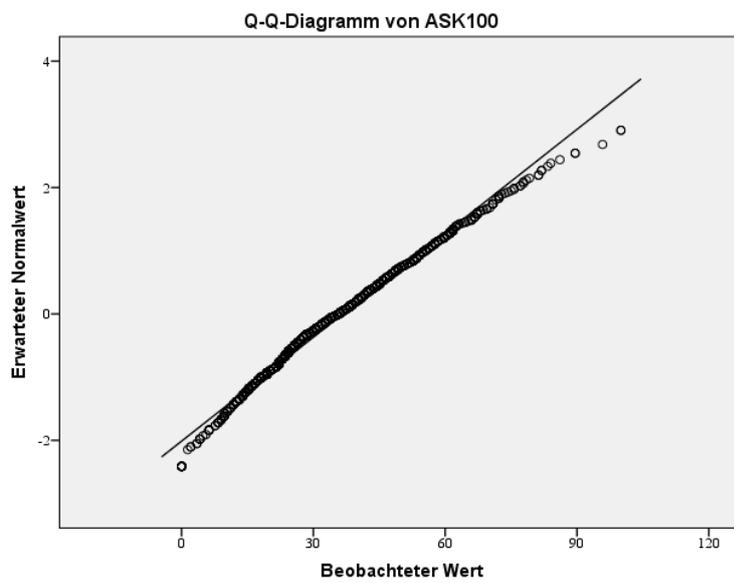
Aufgrund der Größe der Stichprobe ($n > 500$) war es zu erwarten, dass der Test auf Normalverteilung eine signifikante Abweichung anzeigt (Field, 2005, S. 744). Dies bestätigte sich anhand der Daten ($KS = 0.053$, $df = 818$, $p < .001$). Daher sollen ein QQ-Plot, ein Histogramm und das Boxplot herangezogen werden, um die Verteilung grafisch abzubilden (Brosius, 2004, S. 401ff).

Abbildung 5: Histogramm für den Gesamtscore Ängstlichkeit



Anmerkung: Dargestellt sind die Häufigkeiten für die jeweiligen Werte im Gesamtscore der Ängstlichkeit.

Abbildung 6: Histogramm für den Gesamtscore Ängstlichkeit



Anmerkung: Dargestellt sind die Abweichungen vom Normalwert.

Abbildung 7: Trendbereinigtes QQ-Plot für den Gesamtscore Ängstlichkeit

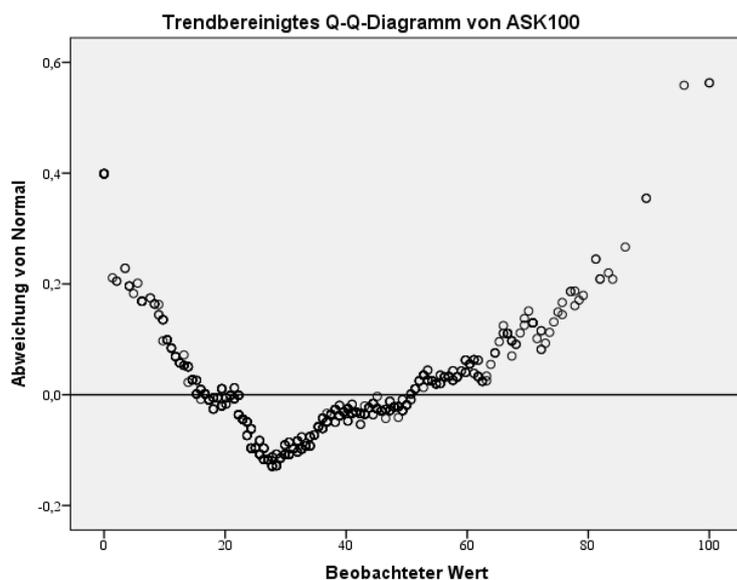
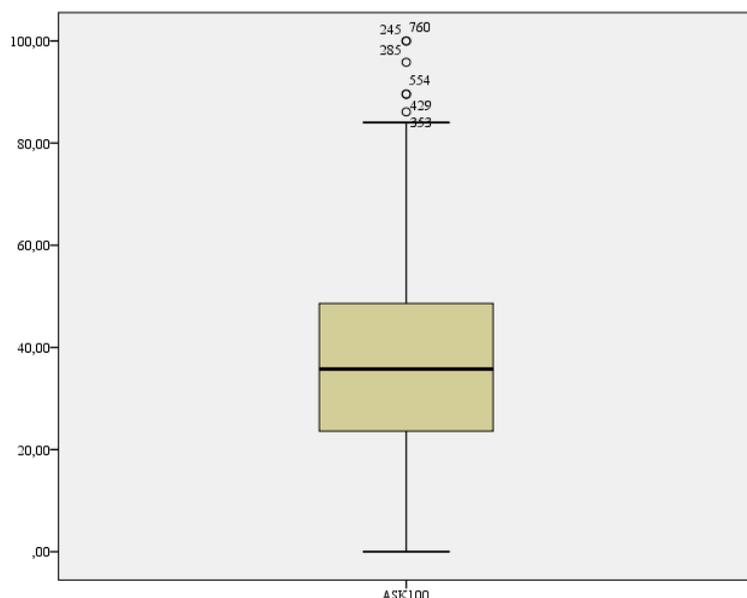


Abbildung 8: Boxplot für den Gesamtscore Ängstlichkeit



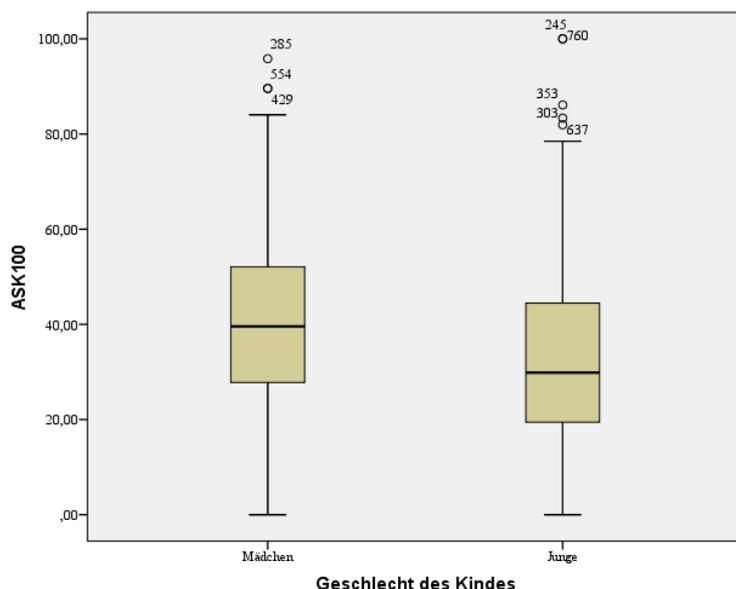
Anmerkung: Die Kreise symbolisieren die einzelnen Fälle, die als Ausreißer zu bezeichnen sind. Da dies mehrere Daten sind, bilden diese eine Gruppe. Für die Analysen wäre es somit nicht sinnvoll diese Extremgruppe auszuschließen.

Bei der Berechnung, ob eine Normalverteilung jeweils in der Gruppe der Mädchen bzw. Jungen vorliegt, zeigte sich, dass dies für die Mädchen als gegeben angenommen werden kann ($KS=0.043$, $df=416$, $p>.05$), für die Jungen hingegen nicht ($KS=0.081$, $df=402$, $p<.001$).

H_{29} : Der ÄSK-Mittelwert der Mädchen ist signifikant höher als der der Jungen: $x_M > x_J$.

Der ÄSK-Mittelwert der Mädchen ($M=40.72$, $SD=17.373$) ist signifikant höher als der der Jungen ($M=32.58$, $SD=18.221$). Dieser Effekt ist als gering einzuschätzen ($F=42.691$, $p<.01$, $\eta^2=.05$).

Abbildung 9: Boxplot für den Gesamtscore Ängstlichkeit gruppiert nach Geschlecht

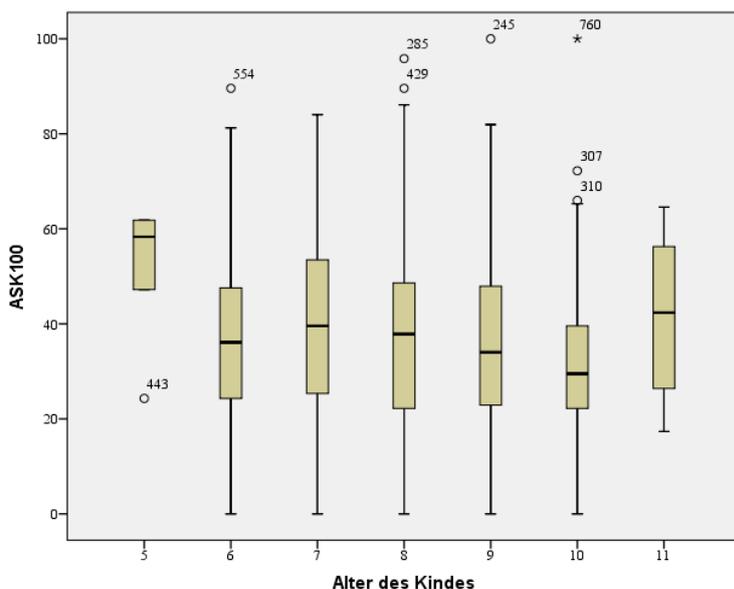


Anmerkung: Die Kreise symbolisieren die einzelnen Fälle, die als Ausreißer zu bezeichnen sind. Da dies mehrere Daten sind, bilden diese eine Gruppe. Für die Analysen wäre es somit nicht sinnvoll diese Extremgruppe auszuschließen.

H₃₀: Der ÄSK-Mittelwert ist für jüngere Kinder signifikant höher als für ältere Kinder.

Es zeigt sich ein signifikanter aber geringer Alterseffekt im ÄSK-Gesamtwert ($F=3.919$, $df_1=6$, $df_2=811$, $p<.01$, $\eta^2=.03$). Die Post-Hoc-Analyse zeigt bei Adjustierung des α -Niveaus auf 1% aufgrund der Mehrfachtestung, dass sich vor allem die Gruppe der Zehnjährigen ($n_{10}=138$, $M_{10}=31.45$, $SD_{10}=15.907$) signifikant von der Gruppe der Fünfjährigen ($n_5=6$, $M_5=51.97$, $SD_5=14.741$), der Siebenjährigen ($n_7=195$, $M_7=39.81$, $SD_7=18.653$) und der Achtjährigen ($n_8=206$, $M_8=37.74$, $SD_8=18.869$) unterscheidet. Die Zehnjährigen geben im Mittel die geringsten Ängstlichkeitswerte im Vergleich zu den anderen Altersgruppen an und die Ängstlichkeitswerte der Zehnjährigen streuen auch deutlich geringer als in den anderen Altersgruppen. Die Gruppe der Sechsjährigen ($n_6=67$, $M_6=36.90$, $SD_6=17.863$) und der Neunjährigen ($n_9=197$, $M_9=35.60$, $SD_9=18.166$) unterscheidet sich nicht signifikant von den Zehnjährigen. Alle anderen Altersgruppen unterscheiden sich nicht signifikant auf einem Niveau von 1%. (Die vollständige Darstellung der Mittelwerte und Mehrfachvergleiche findet sich im Anhang (Abschnitt 9.9, S. 173).

Abbildung 10: Boxplot für den Gesamtscore Ängstlichkeit gruppiert nach Alter



5.10 Kontrollanalysen

Geschlechtseffekt für die geschlechtsspezifischen Items.

*H₃₁: Es zeigt sich keine statistisch signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des Kindes und der Geschlechtsspezifität der Items: Geschlecht*Geschlechtsspezifität ist n.s.*

Die Messwiederholungsvarianzanalyse mit dem Zwischensubjektfaktor „Geschlecht“ und dem Innersubjektfaktor „Geschlechtsspezifität der Items“ ergab keine signifikante Wechselwirkung der beiden Faktoren ($F=0.232$, $df=1$, $p>.05$). Es zeigte sich jedoch ein mittlerer bis großer Effekt der Geschlechtsspezifität ($F=122.043$, $df=1$, $p<.01$, $\eta^2=.13$) in der Richtung, dass Items, in denen Mädchen Protagonisten waren ($x_M=2.43$, $SD_M=0.800$) höher bewertet wurden als Items, in denen Jungen die Protagonisten waren ($x_J=2.19$, $SD_J=0.775$); Die vollständige Darstellung der Mittelwerte und Prüfgrößen finden sich im Anhang (Abschnitt 9.9, S. 173).

Sozioökonomischer Status (SöS).

H₃₂: Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt des sozioökonomischen Status (kategorisiert in: niedrig vs. Mittel vs. Hoch) auf die Ängstlichkeit: SöS n.s.

Es zeigt sich kein signifikanter Effekt des sozioökonomischen Status der Kinder auf deren selbsteingeschätzte Ängstlichkeit ($n=467$, $F=2.726$, $df=2$, $p>.05$).

Kulturelles Umfeld (Nationalität).

H₃₃: Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt des Nationalität der Kinder (dichotomisiert in: deutsch – nicht-deutsch) auf die Ängstlichkeit: Nationalität n.s.

Es zeigt sich kein signifikanter Effekt des der Nationalität der Kinder auf deren selbsteingeschätzte Ängstlichkeit ($n=475$, $U=13503.0$, $df=1$, $p>.05$).

Familienstand.

H₃₄: Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt des Standes der Familien der Kinder (dichotomisiert: in Partnerschaft - alleinerziehend) auf die Ängstlichkeit: Familienstand n.s.

Es zeigt sich kein signifikanter Effekt des Standes der Familien der Kinder auf deren selbsteingeschätzte Ängstlichkeit ($n=483$, $F=0.17$, $df=1$, $p>.05$).

6 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse in der Reihenfolge der Hypothesenprüfung zusammengefasst und in Bezug zur aktuellen Literatur gestellt. Daran anschließend wird die Generalisierbarkeit der Ergebnisse und die Repräsentativität der untersuchten Stichproben diskutiert. Die methodische Kritik beinhaltet sodann die Auseinandersetzung mit negativen und positiven Aspekten dieser Untersuchung. Abschließend werden die Bedeutsamkeit der Ergebnisse und praktische Implikationen kurz angesprochen.

6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Ziel der Arbeit war es, eine Referenzstichprobe für das Ängstlichkeitsscreening für Kinder zu erheben und das Verfahren auf seine Güte zu überprüfen. Insgesamt betrachtet bescheinigen die Ergebnisse der Analysen dieses Ziel erreicht zu haben. Das Vorgehen in der vorliegenden Arbeit bestand aus einer Kombination aus Methoden der klassischen Testtheorie, der qualitativen Forschung und Ansätzen der probabilistischen Testtheorie (insbesondere die Annahme eines Latent-Trait). Dieses mehrdimensionale Vorgehen ermöglicht eine umfassendere Beurteilung des neuen Verfahrens als eine eindimensionale Herangehensweise. Welche Kriterien sehr gut erfüllt wurden und welche Fragestellungen einer weiteren Untersuchung bedürfen, wird im Folgenden differenzierter vorgestellt.

Objektivität. Die Objektivität des Verfahrens sollte mittels Standardisierung der Durchführung und Auswertung erreicht werden. Das Anleitungsheft erwies sich als ausreichend detailliert, um eine objektive Durchführung zu gewährleisten. Die durchgeführten Schulungen sind sicher bei erfahreneren Diagnostikern nicht zwingend notwendig. Dennoch bedarf das Vorlesen der Geschichten aufgrund besonderer Intonation ein wenig Übung. Im Rahmen zweier Untersuchungen wurde eine parallele Computerversion des Fragebogens konzipiert (Krüger & Fiedler, 2011a; 2011b). Dafür wurden mp3-Dateien eingesprochen, die in Zukunft als Schulungsmaterial dienen können. Wünschenswert wäre ein umfassendes Manual, das auch Fallbeispiele enthält. Somit könnte bereits in der Vorbereitung auf eventuelle Fallstricke bei der Durchführung eingegangen werden. Aufgrund der vorliegenden Auswertungsdateien ist eine objektive Auswertung sichergestellt. Mit den in dieser Arbeit ermittelten Referenzwerten kann die Objektivität des Verfahrens somit als gegeben angesehen werden.

Deskriptive Evaluation der Items. Mit Ausnahme des Items, das eindeutig klinische Symptome abfragt (Panikattacke), lagen die Itemschwierigkeiten alle im mittleren Bereich. Dies spricht für eine breite Erfassung der Merkmale: Die Items erfassen somit für die

Stichprobe der Grundschülerinnen und -schüler nicht allzu selten oder allzu häufig auftretende Symptome. Die Itementwicklung des ÄSK orientierte sich an den klinisch-diagnostischen Kriterien für Angststörungen, da diese vielfältige Aspekte von Angst und Ängstlichkeit klassifizieren (vgl. Kap. 2.3, S. 24). Dabei wurden die Kriterien nicht kategorial sondern dimensional formuliert und erfasst. Das Item zur Panikattacke unterscheidet sich jedoch von anderen Items, da hier bereits eine geringe Zustimmung für eine klinische Symptomatik sprechen kann und diese somit selten zu erwarten ist. Die hohe Schwierigkeit des Items zur Panikattacke war demnach erwartet, da diese widerspiegelt, dass es sich bei dem Item um eine seltene Facette von Ängstlichkeit bzw. eine Überschneidung mit klinischen Symptomen handelt (Federer et al., 2001).

Auch die Betrachtung der Trennschärfen zeigte, dass sowohl eine gute Eigen- als auch Fremdtrennschärfe der Items angenommen werden kann. Keines der Items ist somit ersetzbar. Alle Items hängen im mindestens mittleren Ausmaß mit der Gesamtskala zusammen. Der engste Zusammenhang der jeweiligen Items zeigte sich zudem mit der eigenen Unterskala (Ängstlichkeit, Somatisierung, Depression). Dies kann als grundlegende Bedingung und Hinweis dafür gewertet werden, dass das Verfahren sich auch in weiteren Analysen als konstruktvalide erweisen wird. Die Homogenität der einzelnen Items sowie die Gesamthomogenität liegen im geringen aber positiven Bereich. Die erfassten Items messen somit ein gemeinsames zugrundeliegendes Konstrukt (Internalisierende Auffälligkeiten), sind gleichzeitig aber ausreichend unterschiedlich um eine Varianz der Ausprägung abbilden zu können.

Reliabilität. Die interne Konsistenz lag mit $\alpha=.78$ im zufriedenstellenden Bereich. Allerdings ließ sich die Reliabilität nicht durch das Ausschließen einzelner Items erhöhen. Zudem ist es für Stichproben, die einen jüngeren Altersbereich umfassen, nicht ungewöhnlich, relativ geringe oder nur zufriedenstellende Werte zu ermitteln ($\alpha \leq .80$; vgl. Macha et al., 2005). Betrachtet man die relativ geringe Anzahl an Items (13 Items) ist die Reliabilität als mindestens zufriedenstellend einzuschätzen (vgl. Fisseni, 2004). Eine Verlängerung von Tests durch die Erweiterung einzelner Unterbereiche um weitere Items könnte auch zur Erhöhung der Reliabilität des Gesamttests führen (Rost, 2004). Bei Testverlängerung um je ein Item (ausgehend von 13 Items und $\alpha=.78$) erhöht sich die Reliabilität des Gesamttests um etwa 0.01 (vgl. Rost, 2004, S. 383). Somit wäre bereits bei 15 Items ein $\alpha \geq .80$ zu erwarten. Für die Retest-Reliabilitäten ergaben sich lediglich knapp zufriedenstellende oder zufriedenstellende Werte ($\alpha=.69-.78$). Dies könnte entwicklungsbedingt zu erklären sein, da ein Merkmal wie Ängstlichkeit im Sinne einer Eigenschaft im Grundschulalter noch nicht abschließend konsolidiert sein sollte. Dafür

sprechen auch die Befunde bezüglich der Retest-Reliabilität auf Ebene der Einzelitems: Hier zeigten sich signifikant niedrigere Korrelationen für Trennungsangst und soziale Ängstlichkeit nach drei Monaten als nach drei Wochen. Trennungsangst und soziale Ängstlichkeit sind somit altersbedingt variabler als beispielsweise die Angst vor Bewertung oder die Angst vor spezifischen Tieren. Dass insgesamt betrachtet dennoch annehmbare Werte für die verschiedenen Reliabilitäten ermittelt werden konnten, spricht für die methodische Güte des Verfahrens. Eine jeweils nach Alter und Schulklasse differenzierte Berechnung der Reliabilitäten bestätigte augenscheinlich die Annahme, dass mit steigendem Alter der Kinder auch die interne Konsistenz zunimmt. Ab einem Alter von acht Jahren erreichte die Reliabilität etwa $\alpha=.80$ und ist somit als zufriedenstellend zu bewerten. Da die Stichprobengrößen für die Fünfjährigen ($n=6$) und die Elfjährigen ($n=9$) sehr gering sind, können die internen Konsistenzen für diese Altersgruppen nicht zuverlässig interpretiert werden. Die geringe Höhe der internen Konsistenz vor allem der Fünfjährigen könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Anwendung des ÄSK in diesem Altersbereich schwierig ist. Insgesamt höhere Reliabilitätswerte zeigen sich für die Differenzierung nach Schulklassen (vgl. Kap. 5.5, S. 73). Möglicherweise konsolidiert sich das Konzept der Ängstlichkeit im Laufe der Schulzeit zunehmend. Die Gründe hierfür könnten unter anderem in dem Umfeld Schule liegen, in dem Aspekte wie Interaktion mit oder Bewertung von noch unvertrauten Erwachsenen und Gleichaltrigen vorkommen.

Konstruktvalidität. Die beruflichen Experten (aus dem psychologischen Bereich) schätzten die Passung der jeweiligen Items zu den erfragten Symptomen als gut oder sehr gut ein. Damit sind die Items nicht nur augenscheinlich valide, sondern zudem aus Expertensicht für das zu erfassende Konstrukt angemessen formuliert. In der statistischen Analyse unter Anwendung eines Pfadmodells zeigte sich nach einer Bollen-Stine-Bootstrap-Korrektur keine signifikante Abweichung des angenommenen 3-Faktoren-Modells von den Daten der Gesamtstichprobe ($p>.05$). Der RMSEA liegt mit einem Wert von .077 (KI_{90%} [.063 - .092]) zwar innerhalb des annehmbaren Bereichs, die obere Grenze überschreitet jedoch den geforderten Grenzwert von $\leq.08$ (Bühner, 2006). Der SRMR liegt mit .045 deutlich unter dem geforderten Wert von $<.11$ (Bühner, 2006) und spricht somit für einen guten Model-Fit. Der CFI erreicht einen Wert von .928 und bleibt damit knapp unter dem von Bühner (2006) geforderten Grenzwert von $\geq.95$, überschreitet und erreicht aber mit $\geq.90$ den Schwellenwert für einen zumindest guten Model-Fit (Weiber & Mülhhaus, 2010).

Die zusammenfassende Betrachtung der Kennwerte der konfirmatorischen Faktorenanalyse zeigte einen akzeptablen Fit des angenommenen Modells mit der Drei-Faktoren-Lösung (Ängstlichkeit, Depression und Somatisierung). Zwar wären sehr gute

Indizes wünschenswert. Unter der Bedingung, dass im Rahmen dieser Fragebogenentwicklung vor allem theoriegeleitet vorgegangen wurde und entsprechend keine explorative Analyse im Rahmen einer Pilotierung vorgenommen wurde, sind die Werte jedoch sehr positiv zu bewerten. Die insgesamt sehr hohen Ladungen zwischen den einzelnen Bereichen ($\beta=.72-.77$) sprechen für die Annahme eines übergeordneten Konstrukts. Unter Einbeziehung der Befunde aus Studien zu Komorbiditäten im Grundschulalter (vgl. Kap. 1.6, S. 10) könnte dies als Merkmal von Ängstlichkeit in diesem Alter verstanden werden. Eine Messung von Ängstlichkeit im Selbsturteil müsste demnach in diesem Alter immer Fragen zu depressiven Symptomen und Somatisierungstendenzen enthalten. Eine weitere Interpretation wäre, dass der Fragebogen nicht (nur) Ängstlichkeit im eigentlichen Sinne sondern internalisierendes Verhalten bzw. Auffälligkeiten erfasst. Unter der Annahme, dass Kinder in dem Alter die drei Aspekte noch nicht ausreichend differenzieren können, bedeutete dies jedoch, dass das Konstrukt einer reinen also nicht konfundierten Ängstlichkeit im Grundschulalter nicht zu messen ist, da diese Ängstlichkeit in ihrer Reinform noch nicht auftritt.

Im klinischen Kontext lassen sich dazu bereits erste Befunde aufführen. So zeigte eine Studie an Kindern im Vorschulalter, dass Kinder, bei denen eine Angststörung und komorbid eine Depression diagnostiziert wurde, insgesamt eine höhere Ausprägung internalisierender Symptome aufzeigten (Von Klitzing et al., 2014).

Im Rahmen der Konstruktion des ÄSK wurden unter anderem aufgrund der hohen Komorbiditätsraten bewusst Items zu Somatisierung und Depression formuliert. Dass sich in den Ergebnissen auch diese Zusammenhänge zeigen, bescheinigt die Richtigkeit dieser Annahme eines breiter gefassten Konstrukts von Ängstlichkeit im Grundschulalter. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive bestätigen die Ergebnisse zudem die These, dass sich Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft erst ab dem Jugendalter verfestigt (Schellhaas, 1995; 1993).

Diskriminante Validität. Zur Erfassung der diskriminanten Validität wurde das ÄSK zum einem mit dem Konstrukt des Neurotizismus korreliert, das aufgrund einiger Aspekte (wie beispielsweise dem Grübeln) dem der Ängstlichkeit relativ nah ist. Als Abgrenzung wurde das ÄSK mit einem Fragebogen zu Empathie in Zusammenhang gesetzt. Hiermit sollte kontrolliert werden, dass das neue Verfahren nicht nur die Fähigkeit misst, sich generell in andere Kinder hineinversetzen und mitfühlen zu können. Die Ergebnisse für die *diskriminante Validität* zeigen alle in die erwartete (positive) Richtung. So ergaben sich eine geringe aber positive Korrelation zwischen dem ÄSK und Empathie (ermittelt über die Empathie-Skala des IVE) sowie eine mittlere positive Korrelation zwischen dem ÄSK und Neurotizismus

(ermittelt mit dem HANES-KJ). Der positive Zusammenhang zwischen Empathie und Ängstlichkeit kann zum einen Hinweise darauf geben, dass das ÄSK teilweise dazu in der Lage ist, das Empathievermögen der Kinder zu erfassen. Kinder, die sich emotional besser in andere Kinder hinein versetzen können, können sich demnach auch besser hineinversetzen in die Kinder, die in den Items des ÄSKs beschrieben werden. Somit könnte man einen theoretischen Zusammenhang von Empathie und Ängstlichkeit annehmen. Die genauere Betrachtung der Items des IVE macht jedoch deutlich, dass hier nicht emotionale Perspektivenübernahme oder Empathie im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr Mitgefühl mit anderen Kindern, erfasst wird. Viele Items dieser Skala umschreiben Gefühle, die mit sozialer Unsicherheit und Ängstlichkeit einhergehen. (Beispiele: *Ich habe Mitleid mit einem Kind, das neu in der Klasse ist. Kinder, die schüchtern sind tun mir leid. Kinder, die niemanden zum Spielen finden, tun mir leid. Kinder, die oft gehänselt werden, tun mir leid.*). Die geringe positive Korrelation könnte folglich die Überschneidung der Konstrukte Ängstlichkeit (ÄSK) und soziale Ängstlichkeit (bzw. Mitgefühl mit sozial ängstlichen Kindern) abbilden.

Die mittlere positive Korrelation des HANES-KJ mit dem ÄSK war aufgrund der inhaltlichen Nähe der Konstrukte Neurotizismus und Ängstlichkeit im Vorwege angenommen und hat sich bestätigt. Deutlich wird dies besonders für einige Items des HANES-KJ, wie *Kannst Du manchmal schlecht einschlafen, weil Dir so viele Sachen durch den Kopf gehen?*, *Bekommst Du vor wichtigen Ereignissen oft ein komisches Gefühl im Magen?* oder *Kommst Du manchmal außer Atem, ohne eine schwere Arbeit getan zu haben?*. Hier werden sowohl Aspekte des Grübelns, wie sie auch im ÄSK vorkommen, als auch physiologische Symptome der Angst (Magenkribbeln, Atemlosigkeit) abgefragt. Ein statistischer Zusammenhang ist demnach aufgrund der inhaltlichen Überschneidung absolut logisch zu begründen.

Konvergente Validität. Zur Überprüfung der Übereinstimmungsvalidität wurden zwei etablierte Verfahren zur Messung von Angst (KAT II) bzw. Angstsensitivität (KASI) im Selbsturteil herangezogen (vgl. Kap. 4.3, S. 45). Erwartet wurde eine mindestens mittlere Korrelation, was für eine hohe Validität spräche (vgl. Fisseni, 2004). Beide Fragebögen korrelierten mit dem ÄSK in erwarteter Richtung und Höhe mit $r > .50$. Der Zusammenhang mit der Angstsensitivität war, wie angenommen, numerisch etwas enger. Allerdings unterschieden sich die ermittelten Koeffizienten nicht statistisch voneinander. Die hohe Übereinstimmungsvalidität zu beiden Fragebögen lässt sich möglicherweise so erklären, dass das ÄSK jeweils Elemente beider zugrunde liegender Konstrukte vereint, dabei jedoch weitere Facetten erfasst. Dafür spricht auch, dass der KASI und der KAT II in der vorliegenden Untersuchung zu $r = .663$ ($n = 115$, $p < .001$, Spearmans Rho) korrelieren und

damit noch mehr Überschneidungen in ihren Konstrukten zu haben scheinen als jeweils mit dem ÄSK. Inhaltlich entspricht dies der Konzeption des ÄSK, die (anders als der KAT II und der KASI) explizit die Integration von Items zu Somatisierung und Depression beinhaltet. Neben dem Beleg für das Vorliegen der konvergenten Validität des ÄSK liefert dieser Umstand somit auch Befunde für die Konstruktvalidität des Verfahrens.

Differentielle Validität. Die Überprüfung der differentiellen Validität erfolgte anhand des Vergleichs der Werte einer Gruppe von Kindern, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden, mit einer parallelisierten Zufallsstichprobe aus der Gruppe der Grundschüler. Es zeigte sich ein kleiner bis mittlerer Effekt, in die Richtung, dass die Grundschulkinder signifikant niedrigere Werte als die Kinder der klinischen Stichprobe berichteten. Insgesamt verfolgt das ÄSK nicht das Ziel der Diagnosestellung, soll aber im Sinne eines Screenings auf Auffälligkeiten hinweisen. Insofern kann der nachgewiesene Mittelwertunterschied als weiterer Beleg für die Güte des Instruments gewertet werden. Es könnte aber auch sein, dass die Offenheit über negative Gefühle wie Angst, Depression oder Sorge mit fortschreitender Therapie zunimmt und Kinder der klinischen Gruppe daher von mehr Ängstlichkeit berichten. Die statistische Überprüfung des Zusammenhangs von Therapiedauer und Ängstlichkeit ergab jedoch keine signifikante lineare Korrelation ($r=.182, p>.05, n=44$, Kendalls Tau). Dies ist noch nicht zwangsläufig als Beleg gegen die These, die Offenheit Ängstlichkeit wahrzunehmen und zu berichten nehme mit fortschreitender Therapiedauer zu, zu sehen, da die Korrelation eventuell lediglich aufgrund der kleinen Stichprobe nicht signifikant geworden ist und insgesamt eher als gering aber positiv einzuschätzen ist. An einer größeren Stichprobe könnte sich dieser Effekt statistisch bestätigen lassen. Andererseits ist auch denkbar, dass kein linearer sondern ein umgedreht U-förmiger Zusammenhang vorliegt. Dies würde implizieren, dass mit Beginn der Therapie die Ängstlichkeit noch gering ist aufgrund der geringen Bereitschaft offen von eigenen Gefühlen zu berichten. Mit fortschreitender Therapie könnte es dann zur Sensibilisierung und Öffnung für emotionale Probleme kommen und somit zum Anstieg der Ängstlichkeit. Je länger die Therapie dann fortgesetzt wird, wäre ein Absinken im Sinne der Abnahme der Symptome zumindest wünschenswert und somit zu erwarten. Dieser Zusammenhang könnte zum Beispiel an Extremgruppen (kurze vs. lange Therapiedauer) geprüft werden. Dieser Zusammenhang konnte in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der relativ kleinen Stichprobe nicht verfolgt werden. Zudem erscheint der Erkenntnisgewinn in Relation zum Erhebungsaufwand zu gering, da das ÄSK im ursprünglichen Sinne ja nicht für den klinischen Kontext konzipiert wurde.

Eine weitere Überprüfung der Unterscheidungsvalidität erfolgte anhand des Vergleichs von Extremgruppen. Hierzu wurde eine Teilstichprobe der Grundschüler anhand eines Mediansplits mittels des ÄSK in zwei Gruppen von Kindern mit eher niedrigen und tendenziell höheren Ängstlichkeitswerten geteilt und mit einem Fragebogen zu ihrer selbsteingeschätzten gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Da die Befragung in der Grundschulstichprobe stattfand, wurden insgesamt Ängstlichkeitswerte um den Normalbereich erwartet. Es wurde daher auf die Bildung von Extremgruppen im klassischen Sinne, etwa anhand eines Cut-Offs oder anhand der geringsten 25% und der höchsten 25% der Verteilung, verzichtet. Es zeigte sich statistisch, wie vorher theoretisch angenommen, ein kleiner Effekt: Kinder mit niedrigerer Ängstlichkeit schätzten ihre Lebensqualität höher ein als Kinder mit höherer Ängstlichkeit. Dies passt zum einen zu der zugrundeliegenden theoretischen Annahme, dass einer erhöhte Ängstlichkeit zu Einschränkungen in der erlebten Lebensqualität führt. Zum anderen lässt sich eine methodische Erklärung in der Itemformulierung finden: Einige der Items des KidKINDL^R erfassen Aspekte, die im ÄSK gleichermaßen erfragt werden (*In der letzten Woche... „...hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen“, „...habe ich mich allein gefühlt“, „...habe ich Angst gehabt“, „...habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt“*). Somit werten auch die Autoren des KidKINDL^R die Abwesenheit von Angst und Somatisierung als Notwendigkeit für das Vorhandensein von Lebensqualität.

Gütenesskriterien. Zur Überprüfung der Akzeptanz des ÄSK wurden zwei Gruppen an Kindern zu unterschiedlichen Aspekten im Sinne eines Experteninterviews befragt. Sie gaben an, dass Einleitung und Items verständlich formuliert seien. Das Testmaterial war für sie ansprechend, zwei der Bilder beurteilten sie als verbesserungswürdig, da sie entweder nicht eindeutig gezeichnet oder in der Größe unpassend wären. Die Form des Heftes fanden die Kinder sehr ansprechend und sahen hierin eine Begründung das Verfahren ohne Einflüsse der sozialen Erwünschtheit ausfüllen zu können. Die Teufelchen als Ratingskala fanden die Kinder passend, ein Kind hätte gern eine noch eindeutiger negative Darstellung gehabt, ein Kind neutralere Symbole.

Zu der Frage nach der Praktikabilität des Verfahrens wurden wiederum die Berufsexperten (aus dem psychologischen Bereich) sowohl qualitativ als auch quantitativ befragt. Die quantitativen Ergebnisse bestätigten die Hypothese, dass die Anwendbarkeit des Verfahrens als gut oder sehr gut eingeschätzt wird. Die qualitativen Anmerkungen bezogen sich auf die Durchführbarkeit als Gruppentestung, die Wahl der Ratingskala und die Formulierung der Items in konkreten Fällen. Interessanter Weise widersprachen sich hier die Einschätzungen der Kinder und der beruflichen Experten. Die Kinder beurteilten die Form

des Tests (als Heft, das man umblättern kann, damit keiner abguckt) als Garant für eine offene und freie Beantwortung des Tests. Die Praktiker sahen vornehmlich Schwierigkeiten und die Notwendigkeit der Schaffung vielfältiger Rahmenbedingungen für eine Durchführung des ÄSK in Gruppentestungen.

Die mögliche negative Valenz wird von den Berufsexperten auch als denkbarer Bias angemerkt, da dadurch Angst erst induziert werden könnte. Von den Kindern wird dies hingegen nicht als problematisch wahrgenommen. Die Möglichkeit, dass die Antwort-Teufelchen eine negative Valenz induzieren, wurde anhand einer Vorstudie überprüft (Krüger, 2011; 2010). In dieser wurde eine kürzere Version des ÄSK (10 Items) angewendet und die Ratingskala alternierend mit Teufelchen oder mit neutralen Figuren (comicartige Körperumrisse) dargestellt. Es ergab sich weder ein signifikanter Unterschied zwischen den Items noch zu einer parallelisierten Grundschulstichprobe, die alle Items mit der jetzt aktuellen Ratingskala (Teufelchen) beantwortet hatten (Krüger, 2011; 2010). Die Befürchtung der Berufsexperten wäre somit aus methodischer Sicht zu vernachlässigen und aufgrund der Kinderurteile sogar zu negieren.

Eine weitere Kritik an der Ratingskala fand sich bei den Kinder- und Expertenurteilen. Beiden Gruppen fehlte die Möglichkeit, ein neutrales Urteil – das Nichtvorhandensein eines Merkmals – anzugeben. Die Frage, ob das Hinzufügen einer sogenannten „Nullkategorie“ zu anderen Werten geführt hätte, bleibt offen. Denkbar wäre es, mit einer Art Verständnisabfrage zu jedem Item sicher zu stellen, dass die Kinder die jeweiligen Inhalte jedes Items erfassen konnten. Somit wäre sichergestellt, dass sie tatsächlich eine Ablehnung ausdrücken wollen, wenn sie kein Teufelchen einkreisen. Die Formulierung solcher Verständnisabfragen erscheint komplex und erschwert die Durchführung des ÄSK nicht nur durch die zeitliche Verlängerung. Daher wäre zu überlegen, ob nicht bereits die Durchführung des neutralen Beispielitems ausreicht, um das Verständnis der Kinder von einem Teufelchen als „Keine Zustimmung“ zu fördern. Hier wird das Zustimmungsausmaß auf der fünfstufigen Skala geübt. Sollte in diesem neutralen Beispiel kein Teufelchen eingekreist sein, ist dies als Hinweis zu deuten, dass das Antwortformat nicht verstanden wurde.

Die Veränderungssensitivität des ÄSK konnte im Rahmen des *Löwenherz*-Projekts erfasst werden, einem Präventionsprogramm für ängstliche Grundschul Kinder (Aures, 2011). Hier konnten mittlere kurzfristige Effekte und hohe langfristige Effekte der angebotenen Prävention auf die Ängstlichkeit gemessen werden. Da das Instrument zu diesem Zeitpunkt noch nicht abschließend evaluiert war, könnte es sich bei dieser Schlussfolgerung allerdings um einen Zirkelschluss handeln: Das Präventionsprogramm verringerte zwar das, was das ÄSK misst, dies muss jedoch nicht Ängstlichkeit sein. Andere Instrumente, die der Evaluation

des Programms dienten, zeigten aber ähnliche Effekte (zum Beispiel für die Konstrukte Lebensqualität, Neurotizismus). Dies lässt darauf schließen, dass das Programm das Ziel und den Zweck seiner Konzeption (Verringerung der Ängstlichkeit und emotionalen Instabilität/Neurotizismus und Erhöhung der Lebensqualität) auch tatsächlich erfüllt hat. Daher wäre anzunehmen, dass die Ängstlichkeit im Laufe der Programmteilnahme und im Follow-up ebenso abnahm, wie Krüger (2009; 2007) im Rahmen der Evaluationsstudie belegen konnte.

Der Zusammenhang von Selbst- und Fremdurteil. Zwar wurden Fremdbeurteilungen der Lehrer und Eltern zusätzlich erhoben, auf die Wertung der Urteilerübereinstimmung als Validitätsmaß für den ÄSK wurde in dieser Arbeit allerdings bewusst verzichtet (vgl. Kap. 2.1, S. 18). Der vornehmliche Grund hierfür war, dass eventuelle Zusammenhänge oder Unterschiede nicht eindeutig auf eine Ursache zurückgeführt werden und somit auch nicht als gute oder schlechte Validität interpretiert werden können. Gründe für das Vorliegen von Zusammenhängen könnten in den unterschiedlichen Antwortmodalitäten (Selbsturteil vs. Fremdurteil), unterschiedlichen Methoden (verschiedene Fragebögen zu teilweise etwas unterschiedlichen Konstrukten) oder tatsächlichen Unterschieden in den Beurteilungen liegen.

Dennoch können die Zusammenhänge von Selbst- und Fremdurteil als weitere Indizien für die Annahme dienen, dass sie unterschiedliche Perspektiven widerspiegeln und die Einbeziehung unterschiedlicher Urteile somit eine Bereicherung für die Einschätzung kindlicher Ängstlichkeit darstellt. Dazu seien kontrastierend die Ergebnisse zu anderen Bereichen dargestellt: Für Empathie (erfasst mit dem IVE) und prosoziales Verhalten (erfasst mit dem SDQ) konnte ein geringer positiver Zusammenhang zwischen den Urteilen von Kindern und Eltern bzw. Lehrern festgestellt werden. Die Einschätzungen zeigen demnach in die gleiche Richtung. Dies sagt jedoch nichts über eventuelle Unterschiede hinsichtlich des eingeschätzten Ausmaßes der Empathie bzw. des prosozialen Verhaltens. Eine weitere Schwierigkeit bilden hierbei die unterschiedlichen Erhebungsmethoden bzw. die zugrunde liegenden Konstrukte. So erfasst das Selbsturteil Empathie, während in der Fremdbeurteilung prosoziales Verhalten erfragt wird. Es ist anzunehmen, dass die Korrelation der Einschätzungen dieser beiden Konstrukte nie absolut perfekt sein kann, da zwar die Fähigkeit sich in andere Kinder hinzusetzen eine notwendige aber eben keine hinreichende Bedingung für das Ausführen prosozialen Handelns ist. Für die Beurteilung der Übereinstimmung in der Einschätzung internalisierender Auffälligkeiten besteht ebenfalls das Problem der unterschiedlichen Erhebungsmethoden. Hier wurde das ÄSK (Ängstlichkeit) jeweils mit dem SDQ (Emotionale Probleme) für Eltern und Lehrer oder mit der CBCL (Internalisierende Auffälligkeiten) für Eltern in Zusammenhang gebracht. Mögliche

Nichtübereinstimmungen können somit immer in der Unterschiedlichkeit der Instrumente und der darin erfassten Merkmale liegen. Die Befunde zeigen sich hier heterogen: Die Lehrereinschätzung der emotionalen Probleme der Kinder korreliert statistisch nicht signifikant mit der kindlichen Einschätzung der Ängstlichkeit. Die elterliche Einschätzung hingegen schon, allerdings nur in geringem Ausmaß und nur erhoben mittels SDQ. Im Sinne einer Interpretation der Unterschiedlichkeit von verschiedenen Fremdperspektiven könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Eltern internalisierende Auffälligkeiten zum einen besser einschätzen können, weil sie mehr Umwelten und dadurch mehr Zeit mit dem Kind teilen als Lehrer. Es wäre auch denkbar, dass Kinder im Kontext der Schule bestimmte Verhaltensweisen gar nicht zeigen oder bestimmte Gefühle nicht erleben. So wäre die fehlende Übereinstimmung zwischen Lehrern und Kindern eine direkte Abbildung der tatsächlichen Umstände.

Für die Beurteilung der kindlichen Angstsensitivität (ermittelt über den KASI) und die Angst (ermittelt über den KAT II) zeigte sich eine signifikante Korrelation mit der Lehrer- und Elterneinschätzung (vgl. Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173): Die von den Lehrern eingeschätzten emotionalen Probleme korrelierten gering und positiv mit der kindlichen Angst ($r=.254, p<.05, n=115$, Spearman Rho, erfasst über den KAT II). Dies könnte als Befund gewertet werden, dass die Lehrer durchaus in der Lage sind, kindliche internalisierende Auffälligkeiten einzuschätzen und die Höhe des Zusammenhangs vornehmlich auf die Unterschiedlichkeit der angewendeten Verfahren zurückzuführen ist. Somit stellt sich die Frage, ob geringe oder statistisch nicht abgesicherte Zusammenhänge verschiedener Urteilsquellen methodisch begründet sind oder inhaltlich die unterschiedlichen Perspektiven abbilden.

Um zu überprüfen, ob die in dieser Studie beobachteten geringen Übereinstimmungen des kindlichen Selbsturteils mit dem Lehrerurteil und das Fehlen einer statistischen Signifikanz des Zusammenhangs von kindlichem Selbsturteil und elterlichem Urteil in den unterschiedlichen Erhebungsmethoden begründet sind, wurde eine parallele Version des ÄSKs für Eltern entwickelt und ausgegeben. Diese wurde erst im Prozess der Datenerhebung dieser Studie erarbeitet und somit lediglich an einer Teilstichprobe realisiert, da sie in der ursprünglichen Planung dieser Arbeit nicht vorgesehen war. Der ermittelte Koeffizient zeigt den stärksten Zusammenhang (in geringem positiven Ausmaß) aller Fremdurteile mit der kindlichen Einschätzung der Ängstlichkeit, ist aber statistisch nicht abgesichert. Die Gründe für die fehlende statistische Signifikanz könnten in der sehr kleinen Teilstichprobe ($n=42$) liegen, da bei kleinen Effekten, also numerisch geringen Korrelationskoeffizienten, größere Stichprobenumfänge zum Nachweis der statistischen Signifikanz vonnöten sind. Trotz der

fehlenden statistischen Signifikanz sei nachfolgend vorsichtig interpretiert: Dass die Kinder- und Elternversion des ÄSK am engsten von allen Urteilerübereinstimmungen zusammenhängen, deutet darauf hin, dass es mit der Entwicklung der parallelen Elternversion gelungen ist, den methodischen Effekt der Unterschiedlichkeit der Instrumente der verschiedenen Urteilsquellen zu reduzieren. Dass der Koeffizient dennoch auf einen geringen positiven Zusammenhang zwischen Eltern- und Kindurteil hinweist, ließe sich im Sinne der unterschiedlichen Perspektiven – also einer tatsächlich unterschiedlichen Wahrnehmung des umschriebenen Phänomens – interpretieren.

Normierung. Die Werteverteilung des ÄSKs zeigte eine signifikante Abweichung von einer Normalverteilung. Dies liegt vermutlich in dem großen Umfang der Stichprobe begründet, da bei $N \geq 500$ bereits geringe Abweichungen von der zu testenden Verteilung (und demnach kleine Effekte) statistisch signifikant werden (Field, 2005, S. 744). Die getrennte Betrachtung der Verteilungen für Mädchen und Jungen zeigte, dass in der Gruppe der Mädchen statistisch eine Normalverteilung für das ÄSK anzunehmen ist, für die Jungen hingegen nicht. Dennoch sind beide Verteilungen linkssteil ($Schiefe_{Mädchen} = .287$ und $Schiefe_{Jungen} = .591$ vs. $Schiefe_{normal} = .000$). Die Verteilung der Werte der Mädchen ist etwas spitzgipfelig als die der Jungen ($Exzess_{Mädchen} = -.158$ und $Exzess_{Jungen} = .304$). Wobei die Steigung der Werteverteilung der Jungen annähernd der Normalverteilung gleicht (vgl. Bortz, 1999, S. 47, $Exzess_{normal} = 0.263$). Die Anzahl der Ausreißer, das QQ- und das Boxplot geben Hinweise darauf, dass die Werte im ÄSK zumindest grafisch normalverteilt sind (vgl. Kap. 5.9, S. 84ff). Es zeigte sich ein als gering einzuschätzender Geschlechtereffekt: Mädchen gaben höhere Werte für ihre Ängstlichkeit an als Jungen. Da bereits einige Autoren diesen Geschlechtereffekt berichten (Fullana, Servera, Weems, Tortella-Feliu, & Caseras, 2003; Muris et al., 2001; Muris et al., 2003; Petermann, 2005; Walsh, Stewart, McLaughlin, & Comeau, 2004; vgl. Kap. 1.5, S. 6), ist dies ein weiteres Indiz für die Konstruktvalidität, impliziert jedoch auch, dass es sinnvoll ist, geschlechtsspezifische T-Transformationen vorzunehmen, oder zumindest getrennte Normtabellen für Jungen und Mädchen zu erzeugen.

Im Sinne der entwicklungspsychologischen Annahme, bestimmte Ängste nähmen mit zunehmendem Alter ab (Mackowiak, 2007; Marks, 1987; Schneider & In-Albon, 2010; vgl. Kap. 1.1, S. 2), konnte auch in der vorliegenden Studie ein geringer Alterseffekt festgestellt werden. Demnach unterscheidet sich die Gruppe der Zehnjährigen von den Fünf-, Sieben- und Achtjährigen. Sie geben im Vergleich zu den anderen Altersgruppen im Mittel die geringsten Ängstlichkeitswerte an. Auch dies kann als Indiz für eine gute Konstruktvalidität gewertet werden. Dass sich die Gruppen der Sechs- und Neunjährigen nicht von der Gruppe der Zehnjährigen unterscheiden, spricht für einen nicht-linearen Verlauf der Ängstlichkeit. Die

Rohpunkte der Sechsjährigen liegen deutlich niedriger als für die Fünfjährigen, streuen aber sehr viel breiter (vgl. gruppiertes Boxplot, Kap. 5.9, Abbildung 10, S. 88). Denkbar wäre, dass die Ängstlichkeit entwicklungsbedingt zwar abnimmt, durch den schulischen Kontext neue Bewertungssysteme und somit neue Ängste hinzukommen können. Viele Schulen vergeben ganz bewusst zu Beginn der Schulzeit noch keine Noten, um Bewertungsängste zu minimieren. Da einige Schulen bereits in sehr jungen Klassen Noten einführen und die Angst vor Bewertung auch durch symbolische Handlungen und Belohnungen (Sternchen unter Hausaufgaben, etc.) erfolgen kann, könnte dies eine Erklärung für die Varianz der Ängstlichkeit bei den Sechsjährigen liefern. Welche Schulen ab welcher Klasse Noten eingeführt haben, wurde nicht erfragt. Somit ist eine statistische Überprüfung dieser Annahme nicht möglich. Eine detailliertere Analyse der Altersgruppen nach 3- oder 6-Monaten könnte weitere Hinweise auf spezifische altersbedingte Entwicklungsverläufe geben.

Eine Posthoc-Analyse der Klassenstufen ergab einen signifikanten aber geringen Effekt für die Ängstlichkeit. Hierbei unterschieden sich vor allem die Viertklässler von den anderen Klassen (vgl. Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173). Unter Anwendung einer Korrektur auf ein 1%-Niveau in der Posthoc-Analyse wurde allerdings nur der Unterschied zwischen den vierten Klassen und der ersten und zweiten Klasse signifikant. Die deskriptive Statistik zeigt, dass die Ängstlichkeitsmittelwerte und auch die Streuungen annähernd kontinuierlich abzunehmen scheinen (vgl. Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173).

Diese beiden Effekte (Alter und Klassenstufe) geben Hinweise darauf, dass das ÄSK auch Facetten von Ängstlichkeit enthält, die besonders im schulischen Kontext auftauchen und sich im Verlauf der Schulzeit verstärken oder abgebaut werden können. Exemplarisch sei ein Item des ÄSKs zu sozialer Ängstlichkeit („Die Geschichte von Sophie“) genannt: *In der Schule sollen die Kinder abwechselnd aus dem Geschichtenbuch vorlesen. Zu Hause hatten sie dafür geübt, auch Sophie. Dann hat die Lehrerin Sophie drangenommen. Sophie fühlte sich plötzlich wie gelähmt. Es war, als ob gar keine richtige Stimme aus ihrem Mund kommen wollte. Sie schämte sich so sehr und überlegte, was die anderen nun wohl von ihr denken. Sie fühlte sich so schlecht, dass sie am Liebsten weg gelaufen wäre. Kennst du das auch, dass du so doll aufgeregt bist, wenn du vor anderen Menschen sprechen sollst, dass du gar nichts mehr sagen kannst? Je doller du das kennst, umso mehr Teufelchen kreist du ein!* Bei sehr jungen Kindern wurde dieses Item statt mit „Vorlesen“ mit „etwas vormachen“ modifiziert. Mit zunehmendem Schulalter nehmen die Situationen, in denen solche Erfahrungen gemacht werden können, zu und somit auch die Anzahl möglicher positiver Ausgänge. Zudem nehmen die schulischen Fertigkeiten zu, so dass die Lösung einer angsterfüllten Sequenz eventuell leichter fällt. Somit könnten die zunehmende Anzahl positiver Erfahrungen und schulischer

Fertigkeiten eine Erklärung für die relativ breite Streuung in einigen Alters- und Klassenstufen liefern. Eine genaue Analyse der Items im Alters- und Klassenverlauf könnte Aufschluss darüber geben, welche Aspekte vornehmlich schulisch und welche altersbedingt zu erklären sind. Die beiden Variablen sind allerdings nicht klar voneinander zu trennen. Zum einen gehen sie zumeist miteinander einher, es ist aber auch denkbar, dass es einen Unterschied für die Entwicklung bzw. das Erleben der Ängstlichkeit machen könnte, ob ein Kind als Fünfjähriger oder als Siebenjähriger die erste Klasse besucht. Dies spräche für eine Wechselwirkung von Alter und Klassenstufe in Bezug auf die Ängstlichkeit. Diese konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht geprüft werden. Um tatsächlich Aussagen über den Verlauf von Ängstlichkeit machen zu können, wären selbstverständlich weitere Untersuchungen, vor allem eine längsschnittliche Beobachtung, notwendig. Dieser Ansatzpunkt wird in der Diskussion der Methoden erneut aufgegriffen. Insgesamt betrachtet sprechen die gefundenen Alters- und Geschlechtereffekte nicht nur für die Konstruktvalidität des ÄSK, sondern liefern auch die Berechtigung und Bedingung für eine Normierung. Die Erzeugung von geschlechts- und altersspezifischen Referenztabellen (vgl. Anhang, Abschnitt 0, S. 196) bietet somit die Möglichkeit einer validen Einschätzung individueller Werte.

6.2 Generalisierbarkeit und Repräsentativität

Die Betrachtung der deskriptiven Kennwerte der einzelnen Selbsturteil-Skalen ergab, dass die untersuchte Grundschulstichprobe weder in der Fähigkeit zur Empathie noch in der Angst signifikant von der Referenzstichprobe abwich. Auch die an der Grundschulstichprobe ermittelten Reliabilitäten wichen nicht bedeutsam von den in den jeweiligen Handbüchern angegebenen Werten ab (Stadler, et al., 2004; Thurner & Tewes, 2000). Für die Empathie-Skala des IVE wird im Handbuch ein Cronbach's α von .80 bis .85 angegeben, in der Normierungsstichprobe betrug das α .80. Für den KAT II betrug die interne Konsistenz in beiden Stichproben α .81.

Neurotizismus. Für Neurotizismus zeigten sich bei den untersuchten Mädchen signifikant höhere Werte als in der Normstichprobe des HANES KJ-N mit einem mittleren Effekt. Die Mittelwerte der Jungen unterschieden sich hingegen für die hier untersuchte Gruppe und die Normstichprobe nicht. Eine mögliche Begründung ist darin zu sehen, dass die Normierungsstichprobe, die vor etwa 40 Jahren veröffentlicht wurde (Bugge & Baumgärtel, 1975) mittlerweile sicher als veraltet angesehen werden kann. Die vorliegende Untersuchung gibt also möglicherweise Hinweise darauf, dass die emotionale Instabilität bzw. Neurotizismus bei Mädchen in den vergangenen Jahrzehnten auch in der Gesamtbevölkerung angestiegen ist. Ob dieser Anstieg in der Neurotizismusskala tatsächlich für eine Zunahme

von Neurotizismus bei Mädchen spricht oder ob Mädchen zunehmend offener antworten, bleibt dabei ungeklärt. Der hier gefundene Geschlechtsunterschied in der Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus deckt sich mit anderen Befunden aus Untersuchungen mit Erwachsenen. So werden höhere Werte für Neurotizismus für Frauen im Vergleich zu Männern berichtet (Lippa, 2010), allerdings nur mit kleinem bis mittlerem Effekt. Die Berechnung der Reliabilität anhand der gewonnenen Daten zeigte im Vergleich zur Normierung geringere Werte. Die Höhe des errechneten Koeffizienten ist allerdings noch als ausreichend zu bewerten. Diese geringere interne Konsistenz ($KR=.81$ zu $.88$ in der Normstichprobe) könnte auch dafür sprechen, dass sich das Konstrukt Neurotizismus in seiner ursprünglichen Version nicht (mehr) aufrechterhalten lässt und dringend einer Überarbeitung bedarf. Eine alternative Interpretation, nach der die untersuchte Stichprobe nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit Norddeutscher Schüler steht, kann an dieser Stelle aufgrund der vorangehend dargestellten Befunde vernachlässigt werden.

Lebensqualität. Für die selbsteingeschätzte gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigten sich sowohl für Jungen als auch für Mädchen signifikant niedrigere Mittelwerte als in der Normstichprobe des KidKINDL^R. Diese Unterschiede sind jeweils als groß einzuschätzen. Da die Bezugsstichprobe relativ aktuell ist (Ravens-Sieberer et al., 2000), können hierfür keine zeitlichen Entwicklungen als ursächlich gesehen werden. Der Vergleich mit anderen Referenzwerten, wie sie beispielsweise von Ravens-Sieberer, Ellert und Erhart (2007) in der KiGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) vorgestellt werden, ist leider nicht möglich. In der vorgestellten Studie werden lediglich Elterneinschätzungen für die entsprechende Altersgruppe angegeben, das Kindurteil wurde erst ab einem Mindestalter von elf Jahren erfasst. Weitere Referenzwerte, die das entsprechende Alter und das Selbsturteil umfassten und nicht an klinischen Gruppen erhoben wurden, ließen sich nicht finden. Die Ermittlung der Reliabilität war mit $\alpha=.78$ nur knapp ausreichend und unterschied sich damit deutlich von den für die Normstichprobe ermittelten Werten ($\alpha=.84$). Eine mögliche Erklärung ist, dass der Kontext der Erhebung, ein Projekt bzw. eine Befragung zum Thema Ängstlichkeit, die Kinder sensibilisiert und zu mehr Offenheit bezüglich des Mitteilens auch negativer Gefühle anregt hat. Da die Reihenfolge der Durchführung dieses Fragebogens nicht randomisiert stattfand, kann keine statistische Überprüfung dieser Annahme erfolgen. Denkbar wäre auch hier die fehlende Repräsentativität der untersuchten Stichprobe (s.o.). Dem entgegen stehen jedoch die Befunde zu den Verteilungen der anderen erhobenen Merkmale (Angst und Empathie), die als repräsentativ für die Grundgesamtheit Norddeutscher Grundschüler angesehen werden können.

Angstsensitivität. Die Referenzgruppe für das Merkmal der Angstsensitivität ist zwischen 8 und 12 Jahren alt und entspricht damit nicht der Altersspanne der vorliegenden Stichprobe. Daher wurde an dieser Stelle auf einen Vergleich mit den Normierungsdaten verzichtet. Die ermittelte Reliabilität liegt mit $\alpha=.83$ jedoch sogar höher als die von den Autoren anhand der Referenzgruppen ermittelten Werte $\alpha=.79-.80$ (Schneider et al., 2009).

Fremdbeurteilung internalisierender und emotionaler Probleme. Bei den durch das Elternteil erhobenen Auffälligkeiten zeigte sich weder für Jungen noch Mädchen ein signifikanter Unterschied des Gesamtproblemverhaltens zu der jeweiligen Referenzgruppe der CBCL 4/18 bzw. des SDQ. Hingegen zeigten sich für internalisierende Auffälligkeiten (erhoben mit der CBCL 4/18) bzw. emotionale Probleme (erhoben mit dem SDQ) signifikant höhere Werte als von den Vergleichsstichproben berichtet. Auch hier könnte die Annahme gelten, dass eine Befragung zu dem Thema Ängstlichkeit im Grundschulalter für die Wahrnehmung und anschließende Beurteilung internalisierender Auffälligkeiten sensibilisiert. Die Vergleichswerte zu dem SDQ wurden im Rahmen der KiGGS-Studie an über 14 000 deutschen Kindern erhoben (vgl. Kap. 4.3, S. 45ff). Allerdings beziehen sich diese Werte auf die Gruppe der Drei- bis Siebzehnjährigen. Damit umfassen sie ein deutlich breiteres Altersspektrum als die Stichprobe der Untersuchung zum ÄSK. Die geringeren Werte in der Vergleichsstichprobe könnten aufgrund der dort mangelnden Differenzierung nach Altersgruppen zustande kommen, da denkbar ist, dass mit zunehmendem Alter emotionale Probleme (wie auch bestimmte Ängste) entwicklungsbedingt abnehmen (s.o.). Eine andere Ursache könnte sein, dass vornehmlich die Eltern derjenigen Kinder der Teilnahme an der Studie zustimmten, die bereits Auffälligkeiten in diesen Bereichen wahrgenommen haben. Da relativ viele Elternurteile fehlen, ist auch eine systematische Verzerrung dieser Daten nicht auszuschließen. So könnte es sein, dass nur die Eltern die Elternfragebögen zurückgegeben haben, die bereit waren oder das Bedürfnis hatten, von den von ihnen beobachteten internalisierenden Auffälligkeiten oder anderen Eigenschaften zu berichten. Für diese letztgenannte mögliche Interpretation spräche die Tatsache, dass die Eltern das prosoziale Verhalten ihrer Töchter und Söhne signifikant höher einschätzen als die Normstichprobe des SDQ. So könnte es zu einer Selektion gekommen sein, nach der der Rücklauf vor allem von den Eltern erfolgte, die besonders bereitwillig über ihre Kinder Auskunft gaben sowohl bezüglich internalisierender Auffälligkeiten als auch bezüglich prosozialen Verhaltens.

Da für das SDQ keine Referenzwerte für die Lehrerinnenstichprobe vorlagen, ist für diese Urteilerquelle kein statistischer Vergleich möglich. Eine explorative Betrachtung der Einschätzungen von Lehrern und Eltern im Vergleich ergab, dass die Einschätzungen für alle Unterskalen des SDQ statistisch signifikant und positiv im geringen bis mittleren Bereich

korrelieren (vgl. Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173). Die Berechnung einer Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte, dass Lehrer jeweils geringere Werte in den Bereichen Gesamtproblemverhalten und emotionale Probleme sowie prosoziales Verhalten angaben als die Eltern. Die Effekte sind jeweils als klein einzuschätzen (vgl. Anhang, Abschnitt 9.9, S. 173). Da nicht nur problematisches sondern auch erwünschtes Verhalten von Lehrern geringer eingeschätzt wurde und die Korrelationen beider Urteile insgesamt positiv ausfielen, scheinen Eltern insgesamt tendenziell höhere Urteile abzugeben als die Lehrer ihrer Kinder.

Aspekte der Rekrutierung. Ein generelles Problem bei Untersuchungen an Schulen ist die Freiwilligkeit der Studienteilnahme. Diese führt dazu, dass eine Selektion auf mehreren Ebenen stattfindet: Die Freiwilligkeit bezieht sich sowohl auf die Schulen, also Schulleiterinnen und Schulleiter sowie Lehrerinnen und Lehrer, als auch auf die Eltern und Kinder. Um diese Verzerrung zu minimieren, wurde versucht, alle Eltern und Lehrerinnen und Lehrer gezielt anzusprechen und die Hürden aufgrund eventueller Verständnisprobleme gering zu halten. So wurde beispielsweise der ausführlichen Elterninformation ein Kurzbrief beigelegt, der es den Eltern erleichtern sollte, einen Überblick und Eindruck über das Projekt zu bekommen. Schulleiterinnen und Schulleiter sowie Lehrerinnen und Lehrer erhielten zudem spezifische Informationen über die Inhalte der Studie und die daraus resultierenden Aufgaben für ihre Person. Darüber hinaus bestand das Angebot zusätzlicher Information und Projektvorstellung auf Lehrer- und Pausenkonferenzen sowie auf Klassenelternabenden. Ein Telefon- und Mailkontakt wurde angegeben und darauf hingewiesen, dass Rückfragen ausdrücklich erlaubt und erwünscht sind. Um den Schulen und auch Eltern einen Anreiz zu bieten sich zu beteiligen, wurde angeboten, nach Projektende einen kurzen allgemeinen Ergebnisbericht anzufertigen und diesen digital zur Verfügung zu stellen.

Charakteristika der Teilnehmer. Auffällig war, dass die höchste Teilnahmequote in den zwei Stadtteilen vorlag, in denen jeweils vermutlich der höchste und der geringste sozioökonomische Status vertreten war (ausgehend von den Angaben des Statistischen Amtes Nord, 2014). Eine Vermutung dazu ist, dass es für bildungsnähere Familien von Relevanz zu sein scheint etwas zur Forschung und Wissenschaft beitragen zu können, sofern die Befragung für ihre Kinder unbedenklich ist. Durch Auskunft der Lehrerinnen und Lehrer wurde deutlich, dass bildungsfernere Familien hingegen die Befragung öfters fälschlicherweise als schulinterne Befragung oder als schulisches Pflichtprogramm verstanden und daher ohne Bedenken der Teilnahme an der Studie einwilligten. In restlichen Stadtteilen mit gemischtem sozioökonomischen Status und somit auch tendenziell eher gemischtem Bildungsstand zeigte sich eine Vielfalt an Reaktionen, begonnen von der Angst, die Kinder würden durch die

Befragung erst bestimmte Ängste entwickeln, bis hin zu Begeisterung, dass ein Thema Beachtung findet, das sonst selten im Mittelpunkt des familiären Alltags steht.

Sozioökonomischer Status. Als weitere Kontrolle der Repräsentativität der untersuchten Stichprobe wurden Analysen zu dem sozioökonomischen Status (ermittelt über den BSI), der Nationalität (*deutsch – nicht-deutsch*) und dem Familienstand (*in Partnerschaft – alleinerziehend*) durchgeführt. Weder der sozioökonomische Status noch die Nationalität oder der Familienstand der Eltern zeigten einen Effekt auf die selbsteingeschätzte Ängstlichkeit der Kinder. Damit entsprechen die Befunde der vorliegenden Studie den Ergebnissen vorheriger Untersuchungen von Crijnen und Kollegen (1997) oder Gullone (2000). Im Zusammenhang mit einem unterschiedlichen sozioökonomischen Status konnten zuvor vor allem Unterschiede in den Angstgehalten und -häufigkeiten gefunden werden (Gullone, 2000). Eine Analyse der Unterschiedlichkeit der Inhalte für die verschiedenen Statusgruppen, operationalisiert über die Betrachtung der einzelnen Items, erfolgte im Rahmen dieser Arbeit nicht. Die Gründe hierin liegen in der mangelnden Vergleichbarkeit der Verfahren, da das ÄSK Aspekte von Ängstlichkeit (zum Beispiel über konkrete Angstgehalten) dimensional (nicht dichotom oder kategorial) abfragt. In dem Review von Gullone (2000) erfolgte hingegen eine spezifische Aufschlüsselung konkreter Häufigkeiten und diverser Inhalte. Diese inhaltliche Breite kann mit einem so kurzen Verfahren wie dem ÄSK nicht aufgezeichnet werden. Auch können die vorliegenden Ergebnisse nicht mit denen von Pace und Kollegen (1999) verglichen werden, die für Kinder aus einkommensschwächeren Familien unter anderem für Depression und Ängstlichkeit höhere Werte berichteten als für Kinder aus Familien mit höherem Einkommen. Im Rahmen der vorliegenden Erhebung wurde der sozioökonomische Status über die Schul- und Berufsbildung sowie über die Berufstätigkeit der Eltern operationalisiert. Eine Angabe zum aktuellen Familieneinkommen wurde absichtlich nicht erfragt. Zum einen sollte die Anzahl sensibler soziodemografischer Fragen zugunsten der Teilnahmebereitschaft möglichst gering gehalten werden. Zum anderen entsprach der Verzicht auf diese Informationsabfrage auch der Empfehlung der (Hamburger) Schulbehörde, die diese Untersuchung vor ihrer Durchführung genehmigt hat.

Geschlechtsspezifität der Items. Die Analyse der Geschlechtsspezifität der Items ergab keine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des Protagonisten der Items und dem Geschlecht des Kindes. Demnach beurteilten die Kinder Items, in denen die Protagonisten dasselbe Geschlecht haben wie sie, nicht höher oder niedriger als Items, in denen der Protagonist gegengeschlechtlich war. Die Anregung eines Berufsexperten war, Kindern jeweils gleichgeschlechtliche Items vorzulegen. Dies war aufgrund der Struktur der Gruppentestung nicht möglich, da die Items in allen Klassenstufen vorgelesen wurden. Auf

Basis fehlender statistischer Effekte bezüglich der Geschlechtspassung zwischen Item und Kind ist eine derartige Modifikation anscheinend nicht notwendig. Zudem könnte die Einführung eines immer gleichgeschlechtlichen Protagonisten zu einer erhöhten Perspektivübernahme und nachfolgender erhöhter Zustimmungsnäigung unabhängig von den Inhalten der Items führen. Die weitere Möglichkeit einer Variation der Protagonisten wird in der methodischen Diskussion dieser Arbeit (siehe unten) kurz angesprochen.

Hinsichtlich der Geschlechtsspezifität der Items ergab sich ein mittlerer Effekt, nach dem Items, in denen Mädchen die Protagonisten waren, insgesamt betrachtet höher bewertet wurden als Items mit männlichen Protagonisten. Dieser Effekt könnte darauf hindeuten, dass Mädchen insgesamt höhere Ängstlichkeit zugeschrieben wird und sich dies auf die Bereitschaft, dem Item zustimmen, möglicherweise aus Gründen der sozialen Erwünschtheit, der Etikettierung oder Stereotypisierung, auswirkt. Es ist allerdings auch denkbar, dass dieser Effekt aufgrund der konkreten Inhalte der spezifischen Items zustande kommt. Demnach könnte es sein, dass die Items mit weiblichen Protagonisten zufällig gelungener formuliert waren, diese den Kindern also ein Hineinversetzen in die Situation erleichtern und somit das Ausmaß der Zustimmung begünstigen. Demnach wäre bereits in der Konstruktion der Items ein Geschlechterbias zu verzeichnen. Die einzelnen Unterbereiche (zum Beispiel Trennungsangst) beinhalteten allerdings immer jeweils ein Item pro Geschlecht. Daher ist nicht davon auszugehen, dass dieser Effekt spezifische Ängste darstellt.

Es ist aber durchaus möglich, dass die Items mit männlichen Protagonisten seltener auftretende oder eher klinische Aspekte des jeweiligen Unterbereichs abfragten als die Items, in denen Mädchen die Protagonisten waren. Am deutlichsten wird dies am Beispiel der „Generalisierten Angst“: In diesem Item mit einem männlichen Protagonisten erlebt Mario eine Panikattacke, in dem Item mit weiblichen Protagonisten kann Susanne aufgrund von Grübeln und Sorgen nicht einschlafen. Über den gesamten Fragebogen zeigt sich jedoch keine dementsprechende Systematik. In anderen Unterbereichen (Depression, spezifische Phobien, Somatisierung) ist die Zuordnung ausgeglichener oder es liegt eine umgedrehte Gewichtung der Items vor. Beispielsweise wird soziale Ängstlichkeit über drei Items erfasst, von denen zwei weibliche Protagonisten haben. Da in der Fragebogenerstellung keine Randomisierung der Geschlechter zu den Items oder unterschiedliche Versionen über ein Counterbalancing erzeugt wurde, lässt sich jedoch Geschlecht und Inhalt bzw. Ausgestaltung des jeweiligen Items nicht mehr voneinander trennen. Eine nachfolgende Untersuchung, die diese Kontrolle beinhaltet, wäre somit wünschenswert.

Für die Diskussion der Repräsentativität der Stichprobe, aufgrund der Ergebnisse zu den unterschiedlichen Geschlechtseffekten, lassen sich keine negativen Ableitungen ziehen:

Es zeigte sich der Effekt, dass Items mit weiblichen Protagonisten insgesamt höher bewertet wurden. Da dies für Jungen und Mädchen gilt, ist anzunehmen, dass beide Geschlechter entweder die beschriebenen Merkmale zutreffender fanden oder diesen Items aufgrund des weiblichen Geschlechts des Protagonisten mehr zustimmten. Es wäre somit eher unwahrscheinlich, dass Jungen und Mädchen diesen Items aus unterschiedlichen Gründen in einem höheren Ausmaß zustimmen. Auch da sich keine systematische Wechselwirkung zwischen Geschlecht des Kindes und dem Protagonisten auf die selbsteingeschätzte Ängstlichkeit zeigte, scheint hier keine Systematik vorzuliegen. Dennoch könnte eine nachfolgende Forschungsarbeit die Abhängigkeit von Geschlecht des Kindes und Geschlecht des Protagonisten noch kontrollierter erheben und prüfen.

Teilnahmebereitschaft der Kinder. In den Erhebungen an den Grundschulen sowie in den klinischen Einrichtungen war deutlich zu spüren, dass den Kindern die Teilnahme an der Untersuchung – trotz des negativ konnotierten Themas – viel Spaß machte. Dafür spricht sicherlich auch die hohe Teilnahmebereitschaft der Kinder (99.8% der Kinder, deren Eltern Ihre Einwilligung gegeben hatten). Nur zwei der Kinder brachen die Befragung zugunsten des parallel stattfindenden Sportunterrichts ab. Diese hohe Teilnahmequote führt zu einer guten Generalisierbarkeit der Ergebnisse, wobei einschränkend zu sagen ist, dass der Befragung der Kinder bereits weitere Selektionsschritte vorausgegangen sind (z.B.: über die Schule, durch die Eltern; siehe oben). Erfreulich ist dennoch, dass durch die Befragung der Kinder keine weitere Selektion erfolgte.

6.3 Methodische Diskussion

Die Zusammenfassung der Ergebnisse zeigt, dass viele Aspekte im Rahmen der Untersuchung sehr gut umgesetzt werden. Mit der Arbeit ist es gelungen, das ÄSK auf seine Güte hin zu überprüfen. Dies geschah in einer Kombination aus Methoden der klassischen Testtheorie (Objektivität, Reliabilität und Validität) und Ansätzen der probabilistischen Testtheorie (Homogenität, Trennschärfe, Strukturgleichungsmodellierung zur Überprüfung des postulierten Latent-Trait-Modells). Damit ist ein breiter Ansatz gewählt worden, der neben allen Verbesserungsmöglichkeiten die Güte des ÄSK bescheinigt.

Die wohl auffälligste negative methodische Kritik liegt in der gewählten Antwortmodalität: Das ÄSK erfordert das Einkreisen mindestens eines Teufelchens. Die Durchführung und die zusätzlichen Befragungen ergaben, dass das Einkreisen eines Teufelchens nicht als neutrale Antwort zu werten ist, wie es in der Konstruktion impliziert war. So mussten einige Kinder trotz beispielhafter Instruktion darauf hingewiesen werden, dass ein Teufelchen gleichbedeutend mit keinem Teufelchen ist, also damit, dass sie das

beschriebene Gefühl nicht kennen. Für zukünftige Evaluationen des Verfahrens könnte hier die Entwicklung einer parallelen Version bzw. Formatveränderung und Überprüfung der Äquivalenz vorgenommen werden, so dass das Antwortformat nicht wiederholt erinnert bzw. erklärt werden müsste. Eine Überprüfung der Parallelität einer Version mit neutralen Symbolen erfolgte bereits indirekt im Rahmen der Vorstudie (Krüger, 2011; 2010). Hier zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der Valenz der Symbole und somit auch nicht in der Anzahl (bzw. des Ausmaßes) in Abhängigkeit der Symbole.

Eine weitere Schwierigkeit des Verfahrens liegt darin, dass in dem Fragetext der Items keine Trennung von Häufigkeit der Symptome („*Wie oft geht es Dir so?*“) und Ausmaß der Symptome („*Wie sehr geht es Dir so?*“) vorgenommen wird. Eine getrennte Abfrage des Ausmaßes und der Häufigkeit der Symptome erschien für Kinder im Grundschulalter zu komplex. In der Instruktion wurden bewusst beide Aspekte („*Wenn Du meinst, dass kenne ich so mittel oder manchmal bei mir, dann kreist Du drei Teufelchen ein.*“). Es ist daher möglich, dass sich bei einer getrennten Abfrage deutlicher differenzierte Profile ergeben als in dieser kombinierten Gestaltung. Ob dies dann zu Lasten der Verständlichkeit und letztlich auch zu Lasten der Akzeptanz führt, wäre zu prüfen. Zudem verfolgt das ÄSK das Ziel, ein Screening für Ängstlichkeit zu sein. Da Screenings unter anderem zeitlich effizient sein sollen und niemals als vollständiges Diagnosekriterium herangezogen werden sollen, erscheint diese Ausdifferenzierung nicht ökonomisch und nicht zielführend.

Die Überprüfung von Alters- und Klasseneffekten erfolgte anhand eines Kohortenvergleichs. Dies ist nicht ausreichend, um valide Aussagen über den Verlauf bzw. die Entwicklung der Ängstlichkeit zu machen. Eine zukünftige Erhebung von längsschnittlichen Daten wäre wünschenswert. So fordern Schlup und Schneider (2009), dass sich zukünftige Studien vermehrt der Frage der Prognose und Stabilität von Kinderängsten widmen sollten. Instrumente, die über eine prognostische Validität verfügen, ermöglichen den frühen Einsatz von Prä- und Interventionen, um Chronifizierungen und der Entstehung von klinischen Störungen entgegenzuwirken. Die Anzahl der Kinder in den jüngsten Vergleichsgruppen (Sechsjährige und Vorschüler) war zu gering ($n_6=6$ und $n_{VS}=13$), sodass der Vergleich dieser Gruppen mit älteren bzw. höheren Klassenstufen nur eingeschränkt zu interpretieren ist. Eine Vergrößerung dieses Alters- bzw. Klassenbereichs wäre notwendig, sofern das Verfahren in Zukunft für diese Gruppen von Kindern Anwendung finden soll.

Die Diskussion des mittleren Geschlechtereffekts gestaltet sich schwierig (siehe oben): Ob die Items inhaltlich ungleichmäßig gewichtet sind, konnte aufgrund der Konfundierung mit dem Geschlecht der Protagonisten nicht geklärt werden. Die Erstellung unterschiedlicher randomisierter Versionen in einer Folgestudie könnte darüber Aufschluss geben. Zur

Vereinfachung könnte jeweils eine „reine“ Jungen- und Mädchenversion erstellt werden. Neben der Umformulierung der Items müssten die dargebotenen Bilder verändert werden, da durch Haarlänge oder Kleidung Hinweise auf das Geschlecht des Protagonisten gegeben werden. All diese Überlegungen ziehen jedoch ökonomische Nachteile mit sich und machen es daher unwahrscheinlich dem Nutzen des Erkenntnisgewinns zu überwiegen (siehe oben).

Die Wahl der Validitätskriterien erwies sich als schwierig, da kein absolut übereinstimmendes Verfahren (in Bezug auf Konstrukt und Zielgruppe) auffindbar war. Einerseits liegt darin auch die Rechtfertigung dieser Arbeit: Bei Vorliegen bzw. Vorhandensein diverser ähnlicher Verfahren (Selbstbeurteilung von Ängstlichkeit im Grundschulalter im Sinne einer Eigenschaft) wäre die Entwicklung und Evaluation des ÄSK redundant und somit zwecklos gewesen. Andererseits führte dieser Umstand jedoch dazu, dass Verfahren herangezogen wurden, die nur zum Teil passend waren. So schien beispielsweise die Empathieskala des IVE viel eher Mitleid, als die Fähigkeit sich in andere emotional hineinversetzen zu können, zu messen („*Es tut mir weh, wenn ich sehe, dass ein Tier schlecht behandelt wird.*“). Auch war die Formulierung einiger Items der einschlägigen Fragebögen teilweise sehr komplex. So ist ein Beispiel aus dem KAT II: „*Ich glaube, ich mache mir mehr Sorgen um meine Schulleistungen als die meisten meiner Mitschüler, die ungefähr die gleichen Noten haben wie ich.*“. Diese Formulierung beinhaltet den sozialen Vergleich mit Mitschülern. Einige der Schüler wurden zum Zeitpunkt der Befragung jedoch (noch nicht) mit Noten zensiert, obwohl sie bereits die dritte Klasse besuchten. Dies erschwerte die Beantwortung zusätzlich. Insgesamt zeigten sich auch sehr lange Items als schwierig (z.B. aus dem IVE: „*Es macht mich traurig, wenn mir jemand etwas Trauriges erzählt.*“ oder „*Ich bin glücklich, wenn ich mit fröhlichen Kindern zusammen bin und traurig, wenn ich mit unglücklichen Kindern zusammen bin.*“). Hier waren häufig weitere Erläuterungen von der Testleitung zum Verständnis notwendig. Dabei wurden der IVE, der KAT II und der KASI den Empfehlungen der Testautoren folgend erst ab acht Jahren beziehungsweise ab der dritten Klasse eingesetzt. Insgesamt betrachtet wurden die Kriterien zur Überprüfung der konvergenten und diskriminanten Validität jedoch sehr gut gewählt. Da die ermittelten Korrelationen mit dem ÄSK alle in die theoretisch angenommenen Richtung und Höhe zeigen, können diese als Indiz für die Güte des ÄSK interpretiert werden.

Die erhobenen Fremdbeurteilungen wurden aufgrund der in der Literatur berichteten geringen Übereinstimmungen mit dem Selbsturteil (Becker et al., 2004; Becker et al., 2002; Choudhury, Pimentel, & Kendall, 2003; Gómez, 1996; Gresham et al., 2010; Larsson, et al., 2000; Moretti, 1985) im Bereich internalisierender Auffälligkeiten im Vorwege nicht als Validitätskriterium herangezogen. Die fehlende Übereinstimmung könnte allerdings auch an

den unterschiedlichen Methoden der Erfassung liegen. Dann wäre die fehlende Konkordanz lediglich als fehlende Parallelität der Verfahren der Selbst- und Fremdbeurteilung zu werten. Eine Überprüfung müsste mit der parallelen Eltern- und einer Lehrerversion des ÄSK erfolgen. Unabhängig von der Unterschiedlichkeit der Fragebögen wird für die Erfassung von internalisierenden Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen empfohlen, mindestens die Kind- und die Elternperspektive einzubeziehen (In-Albon et al., 2011). Trotz fehlender Übereinstimmung hat jedes Instrument somit seine Berechtigung für die Anwendung in Forschung und Praxis.

Die Menge und Güte erfasster soziodemografischer Variablen war bewusst gering gewählt. Für eine konkretere Analyse, zum Beispiel der Nationalität des Kindes, hätten diese Variablen differenzierter erhoben werden müssen. Aufgrund der Form der Abfrage konnte weder der Migrationsstatus noch die konkrete Herkunft der Familie der Kinder in Teilanalysen Beachtung finden. Auch der sozioökonomische Status konnte nicht differenzierter (wie beispielsweise mit dem Winkler-Index) gemessen werden, da dazu die Angabe des Berufs und des Einkommens der Eltern notwendig gewesen wäre. Diese Daten wurden laut Genehmigungsstelle für die Erhebung und Evaluation als nicht zweckdienlich eingeschätzt.

Eine grundlegende Kritik besteht sicher auch in der dreifachen Rolle der Autorin in der Entwicklung, Durchführung und Auswertung des ÄSK. Um diesen eventuellen Bias zu minimieren, wurden alle eingegebenen Daten von zwei unabhängigen studentischen Mitarbeitern kontrolliert. Dazu wurden einige Testungen nach vorheriger Schulung und in Anwesenheit der Autorin von fortgeschrittenen Studierenden der Psychologie an der Universität Hamburg durchgeführt. Die Datenverarbeitung und die anschließenden Auswertungsmethoden wurden so transparent und verständlich wie möglich formuliert, damit eine Replizierbarkeit durch andere Forscher möglich würde.

Die Erhebung im Klassenkontext und die Größe der Stichprobe sowie die breite Erfassung verschiedener Stadtteile sprechen für die gute externe Validität der Untersuchung. Um sicherzustellen, dass die Erhebung standardisiert und kindfokussiert stand, wurden bei jeder Erhebung mindestens drei Testhelfer einbezogen. Diese waren im Vorwege geschult und konnten so auch individuell auf Nachfragen der Kinder eingehen. In einem Extremfall wurde ein Kind, das vornehmlich aufgrund sprachlicher Barrieren im Klassenkontext überfordert schien, aus dem Klassenraum in eine Einzelbetreuung überführt. Die gute interne Validität der Untersuchung kann durch die Erhebung der Kontrollvariablen Nationalität, sozioökonomischer Status und Familienstand als annähernd gegeben angesehen werden. Eine Erhöhung der internen Validität wäre durch die Erweiterung der Erhebungsmethoden um

physiologische Maße denkbar. Für den klinischen Kontext lassen sich einige Studien finden, die beispielsweise den Zusammenhang von Angststörungen und Cortisol (Feder et al., 2004; McBurnett et al., 1991) oder von Trennungsangst, Puls und Blutdruck (Graham et al., 1990) oder von Angststörungen und Puls (Yeragani, Radhakrishna Rao, Pohl, Jampala, & Balon, 2001) untersucht haben. Derartige Studien mit physiologischen Korrelaten lassen sich jedoch bisher nicht für Ängstlichkeit oder sub-klinische Ausprägungen von Angst finden.

In der untersuchten klinischen Stichprobe war die Anzahl der Kinder pro Diagnosegruppe nicht ausreichend groß, so dass auf differenzierte Analysen bezüglich der Störungsbilder verzichtet wurde. Langfristig wäre es sinnvoll, Daten klinischer Befragungen mit dem ÄSK zu sammeln. So könnten entsprechende Prognosen abgeleitet und die Anwendbarkeit des Instruments im klinischen Kontext verbessert bzw. erweitert werden.

Interessant ist die Überlegung, ob das ÄSK in Zukunft prognostisch verwendet werden könnte. Van Gastel und Ferdinand (2008) konnten mit Hilfe des MASC-Gesamtscores keine klinischen DSM-IV-Diagnosen vorhersagen. Einzelne Untertests eigneten sich jedoch für die Vorhersage einer Störung (z. B. Trennungsangst für eine Agoraphobie oder eine Panikstörung). Fremdbeurteilungsverfahren wie die CBCL 4/18 oder das Jugendlichenurteil, wie über den Youth Self Report (YSR) gemessen, zeigen bessere Screening-Qualitäten als die MASC (Ferdinand, 2008), sie sagen jedoch die unterschiedlichen Angsterkrankungen nicht gut vorher. (Die Autoren schließen daraus, der Bereich *Angstprobleme* der CBCL müsse überarbeitet werden.) Es bleibt somit fraglich, ob Screeninginstrumente überhaupt den Zweck erfüllen können, Diagnosen reliabel zu erfassen: Da ein Screeninginstrument nicht den Anspruch erheben sollte, eine Diagnose zu ermitteln, sondern Auffälligkeiten zu markieren, die im Folgenden weiterer Abklärung bedürfen (Hagmann-von Arx, Meyer & Grob, 2008). Das ÄSK hat durch den signifikanten Mittelwertsunterschied im Vergleich der beiden Stichproben eine Auffälligkeit markiert und erfüllt somit das Ziel eines Screenings.

6.4 Bedeutsamkeit und praktische Implikationen

Das ÄSK bietet die Möglichkeit, die kindliche Einschätzung als eine weitere wichtige Informationsquelle zur Beurteilung der kindlichen Ängstlichkeit zu integrieren. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund beobachteter Diskrepanzen zwischen einzelnen Urteilerquellen hinsichtlich internalisierender Auffälligkeiten (vgl. Kap. 2.1, S. 18) relevant. Zudem wird die Integration mehrerer Perspektiven im klinischen Kontext als Bedingung für eine valide Diagnosestellung gefordert (In-Albon et al., 2011). So schlagen In-Albon und Kollegen (2011) eine Gleichgewichtung der unterschiedlichen Urteile in der Weise vor, dass eine Auffälligkeit – unabhängig davon, welche Quelle sie berichtet – als Kriterium für die

Diagnosestellung dient. Als Argumentation betonen sie, dass unterschiedliche Personen deshalb unterschiedliche Perspektiven haben, da sie jeweils unterschiedliche Umwelten mit dem Kind teilen. Somit kann jede Person, zumindest Aspekte aus der mit dem Kind geteilten Umwelt, zuverlässig berichten (In-Albon et al., 2011).

Das ÄSK hat sich als sensitiv erwiesen: Es vermag sowohl zwischen klinisch auffälligen Kindern und der Grundschulstichprobe zu differenzieren als auch Effekte durch eine Intervention (wie dem Präventionsprogramm *Löwenherz*) nachzuweisen. Damit ist der Einsatz als Screeninginstrument denkbar, um sich vor einer ausführlichen Anamnese und anschließender Diagnostik einen Überblick hinsichtlich internalisierender Problematiken eines Kindes zu verschaffen. Da die Durchführung des Verfahrens etwa 20 bis 30 Minuten Zeit in Anspruch nimmt, ist es sehr ökonomisch. Zudem hat es sich in seiner ersten Anwendung durch die Art der Geschichten und zusätzlichen Bilder als tauglich erwiesen im Sinne eines beziehungsaufbauenden Türöffners. So könnte das ÄSK im Rahmen der probatorischen Sitzungen oder auch während einer Wartezeit nützlich sein, um eine Beziehung zwischen Therapeut und Klient herzustellen und zugleich Auffälligkeiten zu markieren. Die ausreichende Sensitivität des Verfahrens für präventive Maßnahmen eröffnet eine Vielzahl an Möglichkeiten. So könnte das Verfahren in der Forschung im Rahmen von Evaluationsstudien interventiver und präventiver Maßnahmen eingesetzt werden. Gerade die Evaluation von präventiven Maßnahmen birgt viele Schwierigkeiten in sich (vgl. Krüger, 2009). Im Rahmen solcher Studien wird das Ziel verfolgt, nachzuweisen, dass etwas nicht aufgetreten ist. Ein Instrument zur Verfügung zu haben, das bereits subklinische Ängste erfasst, bietet somit direkten Nutzen für den Nachweis von Wirksamkeiten spezifischer Programme.

Eine weitere Anwendungsmöglichkeit hat sich in der Form des ÄSK gezeigt, die Items nur bildlich darzustellen und dazu vorzulesen. Damit ist es möglich, den Fragebogen in Stichproben anzuwenden, die (noch) nicht über ausreichend Lesefähigkeit verfügen. Im Vergleich zu Verfahren, die relativ hohe Anforderungen im Bereich des Lese- und Hörverstehens an die Kinder stellen, ist es mit dem ÄSK gelungen, ein Instrument zu entwickeln, das bereits in einem sehr jungen Alter oder auch bei Kindern mit Entwicklungsverzögerungen einsetzbar ist.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass der Großteil der untersuchten Grundschul Kinder zumindest in geringem Ausmaß Ängstlichkeit erleben. Dieses Wissen kann für die pädagogischen Fachkräfte der Schulen genutzt werden. Lehrer und Sozialpädagogen sollten über die möglichen Ängste von Kindern informiert werden und optimalerweise eine Unterstützung erhalten, wie konstruktiv über positive und negative Gefühle gesprochen

werden kann, zum Beispiel in Form einer Fortbildung. Das ÄSK bzw. die Geschichten (also Items des ÄSK) könnten hierzu als Gesprächsgrundlage oder Basis für weitere Interventionen (Rollenspiel, Puppenspiel, etc.) dienen.

Das vornehmlich visuelle Format des ÄSK bietet den Kindern die Möglichkeit, spontan und ehrlich zu antworten, ohne zuvor die konkrete Bedeutung bzw. den Inhalt eines jeden Items zu reflektieren. Damit ist der ÄSK sowohl für den therapeutischen Prozess interessant als auch für die Erfassung des Konstrukts Ängstlichkeit im Rahmen der persönlichkeitspsychologischen Forschung und bietet das Potenzial Aspekte der entwicklungsbedingten Ängste genauer zu explorieren.

7 Fazit und Ausblick

Ziel der Arbeit war es, eine Referenzstichprobe für das Ängstlichkeitsscreening für Kinder zu erheben und das Verfahren auf seine Güte zu überprüfen. Das Vorgehen in der vorliegenden Arbeit bestand aus einer Kombination aus Methoden der klassischen Testtheorie, der qualitativen Forschung und Ansätzen der probabilistischen Testtheorie. Dieses Vorgehen ermöglichte eine umfassende Beurteilung des neuen Verfahrens.

Insgesamt betrachtet, zeigt sich das ÄSK als objektives, reliables und valides Instrument, das die Lücke in der Diagnostik für den subklinischen Bereich von Ängstlichkeit im Grundschulalter zu schließen vermag. Das ÄSK ist praktikabel und erfreute sich hoher Akzeptanz bei Kindern und Praktikern und auch die teststatistische Güte konnte nachgewiesen werden.

Betrachtet man die verfügbaren Instrumente zur Erhebung von Ängstlichkeit im Grundschulalter im Selbsturteil, weisen viele Verfahren Einschränkungen auf, da sie entweder für einen höheren Altersbereich erstellt wurden oder eine klinische Ausrichtung haben oder sehr aufwendig sind (vgl. Kap. 2.2, Tabelle 1, S. 22). Im Vergleich mit bestehenden Verfahren (Vgl. Kap.2.2, S. 21) erweist sich das ÄSK damit als durchaus konkurrenzfähig. So ist es im Altersbereich der Sechs- bis Elfjährigen anwendbar und fand bereits erste Erprobung bei Fünfjährigen. Für die Anwendung des Verfahrens ab dem Vorschulalter besteht weiterer Bedarf an Forschung mit und über das ÄSK. Für diese Gruppe müsste vor allem eine Vergrößerung der Referenzgruppe in diesem Alterssegment erfolgen. Eine Erhebung in Vorschulgruppen von Kindergärten oder in Vorschulklassen an Grundschulen ist hier denkbar. Die Befragungen sollten zwar orientiert an den bisherigen Erhebungen sein, zusätzlich aber Zeit und Personal einplanen, um auch in diesem jungen Alterssegment valide Daten gewinnen zu können.

Neben der Individualbefragung war das ÄSK gut in Gruppen und Schulklassen bis zu 25 Kindern einsetzbar. Zusätzlich zum Selbsturteil wurde eine parallele Elternversion entwickelt, die auch für das Lehrerurteil genutzt werden kann. Die Ergebnisse zur Urteilsübereinstimmung beider Verfahren müssten allerdings vor einer hinreichenden Beurteilung an einer größeren Stichprobe repliziert werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht somit in der Weiterentwicklung und -erprobung der parallelen Eltern- und Lehrerversion. Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnten für die Elternversion nur eingeschränkte Aussagen gemacht werden. Der in der Tendenz signifikante positive Zusammenhang zwischen der elterlichen und kindlichen Einschätzung der Ängstlichkeit könnte jedoch als Hinweis der möglichen Einsetzbarkeit des ÄSK auch als

Fremdbeurteilungsverfahren dienen. Für die aktuelle Forschung würde eine Erweiterung der Elternstichprobe und die Erhebung einer Lehrerstichprobe es ermöglichen, weitere Ergebnisse zu Urteilerübereinstimmungen bei Ängstlichkeit zu gewinnen.

Die Durchführungsdauer liegt mit 20 bis 35 Minuten im Vergleich zu anderen Verfahren im mittleren Bereich und ist somit akzeptabel. Die Anzahl der Items ist aufgrund der Beschaffenheit des Verfahrens in Form von Geschichten relativ gering. Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität kann durch Instruktionen und Auswertungsdateien als gegeben angesehen werden. Das ÄSK ist somit zeitökonomisch und objektiv und erfüllt damit einige der grundlegenden Anforderungen an Diagnostikverfahren. Eine Folgeuntersuchung könnte die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität auch statistisch quantifizieren. So könnten unabhängige Versuchsleiter das ÄSK durchführen und auswerten und die Ergebnisse verglichen werden.

Die interne Konsistenz erwies sich insgesamt betrachtet als zufriedenstellend. In jüngeren Altersbereichen fanden sich auch nicht zufriedenstellende Konsistenzen, was entwicklungsbedingt zu begründen ist und von vielen Autoren anderer Testverfahren für Gruppen von jüngeren Kindern berichtet wird. Eine Vergrößerung der Teilstichproben Fünf- und Elfjähriger ist wünschenswert. Die Erfassung des genauen Alters (in Monaten) zum Testzeitpunkt in zukünftigen Untersuchungen könnte genutzt werden, um eine differenziertere Betrachtung der Ängstlichkeitswerte vorzunehmen. Auch die Wechselwirkung zwischen Alter und sozioökonomischen Status oder Familienstand auf die selbsteingeschätzte Ängstlichkeit könnte im Fokus weiterer Studien stehen.

Die Retest-Reliabilitäten sind als ausreichend gut zu bewerten. Generell ist die Erhebung in zwei Zeitintervallen (nach vier Wochen und drei Monaten) im Rahmen einer Evaluationsstudie sicherlich sehr positiv zu werten. Vor allem für die genauere Betrachtung einzelner Items ergeben sich Daten, die Rückschlüsse auf die Stabilität der einzelnen Komponenten von Ängstlichkeit erlauben. Verglichen mit den Studien zu anderen Fragebögen im Grundschulalter ist die Erhebung einer oder mehrerer Restest-Reliabilitäten eher selten, da wiederholte Messungen zeitlich und finanziell/personell aufwendig sind. Darüber hinaus wäre es jedoch interessant, Befunde zur Stabilität von Ängstlichkeit mittels des ÄSK zu erheben und diese in Zusammenhang mit den noch widersprüchlichen Ergebnissen zur Stabilität von Ängstlichkeit zu bringen (vgl. Kap. 1.7, S. 11). So könnten in einem querschnittlichen Design diejenigen Bereiche von Ängstlichkeit identifiziert werden, die die größte Stabilität aufweisen. Eventuell zeigen sich hier auch für Mädchen und Jungen unterschiedliche Entwicklungsverläufe. Eine noch detaillierte Betrachtung des Alters nach

Monaten erscheint aufgrund der gefundenen Alterseffekte nicht notwendig, könnte aber weitere Hinweise auf den Verlauf von Ängstlichkeit geben.

Die Validität des ÄSK ist gegeben. Die Durchführung einer konfirmatorischen Faktorenanalyse lieferte zusätzlich zu den Kinderinterviews und Berufsexpertenbefragung einen guten Beleg für die Konstruktvalidität des Verfahrens. Für die kriteriumsbezogene Validität konnten Nachweise sowohl für die konvergente wie auch diskriminante Gültigkeit des Instruments gezeigt werden. Darüber hinaus liefert der Vergleich einer klinischen Gruppe mit einer parallelisierten Grundschulstichprobe Hinweise auf die Einsetzbarkeit im Sinne eines Screenings für psychische Auffälligkeiten. Als ein zentrales Ergebnis dieser Studie ist zu nennen, dass sich die Ängstlichkeit im Grundschulalter als mehrdimensionales Konstrukt aus Ängstlichkeit, Somatisierung und Depression darstellt. Dies kann auch als Erklärung für die hohen Komorbiditätsraten dieser Teilkonstrukte interpretiert werden. Diagnostikinstrumente, die Ängstlichkeit im Grundschulalter erfassen sollen, müssen somit immer auch andere Aspekte internalisierender Auffälligkeiten beinhalten.

In einem ersten Einsatz als Evaluationsinstrument im Rahmen der *Löwenherz*-Präventionsstudie konnten mittlere bis große Effekte nachgewiesen werden. Somit ist das Instrument sensitiv, um Veränderungen aufzuzeichnen.

Im Rahmen zweier kleinerer Studien wurde die Ängstlichkeit in Abhängigkeit der Erhebungsmethode untersucht (Krüger & Fiedler, 2011a; 2011b). Hierbei wurde im ersten Schritt eine Onlineversion des ÄSK erstellt und die so erhobenen Daten mit der Referenzgruppe verglichen. In einem zweiten Schritt wurden jeweils zwei Klassen parallelisiert mit Computer bzw. der Papierversion befragt. In der Analyse der ersten Studie zeigte sich ein mittlerer Effekt (signifikant niedrigerer Mittelwert in der Onlinestichprobe als in der Papierstichprobe) sowie ein mittlerer Effekt hinsichtlich der Wechselwirkung Geschlecht und Fragebogenversion. Jungen erzielten in der Onlineversion höhere Werte als in der Papierversion, Mädchen gaben in beiden Versionen etwa gleich hohe Werte an. Die zweite Erhebung, die unter der kontrollierten Situation *Schulclassenraum* stattfand, ergab keine signifikante Wechselwirkung von Geschlecht und Erhebungsmethode. Demnach eignet sich auch die Computerversion des Verfahrens zur Erfassung der kindlichen Ängstlichkeit, insofern sie unter standardisierten Rahmenbedingungen durchgeführt wird. Das Angebot solch einer Version hätte nicht nur den Vorteil zeitlich ökonomischer zu sein (aufgrund geringerer Vorbereitungszeit und der Möglichkeit auch die Auswertung zu automatisieren), es wäre auch objektiver, da Instruktion und Durchführung standardisiert sind. Der nächste Schritt sollte die Programmierung einer internetunabhängigen computergestützten Version des ÄSK sein.

Weitere Forschung mit dem ÄSK könnte Korrelationen physiologischer Maße wie Puls, Blutdruck oder Cortisolspiegel mit der im Selbsturteil erhobenen Ängstlichkeit aufzeigen. Spannend wäre zudem zu untersuchen, wie sich der Zusammenhang dieser physiologischen Korrelate mit Angst oder Angststörungen von dem mit Ängstlichkeit unterscheidet. Vielleicht könnten hier zudem Befunde bezüglich der prognostischen Validität des ÄSK erzielt werden.

Durch die Erhebung der Daten zu 818 Grundschulkindern ist es möglich geworden, Referenzwerte zu errechnen und somit T-Werte zu ermitteln. Insgesamt betrachtet, erfüllt das ÄSK damit die Anforderungen an ein praxis- und forschungstaugliches psychologisches Testinstrument.

Der zukünftige Einsatz eines solchen Verfahrens nicht nur in der Forschung, sondern auch im schulischen Bereich, in Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychologische Praxen ist denkbar und aufgrund der guten Ergebnisse dieser Studie auch empfehlenswert.

Eine weitere Möglichkeit, um das ÄSK noch breiter einsetzen zu können, ist die Übersetzung des Verfahrens in andere Sprachen. So könnten Kinder angesprochen werden, deren Muttersprache nicht deutsch ist, oder Erhebungen in anderen Ländern erfolgen. Dies ermöglicht es beispielsweise, kulturvergleichenden Fragestellungen nachzugehen.

Daher sollte das nächste Ziel bezüglich des ÄSK in jedem Fall die Publikation des Verfahrens sein. Um das ÄSK nicht nur für die wissenschaftliche Gemeinschaft nutzbar zu machen, sondern auch für therapeutische, präventive, praktische Maßnahmen, muss das neue Instrument auch in Form eines Testmanuals veröffentlicht werden.

8 Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Check List/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Adornetto, C., Hensdiek, M., Meyer, A., In-Albon, T., Federer, M., & Schneider, S. (2008). The factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 404-416.
doi:10.1016/j.jbtep.2008.01.001
- Ahrens-Eipper, S. (2002). *Soziale Unsicherheit im Kindesalter. Indikation und Effektivität eines verhaltenstherapeutischen Trainings*. Dissertation an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Berlin: Dissertation.de.
- Ahrens-Eipper, S., & Leplow, B. (2004). *Mutig werden mit Til Tiger – ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110(1), 26-46. doi:10.1037/0033-2909.110.1.26
- Amelang, M., & Bartussek, D. (2001). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Heidelberg: Springer.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *CBCL/4-18. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen*. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist im Rahmen der PAKID-Studie. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1994). *CBCL/4-18. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Asendorpf, J. B., Denissen, J. J. A., & van Aken, M. A. G. (2008). Der lange Schatten der Persönlichkeit. In W. Schneider (Eds.), *Entwicklung von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Befunde der Münchner Längsschnittstudie LOGIK* (pp. 124-140). Weinheim, Basel: Beltz PVU.
- Aures, S. (2011). *Entwicklung und Evaluation des Klientenzentrierten Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder*. Dissertationsschrift der Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie: Hamburg. Retrieved from <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2012/5608/pdf/Dissertation.pdf>

- Aures, S., Bradtke, N., Fiedler, S., & Schmidtchen, S. (2003). *Diagnostik-Handbuch zum Präventionsprogramm Löwenherz*. Unveröffentlichtes Manuskript der Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie.
- Banerjee, R., & Watling, D. (2010). Self-presentational features in childhood social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(1), 34-41. doi:10.1016/j.janxdis.2009.08.004
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(8), 1061-1068. doi:10.1016/j.janxdis.2006.10.013
- Barkmann, C. (2004). *Studien zur Kindheits- und Jugendforschung, Band 32: Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ein epidemiologisches Screening*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis, 31*(6), 278-287. doi:10.1055/s-2003-814855
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M., & Brähler, E. (2011). *Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 6: Klinisch-Psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Batanova, M. D., & Loukas, A. (2011). Social anxiety and aggression in early adolescents: Examining the moderating roles of empathic concern and perspective taking. *Journal of Youth and Adolescence, 40*(11), 1534-1543. doi:10.1007/s10964-011-9634-x
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(1), 41-49. doi:10.1177/10634266060140010401
- Becker, A. (2007). *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Evaluations and applications*. Dissertationsschrift der Georg-August-Universität zu Göttingen: Göttingen.
- Becker, A., Hagenberg, N., Roessner, V., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do selfreports tell us more than ratings by adult informants? *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 13*(Suppl 2), 17-23. doi:10.1007/s00787-004-2004-4
- Becker, B., Lohaus, A., Frebel, C., & Kiefert, U. (2002). Zur Erhebung von Ängsten bei fünf- bis sechsjährigen Vorschulkindern. *Diagnostica, 48*(2), 90-99. doi: 10.1026//0012-1924.48.2.90
- Becker, A., Woerner, W., Hasselhorn, M., Banaschewski, T., & Rothenberger, A. (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 13*(Suppl 2), 11-16. doi:10.1007/s00787-004-2003-5

- Benjamin, C. B., Puleo, C. M., & Kendall, P. C. (2011). Informant agreement in treatment gains for child anxiety. *Child and Family Behavior Therapy, 33*(3), 199-216.
doi:10.1080/07317107.2011.595987
- Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Wietzker, A., & Hölling, H. (2002). Ein Methodenvergleich der Child Behavior Check list und des Strengths Difficulties Questionnaire. *Gesundheitswesen 2002, 64*(1), 119-124. doi:10.1055/s-2002-39264
- Birmaher, B., & Essau, C. A. (2003). Screen for childhood anxiety related emotional disorders (SCARED). In J. Hoyer & J. Margraf (Eds.), *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren* (pp. 564-569). Berlin: Springer.
- Bögels, S. M., van Dongen, L., & Muris, P. (2003). Family influences on dysfunctional thinking in anxious children. *Infant and Child Development, 12*(3), 243-252. doi:10.1002/icd.288
- Böhm, A., Ellsäßer, G., & Lüdecke, K. (2007). Der Brandenburger Sozialindex: ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. *Gesundheitswesen, 69*(10), 555-559. doi:10.1055/s-2007-992772
- Bohn, C., & Stangier, U. (2009). Themenschwerpunkt. Soziale Phobie: Diagnostik, Ätiologie und Behandlung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 57*(3), 149-159. doi:10.1024/1661-4747.57.3.149
- Bokhorst, C. L., Westenberg, P. M., Jaap Oosterlaan, J., & Heyne, D. A. (2008). Changes in social fears across childhood and adolescence: Age-related differences in the factor structure of the Fear Survey Schedule for Children-Revised. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(1), 135-142. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.014
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology, 18*(2), 517-550. doi:10.1017/S0954579406060275
- Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2003). Diagnosis and measurement of anxiety disorder in adolescents: A review of commonly used instruments. *Journal of Child-and-Adolescent Psychopharmacology, 13*(3), 351-400. doi:10.1089/104454603322572688
- Brosius, F. (2004). *SPSS 12*. Bonn: mitp-Verlag.
- Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Anxiety Disorders, 22*(2), 263-272. doi:10.1016/j.janxdis.2007.02.002

- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson.
- Campbell, M. A., & Rapee, R. M. (1996). Current issues in the assessment of anxiety in children and adolescents: A developmental perspective. *Behaviour Change*, *13*(3), 185-193.
- Campbell, M. A., & Rapee, R. M. (1994). The nature of feared outcome representations in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *22*(1), 99-111. doi:10.1007/BF02169258
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, *26*(7), 817-833. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.002
- Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Childhood anxiety disorders: Parent-child (Dis)agreement using a structured interview for the *DSM-IV*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(8), 957-964. doi:10.1097/01.CHI.0000046898.27264.A2
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures. Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(9), 1269-1277. doi:10.1097/00004583-199709000-00020
- Deklyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Chapter 27: Attachment and Psychopathology in Childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 637-665). New York: Guilford Press.
- Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H., & Ollendick, T. H. (2006). PHOKI – Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Dubi, K., & Schneider, S. (2011). B-BAT. Basler Bilder-Angst-Test. In C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Eds.), *Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 6: Klinisch-Psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (pp. 71-74). Göttingen: Hogrefe.
- Dubi, K., & Schneider, S. (2009). The Picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*(8), 1148-1157. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.020
- Duchesne, S., Larose, S., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2010). Trajectories of anxiety in a population sample of children: Clarifying the role of children's behavioral characteristics and maternal parenting. *Development and Psychopathology*, *22*(2), 361-373. doi:10.1017/S0954579410000118

- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K. Conover, N. C., & Kalas, R. (1986). *Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 181-190. doi:10.1111/j.1469-7610.1986.tb02329.x
- Eid, M., Gollwitzer, M., & Schmitt, M. (2011). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91-119. doi:10.1037/0033-2909.101.1.91
- Eschenbeck, H. (2003). *Experimentelle Diagnostik angstbezogener Informationsverarbeitung bei Kindern im Grundschulalter*. Inauguraldissertation der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Essau, C. A., Muris, P., & Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(1), 1-18. doi:10.1016/S0005-7916(02)00005-8
- Feder, A., Coplan, J. D., Goetz, R. R., Mathew, S. J., Pine, D. S., Dahl, R. E., ... Weissman, M. M. (2004). Twenty-four-hour cortisol secretion patterns in prepubertal children with anxiety or depressive disorders. *Biological Psychiatry*, 56(3), 198-204. doi:10.1016/j.biopsych.2004.05.005
- Federer, M., Margraf, J., & Schneider, S. (2000). Leiden schon Achtjährige an Panik? Prävalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28(3), 205-214. doi: 10.1024//1422-4917.28.3.205
- Federer, M., Schneider, S., Margraf, J., & Herrle, J. (2000). Angstsensitivität und Angststörungen bei Achtjährigen. *Kindheit und Entwicklung*, 9(4), 241-250. doi:10.1026//0942-5403.9.4.241
- Federer, M., Stüber, S., Margraf, J., Schneider, S., & Herrle, J. (2001). Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinderängstlichkeit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22(3).194-205. doi:10.1024//0170-1789.22.3.194
- Feiereis, E. U., Ahrens-Eipper, S., & Lässig, W. (2009). Auswirkungen eines Klinikaufenthaltes auf die soziale Unsicherheit im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 18(1), 13-20. doi: 10.1026/0942-5403.18.1.13
- Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales Anxiety Problems and Affective Problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 126-134. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.008

- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.
- Finck, C., & Stöbel-Richter, Y. (2004). Testinformationen: SPAIK: Sozialphobie und -angstinventar für Kinder von Siebke Melfsen, Irmela Florin und Andreas Warnke, A. (2001). *Diagnostica*, 50(1), 58-63. doi: 10.1026/0012-1924.50.1.58
- Fisseni, H.-J. (2004). *Lehrbuch der Psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Fombonne, E. (2002). Case identification in an epidemiological context. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 52-86). Oxford: Blackwell Sciences.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211. doi:10.1097/00004583-200310000-00011
- Fullana, M. A., Servera, M., Weems, C. F., Tortella-Feliu, M., & Caseras, X. (2003). Psychometric properties of the Childhood Anxiety sensitivity Index in a sample of catalan school children. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(1), 99-107. doi:10.1080/1061580021000009647
- Geers, P. (2006). *Psychische Gesundheit der Kinder von Eltern mit psychischen Störungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Fachbereichs Psychologie der Universität Bremen.
- Gérard, K. (2002). *Gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Prävention von Angst und sozial unsicherem Verhalten bei Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- Gerlach, A. L. (2007). Klinische Untersuchungsverfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(2), 141-143. doi:10.1026/1616-3443.36.2.141
- Ginsburg, G. S., & Silverman, W. K. (2000). Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 57-67. doi:10.1016/S0887-6185(99)00033-X
- Glennon, B., & Weisz, J. R. (1978). An observational approach to the assessment of anxiety in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(6), 1246-1257. doi:10.1037/0022-006X.46.6.1246
- Gómez, Y. (1996). *Depression im Kindesalter: Auftretenshäufigkeit und Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung unter Berücksichtigung dimensionaler und kategorialer Erfassungsmethoden*. Dissertationsschrift der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Sozialwissenschaften.
- González-Betanzos, F., Leenen, I., Lira-Mandujano, J., & Vega-Valero, Z. (2012). The effect of number of answer choices on the psychometric properties of stress measurement in an instrument applied to children. *Evaluar*, 12, 43-49.

- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799. doi:10.1017/S0021963099004096
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130. doi:10.1080/0954026021000046137
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17-24. doi:10.1023/A:1022658222914
- Graf, A., Gerlach, A. L., Melfsen, S. (2007). Fragebogen zur Erfassung sozial ängstlicher Kognitionen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(4), 257-264. doi:10.1024/1422-4917.35.4.257
- Graham, A., Rogness, G. A., Cepeda, C., Macedo, C. A., Fisher, C., & Harris, W. R. (1990). Differences in heart rate and blood pressure in children with conduct disorder, major depression, and separation anxiety. *Psychiatry Research*, 33(2), 199-206. doi:10.1016/0165-1781(90)90074-F
- Grover, R. L., Ginsburg, G. S., & Nick Ialongo, N. (2007). Psychosocial outcomes of anxious first graders: A seven-year follow up. *Depression and Anxiety*, 24(6), 410-420. doi:10.1002/da.20241
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429-451. doi:10.1016/S0272-7358(99)00034-3
- Gullone, E., King, N.J., Tonge, B., Heyne, D., & Ollendick, T.H. (2000). The Fear Survey Schedule for Children - II (FSSC-11): validity data as a treatment outcome measure. *Australian Psychologist*, 35(3), 238-243. doi:10.1080/00050060008257485
- Gullone, E., & Lane, B. (2002). The Fear Survey Schedule for Children-II: a validity examination across response format and instruction type. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(1). 55-67. doi:10.1002/cpp.327
- Hadwin, J. A., Brogan, J., & Stevenson, J. (2005). State anxiety and working memory in children: A test of processing efficiency theory. *Educational Psychology*, 25(4), 379-393. doi:10.1080/01443410500041607
- Heim-Dreger, U. (2007). Implizite Angstdiagnostik bei Grundschulkindern. In D. H. Rost (Eds.), *Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie; Bd. 62*. Münster: Waxmann.

- Heim-Dreger, U., Kohlmann, C-W., Eschenbeck, H., & Burkhardt, U. (2006). Attentional biases for threatening faces in children: vigilant and avoidant processes. *Emotion, 6*(2), 320-325. doi:10.1037/1528-3542.6.2.320
- Heinrichs, N., Saßmann, H., Hahlweg, K., & Perrez, M. (2002). Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. *Psychologische Rundschau, 53*(4), 170-183. doi:10.1026//0033-3042.53.4.170
- Helbig, S., & Petermann, F. (2008). Freier Beitrag: Entwicklungspsychopathologie Sozialer Angststörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56*(3), 211-227. doi:10.1024/1661-4747.56.3.211
- Herrmann, P. (1986). *Validität von Angstindikatoren im Grundschulalter (1. und 3. Schuljahr). Eine Untersuchung zur Angstdiagnostik im Grundschulalter*. Dissertationsschrift der Universität Essen: Druckerei der Diakonie Fachklinik Altenkirchen.
- Hölling, H., Kurth, B.-M., Rothenberger, A., Becker, A., & Schlack, R. (2008). Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 17*(Suppl 1), 34-41. doi:10.1007/s00787-008-1004-1
- Hoyer, J., Beauducel, A., & Franke, G. H. (2003). Kriterien der Angstdiagnostik – Woran der Anwender auch denken muss. In J. Hoyer & J. Margraf (Eds.), *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren* (pp. 77-90). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-18976-0_5
- Hoyer, J., Helbig, S., & Margraf, J. (2005). Diagnostik der Angststörungen. In F. Petermann & H. Holling (Eds.), *Kompendium Psychologische Diagnostik. Band 8*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoyer, J., & Margraf, J. (2003). *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Hudson, J. L., & Dodd, H. F. (2012). Informing early intervention: Preschool predictors of anxiety disorders in middle childhood. *PLoS ONE, 7*(8): e42359. doi:10.1371/journal.pone.0042359
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau, 53*(4), 159-169. doi:10.1026//0033-3042.53.4.159
- In-Albon, T., Dubi, K., Adornetto, C., Blatter-Meunier, J.; & Schneider, S. (2011). Neue Ansätze in der Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und deren Gütekriterien. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 4*, 133-147.
- In-Albon, T., Klein, A., Rinck, M., Becker, E., & Schneider, S. (2008). Development and evaluation of a new paradigm for the assessment of anxiety-disorder-specific interpretation

bias using picture stimuli. *Cognition and Emotion*, 22(3), 422-436.

doi:10.1080/02699930701872293

- In-Albon, T., Meyer, A. H., & Schneider, S. (2013). Separation Anxiety Avoidance Inventory-Child and Parent Version: Psychometric properties and clinical utility in a clinical and school sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(6), 689-697. doi:10.1007/s10578-013-0364-z
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595-599. doi:10.1097/00004583-199207000-00003
- Kemper, C. J. (2010). *Das Persönlichkeitsmerkmal Angstsensitivität: Taxon oder Dimension? - Eine Analyse mit dem Mischverteilungs-Raschmodell*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Kendall, P. C., Puliafico, A. C., Barmish, A. J., Choudhury, M. S., Henin, A., & Treadwell, K. S. (2007). Assessing anxiety with the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1004-1015. doi:10.1016/j.janxdis.2006.10.012
- Kienbaum, J., & Schuhrke, B. (2010). Entwicklungspsychologie der Kindheit. Von der Geburt bis zum 12. Lebensjahr. In B. Lepow & M. von Salisch (Eds.), *Grundriss der Psychologie Band 13*. Stuttgart: Kohlhammer Urban Taschenbücher.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D., Meyer, R., Overmeyer, S., Kaschnitz, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2000). Comparing the German Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 9(4), 271-276. doi:10.1007/s007870070030
- Klauer, K. J. (1993). *Denktraining für Jugendliche: ein Programm zur intellektuellen Förderung; Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Klemmert, H. (2004). *Äquivalenz- und Effekttests in der psychologischen Forschung*. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Krüger, N. (2012). Recording of a normative sample and verification of the quality of the anxiety screening for kids (ASK). In Monduzzi Editore International Proceedings Division: *Conference Proceedings of the XV European Conference on Developmental Psychology*. Bologna: Medimont S.r.l., 349-356.
- Krüger, N. (2011) *Comparative embodiments of the results of expert-questionings referring to a new test for measuring anxiety in childhood: child experts versus professional experts*. Talk presented at the 12th European Conference of Psychology 2011, Istanbul, Turkey.
- Krüger, N. (2010). *Vergleichende Darstellung der Ergebnisse von Expertenbefragungen zu einem neuen Verfahren zur Erfassung von Ängstlichkeit im Grundschulalter: Kinder- vs.*

berufliches Expertenurteil. Forschungsreferat auf dem 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie „erklären entscheiden planen“, Bremen.

- Krüger, N. (2009). *Evaluation von Präventionsprogrammen. Analyse der Effekte des kindzentrierten Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder*. Saarbrücken: VDM.
- Krüger, N. (2007): *Analyse der Effekte des Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder*. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- Krüger, N., & Fiedler, S. (2011a). *Ängstlichkeit im Grundschulalter: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Abhängigkeit der Erhebungsmethode*. Vortrag auf der 20. Fachgruppentagung Entwicklungspsychologie der DGPs, Erfurt.
- Krüger, N., & Fiedler, S. (2011b). *Anxiety in Childhood: Gender specific differences depending on the method of recording*. Poster presented at the 15th European Conference on Developmental Psychology, Bergen, Norway.
- Kühl, S., Bender, C., Kley, H., Krämer, M., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Prävention sozialer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter: Notwendig oder überflüssig? *Verhaltenstherapie*, 20(4), 239-246. doi:10.1159/000321928
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Larsson, B., Melin, L., & Morris, R. J. (2000). Anxiety in Swedish school children: Situational specificity, informant variability and coping strategies. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29(3-4), 127-139. doi:10.1080/028457100300049755
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1502-1510. doi:10.1097/00004583-199611000-00019
- Lazarus-Mainka, G., & Siebeneck, S. (2000). *Angst und Ängstlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Lauth, W., & Mackowiak, K. (2004). Unterrichtsverhalten von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 13(3), 158-166. doi:10.1026/0942-5403.13.3.158
- Lienert, G. A. (1989). *Testaufbau und Testanalyse*. München: PVU.
- Lienert, G. A., & Ratz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. München: PVU.
- Lippa, R.A. (2010). Gender Differences in Personality and Interests: When, Where, and Why? *Social and Personality Psychology Compass*, 4(11), 1098-1110. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00320.x

- Lugt-Tappeser, H., & Schneider, K. (1987). Ängstlichkeit und das Erkunden eines neuen Objektes bei Vorschulkindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19(4), 300-313.
- Macha, T., Proske, A., & Petermann, F. (2005). Allgemeine Entwicklungsdiagnostik. Validität von Entwicklungstests. *Kindheit und Entwicklung*, 14(3), 150-162.
doi:10.1026.0942.5403.14.3.150
- Mack, B. W. (2007). Der Bereichsspezifische Angstfragebogen für Kinder (BAK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(3), 189-197. doi:10.1026/1616-3443.36.3.189
- Mack, B. W. (2002). *Angstdiagnostik bei Kindern: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung spezifischer Ängste bei Kindern*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Mack, B. W., & Schröder, G. (1977). KAL. Angst-Symptom-Liste für Kinder. Entwicklung ökonomischer Angst-Symptom-Listen für die klinische Diagnostik. *Psychologische Beiträge*, 19(4), 426-445.
- Mackowiak, K. (2007). *Ängstlichkeit, Angstbewältigung und Fähigkeiten einer "Theory of mind" im Vorschul- und Grundschulalter: Zusammenhänge zwischen motivationaler und kognitiver Entwicklung*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Mackowiak, K. (1998). *Reihe VI Psychologie, Bd./Vol. 609: Ängstlichkeit, Selbstregulation und Problemlösen im Vorschulalter*. Frankfurt am Main: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Mackowiak, K., & Lengning, A. (2010). *BAV 3-11 - Bochumer Angstverfahren für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Marks, I. (1987). The development of normal fear: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(5), 667-697. doi:10.1111/j.1469-7610.1987.tb01552.x
- Marten DiBartolo, P., & Amie E. Grills, A.E. (2006). Who is best at predicting children's anxiety in response to a social evaluative task? A comparison of child, parent, and teacher reports. *Anxiety Disorders*, 20(5), 630-645. doi:10.1016/j.janxdis.2005.06.003
- Mayring, P. (1983). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- McBurnett, K., Lahey, B. B., Frick, P. J., Risch, C., Loeber, R., Hart, E. L., ... Hanson, K. S. (1991). Anxiety, Inhibition, and Conduct Disorder in Children: II. Relation to Salivary Cortisol. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30 (2), 192-196. doi:10.1097/00004583-199103000-00005
- Melfsen, S., Alpers, G. W., Walitza, S., & Warnke, A. (2006). Angstsensitivität bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Verhaltenstherapie*, 16(1), 25-30.
doi:10.1159/000091595

- Melfsen, S., & Florin, I. (2003). Aspekte emotionaler Kompetenz bei sozial ängstlichen Kindern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(4), 307-314. doi:10.1026//1616-3443.32.4.307
- Melfsen, S., & Florin, I. (2002). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? *Journal of Nonverbal Behavior*, 26(2), 109-126. doi:10.1023/A:1015665521371
- Melfsen, S., & Florin, I. (1997). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern (SASC-R-D). *Kindheit und Entwicklung*, 6, 224-229.
- Melfsen, S., Florin, I., & Walter, H.-J. (1999). Die deutsche Fassung des social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C-D): Psychometrische Eigenschaften und Normierung. *Diagnostica* 45(2), 95-103. doi:10.1026//0012-1924.45.2.95
- Melfsen, S., Florin, I., & Warnke, A. (2001). *SPAIK: Sozialphobie und -angstinventar für Kinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Melfsen, S., & Warnke, A. (2004). Soziale Phobie. In S. Schneider (Eds.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung* (pp. 165-195). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mellor, D., & Moore, K. A. (2014). The use of likert scales with children. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(3), 369-379. doi:10.1093/jpepsy/jst079
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 185-187. doi:10.1080/0954026021000046155
- Menzel, S. (2003). Testbesprechungen: Kinder-Angst-Test II von Franz Thurner und Uwe Tewes (2000). *Kindheit und Entwicklung*, 12(1), 52-53. doi:10.1026//0942-5403.12.1.52
- Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J., & Cully, M. (2000). Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Convergent and divergent validity. *Depression and Anxiety*, 12(2), 85-91. doi:10.1002/1520-6394(2000)12:2<85::AID-DA4>3.0.CO;2-2
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Moretti, M. M., Fine, S., Haley, G., & Marriage, K. (1985). Childhood and adolescent depression: Child-report versus parent-report information. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(3), 298-302. doi:10.1016/S0002-7138(09)61090-6
- Muris, P., Meesters, C., Mayer, B., Bogie, N., Luijten, M., Geebelen, E., ... Smit, C. (2003). The Koala Fear Questionnaire: a standardized self-report scale for assessing fears and fearfulness

- in pre-school and primary school children. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 597–617. doi:10.1016/S0005-7967(02)00098-0
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 13(1), 1-8. doi:10.1007/s00787-003-0298-2
- Muris, P., Merckelbach, H., Kindt, M., Bögels, S., Dreessen, L., Van Dorp, C., ... Snieder, N. (2001). The utility of screen for child anxiety related emotional disorders (scared) as a tool for identifying children at high risk for prevalent anxiety disorders. *Anxiety, Stress, and Coping*, 14(3), 265-283. doi:10.1080/10615800108248357
- Muris, P., Rapee, R., Meesters, C., Schouten, E., & Geers, M. (2003). Threat perception abnormalities in children: the role of anxiety disorders symptoms, chronic anxiety, and state anxiety. *Anxiety Disorders*, 17(3), 271-287 doi:10.1016/S0887-6185(02)00199-8
- Nilsen, T. S., Eisemann, M., & Kvernmo, S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: a systematic review of psychological treatment studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 69-87. doi:10.1007/s00787-012-0316-3
- Noeker, M. (2002). Somatoforme Störungen – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 11(3), 129-139. doi:10.1026//0942-5403.11.3.129
- Noeker, M., & Petermann, F. (2002). Entwicklungspsychopathologie rekurrierender Bauchschmerzen und somatoformer Störungen. *Kindheit und Entwicklung*, 11(3), 152-169. doi:10.1026//0942-5403.11.3.152
- Pace, T. M., Mullins, L. L., Beesley, D., Hill, J. S., & Carson, K. (1999). The relationship between children's emotional and behavioral problems and the social responses of elementary school teachers. *Contemporary Educational Psychology*, 24(2), 140–155. doi:10.1006/ceps.1998.0986
- Pahl, K. M., Barrett, P. M., & Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 311-320. doi:10.1016/j.janxdis.2011.12.013
- Perrin, S., & Last, C. G. (1992). Do Childhood Anxiety Measures Measure Anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(6), 567-578. doi:10.1007/BF00911241
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57. doi:10.1026/0942-5403.14.1.48

- Petermann, F. (2002). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., & Macha, T. (2005). Themenschwerpunkt: Entwicklungsdiagnostik. *Kindheit und Entwicklung*, 14(3), 131-139. doi:10.1026/0942-5403.14.3.131
- Petermann, U., & Petermann, F. (2009). Themenschwerpunkt: Soziale Angst / Soziale Unsicherheit. *Kindheit und Entwicklung*, 18(1), 1-5. doi:10.1026/0942-5403.18.1.1
- Peters, D. (2002). *Angstdiagnostik von Grundschulkindern im Rahmen eines gesundheitsfördernden Therapieprogrammes*. Unveröffentlichte Diplomarbeit des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg.
- Pine, D. D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk of early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56-64. doi:10.1001/archpsyc.55.1.56
- Plück, J., Döpfner, M., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., ... Lehmkuhl, G. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46(8), 566-582.
- Plück, J., Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9(3), 133-142. doi:10.1026//0942-5403.9.3.133
- Prins, P. J. M. (2001). Affective and cognitive processes and the development and maintenance of anxiety and its disorders. In W. K. Silverman & P. D. A. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assessment and intervention* (pp. 23-44). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hagmann-von Arx, P., Meyer, C. S., & Grob, A. (2008). Intelligenz- und Entwicklungsdiagnostik im deutschen Sprachraum. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 232-242. doi:10.1026/0942-5403.17.4.232
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden Band 2: Einführung in die Statistik*. Heidelberg: Springer.
- Ravens-Sieberer, U. (2001). *Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Hamburg: Habilitationsschrift des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (2000). *KINDL^R: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Manual zur revidierten Form*. Retrieved from <http://kindl.org/cms/wp-content/uploads/2009/11/ManGerman.pdf>

- Ravens-Sieberer, U., Ellert, U., & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 810-818. doi: 10.1007/s00103-007-0244-4
- Ravens-Sieberer, U., Görtler, E., & Bullinger, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität aus der Sicht von Kindern, Jugendlichen und Eltern – Eine regionale Erhebung im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. In: M. Bullinger, U. Ravens-Sieberer, & J. Siegrist (Eds.), *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und - soziologischer Perspektive* (pp. 289-303). Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Hölling, H., Bettge, S., & Wietzker, A. (2002). Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen* 2002, 64(1), S30-S35. doi:10.1055/s-2002-39001
- Reiss, S., Silverman, W. K., & Weems, C.F. (2001). Anxiety sensitivity. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (pp. 92-111). New York: Oxford University Press.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., & Poustka, F. (Eds.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Remschmidt, H., & Walter, R. (1990). *Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern (Eine epidemiologische Untersuchung)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch: Testtheorie – Testkonstruktion*. Verlag Hans Huber: Bern.
- Rost, J., & Eid, M. (2009). 14. Kapitel: Mischverteilungsmodelle. In N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider, & R. Schwarzer (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich B: Methodologie und Methoden, Serie IV: Evaluation, Band 1* (pp. 483-524). H. Holling (Eds.): Grundlagen und statistische Methoden der Evaluationsforschung, Hogrefe: Göttingen.
- Rothenberger, A., Becker, A., Erhart, M., Wille, N., Ravens-Sieberer, U., & the BELLA study group (2008). Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (Suppl.1), 99-105. doi:10.1007/s00787-008-1011-2
- Rueter, M. A., Scaramella, L., Wallace, L. E., & Conger, R. D. (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, 56(8), 726-732. doi:10.1001/archpsyc.56.8.726

- Saile, H., & Boger, S. (2009). Geschlecht und Interaktionskontext als Bedingungen sozialer Unsicherheit bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 18*(1), 6-12. doi:10.1026/0942-5403.18.1.6
- Sawyer, M. G., Baghurst, P., & Mathias, J. (1992). Differences between informant's reports describing emotional and behavioral problems in community and clinic-referred children: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 33*(2), 441-449. doi:10.1111/j.1469-7610.1992.tb00878.x
- Schellhaas, B. (1995). Zur Stabilität von Ängstlichkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 27*(2), 157-172.
- Schellhaas, B. (1993). Die Entwicklung der Ängstlichkeit in Kindheit und Jugend. Befunde einer Längsschnittstudie über die Bedeutung der Ängstlichkeit für die Entwicklung der Kognition und des Schulerfolgs. *Studien und Berichte, 55*. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Schlup, B., & Schneider, S. (2009). Kapitel 30: Spezifische Phobien. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 503-529). Berlin: Springer.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien - Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, S. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schneider, S., Adornetto, C., In-Albon, T., Federer, M., & Hensdiek, M. (2009). Psychometrische Eigenschaften und Normierung der deutschen Version des Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38*(3), 175-180. doi:10.1026/1616-3443.38.3.175
- Schneider, S., & Blatter, J. (2009). Kapitel 29: Trennungsangst. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (pp. 481-501). Berlin: Springer.
- Schneider, S., & Blatter, J. (2005). Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann & H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (pp. 643-651). Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S., & Borer, S. (2003). Primäre Prävention von Angststörungen: Evaluation einer Broschüre für Kinder und Jugendliche. *Kindheit und Entwicklung, 12*(2), 111-118. doi:10.1026//0942-5403.12.2.111
- Schneider, S., & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter

Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung*, 13(2), 80-96. doi:10.1026/0942-5403.13.2.80

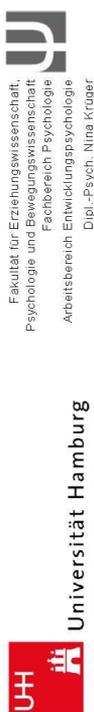
- Schneider, S., & Hensdiek, M. (2003). Panikanfälle und Angstsensitivität im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(3), 219-227. doi:10.1026//1616-3443.32.3.219
- Schneider, S., & In-Albon, T. (2010). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut*, 55(6), 525-540. doi:10.1007/s00278-010-0724-0
- Schneider, S., & In-Albon, T. (2006). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(3), 191-202. doi:10.1024/1422-4917.34.3.191
- Schneider, S., In-Albon, T., Nuendel, B. & Margraf, J. (2013). Parental panic treatment reduces children's long-term psychopathology: A prospective longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 346-348. doi:10.1159/000350448
- Seiffge-Krenke, I., & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 687-697. doi:10.1111/1469-7610.00368
- Seligman, L. D., Ollendick, T. H., Langley, A. K., & Baldacci, H. B. (2004). The utility of measures of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review of the revised children's manifest anxiety scale, the state-trait anxiety inventory for children, and the child behavior checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 557-565. doi:10.1207/s15374424jccp3303_13
- Shaw, D. S., Keenan, K., Vondra, J. I., Delliquadri, E., & Giovanelli, J. (1997). Antecedents of preschool children's internalizing problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1760-1767. doi:10.1097/00004583-199712000-00025
- Simon, E., Bögels, S. M., & Voncken, J. M. (2011). Efficacy of child-focused and parental-focused interventions in a child anxiety prevention study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(2), 204-219. doi:10.1080/15374416.2011.546039
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 225-237, doi:10.1207/s15374424jccp2502_12

- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(3), 319–327. doi:10.1207/S15374424JCCP2903_3
- Stadler, C., Janke, W., & Schmeck, K. (2004). *IVE. Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2014). *Gesundheit und Soziales*. Retrieved from <http://www.statistik-nord.de/daten/gesundheit-und-soziales/>
- Steinhausen, H-C. (2006). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(4), 750-759. doi:10.1207/s15374424jccp3304_10
- Thurner, F., & Tewes, U. (2000). *KAT-II Der Kinder-Angst-Test II Drei Fragebogen zur Erfassung der Ängstlichkeit und von Zustandsängsten bei Kindern ab 9 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Trzaskowski, M., Eley, T. C., Davis, O. S. P., Doherty, S. J., Hanscombe, K. B., Meaburn, E. L., ... Plomin, R. (2013). First genome-wide association study on anxiety-related behaviours in childhood. *PLoS ONE, 8*(4), e58676. doi:10.1371/journal.pone.0058676
- Trzaskowski, M., Zavos, H. M. S., Haworth, C. M. A., Plomin, R., & Eley, T. C. (2012). Stable genetic influence on anxiety-related behaviours across middle childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(1), 85-94. doi:10.1007/s10802-011-9545-z
- Unnewehr, S., Schneider, S., & Margraf, J. (Eds.) (1995). *Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Valla, J-P., Bergeron, L., Bérubé, H., Gaudet, N., & St-Georges, M. (1994). A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 Years): Development, validity, and reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*(4), 403-423. doi:10.1007/BF02168082
- Valla, J-P., Bergeron, L., & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial interview for 6-to 11-y-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 85-93. doi:10.1097/00004583-200001000-00020
- Van Gastel, W., & Ferdinand, R. F. (2008). Screening capacity of the multidimensional anxiety scale for children (MASC) for DSM-IV anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 25*(12), 1046-1052. doi:10.1002/da.20452

- Vasa, R. A., Roberson-Nay, R., Klein, R. G., Mannuzza, S., Moulton, J. L., Guardino, M., ... Pine, D. S. (2007). Memory deficits in children with and at risk for anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 24*(2), 85-94. doi:10.1002/da.20193
- Vasey, M. W., & Macleod, C. (2001). Information-processing factors in childhood anxiety: A review and developmental perspective. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (pp. 253-277). New York: Oxford University Press.
- Von Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L., & Klein, A. M. (2014). Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.12222
- Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E., & Comeau, N. (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders, 18*(5), 695-706. doi:10.1016/S0887-6185(03)00043-4
- Walter, E., Preckel, F., & Mecklenbäuer, S. (2010). *Befragung von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, Methoden und Anwendungsfelder*. Göttingen: Hogrefe.
- Weiber, R., & Mühlhaus, D. (2010). *Strukturgleichungsmodellierung. Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS*. Heidelberg: Springer.
- Weitkamp, K., Romer, G., Rosenthal, S., Wiegand-Grefe, S., & Daniels, J. (2011). Validierung einer deutschen Version des Screen for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) an Kindern und Jugendlichen in ambulanter Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60*(10), 820-834.
- Weitkamp, K., Romer, G., Rosenthal, S., Wiegand-Grefe, S., & Daniels, J. (2010). German Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Reliability, validity, and cross-informant agreement in a clinical sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4*(19), 1-8. doi:10.1186/1753-2000-4-19.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B., & Rauer, W. (1981). *AFS. Angstfragebogen für Schüler*. Göttingen: Hogrefe.
- Woerner, W., Becker, A., & Rothenberger, A. (2004). Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 13*(Suppl 2), 3-10. doi:10.1007/s00787-004-2002-6
- Yeragani, V. K., Radhakrishna Rao, K. A., Pohl, R., Jampala, V. C., & Balon, R. (2001). Heart rate and QT variability in children with anxiety disorders: A preliminary report. *Depression and Anxiety, 13*(2), 72-77. doi:10.1002/da.1019

9 Anhang

9.1 Briefe an die Schulleitungen, LehrerInnen, Eltern und Projektvorstellung Kinder



Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie
Dipl.-Psych. Nina Krüger

Universität Hamburg

UHH, Fachbereich Psychologie, Von-Melle-Park 5, D-20146 Hamburg

Tele. 040-428 38 54 78
Fax 040-428 38 54 92
E-Mail: Nina.Krueger@uni-hamburg.de

XX.XX.XXXX

Sehr geehrte Schulleiterinnen und Schulleiter,

im Rahmen meines Dissertationsprojektes am Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg zu dem Thema „Erhebung einer Normstichprobe und Überprüfung der Güte des Bilder-Angsttests für Kinder (BA-K)“ möchte ich Sie um Ihre Unterstützung bitten.

Bisher gibt es keinen Test zur Ängstlichkeitserfassung von Kindern im Grundschulalter, der auf den Selbstauskünften der Kinder basiert. Dies ist gerade deshalb sehr bedauerlich, da gerade internalisierende Auffälligkeiten oft unentdeckt bleiben, da diese den Lehrern und Eltern weniger über direkte Verhaltensbesonderheiten auffallen. Auch für Präventionsansätze könnten solche Instrumente wie der BA-K einen großen Vorteil bringen, da erwartet wird, dass dieser Test bereits subklinische Ängste (also solche ohne klinische – deutliche Ausprägung) erkennt und sich dieser Test zudem bei Kindern hoher Akzeptanz erfreut.

Dieser Test (BA-K) wurde im Rahmen des *Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder*, das an 4 Hamburger Grundschulen durchgeführt wurde, entwickelt. Da der erste Einsatz dieses Instrumentes sehr vielversprechend verlief, möchte ich im Rahmen meiner Dissertation weitere empirische Daten erheben, um erneute statistische Analysen durchführen zu können und das Instrument gegebenenfalls anschließend einem größeren (wissenschaftlichen und praxis-orientierten) Publikum zugänglich machen.

Für die Interpretation der Ergebnisse werden sowohl die Angaben aus dem Ängstlichkeitsfragebogen als auch weitere Selbstauskünfte und auch Eltern- und Lehrereinschätzungen benötigt. Die Testung mit den Kindern dauert voraussichtlich eine Schulstunde (ca. 45 Minuten) und wird von mir und meinen Mitarbeitern durchgeführt und betreut. Die Kinder sollen zum einen den BA-K ausfüllen und einen weiteren kurzen Fragebogen, der das Einfühlungsvermögen der Kinder erfassen soll. Auch die Eltern und Lehrerinnen sollen auf einem kurzen (2-seitigen) Fragebogen eine Einschätzung über die Stärken und Schwächen des jeweiligen Kindes machen. In einigen wenigen Klassen möchte ich die SchülerInnen nach drei Monaten erneut befragen. Dies wird allerdings nur etwa 30 Minuten dauern, da lediglich der BA-K nochmals zum Einsatz kommt. Die Eltern und Lehrer sollen nicht erneut befragt werden.

Die Ergebnisse der Erhebung werden nur anonymisiert dargestellt, es wird kein Rückschluss auf einzelne Kinder möglich sein, auch können die Eltern jeder Zeit von einer Teilnahme an dem Projekt zurücktreten. Die Gesamtergebnisse der Befragung können die Schulen und Eltern gerne nach Abschluss des Projektes in Form eines Berichtes erhalten.

Universität Hamburg, Tor zur Welt der Wissenschaft

Von-Melle-Park 5, D-20146 Hamburg, www.uni-hamburg.de

Wir bitten nun Sie als SchulleiterIn uns in unserem Projekt zu unterstützen, welches wir gerne in den ersten bis Vierten Klassen Ihrer Schule durchführen möchten. Hierfür wäre es am besten, wenn uns eine Klassenlehrerstunde der jeweiligen Klasse zur Verfügung gestellt werden könnte.

Wir würden uns freuen, Ihre Schule als Teilnehmer an unserem Projekt gewinnen zu können. In Kürze werden wir Kontakt mit Ihnen aufnehmen um Fragen zu klären und gegebenenfalls Termine zu vereinbaren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, mit freundlichen Grüßen,

Nina Krüger

Universität Hamburg, Tor zur Welt der Wissenschaft

Von-Melle-Park 5, D-20146 Hamburg, www.uni-hamburg.de



Universität Hamburg

Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie
Dipl.-Psych. Nina Krüger

UHH | Fachbereich Psychologie | Von-Melle-Park 5 | D-20146 Hamburg

Wir bitten nun Sie als KlassenlehrerIn uns in unserem Projekt zu unterstützen, welches wir gerne in den Ihrer Klasse durchführen möchten. Hierfür wäre es am besten, wenn Sie uns eine Klassenlehrerstunde zur Verfügung stellen könnten.

In Kurze werden wir Kontakt mit Ihnen aufnehmen um Fragen zu klären und gegebenenfalls Termine zu vereinbaren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Ihre zukünftige Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Nina Krüger

Tel. 040-423 33 54 78
Fax 040-423 33 54 92
E-Mail: Nina.krueger@uni-hamburg.de
XX.XX.XXXX

Sehr geehrte/r KlassenlehrerIn,

im Rahmen meines Dissertationsprojektes am Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg zu dem Thema „Erhebung einer Normstichprobe und Überprüfung der Güte des Bilder-Angsttests für Kinder (BA-K)“ möchten wir Sie um Ihre Unterstützung bitten.

Bisher gibt es keinen Test zur Ängstlichkeitserfassung von Kindern im Grundschulalter, der auf den Selbstauskünften der Kinder basiert. Dies ist gerade deshalb sehr bedauerlich, da gerade internalisierende Auffälligkeiten oft unentdeckt bleiben, da diese den Lehrern und Eltern weniger über direkte Verhaltensbesonderheiten auffallen. Auch für Präventionsansätze könnten solche Instrumente wie der BA-K einen großen Vorteil bringen, da erwartet wird, dass dieser Test bereits subklinische Ängste (also solche ohne klinisch – deutliche Ausprägung) erkennt und sich dieser Test zudem bei Kindern hoher Akzeptanz erfreut. Dieser Test (BA-K) wurde im Rahmen des *Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder*, das an 4 Hamburger Grundschulen durchgeführt wurde, entwickelt. Da der erste Einsatz dieses Instrumentes sehr vielversprechend verlief, möchte ich im Rahmen meiner Dissertation weitere empirische Daten erheben, um erneute statistische Analysen durchführen zu können und das Instrument gegebenenfalls anschließend einem größeren (wissenschaftlichen und praxis-orientierten) Publikum zugänglich machen.

Für die Interpretation der Ergebnisse werden sowohl die Angaben aus dem Ängstlichkeitsfragebogen als auch weitere Selbstauskünfte und auch Eltern- und Ihre Einschätzungen benötigt. Die Testung mit den Kindern dauert voraussichtlich eine Schulstunde (ca. 45 Minuten) und wird von mir und meinen Mitarbeitern durchgeführt und betreut. Die Kinder sollen zum einen den BA-K ausfüllen und einen weiteren kurzen Fragebogen, der das Einfühlungsvermögen der Kinder erfassen soll. Auch die Eltern und Sie sollen auf einem kurzen (2-seitigen) Fragebogen eine Einschätzung über die Stärken und Schwächen des jeweiligen Kindes machen. Wir wissen, dass zwei Seiten je teilnehmende/in SchülerIn auszufüllen für Sie einen weiteren Arbeitsaufwand bedeutet und möchten Sie gerne so weit es geht beim Ausfüllen der Fragebögen unterstützen. Sprechen Sie uns also gerne an, wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen. In einigen wenigen Klassen möchten wir die SchülerInnen nach drei Monaten erneut befragen. Dies wird allerdings nur etwa 30 Minuten dauern, da lediglich der BA-K nochmals zum Einsatz kommt. Die Eltern und Sie sollen zu diesem Zeitpunkt nicht erneut befragt werden.

Die Ergebnisse der Erhebung werden nur anonymisiert dargestellt, es wird kein Rückschluss auf einzelne Kinder möglich sein, auch können die Eltern jeder Zeit von einer Teilnahme an dem Projekt zurücktreten. Die Gesamtergebnisse der Befragung können die Schulen und Eltern gerne nach Abschluss des Projektes in Form eines Berichtes erhalten.

Universität Hamburg | Tor zur Welt der Wissenschaft
Von-Melle-Park 5 | D-20146 Hamburg | www.uni-hamburg.de

Universität Hamburg | Tor zur Welt der Wissenschaft
Von-Melle-Park 5 | D-20146 Hamburg | www.uni-hamburg.de

Ängstlichkeit im Grundschulalter

Sehr geehrte Eltern,

Im Rahmen meines Dissertationsprojektes am Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg zu dem Thema „Erhebung einer Normstichprobe und Überprüfung der Güte des Bilder-Angsttests für Kinder (BA-K)“ möchten wir Sie um Ihre Unterstützung bitten.

Bisher gibt es keinen Test zur Ängstlichkeitserfassung von Kindern im Grundschulalter, der auf den Selbstauskünften der Kinder basiert. Dies ist gerade deshalb sehr bedauerlich, da gerade internalisierende Auffälligkeiten oft unentdeckt bleiben, da diese den Lehrern und Eltern weniger über direkte Verhaltensbesonderheiten auffallen. Auch für Präventionsansätze könnten solche Instrumente wie der BA-K einen großen Vorteil bringen, da erwartet wird, dass dieser Test bereits subklinische Ängste (also solche ohne klinisch – deutliche Ausprägung) erkennt und sich dieser Test zudem bei Kindern hoher Akzeptanz erfreut. Dieser Test (BA-K) wurde im Rahmen des *Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder*, das an 4 Hamburger Grundschulen durchgeführt wurde, entwickelt. Da der erste Einsatz dieses Instrumentes sehr vielversprechend verlief, möchte ich im Rahmen meiner Dissertation weitere empirische Daten erheben, um erneute statistische Analysen durchführen zu können und das Instrument gegebenenfalls anschließend einem größeren (wissenschaftlichen und praxis-orientierten) Publikum zugänglich zu machen.

Für die Interpretation der Ergebnisse werden sowohl die Angaben aus dem Ängstlichkeitsfragebogen als auch weitere Selbstauskünfte und auch Eltern- und Lehrereinschätzungen benötigt. Die Testung mit den Kindern dauert voraussichtlich zwei Schulstunden (ca. 90 Minuten) und wird von mir und meinen Mitarbeitern durchgeführt und betreut. Die Kinder sollen zum einen den BA-K ausfüllen und zwei weitere kurze Fragebögen, die Angst bei Kindern erfassen sollen. Der Fragebogen (BA-K) besteht aus Beispielgeschichten von einfachen Alltagssituationen, die den Kindern vorgelesen werden. Anschließend schätzen Ihre Kinder dann ihr eigenes Reaktionsverhalten in solchen Situationen ein. Auch die anderen Fragebögen werden Ihren Kindern vorgelesen.

Neben der Einschätzung der Kinder selbst sollen auch die Klassenlehrerinnen und Sie auf einem kurzen (2-seitigen) Fragebogen die Stärken und Schwächen Ihres Kindes einschätzen. Des Weiteren brauchen wir von Ihnen einige soziodemografische Angaben zu Ihrer Familie.

Alle ausgefüllten Fragebögen werden stets vertraulich behandelt. Die Fragebögen werden in einem abschließbaren Schrank aufbewahrt, zu dem nur die Leitung und wenige Mitarbeiter des Projektes Zugang haben. Nach Abschluss unseres Projektes (voraussichtlich März 2011) werden die Fragebögen dann in einem Aktenvernichter entsorgt.

Um die Kinder- den Elternfragebögen zuordnen zu können, vergeben wir Codenummern. Diese setzen sich aus den ersten drei Buchstaben der Schule Ihres Kindes, der Klasse und einer fortlaufenden Nummer zusammen. Die Referenzliste mit den Codenummern bewahren wir ebenso sorgfältig wie die Fragebögen auf und vernichten diese nach der zweiten Befragung umgehend.

Die Ergebnisse der Erhebung werden stets nur anonymisiert dargestellt, es wird kein Rückschluss auf einzelne Kinder und Familien möglich sein, auch können Sie jeder Zeit von einer Teilnahme an dem Projekt zurücktreten. Die Gesamtergebnisse der Befragung können Sie gerne nach Abschluss des Projektes in Form eines Berichtes erhalten.

Wir bitten nun Sie als Eltern uns in unserem Projekt zu unterstützen, welches wir gerne in der Klasse Ihres Kindes durchführen möchten.

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig und eine Nichtteilnahme bleibt folgenlos. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung, sprechen Sie uns bitte an!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und zukünftige Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Nina Krüger



Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie
Dipl.-Psych. Nina Krüger



UHH · Fachbereich Psychologie · Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg

Tel. 040-428 38 54 78
Fax 040-428 38 54 92
E-Mail: Nina.Krueger@uni-hamburg.de
XX.XX.XXXX

Liebe Eltern,
im Rahmen meiner Doktorarbeit in der Entwicklungspsychologie der Universität Hamburg beschäftige ich mich mit dem Thema Ängstlichkeit im Grundschulalter. Dieses Thema liegt mir sehr am Herzen, da Kinder mit einer Angstproblematik, ganz im Gegensatz zu Kindern mit anderen Problemen, nicht so sehr Beachtung finden.

Um Ängstlichkeit in so einem jungen Alter zu erfassen, fehlen bisher sowohl ansprechende als auch wissenschaftlich überprüfte Fragebögen. Um den von uns entwickelten Fragebogen nun zu überprüfen, möchten wir gerne Ihr Kind befragen. Die Befragung dauert insgesamt zwei Schulstunden (90 Minuten) und wird von meinen Mitarbeitern und mir im Klassenraum durchgeführt. Unser Fragebogen besteht aus einem kleinen Heft mit 13 Zeichnungen von Kindern, zu denen wir jeweils kurze Geschichten vorlesen und anschließend fragen, wie gut sie das, was da beschrieben wurde, von sich selbst kennen. Unsere Erfahrung ist, dass sie Kinder mit viel Freude an unserer Befragung teilnehmen und sich freuen, dass Erwachsene sie nach ihrem Erleben befragen. Um zu überprüfen, wie gut unser Fragebogen ist, werden wir den Kindern in der Zeit zwei weitere Fragebögen vorlesen. Die Fragebögen der Kinder, von Ihnen und den LehrerInnen werten wir anonym aus, d.h., jedes Kind bekommt eine Codenummer, damit wir die Eltern- und LehrerInnen-Fragebögen denen der Kinder zuordnen können, aber die Namen notieren wir nicht. (Dieser Kurzbeschreibung ist der „lange Elternbrief“ beigelegt, der unser Projekt noch genauer beschreibt.)

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie und Ihr Kind bereit wären unser Projekt zu unterstützen!

Mit freundlichem Gruß-

Nina Krüger

**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten für die Teilnahme am Projekt
Ängstlichkeit im Grundschulalter – Rückgabe bitte bis spätestens zum 21.06.2010**

Hiermit erkläre/n ich/wir uns damit einverstanden nicht einverstanden,

dass mein/unser Kind _____ an dem Projekt teilnimmt.

Diese Teilnahme beinhaltet neben der 90minütigen schriftlichen Befragung meines/unseres Kindes, dass ich/wir und der/die Klassenlehrer/in einen zweiseitigen Fragebogen zur Beurteilung des Befindens meines Kindes ausfülle/n. Auf einem weiteren kurzen Fragebogen werde ich einige kurze soziodemografische Angaben zu unserer Familie machen.

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig und eine Nichtteilnahme bleibt folgenlos. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Universität Hamburg · Tor zur Welt der Wissenschaft

Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg · www.uni-hamburg.de



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

UHH | Fachbereich Psychologie | Von-Melle-Park 5 | 20146 Hamburg



Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie
und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Arbeitsbereich
Entwicklungspsychologie
Dipl.-Psych. Nina Krüger

Tele. 040-428 38 5478
Fax 040-428 38 5492
nina.krueger@uni-hamburg.de

01.03.2011

An die Eltern der SchülerInnen
der Grundschule Mustername/Musterstraße

Ängstlichkeit von Kindern

Liebe Eltern,

im Rahmen meines Dissertationsprojektes am Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg möchten mein Team und ich Sie um Ihre Unterstützung bitten.

Bisher gibt es keinen Test zur Ängstlichkeitserfassung von Kindern im Grundschulalter, der auf den Selbstauskünften der Kinder basiert. Ich möchte mit meiner Doktorarbeit einem Test zum Durchbruch verhelfen, der diesen Mangel beseitigen könnte.

Ängstliche Kinder fallen weniger auf, was dazu führt, dass ihre Verhaltensbesonderheiten oft unentdeckt bleiben. Ein wissenschaftlich abgesicherter Ängstlichkeitstest könnte für Präventionsansätze von großem Vorteil sein, da frühzeitiger als bisher Schule und Elternhaus zusammen gezielt unterstützen können.

In den letzten Jahren habe ich an der Entwicklung des Ängstlichkeitstests „BA-K“ mitgewirkt und darüber meine Diplomarbeit geschrieben. BA-K wurde im Rahmen des *Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder* entwickelt. BA-K testet die Ängstlichkeit von Kindern im Grundschulalter auf der Basis ihrer Selbstauskünfte. In einer Pilotphase wurde BA-K bisher an vier Hamburger Grundschulen erprobt.

Die Ergebnisse der Pilotphase waren so viel versprechend, dass ich im Rahmen meiner Doktorarbeit den praktischen Nutzen von BA-K anhand eines größeren Stichprobe von Kindern im Grundschulalter überprüfe. Die zuständigen Behörden der betroffenen Bundesländer Hamburg und Schleswig-Holstein haben diese Tests grundsätzlich genehmigt. Bisher haben an 11 Hamburger Grundschulen Eltern von fast 500 Kindern mein Anliegen unterstützt und ihre Kinder an ihren Schulen von mir und meinem Team testen lassen. Ich nehme grundsätzlich an jedem Test persönlich teil.

Wie läuft ein BA-K Test ab?

In den BA-K Test fließen die Angaben aus den Ängstlichkeitsfragebögen sowie Eltern- und Lehrereinschätzungen ein. Der Test mit den Kindern aus der ersten bis dritten Klasse dauert eine Schulstunde, für die Vierklässler in der Regel zwei Schulstunden. Die jüngeren Kinder füllen nur den BA-K Test aus, die Kinder 4. Klasse zusätzlich zwei weitere kurze Fragebögen, die uns helfen, die Qualität unseres Tests noch besser einzuschätzen. Der BA-K Fragebogen besteht aus Beispielsituationen von einfachen Alltagssituationen, die den Kindern vorgelesen werden. Anschließend schätzen Ihre Kinder ihr eigenes Reaktionsverhalten in solchen Situationen ein. Auch die zusätzlichen Fragebögen werden von mir und meinem Team vorgelesen.

Des Weiteren bitten wir Sie und die Klassenlehrerinnen auf einem kurzen zweiseitigen Fragebogen die Stärken und Schwächen Ihres Kindes einzuschätzen. Schlussendlich benötigen wir von Ihnen einige wenige Angaben zu Ihrer Familiensituation.

— 2 —

Nach etwa vier Wochen befragen wir Ihre Kinder erneut, um die Erstergebnisse exakter einschätzen zu können. Diese Befragung wird erfahrungsgemäß weniger Zeit beanspruchen, da die Kinder uns und den Test ja schon kennen gelernt haben. Von Ihnen und den LehrerInnen benötigen wir keine erneuten Angaben.

Wie sicher sind die Daten?

Alle ausgefüllten Fragebögen werden vertraulich behandelt. Die Fragebögen werden in einem abschließbaren Schrank aufbewahrt, zu dem nur die Leitung und wenige Mitarbeiter des Projektes Zugang haben. Nach Abschluss unseres Projektes (voraussichtlich März 2013) werden die Fragebögen in einem Aktenvernichter entsorgt.

Um die Kinder- den Elternfragebögen zuzuordnen zu können, vergeben wir Codenummern. Diese setzen sich aus den ersten drei Buchstaben der Schule ihres Kindes, der Klasse und einer fortlaufenden Nummer zusammen. Die Referenzliste mit den Codenummern bewahren wir ebenso sorgfältig wie die Fragebögen auf und vernichten diese nach der zweiten Befragung.

Die Ergebnisse der Erhebung werden stets nur so dargestellt, dass ein Rückschluss auf einzelne Kinder und Familien unmöglich ist.

Wie können Sie mein Dissertationsprojekt unterstützen?

Sie können mich und mein Team dadurch unterstützen, indem Sie schriftlich dem BA-K Test Ihres Kindes an seiner Grundschule zustimmen. Ein entsprechendes Formular finden Sie anbei. Leitung und Lehrerkollegium Ihrer Grundschule haben bereits grundsätzlich die Durchführung des BA-K Tests befürwortet. Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig, eine Nichtteilnahme bleibt selbstverständlich folgenlos. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Für Fragen stehe ich Ihnen gerne telefonisch unter (040) 428 38 5478 zur Verfügung. Sie können auch gerne unter meiner Email-Adresse nina.krueger@uni-hamburg.de mit mir Kontakt aufnehmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und eventuellen Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Nina Krüger



Universität Hamburg

DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

UHH · Fachbereich Psychologie · Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg

An die Eltern der SchülerInnen
der Musterschule

XX.XX.XXXX



Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und
Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie
Dipl.-Psych. Nina Krüger

Tel. 040-428 38 5478
Fax 040-428 38 5492
nina.krueger@uni-hamburg.de

Liebe Eltern,

im Rahmen meiner Doktorarbeit in der Entwicklungspsychologie der Universität Hamburg beschäftige ich mich mit dem Thema Ängstlichkeit im Grundschulalter. Dieses Thema liegt mir sehr am Herzen, da Kinder mit einer Angstproblematik, ganz im Gegensatz zu Kindern mit anderen Problemen, nicht so sehr Beachtung finden.

Um Ängstlichkeit in so einem jungen Alter zu erfassen, fehlen bisher sowohl ansprechende als auch wissenschaftlich überprüfte Fragebögen. Um den von uns entwickelten Fragebogen nun zu überprüfen, möchten wir gerne Ihr Kind befragen. Die Befragung dauert insgesamt zwei Schulstunden (90 Minuten) für die älteren Kinder (4. Klasse) bzw. eine (45 Minuten) für die jüngeren Kinder (1.- 3. Klasse) und wird von meinen Mitarbeitern und mir im Klassenraum durchgeführt. Unser Fragebogen besteht aus einem kleinen Heft mit 13 Zeichnungen von Kindern, zu denen wir jeweils kurze Geschichten vorlesen und anschließend fragen, wie gut sie das, was da beschrieben wurde, von sich selbst kennen. Unsere Erfahrung ist, dass sie Kinder mit viel Freude an unserer Befragung teilnehmen und sich freuen, dass Erwachsene sie nach ihrem Erleben befragen. Um zu überprüfen, wie gut unser Fragebogen ist, werden wir den älteren Kindern in der Zeit zwei weitere Fragebögen vorlesen. Nach etwa vier Wochen wollen wir Ihre Kinder dann erneut mit den Geschichten befragen. Diese Befragung wird erfahrungsgemäß sehr viel schneller gehen (etwa 30 Minuten), da die Kinder uns und den Test dann ja schon kennen gelernt haben. Von Ihnen und den LehrerInnen brauchen wir dann keine erneuten Angaben. Die Fragebögen der Kinder, von Ihnen und den LehrerInnen werten wir anonym aus, d.h., jedes Kind bekommt eine Codenummer, damit wir die Eltern- und LehrerInnen-Fragebögen denen der Kinder zuordnen können, aber die Namen notieren wir nicht. (Dieser Kurzbeschreibung ist der „lange Elternbrief“ beigefügt, der unser Projekt noch genauer beschreibt.)

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie und Ihr Kind bereit wären unser Projekt zu unterstützen!

Mit freundlichem Gruß-

Nina Krüger

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten für die Teilnahme am Projekt *Ängstlichkeit im Grundschulalter* – Rückgabe bitte bis spätestens zum xx.xx.xxxx

Hiermit erkläre/n ich/wir uns damit einverstanden nicht einverstanden,

dass mein/unser Kind _____ an dem Projekt teilnimmt.

Diese Teilnahme beinhaltet neben der 45 bzw. 90minütigen schriftlichen Befragung meines/unseres Kindes, dass ich/wir und der/die Klassenlehrer/in einen zweiseitigen Fragebogen zur Beurteilung des Befindens meines Kindes ausfülle/n. Auf einem weiteren kurzen Fragebogen werde ich einige kurze soziodemografische Angaben zu unserer Familie machen.

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig und eine Nichtteilnahme bleibt folgenlos. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Projektvorstellung für die Kinder:

Hallo!

Wir heißen ... und sind von der Universität Hamburg, davon habt Ihr vielleicht schon mal gehört, das ist so was Ähnliches wie eine Schule für Erwachsene. Da kann man zum Beispiel lernen, wie man Lehrer oder Arzt oder Psychologe wird, so wie wir.

Die Psychologie interessiert sich ja unter anderem dafür, wie Menschen denken und fühlen oder wie man ihnen helfen kann, wenn es ihnen nicht so gut geht.

Wir interessieren uns für die Gefühle von Kindern und ganz besonders für Ängstlichkeit. Angst kennt ja eigentlich jeder, der eine hat Angst vor Hunden oder davor, anderen Kindern etwas vorzumachen. Da das nicht bei jedem Kind gleich ist, also nicht jedes Kind vor den gleichen Dingen Angst hat und auch nicht vor allem gleich stark, möchten wir gerne von Euch wissen vor was Ihr Angst hast und wie doll.

Wir möchten das alles von Euch wissen, weil eben häufig die Erwachsenen gefragt werden, ob sie glauben, dass ein Kind ängstlich ist, aber Angst kann man einem Kind ja gar nicht unbedingt von Außen ansehen, das ist ja ein Gefühl. Und deswegen finden wir es wichtig auch mal Euch Kinder zu fragen, denn Ihr wisst am Besten, wie doll und vor was Ihr manchmal Angst habt.

Wir möchten Euch heute etwa 20 Minuten lang ein paar Geschichten erzählen und Fragen stellen, die wir mitgebracht haben. Dazu haben wir heute ein Heft mitgebracht mit einigen Bildern, zu denen wir Euch Geschichten vorlesen werden und Euch dann fragen werden, ob Ihr das so wie es in der Geschichte erzählt wird auch bei Euch kennt. Wie das mit dem Heft genau geht, erklären wir Euch gleich noch mal genauer. Wichtig ist, dass Du ganz ehrlich antwortest, es gibt dabei keine richtigen Antworten, richtig ist, wie Du das für Dich denkst und fühlst.

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig und eine Nichtteilnahme bleibt folgenlos. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Das heißt, dass Du uns helfen kannst ist für uns ganz toll, aber Du musst das nicht, das heißt, Du machst das freiwillig. Auch kannst Du später noch entscheiden, ob Du doch nicht mehr mitmachen willst. Was Du genau geantwortet hast, erzählen wir nachher keinem, nicht Deinen Eltern.

9.2 Briefe an Praxiseinrichtungen, Eltern und Kinder in ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlung

Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie



Universität Hamburg

UHH, Fachbereich Psychologie, Von-Melle-Park 5, D-20146 Hamburg

Tel. 040-428 38 54 78
Fax 040-428 38 54 92
E-Mail: nina.krueger@uni-hamburg.de

23.08.2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meines Dissertationsprojekts am Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg zum Thema „Erhebung einer Normstichprobe und Überprüfung der Güte des Bilder-Ängsttests für Kinder (BA-K)“ möchte ich Sie um Ihre Unterstützung bitten.

Ziel der Untersuchung

Bisher gibt es keinen gut überprüften Test zur Ängstlichkeitsfassung von Kindern im Grundschulalter, der auf Selbstauskünften der Kinder basiert. Dies ist deshalb sehr bedauerlich, da gerade internalisierende Auffälligkeiten oft unentdeckt bleiben, weil sie den Lehrern und Eltern weniger über direkte Verhaltensbesonderheiten auffallen. Der BA-K wurde am Arbeitsbereich Psychodiagnostik und –therapie von Kindern, Jugendlichen und Familien (damaliger Leiter Prof. Dr. Schmidchen) im Rahmen des *Präventionsprogramms Löwenherz zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität ängstlicher Grundschul Kinder*, das an 4 Hamburger Grundschulen durchgeführt wurde, entwickelt und bereits eingesetzt. Da dieser erste Einsatz sehr vielversprechend verlief, möchte ich im Rahmen meiner Dissertation weitere empirische Daten erheben, um erneute statistische Analysen durchführen zu können und das Instrument gegebenenfalls anschließend einem größeren (wissenschaftlichen und praxis-orientierten) Publikum zugänglich zu machen. Wir haben im Vorfeld bereits eine Stichprobe von ca. 430 Schülern an Hamburger Grundschulen erhoben. Ziel dieses Anschreibens ist es, eine klinische Referenzstichprobe zur weiteren Überprüfung der Güte des BA-K zu erheben. So soll die Erhebung neben einfachen Mittelwertvergleichen zur Grundschulreferenzstichprobe (kriteriumsbezogene Validität) auch der Bestimmung von Sensitivität und Spezifität dienen.

Für die Interpretation der Ergebnisse werden sowohl die Angaben aus dem Ängstlichkeitsfragebogen als auch Elternmenschätzung sowie Ihre Angaben über eventuelle Diagnosen nach ICD oder DSM und die Dauer der Therapie benötigt (hierfür einbinden die Eltern Sie von Ihrer Schweigepflicht). Für die Untersuchung sind vor allem die Kinder mit internalisierenden Auffälligkeiten (Somatisierung, Depressionen, Angststörungen) relevant.

Universität Hamburg · Tor zur Welt der Wissenschaft
Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg · www.uni-hamburg.de

Ablauf und Inhalt der Untersuchung

Die Testung mit den Kindern dauert voraussichtlich etwa 30 Minuten (ca. 20 Minuten Testung und etwa 10 Minuten Ein- und Ausklang) und wird von mir und meinen Mitarbeitern durchgeführt und betreut. Den Kindern werden alle Items des BA-K wie auch die Instruktionen vorgelesen, um das Verständnis auch bei eventual geringen Lesekompetenzen sicherzustellen. Die Eltern sollen mit Hilfe eines kurzen Fragebogens (2 Seiten) eine Einschätzung über die Stärken und Schwächen des Kindes abgeben. Sollten Sie bereits den SDQ oder die CBCL von den Eltern erhoben haben, greifen wir gern auf diesen zurück und ersparen den Eltern so zusätzlichen Aufwand.

Wir würden Sie bitten die Eltern- und Kindinformationen an Kinder auszuteilen, die die Kriterien unserer Untersuchung erfüllen. Die Eltern setzen sich bei Einverständnis und Interesse mit uns in Verbindung und wir vereinbaren in Rücksprache mit Ihnen einen Befragungstermin, der im Anschluss an eine der Therapiestunden des Kindes liegen wird. Die Befragung sollte idealerweise in den Räumlichkeiten Ihrer Einrichtung stattfinden, um sicherzugehen, dass die Umgebung dem Kind vertraut ist und ein ausgebildeter Therapeut in der Nähe ist, um eventuell bei einem Ausklang zu unterstützen.

Freiwilligkeit und Anonymität

Die Ergebnisse der Erhebung werden nur anonymisiert dargestellt, es wird kein Rückschluss auf einzelne Kinder, Praxen oder Therapeuten möglich sein, auch können die Eltern jederzeit von einer Teilnahme an dem Projekt zurücktreten. Die eventuellen Diagnosen und Angaben zur Dauer der Therapie wie auch die Kinderfragebögen werden noch vor Ort pseudonymisiert. Die Zuordnungslisten werden in einem abschließbaren Stahlschrank etwa 2 Jahre von uns verwahrt. Eine digitale Sicherung der Daten wird etwa 10 Jahre von der Projektleitung aufbewahrt.

Ein positives Votum der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie liegt vor.

Was nutzt die Teilnahme?

Die Gesamtergebnisse der Befragung können wir Ihnen gerne nach Abschluss des Projektes in Form eines Berichts zukommen lassen. Einzelne Ergebnisse zu den Kindern werden wir allerdings nicht weitergeben können. Wir bieten Ihnen jedoch an, Ihnen einige BA-K-Fragebögen und eine Anleitung sowie erste Referenzwerte der Grundschulstichprobe zur Verfügung zu stellen, sodass Sie das Instrument selbst einsetzen können.

Wir würden uns freuen wenn wir Sie als Teilnehmer/in an unserem Projekt gewinnen können. Wenn Sie Interesse daran haben uns bei unserer Studie zu unterstützen oder weitere Fragen haben erreichen Sie uns telefonisch unter der oben genannten Nummer, immer montags von 10 – 11 Uhr, oder per Email (Forschungsgruppe.EP.UHH@googlemail.com). Wir würden uns sehr freuen von Ihnen zu hören.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, mit freundlichen Grüßen,

Nina Krüger und Mitarbeiter

Universität Hamburg · Tor zur Welt der Wissenschaft
Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg · www.uni-hamburg.de

Hamburg, im Januar 2012

Tel. 040-428 38 54 78
Fax 040-428 38 54 92
E-Mail: nina.krueger@uni-hamburg.de

Informationsblatt über die Studie: „Ängstlichkeit im Grundschulalter“

Liebe Eltern,

der Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie der Universität Hamburg überprüft derzeit einen Fragebogen zu Ängstlichkeit von Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren. Im Rahmen dieser Studie möchten wir gerne Ihr Kind befragen. Dieses Schreiben dient dazu, Sie als Eltern über unsere Studie zu informieren.

Ziel der Untersuchung

Der Bilder-Angsttest für Kinder (BA-K) wurde bereits vor einigen Jahren entwickelt, aber bisher nicht auf seine Güte und Einsatzmöglichkeiten hin überprüft. Dazu ist es unter anderem üblich, Kinder, die eine Auffälligkeit in diesem Bereich (Ängstlichkeit, Depression oder ähnliches) haben, zu befragen und zu untersuchen, wie sich die Mittelwerte dieser Kinder von denen einer Grundschulkindergruppe unterscheiden.

Ablauf und Inhalt der Untersuchung

Wenn Sie und Ihr Kind mit der Teilnahme einverstanden sind, geben Sie bitte die beiliegende Einverständniserklärung an den Therapeuten Ihres Kindes. Dieser wird sich dann mit mir per mail in Verbindung setzen und einen Termin vereinbaren. (Sie brauchen bei der Befragung Ihres Kindes nicht anwesend sein.) Nach einer kurzen Vorstellung wird das Kind nach seinem Einverständnis gefragt und anschließend 20 Minuten lang der BA-K vorgelesen. Dieser besteht aus insgesamt 14 Beispielschichten mit Bildern von einfachen Alltagssituationen, wie zum Beispiel die Geschichte von *Linda, die in der Schule vorlesen soll, dafür auch geübt hat, aber als sie drangenommen wird, ganz aufgeregt ist und gar nicht mehr sprechen kann und am liebsten wegläufen würde*. Anschließend wird Ihr Kind dann gefragt, wie sehr es das von sich selbst kennt, was da in der Geschichte beschrieben worden ist. Im Anschluss nehme ich mir noch etwas Zeit, damit wir etwas malen oder sprechen können. Insgesamt dauert die Befragung etwa 30 Minuten.

Neben der Einschätzung der Kinder selbst möchten wir weitere Informationen zu Ihrer Einschätzung (CBCL oder SDQ) und des Therapeuten Ihres Kindes (Diagnose und bisherige Dauer der Betreuung durch die Einrichtung) erhalten.

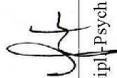
Freiwilligkeit und Anonymität

Die Teilnahme Ihres Kindes sowie Ihre eigene Teilnahme an unserer Studie sind freiwillig. Neben den Mitarbeitern, die die Befragungen durchführen, wird keine weitere Person über Ihren Namen informiert. Diejenigen Mitarbeiter, die durch direkten Kontakt mit Ihnen über personenbezogene Daten verfügen, stehen unter Schweigepflicht. Alle Informationen, die wir im Rahmen des Projekts von Ihnen erhalten, werden absolut vertraulich behandelt. Bei der Auswertung und Aufbereitung Ihrer Daten werden wir die Unterlagen kodieren, so dass keine Rückschlüsse mehr auf Sie und Ihr Kind erfolgen können. Zwei Jahre nach der Auswertung werden alle personenbezogenen Informationen komplett vernichtet. Bis dahin werden die Unterlagen in einem abschließbaren Schrank aufbewahrt. Eine nachträgliche Löschung der Daten kann Ihrerseits so lange verlangt werden, wie diese Daten noch vorhanden sind. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Was nutzt die Teilnahme?

Sie und ihr Kind würden einen erheblichen Beitrag zur Entwicklung dieses neuen Ängstlichkeits-Fragebogens für Kinder leisten. Dadurch könnte es in Zukunft möglich sein, frühzeitig Ängste zu erkennen und den Kindern und Familien somit Unterstützung anzubieten. Den Kindern möchten wir als Dankeschön ein paar Buntstifte und ein Heft des Bilder-Angsttests für Kinder schenken.

Hamburg, im Januar 2012



Dipl.-Psych. Nina Krüger



Universität Hamburg

UHH · Fachbereich Psychologie · Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg

Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie



Arbeitsbereich
Entwicklungspsychologie

Dipl.-Psych. Nina Krüger

Nina.Krueger@uni-hamburg.de

Tel.: 040-42838-5478

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten für die Teilnahme am Forschungsprojekt

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Studie „Ängstlichkeit im Grundschulalter“ im Rahmen eines Forschungsprojektes durchgeführt wird.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass alle Informationen, die im Rahmen des Projektes von mir und meinem Kind gesammelt werden absolut vertraulich behandelt werden.

Schweigepflicht:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass alle Informationen, die im Rahmen des Projektes von mir und meinem Kind gesammelt werden, absolut vertraulich behandelt werden. Das heißt, mein Name und der Name meines Kindes sind auf keinem Fragebogen zu sehen und auch bei der Auswertung werden ausschließlich anonymisierte Unterlagen verwendet.

Freiwilligkeit:

Meine Teilnahme und die meines Kindes sind freiwillig, und ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Teilnahme und die meines Kindes jederzeit beenden kann, ohne dass uns daraus Nachteile entstehen.

Ich habe die Informationen über die Verwertung der im Rahmen des Forschungsprojektes erhobenen Daten sorgfältig gelesen und verstanden.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von mir ausgefüllte Fragebögen (CBCL oder SDQ) sowie Angaben zur Therapiedauer und –grund durch den Therapeuten weitergegeben werden und bin einverstanden mit der Teilnahme meines Kindes an der Befragung.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass die im Rahmen des Forschungsprojektes erhobenen Daten in anonymisierter Form von den Mitarbeiter/innen des Projektes zu Forschungszwecken verwendet werden.

_____, den _____

Unterschrift
des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin

Unterschrift
des Teilnehmers/der Teilnehmerin





Fakultät für Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Bewegungswissenschaft
Fachbereich Psychologie
Arbeitsbereich
Entwicklungspsychologie
Dipl.-Psych. Nina Krüger



UHH · Fachbereich Psychologie · Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg

Hamburg, im Juni 2011

Tel. 040-428 38 54 78
Fax 040-428 38 54 92
E-Mail: nina.krueger@uni-hamburg.de

Hallo Kinder!

Ich heiße Nina Krüger und bin von der Universität Hamburg, davon hast Du vielleicht schon mal gehört, das ist so was Ähnliches wie eine Schule für Erwachsene. Da kann man zum Beispiel lernen, wie man Lehrer oder Arzt oder Psychologe wird, so wie ich.

Die Psychologie interessiert sich ja unter anderem dafür, wie Menschen denken und fühlen oder wie man ihnen helfen kann, wenn es ihnen nicht so gut geht.

Ich interessiere mich für die Gefühle von Kindern und ganz besonders für Ängstlichkeit.

Angst kennt ja eigentlich jeder, der eine hat Angst vor Hunden oder davor, anderen Kindern etwas vorzumachen. Da das nicht bei jedem Kind gleich ist, also nicht jedes Kind vor den gleichen Dingen Angst hat und auch nicht vor allem gleich stark, möchte ich gerne von Dir wissen vor was Du Angst hast und wie doll.

Ich möchte das alles von Dir wissen, weil eben häufig die Erwachsenen gefragt werden, ob sie glauben, dass ein Kind ängstlich ist, aber Angst kann man einem Kind ja gar nicht unbedingt von Außen ansehen, das ist ja ein Gefühl. Und deswegen finde ich es wichtig auch mal Euch Kinder zu fragen, denn Du weißt am Besten, wie doll und vor was Du manchmal Angst hast.

Ich möchte Dir etwa 20 Minuten lang ein paar Geschichten erzählen und Fragen stellen. Dazu bringe ich ein Heft mit einigen Bildern mit, zu denen ich Dir Geschichten vorlesen werde und Dich dann fragen werde, ob Du das so wie es in der Geschichte erzählt wird auch bei Dir kennst. Wie das mit dem Heft genau geht, erkläre ich Dir dann noch mal genauer.

Die Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig und eine Nichtteilnahme bleibt folgenlos. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Das heißt, dass Du uns helfen kannst ist für uns ganz toll, aber Du musst das nicht, das heißt, Du machst das freiwillig. Auch kannst Du später noch entscheiden, ob Du doch nicht mehr mitmachen willst. Was Du genau geantwortet hast, erzählen wir nachher keinem, nicht Deinen Eltern und auch nicht den Therapeuten.

Wenn Du Dich entschieden hast, ob Du gerne mitmachen möchtest oder nicht, kannst Du das hier ankreuzen und Deinen Namen darunter schreiben.

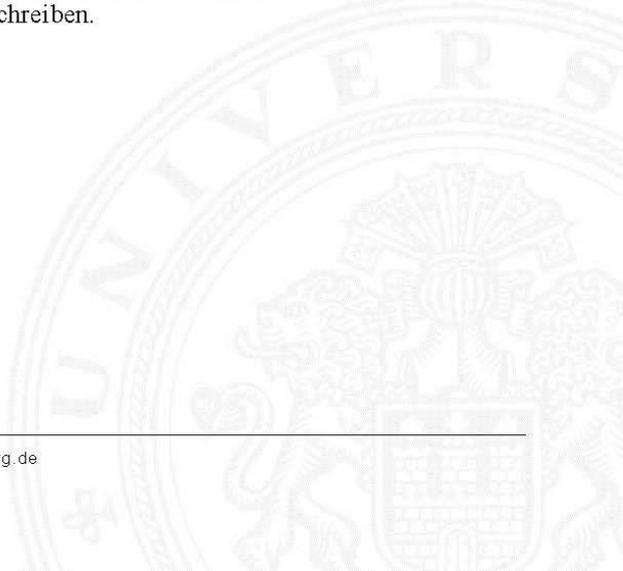
Ich möchte bei der Befragung mitmachen:

- Ja
 Nein

Deine Unterschrift/Name

Universität Hamburg · Tor zur Welt der Wissenschaft

Von-Melle-Park 5 · D-20146 Hamburg · www.uni-hamburg.de



9.3 *Genehmigungen Schulbehörde, Kultusministerium und Ethikkommission*



Institut für Bildungsmonitoring · Beltgens Garten 25 · 20537 Hamburg

Nina Krüger
 Universität Hamburg, Fakultät 4 - EPB
 Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie
 Von-Melle-Park 5
 20146 Hamburg

Norbert Maritzen
 Direktor

Beltgens Garten 25
 20537 Hamburg

Telefon (040) 428 851 - 321
 Fax (040) 428 851 - 325

Norbert.Maritzen@ifbm.hamburg.de
 www.bildungsmonitoring.hamburg.de

31. März 2009

Wissenschaftliche Untersuchungen an Hamburger Schulen

hier: Genehmigung der Durchführung von Datenerhebungen im Rahmen der Erhebung einer Normstichprobe und der Überprüfung der Güte des Bilder-Angsttests für Kinder

Sehr geehrte Frau Krüger,

die von Ihnen eingereichten Unterlagen zur oben genannten Untersuchung wurden im Institut für Bildungsmonitoring geprüft. Dem Vorhaben stehen keine fachlichen und datenschutzrechtlichen Bedenken entgegen.

Bitte geben Sie den Schulleitungen der beteiligten Schulen und den beteiligten Lehrkräften dieses Schreiben zur Kenntnis.

Abschließend bitte ich Sie, zu gegebener Zeit einen Bericht an das Institut für Bildungsmonitoring (BM 21) zu senden.

Mit freundlichen Grüßen

Norbert Maritzen



Ministerium für Bildung
und Frauen
des Landes Schleswig-Holstein

Ministerium für Bildung und Frauen |
Postfach 7124 | 24171 Kiel

Frau Dipl.-Psych. Nina Krüger
Universität Hamburg
Fachbereich Psychologie
Von-Mélie-Park 5
20146 Hamburg

Ihr Zeichen: /
Ihre Nachricht vom: /
Mein Zeichen: III 405
Meine Nachricht vom: /

Marion Wulf
marion.wulf@mbf.landsh.de
Telefon: 0431 988-2319
Telefax: 0431 988-2533

08. April 2009

Wissenschaftliche Untersuchungen an Schulen des Landes Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Frau Krüger,

die zuständige Schulaufsicht hat der von Ihnen beabsichtigten Durchführung einer wissenschaftlichen Untersuchung an Grundschulen zum Thema „Erhebung einer Normenstichprobe und Überprüfung der Güte des Bilder-Angsttests für Kinder (BA-K)“ zugestimmt.

Hiermit genehmige ich das Vorhaben unter dem Vorbehalt, dass die Bestimmungen der §§ 32 und 63 Abs. 2 Nr. 4 des Schleswig-Holsteinischen Schulgesetzes (vgl. Anlage) entsprechend eingehalten werden. Dies Schreiben dient gleichzeitig zur Vorlage in den Schulen.

Da die Untersuchungsergebnisse des von Ihnen geplanten Projekts auch für mich interessant sein könnten, bitte ich nach Abschluss der Arbeiten um Übersendung der Ergebnisauswertung.

Mit freundlichen Grüßen

Marion Wulf
Marion Wulf

1 Anlage

Dienstgebäude Brunswiker Straße 16 - 22, 24105 Kiel | Telefon 0431 9 88-0 | Telefax 0431 9 88-58 88 |
Poststelle@mbf.landsh.de | www.mbf.schleswig-holstein.de | Bushalbe 22, 32, 33, 51, 62 |
E-Mail-Adressen: Kein Zugang für elektronisch signierte oder verschlüsselte Dokumente

SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES SCHULGESETZ - Auszug -

vom 24. Januar 2007 (GVOBl.Schl.-H. Nr. 3 vom 08. Februar 2007)

§ 32

Wissenschaftliche Forschung in Schulen

(1) Wissenschaftliche Forschungsvorhaben in den Schulen bedürfen der Genehmigung des für Bildung zuständigen Ministeriums.

(2) Personenbezogene Daten dürfen im Rahmen eines Forschungsvorhabens nur mit schriftlichem Einverständnis der Eltern oder der volljährigen Schülerin oder des volljährigen Schülers erhoben und verarbeitet werden. Die Betroffenen sind vorher auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Erhebung hinzuweisen; sie sind hierbei über das Ziel und den wesentlichen Inhalt des Forschungsvorhabens, die Art ihrer Beteiligung an der Untersuchung sowie über die Verarbeitung der erhobenen Daten aufzuklären. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren, sobald dies ohne Beeinträchtigung des Erfolges der Untersuchung möglich ist; sie dürfen nur im Rahmen des genehmigten Forschungsvorhabens verarbeitet und nicht an Dritte übermittelt werden.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für wissenschaftliche Untersuchungen in Schulen, die vom für Bildung zuständigen Ministerium oder in dessen Auftrage durchgeführt werden, jedoch nicht für Praktika und Prüfungsarbeiten im Rahmen der Lehrer- ausbildung.

§ 63

Aufgaben und Verfahren der Schulkonferenz

(2) Die Schulkonferenz ist anzuhören und kann eine Stellungnahme abgeben

4. vor der Genehmigung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben an der Schule.



Ethik-Kommission DGPs/psychologie - Universität Trier - D-54286 Trier

Frau
Dipl. Psych. Nina Krüger
Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und
Bewegungswissenschaft
Universität Hamburg
D - xxxxxx Hamburg

via E-Mail: nina.krueger@uni-hamburg.de

Ethik-Kommission der DGPs
Voritz: Prof. Dr. Sigrun-Heide Filipp

c/o Universität Trier
Fachbereich I Psychologie
D-52486 Trier
Telefon (telefonisch nicht erreichbar)
Telefax +49 (0) 651 - 201 3913
Email: filipp@uni-trier.de

Trier, den 21. November 2010
NK 102010

- o Ebenso sollte von einer „Pseudonymisierung“ (= Kodierung) und nicht von einer Anonymisierung der Daten die Rede sein.
- o Der dritte Satz auf S. 9 (Testinstruktion) ist unverständlich und sollte verändert werden („umso besser kennst du das Verhalten und die Gefühle aus der Geschichte erzählt“).

Im Vertrauen darauf, dass Sie diese Punkte aufgreifen werden, verzichtet die Kommission auf eine Wiedervorfrage Ihres Antrages. Im Namen der Kommission wünsche ich Ihnen eine erfolgreiche Durchführung Ihres Dissertationsvorhabens.

Mit freundlichen Grüßen aus Trier

(Sigrun-Heide Filipp)

P. S. Bitte geben Sie im Falle künftiger Antragstellungen Titel Ihres Vorhabens und Ihre vollständige Kontaktadresse an.

Sehr geehrte Frau Krüger,

die Ethikkommission hat Ihnen am 13. Oktober 2010 eingereichten Antrag zu dem Forschungsvorhaben betreffend die

Überprüfung der Güte des Bilder-Angsttest für Kinder (BA-K) anhand einer klinischen Referenzstichprobe (aus dem Antragstext)

zwischenzeitlich bearbeitet. Sie bewertet Ihr Vorhaben als „ethisch unbedenklich“ - ungeachtet der Vermutung, dass einige der Bildergeschichten des BA-K weniger Angst, sondern eher depressive und psychosomatische Symptome erfassen.

Allerdings sind einige eher marginale Punkte zu beachten, die umzusetzen Sie gebeten werden.

- o Da die Konfrontation mit Bildergeschichten über Ängste anderer Kinder bei den Studienteilnehmern Angst auslösen kann, planen Sie, zum Ausklang der Testsituation etwa fünf bis zehn Minuten für gemeinsames Spielen vorzusehen. Hier sollten Sie zusätzliche Vorkehrungen treffen, sofern diese Zeit nicht ausreicht, um Ängste seitens der Kinder abzubauen. Da die Test-Sitzung in den Räumen des Therapeuten durchgeführt werden soll, ist vorzusehen, dass dieser ggf. hinzugezogen werden kann..
- o Der Begriff „Somatisierung“ im Elternaufklärungsblatt ist für Laien wenig verständlich und sollte allgemeinverständlich umschrieben werden.

9.4 *Das Ängstlichkeitsscreening für Kinder (ÄSK): Testheft*

Wie in der Druckfreigabe empfohlen, wurden alle Abbildungen (Testheft, Anleitung, Expertenrating, Referenztabelle) aus dem Anhang dieser Arbeit entfernt, um eine spätere Veröffentlichung des Verfahrens zu ermöglichen.

9.5 *Das Ängstlichkeitsscreening für Kinder (ÄSK): Anleitung*

Wie in der Druckfreigabe empfohlen, wurden alle Abbildungen (Testheft, Anleitung, Expertenrating, Referenztabellen) aus dem Anhang dieser Arbeit entfernt, um eine spätere Veröffentlichung des Verfahrens zu ermöglichen.

9.6 Ausführliche Übersicht über andere Messverfahren zur Erfassung von Ängstlichkeit

Test & Autor(en)	Konstrukt(e)	Altersbereich	Art	Durchführungsdauer	Itemanzahl	Antwortformat	Objektivität	Interne Konsistenz	Retest-Reliabilität	Validität	Normen	Weitere Besonderheiten
AFS Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau, & Rauer (1981)	Prüfungsangst, allgemeine (manifeste) Angst und Schulunlust	9 – 17 Jahre	Individual- und Gruppentest Fragebogen	ca. 15 Minuten	50	Dichotom (stimmt – stimmt nicht)	Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt vor	zwischen $\alpha = .67$ und $\alpha = .85$	nach einem Monat zwischen $r_{tt} = .67$ und $r_{tt} = .77$ (N=368)	Die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt vor. Gruppenvergleiche liegen zu Prüfungsbedingungen und hoch- vs. niedrig ängstliche Kinder liegen vor.	Geschlechts- und altersspezifische T- und Prozentrangwerte (N=2 374) Jedoch nicht aktuell	Vergleich Lehrerurteile
Angstinterview Becker, Lohaus, Frebel, & Kiefert (2002)	Typische Ängste des Vorschulalters (z.B. vor Tieren, vor Trennungen, vor imaginären Kreaturen, etc.)	5 – 6 Jahre	Individualtest Interview	15 – 20 Minuten	21 bzw. 7*3	1 – 5	Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor	zwischen $\alpha = .84$ (N=166) und $\alpha = .90$ (N=120)	nach zwei Wochen: $r_{tt} = .68$ (für die 7 Bereiche: zwischen $r_{tt} = .41$ und $r_{tt} = .63$ (N=134)	Verhaltensbeobachtungen und Elternurteile als Maß konvergenter Validität liegen vor.	Bisher liegen weder Normen noch Vergleichswerte vor.	
BAK Mack (2007; 2002); Mack & Schröder (1977)	Bereichsspezifische Ängste (z.B. vor Naturgewalten, vor Trennungen, im Schulbereich, etc.)	Ab etwa 8 Jahren	Individual- und Gruppentest Fragebogen	Keine Angabe	56	0 – 3 und 0 – 4 (0=keine Angst, 3=starke Angst, 4=sehr starke Angst)	Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor	zwischen $\alpha = .82$ und $\alpha = .87$	Keine Angabe	Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch (für Fremd- und Selbsturteil gemeinsam) überprüft. Zusätzlich wurde eine Kreuzvalidierung vorgenommen. Die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt (AFS und KAT) vor.	Vergleichswerte von N=181 Grundschulern und N=232 Schülern vor (N=188 Schulkinder, 5. – 9. Klasse und N=44 klinisch auffällige Kinder)	Vergleich Elternurteile für die klinische Stichprobe
B-BAT Dubi & Schneider (2011; 2009)	Ängstlichkeit und Vermeidung	4 – 8 Jahre	Individualtest Interview für die Kinder	30 Minuten	21	Dichotom (Kreise)	Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor	zwischen $\alpha = .76$ und $\alpha = .87$	nach 4-6 Wochen: zwischen $r_{tt} = .65$ und $r_{tt} = .71$ (N=22)	Die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt vor. Sign. Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Angststörungen	Vergleichswerte von (N=153 Schulkinder, N=52 Kinder mit einer Angststörung und N=19 Kontrollgruppe)	Expertenvalidierung (n=21) Interrater-Reliabilitäten: $.79 - 1.0$

<p>BAV 3-11 Mackowiak (2007); Mackowiack & Lengning (2010)</p>	<p>soziale Ängste, kognitive Ängste, Sorgen und Befürchtungen, Ängste vor Verletzung und körperlicher Beeinträchtigung, Phobien</p>	<p>3 bis 11 Jahren</p>	<p>Individualtest Interview für die Kinder Fragebogen für die Eltern</p>	<p>ca. 20–30 min</p>	<p>26</p>	<p>1 – 5</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt vor</p>	<p>zwischen $\alpha = .64$ und $.86$; Paralleltest-Reliabilität: zwischen $r = .70$ und $.78$</p>	<p>nach 2 Wochen: zwischen $r_{it} = .74$ und $r_{it} = .80$ (N=82)</p>	<p>Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch überprüft, die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren sowie durch Vergleiche mit Elternurteilen. Darüber hinaus wurden die intraindividuellen Veränderungen bei wiederholter Durchführung (nach 1½ Jahren) analysiert.</p>	<p>Normierungsstichprobe Kinder: N = 1 065; Eltern: N = 1 046. Es liegen geschlechts- und altersgruppierte T-Werte und Prozentränge vor.</p>	<p>Selbst- und Fremdauskünfte</p>
<p>German SCARED-C Essau, Muris, & Ederer (2002); Weitkamp, Romer, Rosenthal, Wiegand-Grefe, & Daniels (2011; 2010)</p>	<p>Generalisierte Angst, Sozialphobie, Trennungsangst, Panikstörung, Schulangst</p>	<p>7 – 12 Jahre</p>	<p>Individual- und Gruppentest Fragebogen</p>	<p>10 Minuten</p>	<p>41</p>	<p>0 – 2 (stimmt nicht oder nie, stimmt manchmal und stimmt oder stimmt oft)</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor</p>	<p>zwischen $\alpha = .66$ und $.81$ und $\alpha = .91$ für die Gesamtskala</p>	<p>Zeitintervall nicht angegeben: zwischen $r_{it} = .70$ und $r_{it} = .90$ (N=nicht angegeben)</p>	<p>Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch überprüft, die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren sowie durch Vergleiche mit Elternurteilen.</p>	<p>Alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte für N=556 8 bis 12-jährige Grundschüler N=61 Selbsturteile von Kindern und Jugendlichen in psychotherapeutischer Behandlung</p>	<p>Parallele Kinder- und Elternversion, Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kindern werden angegeben</p>
<p>KAH Federer, Margraf, & Schneider (2000); Federer, Schneider, Margraf, & Herrle (2000); Federer, Stüber, Margraf, Schneider, & Herrle (2001)</p>	<p>Panische, agoraphobische und soziale Ängstlichkeit</p>	<p>ab 8 Jahren</p>	<p>Individual- und Gruppentest Bilderheft, zu dem die Items vorgelesen werden</p>	<p>Etwa 50 Minuten</p>	<p>10 – 14</p>	<p>1 – 4 (Kreise)</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor</p>	<p>$\alpha = .83$; Split-half: $.72$ und Spearman-Brown: $.84$</p>	<p>Zeitintervall nicht angegeben: $r_{it} = .72$ (N=56)</p>	<p>$r = .31 - .43$ mit dem KASI Sign. Unterschiede zwischen nicht auffälligen und klinisch oder subklinisch auffälligen Kindern</p>	<p>Vergleichswerte von N=826 Zweitklässlern</p>	<p>N=230 Kinder und deren Eltern wurden zusätzlich mit weiteren Instrumenten befragt</p>

<p>KASI Schneider (2004); Schneider, Adornetto, In-Albon, Federer, & Hensdiek (2009); Schneider & Hensdiek (2003)</p>	<p>Angstsensitivität</p>	<p>8 – 17 Jahre</p>	<p>Individual- und Gruppentest Fragebogen</p>	<p>10 Minuten</p>	<p>17 (18)</p>	<p>0 – 2 (gar nicht, manchmal, häufig)</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor</p>	<p>zwischen $\alpha = .79$ und $.80$</p>	<p>Keine Angabe</p>	<p>Die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt vor. Sign. Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Agoraphobie und Trennungsangst; keine sign. Unterschiede bei spezifischen und sozialen Phobien</p>	<p>Normstichprobe von 12 bis 16-jährigen Schülern (N=1 235), N=230 Zweitklässler (siehe KAH), N=64 10 – 17-jährige Kinder von Angstpatienten</p>	
<p>KAT II Thurner & Tewes (2000); Menzel (2003)</p>	<p>Trait-Ängstlichkeit, Pro- und retrospektive State-Ängstlichkeit</p>	<p>9 – 15 Jahre</p>	<p>Individual- und Gruppentest Fragebogen</p>	<p>bis 30 Minuten</p>	<p>18 (20)</p>	<p>Dichotom (Ja – Nein)</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt vor</p>	<p>zwischen $\alpha = .77$ und $.81$</p>	<p>Zeitintervall nicht angegeben: $r_{tt} = .80$ (N=151)</p>	<p>Die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt vor.</p>	<p>Geschlechtsspezifische Zentil- und Prozentrangwertefür N=2 037</p>	
<p>PHOKI Döpfner, Schnabel, Goletz, & Ollendick (2006); vgl. Gerlach (2007)</p>	<p>Ängste vor verschiedenen Objekten und Situationen</p>	<p>8 – 19 Jahre</p>	<p>Keine Angabe Fragebogen</p>	<p>Etwa 15 Minuten</p>	<p>96 (+2)</p>	<p>1 – 3</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt vor</p>	<p>zwischen $\alpha = .72$ und $.89$</p>	<p>Keine Angabe</p>	<p>Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch überprüft Zur kriterienbezogene Validität werden keine Angaben gemacht</p>	<p>Alters- und geschlechtsspezifische Referenzwerte für N=277</p>	
<p>SAAI-C/P In-Albon, Meyer, & Schneider (2013)</p>	<p>Vermeidungsverhalten vor Trennungsangstsituationen</p>	<p>4 – 15</p>	<p>Individual- und Gruppentest Fragebogen</p>	<p>k. A.</p>	<p>12</p>	<p>0 – 4 (nie, selten, die Hälfte der Zeit, meistens, immer)</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor</p>	<p>Kinder: zwischen $\alpha = .81$ und $.84$ E: zwischen $\alpha = .76$ und $.89$</p>	<p>Jeweils nach vier Wochen: $r_{tt} = .80$ (n=102 Schulkinder) $r_{tt} = .82$ (n=150 Eltern von Schulkindern) $r_{tt} = .80$ (n=63 klinisch auffällige Kinder)</p>	<p>Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch überprüft, die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt vor Für Eltern- und Kindversion: Sign. Unterschiede zwischen Kindern mit Trennungsangst, Kinder mit anderen Angststörungen und den Schulkindern</p>	<p>Vergleichswerte von (N=384 Schulkinder, N=102 Kinder mit Trennungsangst und N= 35 Kinder mit einer Angststörung)</p>	<p>Parallele Kinder- und Elternversion, Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kindern werden angegeben</p>

<p>SASC-R-D Melfsen & Florin (1997)</p>	<p>Soziale Angst (Fear of Negative Evaluation and Social Avoidance and Distress)</p>	<p>8 – 16 Jahre</p>	<p>Individual- und Gruppentest Fragebogen</p>	<p>10 – 25 Minuten</p>	<p>18</p>	<p>1 – 5</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor</p>	<p>zwischen $\alpha = .71$ und $.83$</p>	<p>nach 2 Wochen: zwischen $r_{tt} = .74$ und $r_{tt} = .84$ (n=40) nach 4 Wochen: zwischen $r_{tt} = .82$ und $r_{tt} = .85$ (n=103)</p>	<p>Die Konstruktvalidität wurde faktorenanalytisch überprüft, die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt vor Sign. Unterschiede zwischen Kindern mit Sozialphobie, Kindern mit starken sozialen Ängsten und sozial nicht ängstlichen Kindern</p>	<p>Alters- und geschlechtsspezifische Normen mit Prozenträngen für N=627 Schüler im Alter von 8 bis 16 Jahren</p>	
<p>SÄKK Melfsen & Warnke (2004) ; Graf, Gerlach, & Melfsen (2007)</p>	<p>Positive und Negative Selbstbewertung, Bewältigungsgedanken</p>	<p>8 – 13 Jahre</p>	<p>Individual- und Gruppentest Fragebogen</p>	<p>Keine Angabe</p>	<p>27</p>	<p>1 – 4</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt (noch) nicht vor</p>	<p>zwischen $\alpha = .84$ und $.91$</p>	<p>Keine Angabe</p>	<p>Die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit einem anderen Fragebogenverfahren liegt (SPAIK) vor.</p>	<p>Geschlechtsspezifische Prozentrangwerte für N=597</p>	
<p>SPAIK Melfsen, Florin, & Walter (1999); Melfsen, Florin, & Warnke (2001); vgl. Finck & Stöbel-Richter (2004)</p>	<p>Soziale Phobien und soziale Ängste</p>	<p>8 – 16 Jahre</p>	<p>Individual- und Gruppentest Fragebogen</p>	<p>25 Minuten</p>	<p>26</p>	<p>0 – 2</p>	<p>Handbuch zur Durchführung und Auswertung liegt vor</p>	<p>$\alpha = .92$</p>	<p>nach 2 Wochen: $r_{tt} = .85$ (n=39) nach 4 Wochen: $r_{tt} = .84$ (n=87)</p>	<p>Die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Fragebogenverfahren liegt vor. Sign. Unterschiede zwischen sozialphobischen und sozial nicht ängstlichen Kindern und Jugendlichen sowie zwischen sozialphobischen Kindern und Jugendlichen und solchen mit anderweitigen Angststörungen (N=145)</p>	<p>Geschlechtsspezifische Prozentrangwerte und T-Werte für N=1 197</p>	

9.7 *Verwendete Testverfahren zur Überprüfung der Güte des ÄSK*

Empathie Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen (IVE) von Stadler, Janke und Schmeck (2004)

Codenummer: _____

Alter: _____ Jahre

Junge

Mädchen

Geburtsdatum: _____

Heutiges Datum: _____

Im Folgenden findest du eine Reihe von Aussagen. Bitte lies jeden Satz sorgfältig durch und überlege dir, ob er auch auf dich zutrifft oder nicht.

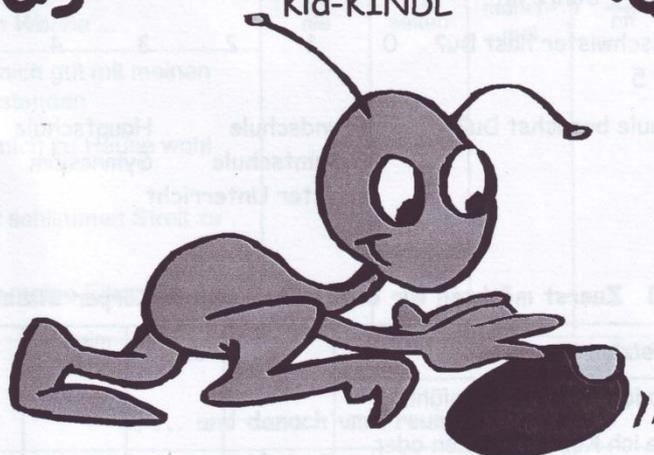
Umkreise dann entweder **Ja** oder **Nein**. Lasse bitte keine Aussage aus und versuche dich auf alle Fälle immer entweder für ja oder nein zu entscheiden. Arbeite zügig und denke nicht zu lange nach. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Gefragt ist deine ganz persönliche Meinung.

- | | | |
|---|-----------|-------------|
| 1. Ich habe Mitleid mit einem Kind, das neu in der Klasse ist. | Ja | Nein |
| 2. Es macht mich traurig, wenn mir jemand etwas Trauriges erzählt. | Ja | Nein |
| 3. Es bedrückt mich, wenn ich sehe, dass jemand ausgelacht wird. | Ja | Nein |
| 4. Kinder, die schüchtern sind, tun mir leid. | Ja | Nein |
| 5. Ich werde traurig, wenn einer meiner Freunde unglücklich ist. | Ja | Nein |
| 6. Es tut mir weh, wenn ich sehe, dass ein Tier schlecht behandelt wird. | Ja | Nein |
| 7. Es nimmt mich sehr mit, wenn ich jemanden weinen sehe. | Ja | Nein |
| 8. Kinder, die niemanden zum Spielen finden, tun mir leid. | Ja | Nein |
| 9. Ich mache mir Sorgen, wenn sich andere in meiner Umgebung Sorgen machen. | Ja | Nein |
| 10. Wenn ich Entscheidungen treffe, mache ich mir viele Gedanken darüber, wie sich andere dabei fühlen. | Ja | Nein |
| 11. Ich spüre oft Mitgefühl für Leute, denen es schlechter geht als mir. | Ja | Nein |
| 12. Ich kann mir gut vorstellen, wie sich jemand fühlt, der sehr einsam ist. | Ja | Nein |
| 13. Es bedrückt mich, wenn ich jemandem eine schlechte Nachricht erzählen muss. | Ja | Nein |
| 14. Manchmal ist mir zum Weinen, wenn ich im Fernsehen einen traurigen Film sehe. | Ja | Nein |
| 15. Kinder, die oft gehänselt werden, tun mir leid. | Ja | Nein |
| 16. Ich bin glücklich, wenn ich mit fröhlichen Kindern zusammen bin und traurig, wenn ich mit unglücklichen Kindern zusammen bin. | Ja | Nein |

Revidierter KINDer Lebensqualitätsfragebogen (KINDL^R) von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000)

Fragebogen für Kinder

Kid-KINDL^R



Hallo,

wir möchten gerne wissen, wie es Dir zur Zeit geht. Dazu haben wir uns einige Fragen ausgedacht und bitten Dich um Deine Antwort.

- ⇒ Lies bitte jede Frage durch,
- ⇒ überlege, wie es in der letzten Woche war,
- ⇒ kreuze die Antwort an, die am besten zu Dir paßt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Wichtig ist uns Deine Meinung.

Ein Beispiel: 	nie	selten	manchmal	oft	Immer
In der letzten Woche habe ich gerne Musik gehört				✗	

Bogen ausgefüllt am:

Tag/Monat/Jahr

PLATZ
FÜR AUFKLEBER
ODER
ID-NUMMER

Bitte sage uns zunächst etwas zu Dir. Kreuze an oder trage ein!

Ich bin ein Mädchen Junge

Ich bin _____ Jahre alt

Wieviele Geschwister hast Du? 0 1 2 3 4
über 5

Welche Schule besuchst Du?

Grundschule
Gesamtschule
privater Unterricht

Hauptschule
Gymnasium
Realschule
Sonderschule



1. Zuerst möchten wir etwas über Deinen Körper wissen, ...

In der letzten Woche ...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... habe ich mich krank gefühlt					
2. ... halte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen					
3. ... war ich müde und schlapp					
4. ... hatte ich viel Kraft und Ausdauer					

2. ... dann etwas darüber, wie Du Dich fühlst ...

In der letzten Woche ...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt					
2. ... war mir langweilig					
3. ... habe ich mich allein gefühlt					
4. ... habe ich Angst gehabt					

3. ... und was Du selbst von Dir hältst.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... war ich stolz auf mich					
2. ... fand ich mich gut					
3. ... mochte ich mich selbst leiden					
4. ... hatte ich viele gute Ideen					

4. In den nächsten Fragen geht es um Deine Familie ...

In der letzten Woche ...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden					
2. ... habe ich mich zu Hause wohl gefühlt					
3. ... hatten wir schlimmen Streit zu Hause					
4. ... haben mir meine Eltern Sachen verboten					

5. ... und danach um Freunde.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... habe ich mit Freunden gespielt					
2. ... mochten mich die anderen Kinder					
3. ... habe ich mich mit meinen Freunden gut verstanden					
4. ... hatte ich das Gefühl, daß ich anders bin als die anderen					

6. Nun möchten wir noch etwas über die Schule wissen.

In der letzten Woche ...	nie	selten	manch- mal	oft	immer
1. ... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft					
2. ... hat mir der Unterricht Spaß gemacht					
3. ... habe ich mich auf die nächsten Wochen gefreut					
4. ... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt					

Der Kinder-Angst-Test II (KAT-II) von Thurner und Tewes (2000)

KAT II (Fragebogen Form A)

Anweisung:

Bitte beantworte der Reihe nach die folgenden Fragen so, wie es für dich zutrifft. Hinter jeder Frage steht ein „JA“ und ein „NEIN“. Hast du dich für das „JA“ entschieden, dann machst du um das „JA“ einen Kreis. Trifft für dich eher das „NEIN“ zu, dann machst du um das „NEIN“ einen Kreis. Überlege bei den einzelnen Fragen nicht zu lange und achte darauf, dass du keine Frage auslässt. Verschiedene Leute brauchen zur Beantwortung verschieden lange. Es gibt keine „guten“ oder „schlechten“ Antworten.

Bitte einen Kreis um die richtige Antwort machen.

1. Manche Kinder haben weniger Angst vor Tieren als ich.	Ja	Nein
2. Manchmal fühle ich mich auch dann allein, wenn andere Menschen um mich sind.	Ja	Nein
3. Ich leide oft unter Kopfschmerzen.	Nein	Ja
4. Ich mache mir oft Sorgen, wenn ich abends im Bett liege.	Ja	Nein
5. Ich habe oft den Eindruck, anderen gefällt meine Art nicht.	Ja	Nein
6. Ich mache mir fast immer irgendwelche Sorgen.	Ja	Nein
7. Ich glaube, dass den meisten anderen alles leichter fällt als mir.	Ja	Nein
8. Zuhause werde ich fast täglich ermahnt, vorsichtig zu sein.	Ja	Nein
9. Ich mache mir häufig Sorgen darüber, ob ich in der Schule ausgeschimpft oder bestraft werde.	Nein	Ja
10. Ich glaube, ich mache mir mehr Sorgen um meine Schulleistungen als die meisten meiner Mitschüler, die ungefähr die gleichen Noten haben wie ich.	Ja	Nein
11. Ich mache mir manchmal Sorgen um die Zukunft.	Ja	Nein
12. Ich fürchte oft, dass ich krank werden könnte oder dass mir sonst etwas Schlimmes zustoßen könnte.	Nein	Ja
13. Ich bin häufig nervös.	Ja	Nein
14. Ich glaube, bei Klassenarbeiten oder Prüfungen bin ich aufgeregter als die meisten Mitschüler.	Ja	Nein
15. Fast jeden Tag habe ich wegen irgendetwas ein schlechtes Gewissen.	Ja	Nein
16. Ich mache mir häufig Sorgen darüber, wie sich meine Eltern mir gegenüber verhalten werden.	Nein	Ja
17. Ich bin leicht verzagt.	Nein	Ja
18. Ich fühle mich oft schlecht.	Ja	Nein
19. Mich kann leicht etwas beunruhigen.	Ja	Nein
20. Ich erlebe oft Angst.	Nein	Ja

Codenummer: _____

Hast du auch keine Frage ausgelassen?

Kinder-Angstsensitivitätsindex (KASI) von Schneider, Adornetto, In-Albon, Federer, & Hensdiek, (2009)

KASI

Auf dieser und der folgenden Seite findest Du eine Reihe von Gefühlen und Gedanken, die Jungen und Mädchen haben können. Bitte lies diese Gefühle und Gedanken aufmerksam durch und mach ein Kreuz in das Kästchen, das auf dich zutrifft. Dabei gibt es keine falschen Antworten, es geht nur darum, jeweils das Wort anzukreuzen, das Dich am besten beschreibt

	gar nicht	manchmal	häufig
1. Ich möchte nicht, dass andere Menschen es merken, wenn ich mich ängstlich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn ich mich nicht auf meine Schulaufgaben konzentrieren kann, befürchte ich, verrückt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es macht mir Angst, wenn ich mich zittrig fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es macht mir Angst, wenn ich mich so fühle, als ob ich in Ohnmacht fallen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es ist wichtig für mich, meine Gefühle unter Kontrolle zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es macht mir Angst, wenn mein Herz schnell schlägt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es ist mir peinlich, wenn mein Magen knurrt (Geräusche macht).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es macht mir Angst, wenn ich mich so fühle, als ob ich mich übergeben muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich merke, dass mein Herz schnell schlägt, fürchte ich, dass etwas mit mir nicht in Ordnung sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es macht mir Angst, wenn ich Schwierigkeiten habe, Luft zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich Bauchschmerzen habe, fürchte ich, dass ich richtig krank sein könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es macht mir Angst, wenn ich mich nicht auf meine Schulaufgaben konzentrieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Andere Kinder können es merken, wenn ich mich ängstlich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ungewöhnliche Körpergefühle machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn ich Angst habe, fürchte ich, verrückt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es macht mir Angst, wenn ich mich nervös fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich mag es nicht, meine Gefühle zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Komische Gefühle in meinem Körper machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codenummer: _____

Datum: _____

Child Behavior Check List für 4- bis 18-jährige (CBCL 4/18) von Achenbach (1991)

Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen - CBCL/4-18

Name (des Kindes): _____

Tätigkeit der Eltern: (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt)
Bitte genaue Bezeichnung, z.B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann: _____

Tätigkeit des Vaters: _____

Tätigkeit der Mutter: _____

Fragebogen ausgefüllt von: Anderen (z.B. Oma, Erzieher): _____ Mutter Vater

Geburtsdatum: (des Kindes) Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Datum heute: Tag: _____ Monat: _____ Jahr: _____

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Menschen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Sie können zusätzliche Bemerkungen dazu schreiben, wenn es Ihnen erforderlich erscheint.

I. Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt, z.B. Fußball, Radfahren, Schwimmen, Tischtennis usw. ...

<input type="checkbox"/> keine	Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr	Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?	Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich weiß es nicht	ich weiß weniger gut
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

II. Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbies oder Spiele Ihres Kindes, z.B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln, Singen, Lesen, mit Puppen oder Autos spielen usw. (außer Sport, Radiohören, Fernsehen).

<input type="checkbox"/> keine	Ich weiß es nicht	weniger	gleich viel	mehr	Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen?	Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen?
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich weiß es nicht	ich weiß weniger gut
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

III. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen oder Gruppen an?

<input type="checkbox"/> keine	Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen?
a.	ich weiß es nicht
b.	weniger aktiv
c.	gleich aktiv
	aktiver

IV. Welche Arbeiten oder Pflichten übernimmt Ihr Kind innerhalb oder außerhalb des Haushalts, z.B. Spülen, Kinderhüten, Zeitungen austragen usw.?

<input type="checkbox"/> keine	Wie gut verrichtet Ihr Kind diese Arbeiten oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen?
a.	ich weiß es nicht
b.	weniger gut
c.	gleich gut
	besser

Bezug: Altersgruppe Kinder-, Jugendlicher- und Familiengruppen (KJFG), Gesamtskizze KJFG, 200 Kine, für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50931 Köln
Unserbeständig geschützt © T.M. Achenbach, 1991 und A. von der Gabelmann. Jeder Nachdruck ist ohne schriftlichen Nachdruck verboten.

V. 1. Wieviele Freunde hat Ihr Kind? (bitte Geschwister nicht mitzählen) keine einen zwei bis drei vier oder mehr

2. Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden? (bitte Geschwister nicht mitzählen) weniger als einmal ein- bis zweimal dreimal oder häufiger

VI. Vergleichen mit Gleichaltrigen:

a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?	schlechter	etwa gleich	besser
b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind alleine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. 1. Gegenwärtige Schulleistungen (für Kinder ab 6 Jahren): besucht keine Schule

a. Lesen, Deutsch	ungenügend	durchschnittlich	überdurchschnittlich
b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Rechnen oder Mathematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Naturwissenschaften (falls zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. andere Fächer (wie Erdkunde, Fremdsprachen, Kunst, Musik, Sport usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Besucht Ihr Kind eine Sonderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung (z.B. Integrationskind)? nein ja, bitte genaue Beschreibung: _____

3. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt nein ja, welche und warum: _____

4. Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten? nein ja, bitte beschreiben: _____

Wann fingen die Probleme an? _____
 Haben diese Probleme aufgehört? Nein ja, wann: _____

Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? ja nein ja wenn ja, bitte beschreiben: _____

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen? _____

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten? _____

(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft **genau so** oder **häufig** zu beobachten war. Kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn Ihr Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft **genau so** oder **häufig** zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft **etwas** oder **manchmal** auftrat, die Ziffer 1, wenn Sie für Ihr Kind **nicht zutrifft**, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
1. Verhält sich zu jung für sein/ihre Alter	..... 0 1 2	..... 0 1 2
2. Leidet unter Heuschreckenplagen oder anderen Allergien; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
3. Streitet oder widerspricht viel	..... 0 1 2	..... 0 1 2
4. Hat Asthma	..... 0 1 2	..... 0 1 2
5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge	..... 0 1 2	..... 0 1 2
6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein	..... 0 1 2	..... 0 1 2
7. Gibt an, schneidet auf	..... 0 1 2	..... 0 1 2
8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv	..... 0 1 2	..... 0 1 2
11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig	..... 0 1 2	..... 0 1 2
12. Klagt über Einsamkeit	..... 0 1 2	..... 0 1 2
13. Ist verwirrt oder zerstreut	..... 0 1 2	..... 0 1 2
14. Weint viel	..... 0 1 2	..... 0 1 2
15. Ist roh zu Tieren oder quält sie	..... 0 1 2	..... 0 1 2
16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein	..... 0 1 2	..... 0 1 2
17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren	..... 0 1 2	..... 0 1 2
18. Verzieht sich absichtlich oder versucht Selbstmord	..... 0 1 2	..... 0 1 2
19. Verlangt viel Beachtung	..... 0 1 2	..... 0 1 2
20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt	..... 0 1 2	..... 0 1 2
21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören	..... 0 1 2	..... 0 1 2
22. Gehorcht nicht zu Hause	..... 0 1 2	..... 0 1 2
23. Gehorcht nicht in der Schule	..... 0 1 2	..... 0 1 2
24. Ist schlecht	..... 0 1 2	..... 0 1 2
25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen nicht aus _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat	..... 0 1 2	..... 0 1 2
27. Ist leicht eifersüchtig	..... 0 1 2	..... 0 1 2
28. Ist, oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder Trinken geeignet sind; bitte beschreiben: _____ (keine Süßigkeiten angeben)	..... 0 1 2	..... 0 1 2
29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen); bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
30. Hat Angst, in die Schule zu gehen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken oder zu tun	..... 0 1 2	..... 0 1 2
32. Glaub, perfekt sein zu müssen	..... 0 1 2	..... 0 1 2

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt) **1 = etwas oder manchmal zutreffend** **2 = genau oder häufig zutreffend**

57. Greift andere körperlich an	..... 0 1 2	..... 0 1 2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
61. Ist schlecht in der Schule	..... 0 1 2	..... 0 1 2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt	..... 0 1 2	..... 0 1 2
63. Ist lieber mit anderen Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
65. Weigert sich zu sprechen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
67. Lauft von zu Hause weg	..... 0 1 2	..... 0 1 2
68. Schreit viel	..... 0 1 2	..... 0 1 2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich	..... 0 1 2	..... 0 1 2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
72. Zündet gerne oder hat schon Feuer gelegt	..... 0 1 2	..... 0 1 2
73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
74. Produziert sich gern oder spielt den Clown	..... 0 1 2	..... 0 1 2
75. Ist schluchtern oder zaghaf	..... 0 1 2	..... 0 1 2
76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen	..... 0 1 2	..... 0 1 2
77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
78. Schmiert oder spielt mit Kot	..... 0 1 2	..... 0 1 2
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
80. Start ins Leere	..... 0 1 2	..... 0 1 2
81. Stiehlt zu Hause	..... 0 1 2	..... 0 1 2
82. Stiehlt anderswo	..... 0 1 2	..... 0 1 2
83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____	..... 0 1 2	..... 0 1 2
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar	..... 0 1 2	..... 0 1 2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gemütswechsel	..... 0 1 2	..... 0 1 2
88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschneppt	..... 0 1 2	..... 0 1 2
89. Ist mißträusch	..... 0 1 2	..... 0 1 2
90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter	..... 0 1 2	..... 0 1 2

→ Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.
 → Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank!

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) für LehrerInnen und Eltern von Goodman (1997)

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Eltern⁴⁻¹⁶

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Codenummer:

männlich weiblich

Geburtsdatum:

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?
 (Bitte hier eintragen!)

Bitte umblättern

Würden Sie sagen, daß Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Von wem wurde dieser Bogen ausgefüllt ?

Vater	Mutter	Andere:.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heutiges Datum

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.

Vielen Dank !

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

LehrerIn⁴⁻¹⁶

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in diesem Schuljahr.

Codenummer:

männlich weiblich

Geburtsdatum:

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
1. Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?
 (Bitte hier eintragen!)

Würden Sie sagen, daß dieses Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet das Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird das Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
Mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Klasse dar?

Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der wöchentlichen Klassenstunden mit diesem Kind?

Heutiges Datum

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.

Vielen Dank !

Soziodemographischer Fragebogen zur Ermittlung des Brandenburger Sozialindex (BSI, von Böhm, Ellsäßer, & Lüdecke, 2007)

Soziodemographischer Begleitfragebogen

Liebe Eltern,

*bitte beantworten Sie **alle** Fragen.*

Wenn eine oder mehrere Ankreuzmöglichkeiten bestehen, kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Aussagen an.

Wenn Sie eine Linie vorfinden, tragen Sie dort bitte die zutreffenden Angaben ein.

Alle Daten werden später natürlich anonymisiert!

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Bemühungen!

Angaben zum beteiligten Kind:

1. Codenummer: _____

2. Klasse: _____

3. Geburtsdatum: ____ . ____ . _____ (Tag . Monat . Jahr)

4. Geschlecht: weiblich männlich

5. Nationalität: deutsch nicht deutsch

5a. Wenn die Nationalität eine andere als deutsch ist, seit wann lebt das Kind in Deutschland? _____

Angaben zu weiteren Kindern:

6. Haben Sie mehrere Kinder? ja nein

6a. Wenn **ja**, beantworten Sie bitte für jedes Kind einzeln die folgenden Fragen.

I. ____ Jahre männlich weiblich
 lebt im Haushalt lebt nicht im Haushalt

II. ____ Jahre männlich weiblich
 lebt im Haushalt lebt nicht im Haushalt

III. ____ Jahre männlich weiblich
 lebt im Haushalt lebt nicht im Haushalt

IV. ____ Jahre männlich weiblich
 lebt im Haushalt lebt nicht im Haushalt

Angaben zur Familie:

7. Wie ist Ihr Familienstand?

verheiratet geschieden alleinerziehend in fester Partnerschaft

8. Wer lebt im Haushalt?

Mutter Vater sonstige Personen

8a. Wenn **sonstige Personen** im Haushalt leben, geben Sie bitte an wie diese Person(en) mit der Familie verbunden sind [z.B. neue/r LebenspartnerIn; verwandtschaftliches Verhältnis; UntermieterIn].

Bitte wenden!

Mutter:

9a. Alter: _____Jahre

10a. Nationalität: deutsch
 nicht deutsch

11a. Wenn die Nationalität eine andere als deutsch ist, seit wann leben Sie in Deutschland? _____

12a. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- keinen
- Hauptschule
- Realschule
- Fachabitur
- Abitur

13a. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- keine
- Lehre
- Berufsfachschule
- Hochschulabschluss

14a. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- ja, ganztags
- ja, mindestens halbtags
- ja, weniger als halbtags
- nein, in Ausbildung
- nein, im Studium
- nein, Hausfrau
- nein, arbeitslos
- nein, berentet

Vater:

9b. Alter: _____Jahre

10b. Nationalität deutsch
 nicht deutsch

11b. Wenn die Nationalität eine andere als deutsch ist, seit wann leben Sie in Deutschland? _____

12b. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- keinen
- Hauptschule
- Realschule
- Fachabitur
- Abitur

13b. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

- keine
- Lehre
- Berufsfachschule
- Hochschulabschluss

14b. Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- ja, ganztags
- ja, mindestens halbtags
- ja, weniger als halbtags
- nein, in Ausbildung
- nein, im Studium
- nein, Hausmann
- nein, arbeitslos
- nein, berentet

Vielen Dank für Ihre Offenheit und Mitarbeit!

9.8 *Selbstentwickelter Expertenfragebogen*

Wie in der Druckfreigabe empfohlen, wurden alle Abbildungen (Testheft, Anleitung, Expertenrating, Referenztabellen) aus dem Anhang dieser Arbeit entfernt, um eine spätere Veröffentlichung des Verfahrens zu ermöglichen.

9.9 Voraussetzungsprüfungen, weitere Rechnungen, Grafiken zu Ergebnissen

Deskriptive Kennwerte aller angewendeten Fragebögen

	N	min	max	M	SE _M	SD	Varianz	Schiefe	SE _{Schiefe}	Kurtosis	SE _{Kurtosis}
IVE (Empathie)	337	0	16	11,11	,198	3,637	13,225	-,826	,133	,330	,265
HANES KJ-N (Neurotizismus)	145	0	20	9,24	,389	4,688	21,976	,233	,201	-,475	,400
KidKINDL ^R (Lebensqualität)	145	28,13	97,92	70,7652	1,01927	12,27368	150,643	-,534	,201	,669	,400
KAT II (Angst)	115	0	14	5,37	,363	3,890	15,129	,330	,226	-,946	,447
KASI (Angstsensitivität)	115	0	34	8,70	,519	5,571	31,035	,983	,226	2,484	,447
SDQ Eltern (Emotionale Probleme)	339	0	10	2,14	,107	1,976	3,903	,863	,132	,261	,264
SDQ Eltern (Prosoziales Verhalten)	337	1	10	8,08	,099	1,810	3,276	-1,114	,133	1,245	,265
SDQ Eltern (Gesamtproblemverhalten)	336	0	30	8,44	,290	5,314	28,242	,787	,133	,393	,265
SDQ Lehrer (Emotionale Probleme)	401	0	9	1,86	,107	2,140	4,579	1,047	,122	,314	,243
SDQ Lehrer (Prosoziales Verhalten)	401	0	10	7,58	,122	2,445	5,979	-,787	,122	-,281	,243
SDQ Lehrer (Gesamtproblemverhalten)	401	0	32	7,77	,326	6,535	42,702	1,042	,122	,897	,243
CBCL 4/18 (Internalisierende Auffälligkeiten)	132	0	32	8,02	,648	7,448	55,473	1,232	,211	1,000	,419
CBCL 4/18 (Gesamtproblemverhalten)	132	0	92	22,06	1,406	16,153	260,928	1,298	,211	2,235	,419
ÄSK (Ängstlichkeit)	818	,00	100,00	36,7190	,63785	18,24285	332,801	,383	,085	-,075	,171
ÄSK-Retest (Ängstlichkeit)	173	,00	100,00	38,4273	1,54928	20,37753	415,244	,460	,185	-,009	,367
ÄSK-Elternversion (Ängstlichkeit)	42	2,08	68,75	19,4775	1,97839	12,82140	164,388	1,507	,365	3,938	,717

Voraussetzungsprüfungen der (intervallskalierten) Variablen: Normalverteilung

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	p	Statistik	df	p
IVE (Empathie)	,133	337	,000	,935	337	,000
HANES KJ-N (Neurotizismus)	,077	145	,035	,979	145	,028
KidKINDL ^R (Lebensqualität)	,084	145	,013	,979	145	,026
KAT II (Angst)	,155	115	,000	,939	115	,000
KASI (Angstsensitivität)	,077	115	,087	,939	115	,000
SDQ Eltern (Emotionale Probleme)	,178	339	,000	,892	339	,000
SDQ Eltern (Prosoziales Verhalten)	,169	337	,000	,876	337	,000
SDQ Eltern (Gesamtproblemverhalten)	,111	336	,000	,951	336	,000
SDQ Lehrer (Emotionale Probleme)	,224	401	,000	,828	401	,000
SDQ Lehrer (Prosoziales Verhalten)	,193	401	,000	,871	401	,000
SDQ Lehrer (Gesamtproblemverhalten)	,117	401	,000	,913	401	,000
CBCL 4/18 (Internalisierende Auffälligkeiten)	,190	132	,000	,870	132	,000
CBCL 4/18 (Gesamtproblemverhalten)	,143	132	,000	,905	132	,000
ÄSK (Ängstlichkeit)	,053	818	,000	,988	818	,000
ÄSK-Retest (Ängstlichkeit)	,078	173	,011	,982	173	,022
ÄSK-Elternversion (Ängstlichkeit)	,103	42	,200	,890	42	,001

Anmerkungen: ^a Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Weitere Voraussetzungsprüfungen der (intervallskalierten) Variablenbeispielsweise bezüglich Varianzhomogenität, Gleichheit der Fehlervarianzmatrizen, o.ä. finden sich nachfolgend in den spezifischen Angaben zum jeweiligen statistischen Test.

Deskriptive Statistiken und Itemschwierigkeiten des ÄSK

	N	min	max	M	P	SD	S ²
Sophie: soziale Angst (in der Schule aufgerufen zu werden)	818	1	5	2,37	0,34	1,409	1,984
Linda: somatoforme Störungen (Bauchschmerzen)	818	1	5	2,54	0,39	1,415	2,001
Franziska: Trennungsängstlichkeit (nicht ohne die Eltern zu Hause bleiben)	818	1	5	2,15	0,29	1,440	2,074
Max: Depression (grundlos traurig sein)	818	1	5	2,18	0,29	1,349	1,820
Susanne: Sorgen (nicht einschlafen können)	818	1	5	3,35	0,59	1,502	2,257
Niko: soziale Angst (Furcht fremde Kinder anzusprechen)	818	1	5	2,64	0,41	1,419	2,014
Anna: Depression (Lustlosigkeit)	818	1	5	2,33	0,33	1,372	1,882
Mario: Generalisierte Angst (Plötzliche Angstattacke)	818	1	5	1,76	0,19	1,166	1,360
Julian: somatoforme Störungen (Kopfschmerzen)	818	1	5	2,15	0,29	1,294	1,673
Robert: Trennungsangst (Nicht woanders übernachten mögen)	817	1	5	1,89	0,22	1,337	1,786
Daniel: Dunkelangst (nicht ohne Licht einschlafen können)	818	1	5	2,54	0,38	1,538	2,364
Maximaler Wert der 4 Tierphobie-Items (ohne "Und andere Tiere?")	818	1	5	3,72	0,68	1,507	2,27
Ulla: soziale Angst (Angst vor fremden Erwachsenen)	818	1	5	2,52	0,38	1,455	2,118

Item-Skala-Statistiken (Eigentrennschärfe der Items des ÄSK)

	Skalen- mittelwert*	Skalen- varianz*	r _{itc}	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbach's Alpha*
Sophie: soziale Angst (in der Schule aufgerufen zu werden)	29,75	78,832	,398	,182	,764
Linda: somatoforme Störungen (Bauchschmerzen)	29,58	79,499	,369	,173	,767
Franziska: Trennungsängstlichkeit (nicht ohne die Eltern zu Hause bleiben)	29,97	77,663	,436	,246	,760
Max: Depression (grundlos traurig sein)	29,94	79,752	,382	,211	,766
Susanne: Sorgen (nicht einschlafen können)	28,77	77,135	,432	,209	,761
Niko: soziale Angst (Furcht fremde Kinder anzusprechen)	29,48	77,172	,465	,234	,758
Anna: Depression (Lustlosigkeit)	29,80	78,593	,425	,248	,762
Mario: Generalisierte Angst (Plötzliche Angstattacke)	30,36	80,750	,414	,233	,764
Julian: somatoforme Störungen (Kopfschmerzen)	29,97	80,973	,350	,182	,769
Robert: Trennungsangst (Nicht woanders übernachten mögen)	30,23	80,903	,337	,167	,770
Daniel: Dunkelangst (nicht ohne Licht einschlafen können)	29,59	76,738	,434	,273	,761
Maximaler Wert der 4 Tierphobie- Items (ohne "Und andere Tiere?")	28,41	79,555	,333	,170	,771
Ulla: soziale Angst (Angst vor fremden Erwachsenen)	29,60	76,711	,469	,239	,757

Anmerkungen: *wenn das jeweilige Item weggelassen wird.

Eigen- und Fremdtrennschärfe der Items des ÄSK

	Ängstlichkeitssumme	Somatisierung	Depression
Sophie: soziale Angst (in der Schule aufgerufen zu werden)	,368	,198	,216
Linda: somatoforme Störungen (Bauchschmerzen)	,245	,266	,208
Franziska: Trennungsängstlichkeit (nicht ohne die Eltern zu Hause bleiben)	,457	,140	,166
Max: Depression (grundlos traurig sein)	,251	,198	,350
Susanne: Sorgen (nicht einschlafen können)	,410	,209	,234
Niko: soziale Angst (Furcht fremde Kinder anzusprechen)	,431	,214	,244
Anna: Depression (Lustlosigkeit)	,255	,256	,350
Mario: Generalisierte Angst (Plötzliche Angstattacke)	,333	,187	,319
Julian: somatoforme Störungen (Kopfschmerzen)	,213	,266	,234
Robert: Trennungsangst (Nicht woanders übernachten mögen)	,358	,138	,116
Daniel: Dunkelangst (nicht ohne Licht einschlafen können)	,477	,152	,140
Maximaler Wert der 4 Tierphobie-Items (ohne "Und andere Tiere?")	,366	,130	,120
Ulla: soziale Angst (Angst vor fremden Erwachsenen)	,456	,195	,209

Anmerkungen: Für die Korrelationen der Items mit der eigenen Skala wurde jeweils die korrigierte Item-Skala-Interkorrelation berechnet, die Korrelation der Items mit den anderen Bereichen wurde aufgrund des Ordinalniveaus der einzelnen Items über Kendalls Tau berechnet.

Item-Homogenität (Kendalls Tau, 2-seitig, N=818/817)*

		soz_1	som_1	trna_1	dep_1	gena_1	soz_2	dep_2	gena_2	som_2	trna_2	spz_1	spz_2	soz_3	gemittelte Z-Werte	gemittelte Korrelationen
soz_1	r		0,178	0,126	0,175	0,159	0,260	0,205	0,212	0,131	0,121	0,169	0,155	0,175		
	Z-Werte		0,180	0,127	0,177	0,160	0,266	0,208	0,215	0,131	0,121	0,170	0,156	0,176	0,174	0,172
	Sig.		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
som_1	r	0,178		0,132	0,164	0,164	0,187	0,191	0,101	0,210	0,164	0,105	0,128	0,176		
	Z-Werte	0,180		0,133	0,165	0,166	0,189	0,193	0,101	0,213	0,165	0,106	0,129	0,178	0,160	0,159
	Sig.	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
trna_1	r	0,126	0,132		0,158	0,201	0,209	0,128	0,177	0,102	0,236	0,337	0,173	0,229		
	Z-Werte	0,127	0,133		0,159	0,204	0,212	0,129	0,179	0,103	0,240	0,351	0,175	0,233	0,187	0,185
	Sig.	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000		
dep_1	r	0,175	0,164	0,158		0,173	0,194	0,313	0,274	0,157	0,106	0,126	0,076	0,179		
	Z-Werte	0,177	0,165	0,159		0,175	0,197	0,324	0,282	0,159	0,106	0,127	0,076	0,181	0,177	0,175
	Sig.	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000		
gena_1	r	0,159	0,164	0,201	0,173		0,248	0,211	0,191	0,183	0,141	0,273	0,174	0,200		
	Z-Werte	0,160	0,166	0,204	0,175		0,253	0,215	0,193	0,185	0,142	0,280	0,176	0,203	0,196	0,193
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
soz_2	r	0,260	0,187	0,209	0,194	0,248		0,224	0,202	0,163	0,139	0,182	0,150	0,226		
	Z-Werte	0,266	0,189	0,212	0,197	0,253		0,228	0,205	0,164	0,140	0,184	0,151	0,230	0,202	0,199
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
dep_2	r	0,205	0,191	0,128	0,313	0,211	0,224		0,282	0,249	0,091	0,105	0,126	0,178		
	Z-Werte	0,208	0,193	0,129	0,324	0,215	0,228		0,290	0,254	0,091	0,105	0,127	0,180	0,195	0,193
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000		
gena_2	r	0,212	0,101	0,177	0,274	0,191	0,202	0,282		0,217	0,075	0,142	0,088	0,169		
	Z-Werte	0,215	0,101	0,179	0,282	0,193	0,205	0,290		0,221	0,075	0,143	0,088	0,171	0,180	0,178
	Sig.	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,015	0,000	0,003	0,000		
som_2	r	0,131	0,210	0,102	0,157	0,183	0,163	0,249	0,217		0,045	0,168	0,076	0,167		
	Z-Werte	0,131	0,213	0,103	0,159	0,185	0,164	0,254	0,221		0,045	0,169	0,076	0,169	0,157	0,156
	Sig.	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,137	0,000	0,010	0,000		
trna_2	r	0,121	0,164	0,236	0,106	0,141	0,139	0,091	0,075	0,045		0,222	0,203	0,214		
	Z-Werte	0,121	0,165	0,240	0,106	0,142	0,140	0,091	0,075	0,045		0,226	0,206	0,218	0,148	0,147
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,015	0,137		0,000	0,000	0,000		
spz_1	r	0,169	0,105	0,337	0,126	0,273	0,182	0,105	0,142	0,168	0,222		0,244	0,239		
	Z-Werte	0,170	0,106	0,351	0,127	0,280	0,184	0,105	0,143	0,169	0,226		0,250	0,244	0,196	0,194
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000		
spz_2	r	0,155	0,128	0,173	0,076	0,174	0,150	0,126	0,088	0,076	0,203	0,244		0,280		
	Z-Werte	0,156	0,129	0,175	0,076	0,176	0,151	0,127	0,088	0,076	0,206	0,250		0,288	0,158	0,157
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,000	0,000	0,003	0,010	0,000	0,000		0,000		
Homogenität gesamt:															0,178	0,176

Anmerkungen: Die Abkürzungen der Variablen bedeuten: dep_x=Depressionitems, som_x=Items zur Somatisierung, soz_x= Items zur Sozialen Ängstlichkeit, trna_x= Trennungsangstitems, gena_x= Items Generalisierung (Sorgen und Panikattacke), spz_x= Items zu spezifischen Phobien (Dunkelheit und maximaler Wert der Tieritems).

*N=817 für alle bivariaten Korrelationen mit dem Item trna_2, für alle übrigen N=818

Retest-Reliabilitäten für die einzelnen Items

	Nach vier Wochen (n=76)	Nach drei Monaten(n=97)
soz_1	,360	,302
n.s.	,000	,000
som_1	,337	,407
n.s.	,001	,000
trna_1	,631	,290
Z=2.849	,000	,001
dep_1	,414	,287
n.s.	,000	,001
gena_1	,549	,375
n.s.	,000	,000
soz_2	,339	,352
n.s.	,000	,000
dep_2	,271	,293
n.s.	,006	,000
gena_2	,300	,198
n.s.	,003	,023
som_2	,409	,341
n.s.	,000	,000
trna_2	,557	,391
n.s.	,000	,000
spz_1	,501	,316
n.s.	,000	,000
spz_2	,524	,341
n.s.	,000	,000
soz_3	,508	,196
Z=2.317	,000	,019

Anmerkungen: Die Abkürzungen der Variablen bedeuten: siehe vorherige Tabelle. Die Angaben „n.s.“ = nicht signifikant bzw. „Z=“ beziehen sich auf den statistischen Vergleich der jeweils in einer Zeile aufgeführten Korrelationskoeffizienten.

ÄSK-Mittelwerte (auf 100 transformiert) nach Alter getrennt

Alter	M	SD	N
5	51.97	14.741	6
6	36.90	17.863	67
7	39.81	18.653	195
8	37.74	18.869	206
9	35.60	18.166	197
10	31.45	15.907	138
11	40.35	16,791	9
Gesamt	36.74	18,24399	817

Post-hoc-Tests für den Alterseffekt im ÄSK (auf 100 transformiert)

(I) Alter	(J) Alter	M.differenz (I-J)	SE	Sig.	95 % KI	
					Untergrenze	Obergrenze
5	6	15,0688	7,69192	,050	-,0297	30,1672
	7	12,1670	7,48155	,104	-2,5185	26,8525
	8	14,2249	7,47559	,057	-,4489	28,8987
	9	16,3711*	7,48042	,029	1,6879	31,0544
	10	20,5163*	7,52753	,007	5,7406	35,2921
6	7	11,6127	9,51339	,223	-7,0611	30,2864
	8	-2,9017	2,55613	,257	-7,9191	2,1157
	9	-,8439	2,53862	,740	-5,8269	4,1392
	10	1,3024	2,55281	,610	-3,7085	6,3133
	11	5,4476*	2,68774	,043	,1718	10,7233
7	8	-3,4561	6,40818	,590	-16,0347	9,1225
	9	2,0579	1,80347	,254	-1,4822	5,5979
	10	4,2041*	1,82339	,021	,6250	7,7832
	11	8,3493*	2,00795	,000	4,4079	12,2907
8	9	-,5544	6,15408	,928	-12,6342	11,5254
	10	2,1463	1,79876	,233	-1,3845	5,6770
	11	6,2914*	1,98560	,002	2,3939	10,1890
9	10	-2,6122	6,14683	,671	-14,6778	9,4533
	11	4,1452*	2,00372	,039	,2121	8,0782
10	11	-4,7585	6,15270	,440	-16,8356	7,3186
	11	-8,9037	6,20990	,152	-21,0930	3,2857

Anmerkungen: * die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe ,05 signifikant. Basierend auf beobachteten Mittelwerten. Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 325,817.

ÄSK-Mittelwerte nach Klassen getrennt

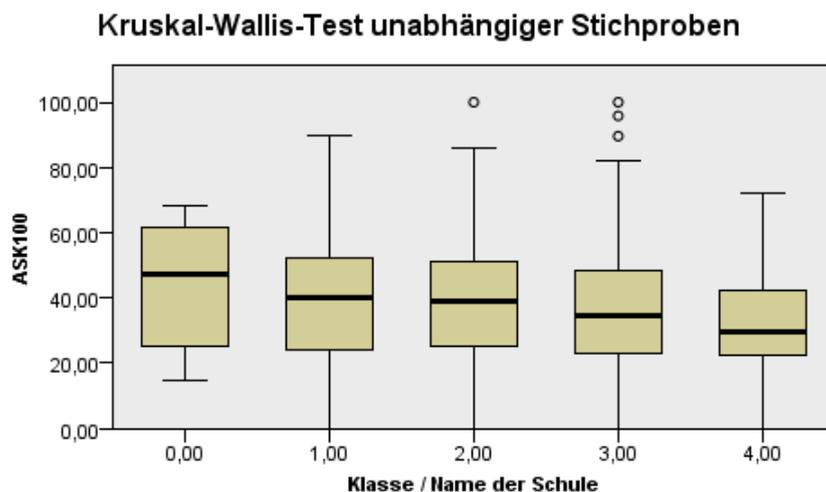
Klasse	M	SD	N
0	43,6966	19,77534	13
1	39,3223	19,38660	133
2	38,6558	18,45783	283
3	36,7849	19,35773	168
4	32,2115	15,35266	221
Gesamt	36,7190	18,24285	818

Post-hoc-Tests für den Klasseneffekt im ÄSK

(I) Klasse	(J) Klasse	Mittlere Differenz (I-J)	Standard- fehler	Sig.	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
0	1	4,3743	5,24448	,404	-5,9200	14,6686
	2	5,0408	5,11923	,325	-5,0077	15,0893
	3	6,9117	5,19561	,184	-3,2867	17,1101
	4	11,4850*	5,15067	,026	1,3749	21,5952
1	0	-4,3743	5,24448	,404	-14,6686	5,9200
	2	,6665	1,89737	,725	-3,0578	4,3908
	3	2,5374	2,09472	,226	-1,5743	6,6491
	4	7,1107*	1,98063	,000	3,2230	10,9985
2	0	-5,0408	5,11923	,325	-15,0893	5,0077
	1	-,6665	1,89737	,725	-4,3908	3,0578
	3	1,8709	1,75778	,287	-1,5794	5,3212
	4	6,4442*	1,62013	,000	3,2641	9,6244
3	0	-6,9117	5,19561	,184	-17,1101	3,2867
	1	-2,5374	2,09472	,226	-6,6491	1,5743
	2	-1,8709	1,75778	,287	-5,3212	1,5794
	4	4,5733*	1,84734	,014	,9472	8,1995
4	0	-11,4850*	5,15067	,026	-21,5952	-1,3749
	1	-7,1107*	1,98063	,000	-10,9985	-3,2230
	2	-6,4442*	1,62013	,000	-9,6244	-3,2641
	3	-4,5733*	1,84734	,014	-8,1995	-,9472

Anmerkungen: Grundlage: beobachtete Mittelwerte. Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 325,722
Verfahren: LSD (ohne Korrektur)

Gruppiertes Boxplot zur grafischen Darstellung der Verteilungen



Angaben zur Prüfung der Geschlechtsspezifität von Items

Geschlecht des Kindes	Mittelwert aller Mädchenitems			Mittelwert aller Jungenitems		
	M	SD	N	M	SD	N
Mädchen	2,5738	,78299	416	2,3235	,74003	416
Junge	2,2875	,79238	402	2,0580	,78876	402
Gesamt	2,4331	,80006	818	2,1930	,77535	818

Box-M-Test	1,968
F	,654
df1	3
df2	124447559,992
Sig.	,580

Anmerkungen: Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen: Design: Konstanter Term + Geschlecht.
Innersubjektdesign: Geschlechtsspezifität

	F	df1	df2	Sig.
Mittelwert aller Mädchenitems	,120	1	816	,730
Mittelwert aller Jungenitems	1,644	1	816	,200

Anmerkungen: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen Prüft die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist. Design: Konstanter Term + Geschlecht. Innersubjektdesign: Geschlechtsspezifität

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Geschlechts- spezifität	Sphärizität angen.	23,532	1	23,532	122,043	,000	,130
	Greenhouse-Geisser	23,532	1,000	23,532	122,043	,000	,130
	Huynh-Feldt	23,532	1,000	23,532	122,043	,000	,130
	Untergrenze	23,532	1,000	23,532	122,043	,000	,130
Geschlechts- spezifität * Geschlecht	Sphärizität angen.	,045	1	,045	,232	,630	,000
	Greenhouse-Geisser	,045	1,000	,045	,232	,630	,000
	Huynh-Feldt	,045	1,000	,045	,232	,630	,000
	Untergrenze	,045	1,000	,045	,232	,630	,000
Fehler (Geschlechts- spezifität)	Sphärizität angen.	157,339	816	,193			
	Greenhouse-Geisser	157,339	816,000	,193			
	Huynh-Feldt	157,339	816,000	,193			
	Untergrenze	157,339	816,000	,193			

Anmerkungen: Tests der Innersubjekteffekte

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Konstanter Term	8732,676	1	8732,676	8631,033	,000	,914
Geschlecht	31,122	1	31,122	30,759	,000	,036
Fehler	825,610	816	1,012			

Anmerkungen: Tests der Zwischensubjekteffekte

Kontrollanalysen: SES.

BSI kategorial in niedrig, mittel und hoch	M	SD	N
niedriger Sozioökonomischer Status	41,4530	19,22932	91
mittlerer Sozioökonomischer Status	36,2741	18,86870	179
hoher Sozioökonomischer Status	36,4319	18,27882	197
Gesamtsumme	37,3498	18,76234	467

Anmerkungen: Abhängige Variable: ASK100.

F	df1	df2	Sig.
,121	2	464	,886

Anmerkungen: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Testet die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist. Design: Konstanter Term + BSI_kategorial

Quelle	Typ III Quadratsumme	df	Quadratischer Mittelwert	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	1905,219 ^a	2	952,609	2,726	,067	,012
Konstanter Term	601903,606	1	601903,606	1722,498	,000	,788
BSI_kategorial	1905,219	2	952,609	2,726	,067	,012
Fehler	162138,549	464	349,437			
Gesamtsumme	815512,635	467				
Korrigierter Gesamtwert	164043,768	466				

Anmerkungen: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: ASK100. R-Quadrat = ,012 (Angepasstes R-Quadrat = ,007)

Kontrollanalysen: Nationalität.

Hypothesentestübersicht

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von ASK100 ist über die Kategorien von Nationalität identisch.	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	,212	Nullhypothese beibehalten

Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist .05.

Kontrollanalysen: Familienstand.

Familienstand dichotomisiert in	M	SD	N
gemeinsam oder alleinerziehend			
alleinerziehend	37,8189	18,62994	98
gemeinsam erziehend	38,1025	19,35304	385
Gesamtsumme	38,0449	19,18981	483

Anmerkungen: Abhängige Variable: ASK100.

F	df1	df2	Sig.
,253	1	481	,615

Anmerkungen: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Testet die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist. Design: Konstanter Term + Familienstand_dichotom

Quelle	Typ III Quadrat- summe	df	Quadra- tischer Mittelwert	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	6,282 ^a	1	6,282	,017	,896	,000
Konstanter Term	450264,074	1	450264,074	1220,223	,000	,717
Familienstand_ dichotom	6,282	1	6,282	,017	,896	,000
Fehler	177489,671	481	369,001			
Gesamtsumme	876597,704	483				
Korrigierter Gesamtwert	177495,952	482				

Anmerkungen: Tests der Zwischensubjekteffekte. Abhängige Variable: ASK100. R-Quadrat = ,000 (Angepasstes R-Quadrat = -,002)

Differentielle Validität: Klinische Stichprobe.

*Kreuztabelle (klinische Stichprobe): Klasse * Geschlecht*

Anzahl	Geschlecht		Gesamt
	Mädchen	Junge	
	0	2	5
	1	4	3
Klasse	2	8	7
	3	8	8
	4	6	6
Gesamt	28	29	57

*Kreuztabelle (Grundschulstichprobe: Klasse * Geschlecht*

Anzahl	Geschlecht		Gesamt
	Mädchen	Junge	
	0	2	5
	1	3	2
Klasse / Name der Schule	2	9	8
	3	8	8
	4	6	6
Gesamt	28	29	57

F	df1	df2	Sig.
5,804	1	112	,018

Anmerkungen: Levene-Test auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Prüft die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist. Abhängige Variable: ASK100. Design: Konstanter Term + Gruppe

Übersicht über Hypothesentest

	Nullhypothese	Test	Sig.	Entscheidung
1	Die Verteilung von ASK100 ist über Kategorien von Klinisch auffällige oder Grundschulkinder gleich.	Mann-Whitney-U-Test unabhängiger Stichproben	,007	Nullhypothese ablehnen.

Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist ,0

Stichprobe		Alter	ASK100	t-Transformierter ASK-Score
klinisch auffällige Kinder	M	8,09	38,6209	51,1399
	N	57	57	57
	SD	1,214	18,82415	10,36085
	SE	,161	2,49332	1,37233
	min	6	4,17	32,56
	max	11	77,78	74,80
	GrundschulKinder	M	8,09	29,5687	45,9660
N		57	57	57
SD		1,214	13,78742	7,51416
SE		,161	1,82619	,99527
min		6	,00	32,12
max		11	68,06	69,47
Insgesamt		M	8,09	34,0948	48,5530
	N	114	114	114
	SD	1,209	17,04342	9,37718
	SE	,113	1,59626	,87825
	min	6	,00	32,12
	max	11	77,78	74,80

Konstruktvalidität: Berufsexperten (einzelne Items).

	N	M	Med	SD	min	max
	fehlend					
Soziale Angst (in der Schule aufgerufen zu werden)	0	6,13	6,00	,933	3	7
Somatoforme Störungen (Bauchschmerz)	0	6,13	7,00	1,289	2	7
Trennungsangst (nicht ohne Eltern zu Hause bleiben)	0	5,96	6,00	1,027	4	7
Depression (traurig sein)	0	6,15	6,00	,856	4	7
Soziale Angst (Furcht andere Kinder anzusprechen)	0	6,22	7,00	,945	4	7
Sorgen/Grübeln (nicht einschlafen können)	0	6,22	7,00	1,058	2	7
Depression (Lustlosigkeit)	1	6,06	6,00	1,216	2	7
Generalisierte Angst (plötzliche Angstattacken)	0	6,26	7,00	,915	4	7
Somatoforme Störungen (Kopfschmerz)	0	6,02	6,00	,961	3	7
Trennungsangst (Nicht woanders übernachten mögen)	0	6,24	7,00	,989	4	7
Spezifische Phobien (Dunkelangst)	0	6,54	7,00	,926	2	7
Spezifische Phobien (Angst vor Hunden)	0	6,20	7,00	1,250	2	7
Spezifische Phobien (Angst vor anderen Tieren)	0	6,17	6,00	1,095	2	7
Soziale Ängste (Angst vor Fremden)	0	5,85	6,00	1,139	3	7

Konstruktvalidität: Berufsexperten (qualitative Anmerkungen zu einzelnen Items).

Anmerkung zu:	Kommentar:
Item 1	Sprechangst misst eher die Angstreaktion, nicht die vorher bestehende Angst auch Leistungsangst Erröten fehlt, Herzklopfen, Händezittern. (Soziale Angst): Furcht vor Fremden (Schulklasse aber vertraut). Das Konstrukt wäre für mich hier Soziale Phobie, dann auch Erröten, o.ä. ergänzen. Wird es unter Sozialer Angst gefasst, dann Skala 4. Hier werden m. E. Angst und Scham durch die Geschichte zusammengeführt und die Trennschärfe dürfte somit fraglich werden.
Item 2	ist Bauchweh die häufigste somatoforme Störung bei Kindern "nur" Bauchweh? Somatoforme Störungen: Übelkeit durch Indikator für Soziale Phobie... um vegetative Anzeichen von Unruhe/Nervosität ergänzen?
Item 3	Geschichte passt nicht nur zu Trennungsangst, 7-jährige Kinder alleine zu Hause abends - soll auch alleine ins Bett gehen (?), Angst schätze ich als "normal" ein. Insgesamt: Gesondert nach Passung der Bilder und der Geschichten fragen. 2 h ist wenig: spricht dann für starke Angst "Wenn etwas Wichtiges gewesen wäre, dann hätte..." => Satz kompliziert. Trennungsangst: Besorgnis über mögliches Unheil, das Eltern zustoßen könnte; Schreien, Wutausbrüche deutlicher machen? Erfasst für mich nicht direkt die Trennungsangst, sondern vielmehr spezifische Phobien (alleine in einem großen Haus sein). evtl. Vermischung mit Angst vor Dunkelheit (früher Abend).
Item 4	vielleicht noch, dass er keine Lust zum Spielen hat mutlos weglassen, da Kinder evtl etwas anderes darunter verstehen evtl. zu vage 2 Aussagen in einem Item -> eher schlecht Weil Trauer nicht unbedingt einziges Symptom für Depression; vermisse Antriebslosigkeit, Unlust...
Item 5	vielleicht auch Schüchternheit "manchmal" statt "häufig" Formulierung undeutlich das Bild symbolisiert f. mich eher "ausgeschlossen sein" (unfreiwillig) andere aus der Bewegung anzusprechen ist NOCH schwieriger; Item6: In BRD haben wir wenige Erdbeben und Kriege... „einfach mitzuspielen oder zu fragen“ -> Was denn nun?! Fragen oder Angst beim Spielen was falsch zu machen sich nicht zu trauen, eine fremde Gruppe anzusprechen, ist bis zu einem gewissen Punkt normal, oder? Es wäre eher ungewöhnlich, dabei nicht aufgeregt zu sein. Soziale Angst: Berücksichtigt fremde Gleichaltrige sehr gut, aber es ist nicht klar, ob bezüglich Erwachsenen (Fremden) starke Angst besteht. Der erwachsene Fremde könnte aber durch die Stigmatisierung als Bedrohung zu falschen Ergebnissen führen. Würde soziale Angst beim Mitspielen – müssen deutlicher als bei Eigeninteresse?
Item 6	Angst vor Albträumen was für Gedanken? Präzisieren (z.B. schlimme Gedanken) erfasst nicht einschl. können und Grübeln. Was ist, wenn das Kind Sorgen u. Grübeln kennt, aber nicht im Zusammenh. mit Einschlafproblemen? Gab es da in der Praxis Irritationen? „Erbeben etc.“ -> od. nicht ganz so dramatisch. Dinge?! Sind die Sorgen immer so unpersönlich-übergreifend, also ohne Alltagsbezug? ist Grübeln nicht konkreter z.B. Unfall = gut; Krieg = etwas "abstrakt"/unwahrscheinlich.
Item 7	viel mehr L als Depr. Fragwürdige Kombination eines umfassenden Konstrukts und eines kleinen Teilaspekts evtl. zu vage
Item 8	können Kinder physiolog. Reaktion als Angst identifizieren?! Soll Panikattacke oder generalisierte Angst erfasst werden? Generalisierte Angst und Plötzliche Angstattacke => nicht dasselbe!!
Item 9	Kopfschmerzen oder auch Rückenschmerzen.
Item 10	"denn er vermisst sie sonst ganz fürchterlich" würd ich weglassen; "schrecklicher" statt "unangenehmer"

	<p>„vermisst sie sonst...“ → & wenn die Angst eine andere ist!?</p> <p>das ist auch eine Alltagsfrage, oder? Und es spielt rein, ob das Kind Einschlafprobleme hat, wenn es woanders übernachtet, das müssen keine Ängste sein; dann werden eigentlich nicht die Eltern vermisst sondern die fremde Umgebung.</p> <p>Trennungsangst „überlagert“ mit „Freude“ bei Freund zu schlafen.</p> <p>Deutlicher erscheint mir Trennungsangst im Sinne verlassen zu werden bzw. Angst davor zu haben, es könnte den Liebsten etwas zustoßen.</p>
Item 11	<p>"..dass etwas Schlimmes passieren könnte."--> muss das sein?</p> <p>In welchem Alter ist das eine Phobie, in welchem normal?</p>
Item 12	<p>Situation beschreibt einen Hund, der tatsächlich auf das Kind zugeht. Angst vor Hunden beginnt für mich schon bei harmloseren Situationen</p> <p>"gesprungen"--> Schreckmoment für alle?! Wenn man vor einem großen Hund als kleines Kind Angst hat, ist das eine Phobie?</p> <p>Geschichte anders aufbauen</p> <p>bei 11 springt der Hund bellend auf das Kind zu. So etwas machen weder Mäuse, noch Spinnen noch Schlangen.</p> <p>schon auch bisschen verständl....</p> <p>Angst vor Hunden trifft es perfekt → Ist Angst vor Hunden eine Phobie oder eine begründete reale Angst? (anders als bei Spinnen)</p> <p>Ohne die Miriam-Phobienbeschreibung könnte der spontane Schrecken oder auch Ekel nicht so präsent sein, da nur direkt „Angst“ angesprochen wird (durch das Umblättern auf die nächste Seite).</p> <p>Kommasetzung überprüfen. Bei Item 12 ist der Vorlesetext etwas unverständlich.</p> <p>Möglicherweise hilft es für die und -Sonstige-Kategorie eine zusätzliche Anweisung zu geben, damit die Kinder nicht durcheinanderkommen.</p>
Item 13	<p>Manche Kinder, auch nicht-ängstliche, sind vielleicht von ihren Eltern instruiert worden, nicht mit fremden Männern zu sprechen.</p> <p>Bild? ; fremder Mann → evtl. besser Verkäufer, da Kind evtl. eingetrichtert bekommen hat, fremde Männer wollen böses?</p>
übergeordnete	<p>Items somatoforme & Generalisierte Angst könnten in Formulierungen nicht verständlich sein: a) soz. Aufmerksamkeit durch krank fühlen nicht berücksichtigt b) Schwindel als primäres Symptom evtl. zu spezifisch. Ob diese Items trennscharf sind?</p>

Konstruktvalidität: Berufsexperten (qualitative Anmerkungen zu übergeordneten Aspekten).

Soziale Erwünschtheit und Gruppentestung:

- es ist wichtig darauf zu achten, dass die Kinder weit voneinander entfernt sitzen um einen Gruppentest ohne Vergleich + sozialer Erwünschtheit durchführen zu können
- Einzelgespräche könnte ich mir besser vorstellen. Die Beispiele könnten besser erklärt werden und das Kind könnte gefragt werden, ob es die Situation verstanden hat
- Meinst Du „soziale Erwünschtheit“ in der Form, dass man stark sein soll und keine Ängste haben? Meines Erachtens erlaubt dieser Fragebogen, Ängste zuzugeben, weil es ja noch jemand (der in der Geschichte) hat. Also eher keine Gefahr! Oder hast Du Sorge, dass die Kinder es Dir recht machen möchten und darum „Ängste erfinden“? Das glaub ich eher nicht. Ein sehr schöner Test!
- Würde ich nie machen in der Gruppe.
- Eine Gruppentestung ist, denke ich nur möglich, wenn genug Abstand zwischen den Kindern besteht, sonst kann schnell eine "soziale Erwünschtheit-Gruppendynamik" aufkommen. Soziale Erwünschtheit kann hier wohl kaum ganz ausgeschlossen werden

Ratingskala:

- Die Auswahl der "Teufelchen" als Antwortformat könnte dazu führen, dass die Kinder das Gefühl bekommen, es sei "böse" oder schlecht diese Ängste zu haben
- Mir ist unklar, ob das Ankreuzen von nur einem Teufelchen inhaltlich für 0 oder 1 steht. Auf S.1 verstehe ich ein Teufelchen = "kenne ich überhaupt nicht", innerhalb des Tests wirkt es auf mich eher als "kenne ich ganz wenig". (Durch die Formulierung

"je doller..., desto..."). Hier würde für mich (als Kind) evtl. die Möglichkeit fehlen, "Null" anzukreuzen, falls ich diese Angst wirklich gar nicht kenne. Unabhängig davon finde ich die Darstellung mittels Teufelchen allerdings sehr gelungen & ansprechend.

- Evtl. besser: kein Teufelchen für "das kenne ich überhaupt nicht" - hier wäre wahrscheinlich aber eher das Problem der sozialen Erwünschtheit gegeben (insbesondere wegen der Gruppenversion) => also so lassen.
- Meine Anmerkung ist lediglich, dass ich die Teufelchen nicht gelungen finde, da sie - für mein Verständnis - eine negative Bewertung suggerieren (etwa: "Je mehr ich das kenne, desto schlechter bin ich..."). Ich kann mir neutralere Symbole besser vorstellen.
- Teufelchen finde ich gut, aber für „das kenne ich gar nicht bei mir“ ist auch ein Teufelchen unlogisch, da besser was Freundliches.
- Vielleicht hilft es Extra-Symbol für ein Null-Rating hinzuzufügen, damit Kinder mit ein wenig/bisschen Angst nicht "Ausversehen" Null raten
- Null-Kategorie zum Ankreuzen? Verständnisaufgabe?

Formulierung und Inhalte der Items:

- An einigen Stellen wäre es sinnvoll die Gefühle ausführlicher darzustellen bzw. präzisere Aufgaben zu machen
- evtl. wäre geschlechtsspezifische Darstellung gut, d.h., bei Jungen - Jungen als Beispiele, bei Mädchen - Mädchen als Beispiele
- Schulangst aufnehmen (Bauchschmerzen = somatoforme Störungen?); Familiensystemische Hintergründe besser aus-/abgrenzen durch entsprechende Formulierungen oder Kontrollfragen, wie es zu Hause aussieht; Zukunftsangst: z.B. bei Kindern aus Familien von Hartz4-Empfängern, Scheidungsfamilien
- Die körperlichen Symptome sind etwas milde beschrieben.
- Anzahl der Items ausreichend? Ergebnisabhängig.
- auch offene Fragen zu Ergänzung wovor habt ihr Angst, am meisten Angst, etc.
- Werden die Items vorgelesen?
- Ansonsten gutes, sinnvolles Verfahren. Gut wäre vielleicht ein (oder mehrere) Kontrollitem(s) zu einem gegenläufigen Konstrukt (z.B. Mut, Lebensfreude) mit „Engelchen“ am Ende.
- Bilder spitze; Texte sehr gut.
- Wurde untersucht, ob Kinder, die bei Item1 schon hohe Angstwerte aufweisen, generell diese Angst auf die anderen Situationen übertragen, und somit insgesamt höhere Werte ankreuzen?
- Insgesamt ist zu bedenken, dass der Test in einem Screening möglicherweise mehr Kinder verunsichert, als der Test Nutzen einbringen kann. Warum diese einseitige Problem- statt Ressourcenfokussierung?
- Das letzte Item möglicherweise vor die Tieritems setzen, weil die Kinder dort meist laut und unruhig werden und sich schwerer konzentrieren können (in Gruppen).
- Insgesamt ist der Test sehr kindgerecht und verständlich.

Konstruktvalidität: Berufsexperten (zu übergeordneten Aspekten).

	N	M	Med	SD	min	max
	fehlend					
1. Finden sie es sinnvoll bei Kindern einen Test zur Angsterfassung durchzuführen?	0	6,35	7,00	1,168	1	7
2. Finden sie die Methode (Beispielgeschichten, etc.) des ÄSK zur Angsterfassung bei Kindern sinnvoll?	1	6,64	7,00	,591	5	7
3. Finden sie, dass die Items für Kinder im Alter von sieben und acht Jahren verständlich genug formuliert sind?	1	6,30	6,00	,845	4	7
4. Können sie sich vorstellen, dass der ÄSK bei Kindern Angst feststellen kann?	0	5,98	6,00	1,124	2	7
5. Finden sie die Anzahl der Items ausreichend um Angst zu erfassen?	1	5,81	6,00	1,128	2	7
6. Glauben sie, dass die Breite der Antwortskala passend gewählt ist (5-stufig)?	1	6,47	7,00	,775	4	7
7. Glauben sie, dass die grafische Darstellung der Antwortskala (Anzahl der Teufelchen) für Kinder ansprechend ist?	1	5,91	7,00	1,701	1	7
8. Glauben sie, dass beim ÄSK Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit zu erwarten sind?	0	4,2407	4,0000	1,55327	1,00	7,00
9. Denken sie, dass der ÄSK in Form einer Gruppentestung anwendbar ist?	0	4,85	5,00	1,887	1	7

Anmerkungen der Kinder in den Kinderinterviews.

Notizen zu den Experten-Interviews mit zwei Gruppen von Kindern am 22.12.2009 und am 05.06.2010

(Die Leitfragen sind jeweils kursiv dargestellt.)

6 Mädchen, 2 Jungen, Alter: AM = 9 Jahre (1*6; 1*8; 3*9; 2*10; 1*11)

Nationalitäten: Togo, afghanisch, deutsch, ukrainisch, türkisch

Habt Ihr den Anfangstext verstanden?

„Das mit den Teufeln hättest Du lieber noch einmal mehr sagen sollen.“

„Dass mit dem Zufall fand ich gut... Also dass Du gesagt hast, dass das ein Zufall ist, wenn jemand, den wir kennen, genauso heißt und wir sollen dann nicht an den denken... Ich kenn nämlich einen Marko und da hab ich an ihn gedacht und dann extra nicht mehr.“

„Das war alles ein bisschen lang, was Du erzählt hast. Man kann doch erstmal ein bisschen erzählen und dann die erste Geschichte machen und dann noch mal was erzählen.“

„Ich würde das ja viel einfacher sagen, Du hast so lange geredet.“ „Wie würdest Du das denn sagen?“ „Ja zum Beispiel: Ich lese Euch gleich Geschichten vor und Ihr überlegt dabei und danach, ob Dir das auch so geht. Und nicht so... ob Ihr die Gefühle und das Verhalten aus der Geschichte bei Euch und ähnlich oder... ich weiß nicht, bla, bla...“

Wie findet Ihr, dass wir eine Beispielgeschichte zusammen gemacht haben?

„Vorher auszuprobieren fand ich gut, aber ich war mir nicht sicher, ob es darum geht, dass wir das kennen, weggeschubst zu werden oder das kennen, dass wir jemanden wegschubsen wollen... und ob das wichtig ist, dass wir das denn auch machen. Also wenn so Teile von der Geschichte stimmen, aber eben nicht alles.“

„Ein Beispiel zusammen zu machen fand ich gut, weil dann konnte ich ja auch noch mal nachfragen.“

Wie findet Ihr die Namen?

„Gut. Die kennt man alle... also man hat sie schon mal gehört, mein ich.“

„Ich find dieses Mädchen Ulla blöd. Wer heißt denn Ulla?“

Wie findet Ihr die Geschichten? Versteht Ihr manches nicht?

„Die Geschichte mit den Hunden fand ich doof... Weil Du hast gar nicht gesagt, ob das ein großer oder ein kleiner Hund ist und das ist wichtig... Ich hab nur vor großen Hunden Angst.“

„Ich aber nur vor kleinen.“ „Ich nur, wenn ich die nicht kenne.“ „Ich fand das gut, da konnte ich mir einfach alle Hunde vorstellen.“

„Ich hab das mit den Sorgen nicht so... also ob man Angst hat, weil man sich Sorgen macht? Ich kann mir ja auch Sorgen machen ohne Angst.“

„Bei der Geschichte von Anna, da wusste ich nicht so, weil Du dann noch mal gesagt hast, dass sie ohne Grund keine Lust zu spielen hat, dann hab ich das verstanden, weil manchmal hat man ja auch keine Lust, weil man krank oder so ist. Aber das fand ich gut, dass Du das gesagt hast.“

Fandet Ihr es einfach auf die Fragen zu antworten?

„Eigentlich schon, aber manchmal waren die so schnell zu Ende, da hab ich gar nicht alles mitgekriegt... Dann wollte ich die noch mal hören.“

„Bei manchen musste ich schon noch mal lange überlegen. Da kann man das ja noch mal wiederholen, vielleicht.“

Wie findet Ihr die Bilder?

„Max ist blöd, der sieht aus als hätte er 4 Augen...“ „Ja, da konnte ich gar nicht zuhören, was Du gesagt hast, weil die Augen so komisch sind.“

„Die Spinne sieht eher aus wie eine Zecke!“

„Mario sieht irgendwie riesig aus. So als wär der schon voll alt.“

„Die Bilder sind bunt noch schöner.“ „Da kann man ja noch anmalen, wenn man Zeit hat!“

„Stimmt! Das find ich cool.“

Wie findet Ihr, dass Ihr Teufelchen einkreisen sollt?

„Kann man da nicht lieber lächelnde Smileys nehmen? Da gibt es doch so mit Mund runter und gerade und hoch...“ „Und was bedeutet dann ein lächelnder und was ein trauriger Smiley?“ „Hmm... das ist schwierig, weil wenn ich einen nehme, der grinst, habe ich dann keine Angst oder kenne ich das gut? Das geht doch nicht mit Smileys“ „Ja, das geht irgendwie nicht, vielleicht ja Vögel?“

„Ich finde das passt voll gut... Ich meine, das geht ja um Angst und so... und das ist ja ungut... und Teufel, Teufel sind ja auch ungut. Das passt doch voll!“

„Die Teufel sahen viel zu lieb aus! Die hätten Hörner haben sollen. Oder rote Köpfe!“

Glaubt Ihr, dass Kinder auf die Geschichten ehrlich antworten mögen?

„Ja! Also ich hab ehrlich geantwortet. Ich glaube, das ist eine Frage des Vertrauens... also der muss nett sein, der vorliest und wenn die so nett ist wie Du... also Dir mochte ich das erzählen.“

„Wenn ich nicht will, dass einer bei mir luschart, kann ich ja schnell umblättern. Dann sieht das keiner, was ich eingekreist habe.“

Wie findet Ihr die Heft-Form?

„Das ist cool, das ist wie ein eigenes Buch. Da kann man nachschlagen, wenn man was vergessen hat. Und man verliert keine Zettel.“

„Dann hat jeder ein eigenes Gefühlslexikon.“

Glaubt Ihr man kann das Heft gut in einer Gruppe beantworten, jeder für sich?

„Man kann das ja immer gleich umblättern, da kann dann keiner spicken – das finde ich gut.“

„Klar geht das! Das geht ja bei Tests auch! Also wenn wir zum Beispiel ein Diktat machen, kann ja auch keiner gucken.“

Korrelationsmatrix (Spearman's Rho) der Urteilerübereinstimmungen

		SDQ_Lehrer (Emotionale Probleme)	SDQ_Lehrer (Emotionale Probleme)
KASI (Angstsensitivität)	r	,140	,082
	Sig. (2-seitig)	,136	,478
	N	115	77
KAT-II (Angst)	r	,254	,131
	Sig. (2-seitig)	,006	,258
	N	115	77

Korrelationsmatrix (Spearman's Rho) der Fremdbeurteilungen mittels SDQ

Lehrer und Elternversion		
	r	,201
Emotionale Probleme	p	,001
	N	292
	r	,395
Verhaltensauffälligkeiten	p	,000
	N	292
	r	,552
Hyperaktivität	p	,000
	N	289
	r	,429
Probleme mit Gleichaltrigen	p	,000
	N	289
	r	,196
Prosoziales Verhalten	p	,001
	N	289
	r	,492
Gesamtproblemverhalten	p	,000
	N	289

Varianzanalysen zum Vergleich des Lehrer- und Elternurteils mittels SDQ

Gesamtproblemverhalten (SDQ)			
	M	SD	N
Lehrer	7,11	6,502	289
Eltern	8,30	5,156	289

Tests der Innersubjekteffekte							
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta- Quadrat
Urteil	Sphärizität angen.	203,545	1	203,545	10,812	,001	,036
	Greenhouse-Geisser	203,545	1,000	203,545	10,812	,001	,036
	Huynh-Feldt	203,545	1,000	203,545	10,812	,001	,036
	Untergrenze	203,545	1,000	203,545	10,812	,001	,036
Fehler(Urteil)	Sphärizität angen.	5421,955	288	18,826			
	Greenhouse-Geisser	5421,955	288,000	18,826			
	Huynh-Feldt	5421,955	288,000	18,826			
	Untergrenze	5421,955	288,000	18,826			

Emotionale Probleme			
	M	SD	N
Lehrer	1,72	2,070	292
Eltern	2,07	1,890	292

Tests der Innersubjekteffekte							
Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Urteil	Sphärizität angen.	18,166	1	18,166	5,409	,021	,018
	Greenhouse-Geisser	18,166	1,000	18,166	5,409	,021	,018
	Huynh-Feldt	18,166	1,000	18,166	5,409	,021	,018
	Untergrenze	18,166	1,000	18,166	5,409	,021	,018
Fehler(Urteil)	Sphärizität angen.	977,334	291	3,359			
	Greenhouse-Geisser	977,334	291,000	3,359			
	Huynh-Feldt	977,334	291,000	3,359			
	Untergrenze	977,334	291,000	3,359			

Prosoziales Verhalten

	M	SD	N
Lehrer	7,72	2,382	289
Eltern	8,06	1,822	289

Tests der Innersubjekteffekte

Quelle		Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Urteil	Sphärizität angen.	16,279	1	16,279	4,609	,033	,016
	Greenhouse-Geisser	16,279	1,000	16,279	4,609	,033	,016
	Huynh-Feldt	16,279	1,000	16,279	4,609	,033	,016
	Untergrenze	16,279	1,000	16,279	4,609	,033	,016
Fehler(Urteil)	Sphärizität angen.	1017,221	288	3,532			
	Greenhouse-Geisser	1017,221	288,000	3,532			
	Huynh-Feldt	1017,221	288,000	3,532			
	Untergrenze	1017,221	288,000	3,532			

9.10 Norm- bzw. Referenztabellen zum ÄSK

Wie in der Druckfreigabe empfohlen, wurden alle Abbildungen (Testheft, Anleitung, Expertenrating, Referenztabellen) aus dem Anhang dieser Arbeit entfernt, um eine spätere Veröffentlichung des Verfahrens zu ermöglichen.



**Erklärung gemäß § 5 (4d) der Promotionsordnung
des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg vom 20.08.2003**

Hiermit erkläre ich,

Nina Krüger (Vorname, Nachname),

an Eides statt, dass ich mich anderwärts noch keiner Doktorprüfung unterzogen oder mich um
Zulassung zu einer Doktorprüfung bemüht habe.

Hamburg, 19.06.2014

Ort, Datum

Nina Krüger

Unterschrift





**Eidesstattliche Erklärung nach § 9 (1c und 1d) der Promotionsordnung
des Fachbereichs Psychologie der Universität Hamburg vom 20.08.2003**

Hiermit erkläre ich an Eides statt,

1. dass die von mir vorgelegte Dissertation nicht Gegenstand eines anderen Prüfungsverfahrens gewesen oder in einem solchen Verfahren als ungenügend beurteilt worden ist.
2. dass ich die von mir vorgelegte Dissertation selbst verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und keine kommerzielle Promotionsberatung in Anspruch genommen habe. Die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

Hamburg, 19.06.2014

Ort, Datum

Nina Krüger

Unterschrift

