Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Klinikdirektor: Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort

„The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)"- Eine deutsche Übersetzung und erste empirische Anwendung des Fragebogens für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (SCARED-D)

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Katrin Mittenzwei
aus Hamburg

Hamburg, 2013

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 05.11.2013

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: Prof. Dr. C. Barkmann

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: Prof. Dr. M. Härter

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 6
1.1 Problemstellung 6
1.2 Literatur 7
1.3 Stand der Forschung 7
1.3.1 Definition von Angst 7
1.3.2 Angstreaktionen 8
1.3.3 Angststörungen im Kindes- und Jugendalter 10
1.3.3.1 Angststörungen in der ICD-10 10
1.3.3.2 Angststörungen im DSM-IV 11
1.3.3.3 Differentialdiagnosen (ICD-10) 12
1.3.3.4 Epidemiologie 12
1.3.3.6 Komorbidität 14
1.3.3.7 Verlauf/Prognose 14
1.3.3.8 Risikofaktoren 15
1.3.3.9 Therapie/Interventionen 19
1.3.4 Angstdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Fragebögen 20
1.3.4.1 Fear Survey Schedule for Children- Revised (FSSC-R) 21
1.3.4.2 Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) 22
1.3.4.3 State-Trait-Anxiety Inventory for Children (STAI-C) 23
1.3.4.4 Revised Children's Manifest Anxiety Scale 23
1.3.4.5 Kinder- Angsttest II (KAT-II) 24
1.3.4.6 Angstfragebogen für Schüler (AFS) 24
1.3.4.7 Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen für Angststörungen (FBB-ANG/SBB-ANG) .. 25
1.3.4.8 Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) 26
1.3.4.9 Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R) 26
1.3.5 Der Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) 27
1.3.5.1 Entwicklung des SCARED 27
1.3.5.2 SCARED- Revised (SCARED-R) 31
1.3.5.3 Studien mit dem SCARED 32
1.3.6 Übersetzung und Adaptation psychologischer Tests 35

1.3.7 Herleitung der Fragestellung 37
1.4 Fragestellung 38
1.5 Ziel 38
2. Methode 39
2.1 Wahl des Forschungsdesign 39
2.2 Übersetzung ins Deutsche (SCARED-D) 39
2.3 Überprüfung der Akzeptanz durch einen Pilottest 40
2.4 Datenerhebung 40
2.5 Stichprobenbeschreibung 42
2.6.1 Datenanalyse 43
2.6.2 Faktorenanalyse 44
3. Ergebnisse 47
3.1 Psychometrische Kennwerte 47
3.1.1 Testhalbierungsreliabilität 47
3.1.2 Interne Konsistenz 47
3.1.3 Eltern-Kind-Korrelation 48
3.1.4 Trennschärfe 49
3.2 Explorative Faktorenanalyse 53
3.2.1 Patientenurteil 53
3.2.2 Mutterurteil 56
3.2.3 Vaterurteil 60
3.2.4 Fremdurteil 63
3.3 Faktoreninterpretation 66
3.4 Konfirmatorische Faktorenanalyse 68
4. Diskussion 71
4.1 Zusammenfassung der Hauptergbenisse 71
4.2 Methodenprobleme 71
4.3 Diskussion der Einzelergebnisse 73
4.2.1 Reliabilität 73
4.3.2 Faktorenanalyse 76
4.2.3 Konkurrierende Alternativen 79
4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick 80

5. Zusammenfassung 82
6. Abkürzungsverzeichnis 83
7. Literaturverzeichnis 84
8. Anhang I
9. Danksagung XXIII
10. Lebenslauf ..... **Fehler! Textmarke nicht definiert.**
11. Eidesstattliche Erklärung XXIV

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Angststörungen sind national und international mit ca. 10% eine der häufigsten Psychopathologien im Kindes- und Jugendalter (Ihle und Esser, 2002, Federer et al., 2000) und bringen ein erhöhtes Risiko für eine Angsterkrankung im Erwachsenalter mit sich (Pine et al, 1998). Eine frühe Erkennung und Therapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter kann die negativen psychosozialen Folgen in dieser wichtigen Lebensphase minimieren und einen Übergang von Angststörungen in das Erwachsenenalter reduzieren (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007, S.D. Connolly, G.A. Bernstein u. a.). Dazu bedarf es effektiver psychologischer Screening- Methoden, die zeitsparend und flächendeckend anwendbar sind und trotzdem valide Ersteinschätzungen oder Diagnosen liefern. Strukturierte Interviews können oftmals reliable Angststörungen in der Kindheit diagnostizieren, jedoch braucht es dafür speziell ausgebildete Interviewer und einen nicht unerheblichen Zeitaufwand. Ältere und weit verbreitete Fragebögen wie z.B. die Revised Fear Survey Schedule for Children (Ollendick, 1983) sind hilfreich bei der klinischen Einschätzung eines Gesamtmerkmales Angst, unterscheiden jedoch nicht zwischen den verschiedenen Diagnosen von Angststörungen (Birmaher et al., 1997). Der Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) wurde von Birmaher et al. 1997 entwickelt, und versucht diese Lücke zu schließen. Der Fragebogen orientiert sich an Symptomen von Angststörungen wie sie in der DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, American Psychiatric Association, 2000) kategorisiert sind. Die Autoren berichten von guten Möglichkeiten des Fragebogens nicht nur zwischen Angst und anderen Störungen (z.B. Depressionen), sondern auch zwischen verschiedenen Formen von Angststörungen unterscheiden zu können. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert 10-15 min. und kann ohne Schwierigkeiten z.B. kurz vor einem klinischen Erstgespräch durchgeführt werden. Ziel dieser Arbeit ist, dieses viel versprechende diagnostische Instrument durch eine deutsche Übersetzung und deren erste Überprüfung der Testgütekriterien auch dem deutschen Sprachraum zugänglich zu machen. Der SCARED könnte sowohl dem Kliniker schnelle erste Hinweise auf Vorliegen einer Angststörung liefern, als auch in Normalbevölkerungsstichproben ein zeitsparendes und valides Forschungsinstrument für den deutschen Sprachraum werden.

1.2 Literatur

Die in dieser Arbeit verwendete Literatur wurde durch mehrmalige Recherchen in den Datenbanken Medline, OVIDMedline, PsychINFO, PsycLIT und Embase für den Zeitabschnitt 1995 bis 2012 ermittelt. Aus dem Zeitraum vor 1995 stammen nur speziell ausgewählte Artikel. Suchstrategien betrafen einerseits den SCARED Fragebogen mit den Suchwörtern „Screen for Child Anxiety Related Disorders“ und andererseits Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Diagnostik sowie zum Thema Testadaptation mit den Suchwörtern: „anxiety disorder, child*, adolesc*, therapy, etiology, comorbidity, behavior inhibition, pharmac*, anxiety questionnaire, rating scale, international test commission, cross-cultural assessment, item bias, test adaption und spezielle Fragebögen. Außerdem wurden Fach- und Lehrbücher sowie deren Literaturquellen durchgesehen und ggf. gezielt nach Artikeln gesucht (z. B. *Entwicklungspsychiatrie,* Herpertz-Dahlmann, Resch, Schulte-Markwort, Warnke (Hrsg.), 2003; *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen, Grundlagen und Behandlungen,* Schneider, 2004; *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, Rutter, Taylor (Hrsg.), 2003). Einen guten Überblick zur Angstdiagnostik lieferte das Buch *Angstdiagnostik* (Hoyer, Margraf (Hrsg.), 2003) sowie *Angstdiagnostik bei Kindern* (Mack, 2002). Aktuelle klinische Standards wurden in den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie (Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hrsg., 2003) sowie bei der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, Practice Parameter, 2007) nachgelesen.

1.3 Stand der Forschung

1.3.1 Definition von Angst

Angst ist eine Grundbefindlichkeit des menschlichen Seins, eine als unangenehm erlebte primäre Emotion und ein biologisch festgelegtes Alarmsignal. Sie ist in die Zukunft gerichtet und tritt auf als Reaktion auf bedrohlich, ungewiss oder unkontrollierbar beurteilte Ereignisse, Situationen und Vorstellungen. Als angemessene Reaktion hilft sie Gefahren zu überwinden oder zu vermeiden. Sie ergreift den ganzen Menschen und bewirkt über einen Überlebensinstinkt eine biologisch sinnvolle massive körperliche und seelische Aktivierung (Morschitzky, 2009, Seite 1). Die Unterscheidung zwischen einem aktuellen emotionalen Zustand von Angst und einem

zugrunde liegenden habituellen Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit als heute weit verbreitetes State-Trait-Modell der Angst sei hier durch Krohne (1996, Seite 8) dargestellt:

„Die *aktuelle Angstemotion* (state) ist ein mit bestimmten Situationsveränderungen intraindividuell variierender affektiver Zustand des Organismus, der durch erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems sowie durch die Selbstwahrnehmung von Erregung, das Gefühl des Angespanntseins, ein Erlebnis des Bedrohtwerdens und verstärkte Besorgnis gekennzeichnet ist. Das *Persönlichkeitsmerkmal Ängstlichkeit* (trait) bezeichnet die intraindividuell relativ stabile, aber interindividuell variierende Tendenz, Situationen als bedrohlich wahrzunehmen und hierauf mit einem erhöhten Angstzustand zu reagieren."

Die konzeptuelle Unterscheidung von *Angst* und *Furcht* ist meist sehr abhängig von theoretischen Hintergründen. Aus psychoanalytisch orientierter Sicht z. B. wird Angst oft als gegenstandslos oder ohne äußere Bedrohung beschrieben, während Furcht als Reaktion auf eine vorhandene Gefahr gesehen wird (Mack, 2002, S. 23f). Die lerntheoretische Sicht hält eine solche reizorientierte Unterscheidung insbesondere bei Kindern jedoch nicht für sinnvoll und legt das Augenmerk auf Konditionierungsprozesse (Mack, 2002, S. 23f). Dazu sei an dieser Stelle nur gesagt, dass einzelne Autoren zu unterschiedlichen Meinungen über die Sinnhaftigkeit einer solchen Differenzierung kommen (siehe dazu auch Krohne, 1996, S. 8 ff, Mack, 2002 S. 23 ff). In dieser Arbeit wird grundsätzlich der Begriff Angst verwendet, der sich auf das oben definierte bezieht.

1.3.2 Angstreaktionen

Angst kann einerseits im Hinblick auf die Differenzierung *aktuelle Angst* oder *habituelle Ängstlichkeit* beschrieben werden. Außerdem kann sie auf den drei Ebenen *biologisch-physiologisch, verhaltensmäßig-expressiv* sowie *subjektiv-erlebnisdeskriptiv* erfasst werden (vgl. Morschitzky, 2009 S. 13, Krohne, 1996 S. 5, Hoyer, 2003, S. 4):

Die *biologisch-physiologische Ebene* der Angst zeigt objektiv messbare physiologische Faktoren wie Veränderungen von Muskeltonus, Herzschlagrate, Blutgefäßwiderstand und Blutdruck,

Atemfrequenz und Hautwiderstand, Gehirnwellenveränderung usw. (Morschitzky, 2009). Ausführliche Beschreibungen physiologischer Reaktionen von akuter oder länger dauernder Angst finden sich z. B. bei Krohne (1996, S. 42-57). Die dort aufgeführten wichtigsten Untersuchungsparameter von Angst sind: EEG, zerebraler Blutfluss, Herzfrequenz, peripheres Blutvolumen, elektrodermale Aktivität, Hauttemperatur, Blutdruck, EKG, Atemfrequenz, Lidschlagrate, Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel, neuroendokrine Systeme (Katecholamine, Kortisol, Endorphine) sowie das Immunsystem. Federer et al. (2000) zeigten in ihrer Studie, dass bei Achtjährigen die häufigsten Symptome für Angst und Panikanfälle Herzklopfen, Bauchkribbeln, Zittern und Beben, gefolgt von Taubheits-, Kälte- oder Hitzegefühlen waren. Dabei war das Leitsymptom der Mädchen Bauchkribbeln, bei den Jungen trat am häufigsten Herzklopfen auf. Zur *motorischen* oder *Verhaltensebene* der Angst gehören u. a. Kampf- oder Fluchtreaktionen, Vermeidungsverhalten, Veränderungen in Psychomotorik und Bewegungsaktivität, Lautäußerungen wie Weinen und Schreien, nicht zielgerichtete Bewegungen wie Beinwippen und Händekneten, Konzentrationsstörungen, Erstarren/Stupor, Tremor, Veränderungen der Stimme, Sprache und Mimik (Morschitzky, 2009, S. 13 f, Krohne 1996, S. 34-42, Mack 2002, S. 35). Es bestehen Überschneidungen zur Ebene der physiologischen/vegetativen Reaktionen. Die *subjektive-erlebnisdeskriptive Ebene* meint alle bei Angst möglichen Gefühle und Kognitionen. Dazu gehören Befürchtungen, Gedanken der Hilflosigkeit, Gefühl des Ausgeliefertseins, Angst erzeugende Denkmuster (Morschitzky, 2009, S. 13) u.a..

Physiologische, gedanklich-gefühlsmäßige sowie verhaltensbzogene Anteile spielen bei Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten eine entscheidende Rolle, werden jedoch sehr subjektiv und unterschiedlich wahrgenommen: So spüren viele Menschen nur vegetative Angstsymptome ohne die dazugehörigen Emotionen oder Kognitionen zu erkennen (vgl. „Herzneurose“), während andere sich ihrer ängstlichen Denkmuster bewusst sind, diese jedoch nicht mit körperlichen Beschwerden in Zusammenhang bringen (z.B. Schlafstörungen, Schmerz oder Herz-Kreislaufprobleme) (Morschitzky, 2009, S. 14).

1.3.3 Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Ängste im Kindes- und Jugendalter gehören zur normgerechten Entwicklung, sind häufige und reifungsabhängige Phänomene und gestalten sich inhaltlich in Abhängigkeit von bestimmten Entwicklungsstufen (Blanz, Schneider, 2008, S. 744 f). Im Säuglingsalter sind v. a. sensorische Reize die Hauptquelle von Angst (Mattejat, 2002). Gegen Ende des ersten Lebensjahres treten besonders Ängste vor fremden Personen, fremden Gegenständen, lauten Geräuschen und Höhen auf. Im Alter von 2-4 Jahren zeigen sich wiederum Ängste vor Tieren, Dunkelheit, Alleinsein, bei 4-6 Jährigen kommen Ängste vor Fantasiegestalten (Hexen, Geister) und Naturereignissen (Gewitter) dazu. Bei 7-10 Jährigen zeigen sich Ängste vor Schulsituationen, erste Angst vor negativer Bewertung oder Versagen, aber auch vor Krankheit, Tod oder medizinischen Eingriffen. Soziale Ängste, Versagensängste und Ängste bzgl. der Gesundheit nehmen dann bis zur Pubertät und im Jugendalter zu, die Ängste aus früheren Entwicklungsstufen nehmen dem entsprechend ab (Schneider, 2004, S. 9 f). Eine tabellarische Auflistunge der altesrspezifischen Ängste findet sich bei Blanz, Schneider (2008, S. 744). Klinische Bedeutsamkeit erlangen Ängste erst durch ihre besondere Intensität und Chronifizierung (Mattejat, 2002) sowie durch Beeinträchtigung der normalen psychosozialen Entwicklung des Kindes (Schneider, 2004, S. 10) und erlauben dann die Feststellung einer pathologischen Angst mit entsprechender Diagnose.

1.3.3.1 Angststörungen in der ICD-10

Kapitel V der ICD-10 (International Classification of Diseases, Edition 10, World Health Organisation 1993) behandelt Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Unter F90-F98 beschreibt die ICD-10 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. V. a. die Emotionalen Störungen des Kindesalters (F93.-) können zur Diagnose von spezifischen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter herangezogen werden. Aufgeführt werden die Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), die phobische Störung des Kindesalters (F93.1), sowie die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2). Die kindspezifische Generalisierte Angststörung (F93.80) wird nur in den Forschungskriterien und nicht in den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 aufgeführt. Nach ICD-10 stellen emotionale Störungen des Kindesalters pathologische Verstärkungen

normaler Entwicklungsphasen dar, und werden dementsprechend den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48), die als eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene gelten, gegenübergestellt. Letztere sind Lebensalter unabhängig und behandeln die phobischen Störungen mit den wichtigsten Kategorien Agoraphobie (F40.00 ohne Panikstörung, F40.01 mit Panikstörung), soziale Phobie (F40.1) und spezifische Phobie (F40.2) sowie andere Angststörungen (F41) mit den wichtigsten Kategorien Panikstörung (F41.0), Generalisierte Angststörung (F41.1), sowie Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2).

1.3.3.2 Angststörungen im DSM-IV

Das Kapitel der Angststörungen im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edition IV) der American Psychiatric Association (1994) umfasst die *Panikstörung ohne Agoraphobie* (300.01), *Panikstörung mit Agoraphobie* (300.21), *Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte* (300.22), *spezifische Phobie* (300.29), *soziale Phobie* (300.23), *generalisierte Angststörung* (300.2), *Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors* (293.89), *substanzinduzierte Angststörung* und *nicht näher bezeichnete Angststörung* (300.00). Außerdem umfasst dieses Kapitel die *akute Belastungsreaktion* (308.3), *akute Belastungsstörung* (308.3) und die *posttraumatische Belastungsstörung* (309.81). Im Unterschied zur ICD-10 wird im DSM-IV außerdem die *Zwangsstörung* (300.3) als ein Subtyp der Angststörungen klassifiziert. Auch das DSM-IV definiert eine Gruppe von *Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder der Adoleszenz diagnostiziert werden*. Bis auf die *Störung mit Trennungsangst* (309.21), die unter *andere Störungen im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz* abgehandelt wird, zählen hierzu jedoch im DSM-IV, im Gegensatz zum DSM-III, keine kindheitsspezifischen Angststörungen mehr. Die zuvor erwähnten Diagnosen von Angststörungen können jedoch auch auf Kinder und Jugendliche angewandt werden. Spezifische Kriterien helfen bei der Diagnostik in dieser Altersgruppe. Bei der *sozialen Phobie* (300.23) zum Beispiel wird die Tatsache, dass die Person die Angst als übermäßig oder unbegründet wahrnehme, für Kinder außer Kraft gesetzt. Die soziale Angst bei Kindern könne sich außerdem durch Schreien, Wutausbrüche, Erstarren oder Zurückweichen vor sozialen Situationen mit unbekannten Menschen äußern. Außerdem wird gefordert, dass das Kind die Fähigkeit zum Aufbau altersangemessener sozialer Beziehungen mit bekannten Personen

besitzt, und sich die soziale Angst nicht nur auf fremde Erwachsene sondern auch Gleichaltrige beziehe. (Petermann F, Lehmkuhl G, 1995).

1.3.3.3 Differentialdiagnosen (ICD-10)

Differentialdiagnostisch relevant sind Störungen, die ebenfalls mit zum Teil erheblichen Symptomen von Angst oder Panik einhergehen können. Dazu gehören die *sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (F92.8), die *akute Belastungsreaktion* (F43.0), die *posttraumatische Belastungsreaktion* (F43.1), die *Anpassungsstörungen* (F43.22, F43.23, F43.43.25), den *elektiven Mutismus* (F94.0), den *Pavor nocturnus* (F51.4) und die *Alpträume* (F51.5), die *emotionale Störung mit Geschwisterrivalität* (F93.3), die *tiefgreifenden Entwicklungststörungen* (F84), sowie die Gruppe der *Zwangsstörungen* (F42). Es sollte außerdem beachtet werden, dass Ängste, die sich auf das Vorliegen einer Krankheit (Nosophobie) oder auf körperliche Entstellung (Dysmorphobie) beziehen, von den Angst- und Panikstörungen differenziert werden (vgl. *hypochondrische Störung*, F45.2). Die *wahnhaften Störungen* (F22), die *akuten, vorübergehenden psychotische Störungen* (F23) und die *paranoide Schizophrenie* (F20.0) sind trotz des häufigen Vorliegens von Furchtsamkeit und Misstrauen durch Halluzinationen, Wahnvorstellungen und kognitive Störungen meist gut von den Angststörungen abzugrenzen. Unerlässlich ist außerdem eine gründliche somatische Abklärung zum Ausschluss einer Störung durch *psychotrope Substanzen* (F1) oder einer *organischen Angststörung* (F06.4) durch laborchemische (Ausschluss z.B. Hypoglykämie, Thyreotoxikose, Phäochromozytom), neurophysiologische (Auschluss Temporallappenepilepsie) und ggf. bildgebende Verfahren (Leitlinien DGKJP, 2007).

1.3.3.4 Epidemiologie

Nationale und internationale Studien haben gezeigt, dass Angststörungen zu den häufigsten Psychopathologien im Kindes- und Jugendalter gehören. Internationale Prävalenzraten variieren von z. B. Neuseeland mit 1.8% (Anderson et. al., 1987, s. Rutter und Taylor, 2003, S. 489) bis z. B. Holland mit 23.5% (Verhulst et. al., 1997, s. Rutter und Taylor, 2003, S. 489), zeigen jedoch

eine durchschnittliche Prävalenz von 10.4% (Ihle und Esser, 2002). Prävalenzraten für Deutschland liegen meist ebenfalls um 10% (Federer et al., 2000, Wittchen et al., 1998, Ihle et al., 2000). Der ersten Erhebungswelle der Bremer Jugendstudie (Essau, 2000) zufolge, erfüllten sogar 18.6 % der 1035 untersuchten Schüler im Alter von 12-17 Jahren die DSM-IV- Kriterien für eine Angststörung. Diese waren damit noch vor den depressiven Störungen (17.9%) die häufigste psychische Störung. Die Ergebnisse der BELLA-Studie ("BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“ -Modul zur psychischen Gesundheit des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts) können als für Deutschland repräsentativ angenommen werden und zeigten Angststörungen ebenfalls mit einer Prävalenz um 10% als häufigste Störung (Ravens-Sieberer, U. et al., 2007). Hinsichtlich der unterschiedlichen Angststörungen zeigten sich in Studien oftmals die phobischen Störungen mit Prävalenzraten um 5% (Federer et al., 2000, Wittchen et al., 1998) als die häufigste Unterform. Angststörungen nehmen in der Häufigkeit bis zum späten Jugendalter zu, mit dem schnellsten Zuwachs bei den 12-15 Jährigen (Essau, 2000). In mehreren Studien wurde gezeigt, dass Angststörungen mit einem durchschnittlichen Alter bei Erstauftreten von ca. 7 Jahren den frühesten Erkrankungsbeginn von psychischen Störungen aufwiesen (Kovacs und Devlin, 1998).

Verantwortlich für Unterschiede in den Prävalenzraten können methodische Gründe sein (z. B. Stichprobengröße, Altersgruppen, diagnostische Erhebungsmittel, Beziehung auf unterschiedliche Klassifikationssysteme). Auch geographische oder kulturelle Gründe sind insbesondere bei den internationalen Unterschieden möglich. Insgesamt lässt sich aber zusammenfassen, dass Angststörungen mit einer mittleren Prävalenz von um die 10 % bei Kindern und Jugendlichen national und international häufig sind.

Zur Geschlechterverteilung zeigt sich in den meisten Studien, dass altersunabhängig signifikant mehr Mädchen als Jungen von Angststörungen betroffen sind (Kessler et al., 2005; Essau et al., 2000; Federer et al., 2000; Wittchen et al. 1998), und dies entspricht auch den meisten Lehrmeinungen in Fachbüchern (z. B. Remschmidt, 2000, S. 232). Die größte Geschlechterdifferenz zeigt sich oftmals bei der Agoraphobie und den spezifischen Phobien (Essau et al., 2000; Federer et al., 2000; Wittchen et al. 1998). Es gibt Hinweise auf genetisch-biologische Ursachen für das häufigere Auftreten von Angststörungen bei Mädchen (Lewinsohn

et al. 1998), allerdings wird kontrovers diskutiert, ob genetische oder psychosoziale Faktoren bei der Entstehung des Geschlechtsunterschiedes überwiegen (vgl. auch Schneider, 2004).

1.3.3.6 Komorbidität

Ähnlich wie bei anderen epidemiologischen Daten variieren auch die Angaben zu Komorbiditätsraten in den klinischen Studien zu Angststörungen. Das häufigste heterotype Komorbiditätsmuster (Angststörungen plus eine andere psychische Störung) wird jedoch meist mit Angststörung plus depressiver Störung angegeben (Essau et al., 2000, Angold et al. 1999, Kovacs und Devlin 1998). Oftmals geht dabei die Angststörung der depressiven Störung voraus (Essau et al., 2000). Die Raten für eine weitere komorbide Angststörung liegen zwischen 65 und 95 % (Kovacs und Devlin 1998). Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und- Psychotherapie geben unter psychiatrischer Komorbidität von Angststörungen andere Angststörungen (bis 30 %), depressive Störungen (bis ca. 30 %, bei der Panikstörung 50-65 %) und in der Adoleszenz Alkohol- und Medikamentenmissbrauch an. Für die Trennungsangst werden zusätzlich Störung des Sozialverhaltens (bis 30 %) und Hyperkinetisches Syndrom (bis 25 %) aufgeführt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass v. a. weitere Angststörungen und depressive Störungen häufig gemeinsam mit Angststörungen auftreten, und auf sie sollte in der Erstdiagnostik besonders Acht gegeben werden. Inwiefern sehr hohe homotype Komorbiditätsraten möglicherweise auf Defizite in den angewandten Klassifikationssystemen hindeuten können, diskutieren Angold, Costello, Erkanli (1999) ebenso wie die Möglichkeit statistischer und methodischer Artefakte bei Komorbiditätsraten in ihrer ausführlichen Übersichtsarbeit zu Komorbidität.

1.3.3.7 Verlauf/Prognose

Zur Untersuchung vom Verlauf von Angststörungen bieten sich retrospektive oder prospektive Studien an, die sich in ihren Ergebnissen ähneln. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass einige Untersuchungen auf einen günstigen Verlauf von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Remissionsraten von 70- 80% hinweisen (Last et al., 1996; Essau et al., 2000). Deutlich

niedriger (40-50%) fällt jedoch die Rate derer aus, die auch keine andere Störung entwickeln und wirklich gesund bleiben (Last et al., 1996; Essau et al., 2000). Zumindest zum Zeitpunkt schwerer Episoden von Angst, besteht bei 50-100% der Kindern und Jugendlichen mit Angststörung eine schwere psychosoziale Beeinträchtigung in mehreren Lebensbereichen (Wittchen et al., 1998; Essau et al., 2000), ca. 40% zeigen psychosoziale Beeinträchtigungen im Erwachsenalter (Last et al., 1996). Kinder mit einer Angststörung haben ein mehrfach erhöhtes Risiko eine weitere psychiatrische Störung zu entwickeln, insbesondere eine weitere Angststörung oder Depression (Pine et al., 1998). Nur eine Minderheit der Betroffenen erhält eine Therapie oder professionelle Hilfe (Essau et al., 2000; Wittchen et al., 1998). Es ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der im Kindes- und Jugendalter beginnenden Angststörungen nicht im Erwachsenenalter persistiert (Pine et al., 1998). Umgekehrt zeigen jedoch die meisten Angststörungen im Erwachsenenalter ihren Beginn in der Kindheit und Jugend (Pine et al., 1998).

1.3.3.8 Risikofaktoren

Hier sind einige biopsychosoziale Phänomene aufgeführt, die mit einem erhöhten Auftreten von Angststörungen korrelieren.

Genetik

Kendler et al. (1992) untersuchten 2163 weibliche erwachsene Zwillinge und fanden eine genetische Disposition für Angststörungen, die 30-40 % der Varianz erklärte. Warren et al. (1997) untersuchten 326 Zwillinge im Alter von 7 Jahren. Sie fanden, dass genetische Einflüsse für ungefähr ein Drittel der Varianz der untersuchten Subskalen Physiologie von Angst und Soziale Angst verantwortlich seien. Für die Subskala Sorgen (worry) zeigten sich sowohl genetische Einflüsse als auch der Faktor gemeinsame Umwelt als einflussreich. Für die Angstskala insgesamt waren beide Einflüsse - Genetik und Umwelt - wichtig. Es gab keinen Unterschied in der genetischen Prädisposition zwischen Jungen und Mädchen. Warren et al. (1999) schließen aus ihrer Untersuchung, dass sich Angst bei Kindern aus einer biologischen Prädisposition entwickelt, in neuen Situationen somatische Angstsymptome zu erleben. Diese biologische Prädisposition in Kombination mit besonderen Umwelteinflüssen könnte dann zur

Entwicklung von Angststörungen führen. Cronk et al. (2004) fanden durch eine Untersuchung an 1887 weiblichen Zwillingen einerseits eine genetische Disposition für Symptome der Trennungsangst und andererseits elterliche Abwesenheit als Vulnerabilitätsfaktor für Angststörungen. Der sozioökonomische Status zeigte einen weniger stabilen Effekt. Es gab keine Hinweise auf Unterschiede zur Genetik zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen.

Geschlecht

Spätestens ab dem Jugendalter gilt die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht als Risikofaktor (siehe Geschlechterverteilung). Ob hierbei biologische (z.B. genetische, hormonelle) oder psychosoziale (Rollenprägung, sozial erwünschtes Verhalten u. ä.) Faktoren im Vordergrund stehen ist nicht abschließend zu beantworten.

Familienzugehörigkeit

Beidel et al. (1997) untersuchten Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren von Eltern mit Angststörungen im Vergleich zu mehreren Kontrollgruppen. 35 % der Kinder von Angstpatienten hatten eine psychiatrische Störung und waren somit fast fünfmal häufiger betroffen als Kinder von gesunden Eltern. Fast alle (33 %) hatten dabei eine eigene Angststörung (häufigste: Generalisierte Angststörung/ overanxiety disorder) und unterschieden sich damit von der Gruppe der Kinder von depressiven Eltern sowie von der Gruppe der Kinder mit ängstlich-depressiven Eltern, die eine größere Bandbreite an Störungen zeigten. Es gab dabei keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Geschlecht oder Alter, jedoch zeigte sich ein niedriger sozioökonomische Status als ein Risikofaktor, v. a. in Kombination mit elterlicher Psychopathologie. Dierker et al. (1999) untersuchten speziell den Einfluss mütterlicher oder väterlicher psychischer Störungen auf Angststörungen und Störung durch Substanzmissbrauch bei ihren Kindern. Dabei war die Wahrscheinlichkeit für Kinder mit einer angstkranken Mutter an einer Angststörung zu leiden nicht größer als mit einem Vater mit Angststörung. Jedoch erkrankten 17 % der Kinder an einer Angststörung bei einem betroffenen Elternteil und 39 % der Kinder bei zwei betroffenen Elternteilen. Martin et al. (1999) untersuchten 51 ängstliche und schulvermeidende Kinder (mittleres Alter 12 Jahre) und deren Eltern. In 81.4 % der Fälle erfüllte mindestens ein Elternteil die Kriterien für eine Diagnose nach DSM-III-R. In 36.1 % der Fälle lag eine komorbide Störung von Angst und Depression vor, in 31 % eine reine Angststörung und in 8.2 % eine depressive Störung. 78.4 % der Mütter und 21.7 % der Väter hatten eine

Angststörung. Die Schulvermeider wurden in zwei Gruppen mit Kindern mit Trennungsangst und mit Kindern mit einer phobischen Störung eingeteilt. In der Gruppe der Trennungsangst waren die häufigsten Störungen bei Müttern und Vätern Panikstörung und/oder Agoraphobie. In der Gruppe der Kinder mit phobischen Störungen waren die häufigsten Störungen der Eltern spezifische und soziale Phobie. Im Rahmen der Dresdner-Kinder-Angst-Studie an 826 Achtjährigen (Federer et al. 2000) zeigte sich, dass die Risikofaktoren familiäre Problembelastung, Krankheitswissen der Kinder zum Myokardinfarkt, Angstbelastung der Mutter und häufige Körperbeschwerden das Risiko für das Auftreten von Panikanfällen deutlich erhöhten. Dies traf nicht für die Risikovariablen Angstbelastung des Vaters oder erhöhte Depressionswerte der Eltern zu.

Bindung

Warren et al. (1997) untersuchten Kinder im Alter von 12 Monaten und dann erneut im Alter von 17 Jahren, um das Verhältnis von Bindung und Angststörungen zu untersuchen. In Anlehnung an Ainsworths Bindungstypen (Ainsworth M., 1978) wurden die Kinder in Gruppen sicher (Bindungstyp B), unsicher-vermeidend (Typ A) und unsicher-ambivalent (Typ C) gebundener Kinder unterteilt. Außerdem wurde sowohl das Temperament des Kindes als auch die Psychopathologie der Mutter untersucht. Es zeigte sich, dass signifikant mehr Kinder mit einer unsicher-ambivalenten Bindung (Bezugsperson befriedigt die Bedürfnisse des Kindes nur wechselhaft) Angststörungen entwickelten als die Kinder mit anderen Bindungsstylen. Dabei war sowohl der Bindungstyp (unsicher-ambivalent, Typ C) als auch die Störung (Angststörung) spezifisch. Keine signifikante Korrelation gab es zwischen Angststörung bei der Mutter und beim Kind und nur zu einigen Aspekten von Temperamentsfaktoren des Kleinkindes.

Behaviorale Inhibition

Auf Kagan et al. (1988) geht der Begriff der Verhaltenshemmung zurück, die als eine Temperamentseigenschaft betrachtet werden kann und ein zurückgezogenes, vorsichtiges und vermeidendes Verhalten in Begegnungen mit Fremden oder in neuen Situationen beschreibt („behavioral inhibition to the unfamiliar“) und eine erniedrigte Erregungsschwelle im limbischen System und eine erhöhte sympatische Aktivität widerspiegeln zu scheint. Biedermann et al. (1993) zeigten in einer über drei Jahre dauernden prospektiven Studie, dass verhaltensgehemmte Kinder ein stark erhöhtes Risiko haben an einer Angststörung zu leiden oder diese zu entwickeln.

Potenzierte Schreckreaktion

Die Schreckreaktion/Schreckreflex auf bedrohliche Reize (z.B. akustische) kann schon bei Säuglingen beobachtet werden. Grillon et al. (1997) untersuchten Kinder von gesunden, alkoholabhängigen oder angsterkrankten Eltern. Sie zeigten, dass nur bei den Kindern von Eltern mit einer Angststörung die Schreckreaktion potenziert war und als ein Vulnerabilitätsfaktor für Angststörungen in Frage kommt (Schneider, 2004).

Angstsensitivität

Angstsensitivität (Reiss, McNally, 1985, Reiss 1991) wird die Tendenz genannt, Körpergefühle, die oft im Zusammenhang mit Angst erlebt werden, als bedrohlich zu interpretieren. Es beschreibt die Überzeugung, dass Angst und damit verbundene Symptome schädigende körperliche, psychische oder soziale Auswirkungen über den akuten Moment der Angst und des Panikanfalles hinaus haben. Im Rahmen der Dresdner-Kinder-Angst-Studie (Federer et al. 2000) zeigte sich, dass Kinder mit einer erhöhten Angstsensitivität signifikant häufiger die Kriterien einer Angststörung erfüllten als andere Kinder. Dieser Zusammenhang war bei agoraphobischen Ängsten und Trennungsängsten höher als bei sozialen Ängsten. Außerdem bestand ein positiver Zusammenhang zwischen Angstsensitivität und Panikanfällen (auch ohne das Erfüllen einer Angststörung). Angstsensitive Kinder litten auch häufiger unter Körperbeschwerden als andere Kinder.

Neurophysiologie

De Bellis et al. (2002) fanden heraus, dass bei Kindern mit einer generalisierten Angststörung das Amygdala- Volumen, sowie das Volumen des Gyrus temporalis superior (weiße und graue Substanz) im Vergleich zu gesunden Kindern signifikant erhöht waren. Dabei zeigte sich eine cerebrale Asymmetrie mit höheren Volumina rechtshemisphärisch. Keller er al. (2000) zeigten in ihrer Studie zu Unterschieden in der Gehirnaktivität bei Angst- und Depressionspatienten eine Abnahme der rechtshemisphärischen Aktivität bei Depressionen und eine Zunahme der rechtshemisphärischen Aktivität bei Angststörungen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Untersuchungen zur Ätiologie von Angststörungen sowohl Hinweise auf genetische, biologische als auch psychosoziale Aspekte der Entstehung von

Angststörungen geben und damit ein biopsychosoziales Modell der Entstehung von psychiatrischen Störungen unterstützen.

1.3.3.9 Therapie/Interventionen

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) empfehlen eine multimodale Behandlung von Angststörungen mit Berücksichtigung folgender Komponenten: Beratung/Informationsvermittlung hinsichtlich des Störungsbildes (Psychoedukation für Eltern und Kind), Rücksprache mit Schule und Hausarzt, verhaltensorientierte Intervention, psychodynamische Psychotherapie, Familientherapie und Pharmakotherapie. Sie weisen außerdem daraufhin, dass von den Psychotherapien bisher nur für die kognitive Verhaltenstherapie die Wirksamkeit durch kontrollierte Studien ausreichend belegt wurde. Eine stationäre Behandlung wird bei starker Beeinträchtigung der Alltagsfunktion, nicht ausreichender Kooperation der Eltern oder Notwendigkeit einer Trennung des Kindes von seiner Umgebung (z. B. Trennungsangst) nahe gelegt.

In einer Metaanalyse von 24 randomisierten, kontrollierten Therapiestudien (In-Albon, T. & Schneider, S., 2007) zur kognitiven Verhaltenstherapie zeigte sich eine gute Wirksamkeit dieser Behandlungsform mit einer gesamten Effektstärke von x = .86. Dabei wurden keine Unterschiede hinsichtlich der Auswahl des Therapiesettings gefunden: Einzel- und Gruppentherapie, kind- oder familienzentrierte Behandlungen waren gleich effektiv. Die Durchsicht der Follow-up- Studien zeigte stabile Behandlungserfolge über mehrere Jahre hinweg. Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) empfehlen ebenfalls einen multimodalen Therapieansatz. V. a. bei einer zusätzlichen Angsterkrankung eines Elternteils oder dysfunktionalen Familiensystemen haben Verhaltenstherapie plus Familientherapie bessere Ergebnisse erbracht als die Therapie des Kindes allein.

Als Gründe für eine begleitende Medikationstherapie werden nicht ausreichende Wirkung der Psychotherapie allein, behandlungsdürftige Komorbidität und die Notwendigkeit einer schnellen Symptomreduktion genannt. Als Mittel der ersten Wahl werden selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer genannt (SSRI, American Academy of Child and Adolescent

Psychiatry, 2007; Blanz, 2008), obwohl diese bisher in Deutschland zur Behandlung von Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nicht zugelassen sind (off-label-use/ individueller Heilversuch). Es sollte eine sehr niedrige Anfangsdosis gewählt werden, die Erhöhung bis zur Erhaltungsdosis sollte langsam und in kleinen Schritten mit sorgfältigen Verlaufskontrollen von Nebenwirkungen und Behandlungseffekten erfolgen (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Der Wirkungseintritt ist meist nach 2- 8 Wochen, bei Kindern auch früher zu beobachten (Blanz, 2008, S. 604). Während Sicherheit und Wirksamkeit der Kurzzeitbehandlung von Angststörungen in der Kindheit mit SSRIs durch kontrollierte Studien gut belegt sind, ist Risiko und Nutzen von Langzeitbehandlungen bisher nicht ausreichend untersucht (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Die Gruppe der trizyklischen Antidepressiva (TZA) werden auf Grund ihres Spektrums an unerwünschten Nebenwirkungen kaum eingesetzt (Blanz 2008, S. 604). Die Gruppe der Benzodiazepine werden bei notwendiger akuter Wirkung empfohlen, jedoch nicht länger als 6 Wochen (Blanz, 2008, S. 604). Psychopharmakotherapie sollte grundsätzlich als Therapiebaustein in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren eingesetzt werden, als einzige Behandlungsmethode ist ist sie grundsätzlich abzulehnen (Blanz, 2008, S. 604). Eine ausführliche Übersicht zu plazebokontrollierten Doppelblindstudien zur Pharmakotherapie bei Kindern ist außerdem bei Labellarte et al. (1999) zu finden.

1.3.4 Angstdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Fragebögen

Fragebögen, auch Skalen oder im Englischen Rating Scales genannt, sind wohl die am häufigsten eingesetzte Methode zur Erfassung von internalisierenden Symptomen wie z.B. Angst. Meist wird hierbei Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal (trait- Angst) untersucht. In den 1960er und 1970er Jahren wurden Angstfragebögen für Kinder- und Jugendliche meist als Abwandlungen von bereits existierenden Fragebögen für Erwachsene erstellt und gerieten deshalb in die Kritik den speziellen Anforderungen für kindspezifische Fragebögen nicht gerecht zu werden (Myers, 2002). Neuere Fragebögen, die seit den 1990er Jahren entwickelt wurden, sollen diesen Anforderungen Rechnung tragen und beinhalten häufig zusätzlich Elternfragebögen (Myers, 2002). Fragebögen können reliabel und valide internalisierende Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfassen, sie sind einfach und effektiv als Screening-Verfahren, in der

Behandlungsplanung und –kontrolle und in der Forschung einsetzbar. Dennoch muss sich der Anwender bewusst sein, welche theoretischen Konstrukte dem Fragebogen zu Grunde liegen und wo die Stärken des jeweiligen Fragebogens liegen. Angesichts der Vielzahl der inzwischen existierenden Angsttests soll der folgende Abschnitt eine beispielhafte Auswahl von aktuellen und im deutschsprachigen Raum angewandten Verfahren darstellen, um dann den SCARED-Fragebogen ausführlicher vorzustellen.

1.3.4.1 Fear Survey Schedule for Children- Revised (FSSC-R)

Die FSSC-R (Ollendick, 1983) ist ein häufig angewandtes Selbstauskunftsinstrument für Ängste bei Kindern und Jugendlichen und die revidierte Fassung der ursprünglichen FSSC (Scherer und Nakamura, 1968). Sie enthält 80 Items, die auf einer dreistufigen Skala beantwortet werden können („keine“, „etwas“, „viel“) und sich zu fünf Faktoren zusammenschließen lassen: 1. Misserfolg und Kritik, 2. das Unbekannte, 3. kleine Verletzungen und Tiere, 4. Gefahr und Tod, 5. medizinische Ängste. Diese Faktorenstruktur lässt sich der Tierphobie, Umwelt-/Situationsphobie, sozialen Phobie und Spritzen-/Krankheitsphobie zuordnen. Der Gesamtwert misst die allgemeine Ängstlichkeit. Die deutsche Adaptation (Phobiefragebogen für Kinder, PHOKI, Döpfner et al., 2006) wurde um 17 Items erweitert, die in erster Linie Trennungsängste erfassen, ein Item wurde aus zeitgeschichtlichen Gründen ausgeschlossen („Angst vor Russland“). Sie umfasst 96 Items mit ebenfalls dreistufiger Antwortmöglichkeit (s. o.). Für den PHOKI lies sich die fünffaktorielle Struktur der amerikanischen Version nicht replizieren. Es können Werte für die folgenden 7 Subskalen gebildet werden: 1. Bedrohliches und Unheimliches, 2. körperliche Gefahr und Tod, 3. Trennungsängste, 4. soziale Ängste, 5. Tierphobien, 6. medizinische Eingriffe, 7. Schul- und Leistungsängste. Die interne Konsistenz der amerikanischen Version wird mit $\alpha = .90$ für den Gesamtwert und zwischen .57 und .89 für die Subskalenwerte angegeben. Der PHOKI zeigt eine interne Konsistenz aller Subskalen mit $\alpha > .70$. Der PHOKI ist für Kinder von 8-18 Jahren geeignet, für die FSSC-R liegen Normen für die Altersstufen 7-16 Jahre vor. Die Retestreliabilität des Gesamtwertes nahm von einer Woche über drei Monate ab ($r = .82$ und .62), deshalb sollten Kontrollgruppen bei der Messung von Veränderung der Angst, z.B. durch eine Behandlung, eingesetzt werden (Ollendick, Döpfner, Schnabel, 2003, S. 555 ff). Die Validität der FSSC-R wurde in vielen internationalen Studien

demonstriert, und sie wird häufig und mit wenig Konkurrenz im klinischen und im Forschungssetting eingesetzt (Myers et al., 2002).

1.3.4.2 Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)

Die SCAS (Spence, 1998) ist speziell zur Erfassung von Symptomen bestimmter DSM-IV-Angststörungen entwickelt worden. Die insgesamt 38 Items lassen sich auf die wesentlichen DSM-IV-Angststörungen, die bei Kindern auftreten, verteilen: Trennungsangst (6 Items), soziale Phobie (6 Items), Zwangsstörung (6 Items), Panikstörung und Agoraphobie (9 Items), Angst vor körperlichen Verletzungen (spezifische Phobie, 5 Items) und generalisierte Angststörung (6 Items). Die vier Antwortmöglichkeiten reichen von „niemals" (0) bis „immer" (3). Faktorenanalysen ergaben eine Sechs-Faktorenlösung, die den erwähnten Diagnosen zuzuordnen waren. Die deutsche Version (Essau et al., 2002) wurde an einer Normalstichprobe von Schulkindern im Alter von 8-12 Jahren untersucht. Hier zeigte sich eine Fünf-Faktorenlösung: 1. Panikstörung und Agoraphobie, 2. soziale Phobie, 3. Furcht vor Trennung (Trennungsangst), 4. Sorge, dass einem selbst oder einer Bezugsperson etwas zustößt (Trennungsangst) sowie 5. ein Faktor, auf dem die Items zur Zwangsstörung und generalisierter Angststörung luden. Die Konsistenzkoeffizienten der amerikanischen Version lagen für den Gesamtwert bei $\alpha = .92$, für die Subskalen zwischen .60 und .82. Der Retestreliabilitätkoeffizient lag bei $r = .60$, für die einzelnen Subskalen zwischen .45 und .57. Ähnliche Ergebnisse werden für die deutsche Version berichtet. Analysen zeigten außerdem hochsignifikante Interkorrelationen zwischen den SACS-Subskalen. Klinisch ängstliche Kinder zeigten signifikant höhere Gesamtwerte in der amerikanischen SCAS und in den entsprechenden Unterskalen, die ihre Angststörung repräsentierten. Es bestand eine signifikante Korrelation mit der RCMAS (s. u., $r = .71$). Die deutsche Version korrelierte mit der Columbia Impairment Scale (CIS; Bird et al.1993, $r = .41$) und dem Youth Self-report (Achenbach und Edelbrock, 1983). Der Fragebogen ist kurz und einfach und kann in 10-15 min. bearbeitet werden (Essau, 2003, S. 578-582).

1.3.4.3 State-Trait-Anxiety Inventory for Children (STAI-C)

Das STAI-C (Spielberger et al., 1973) heißt auch How I Feel- Questionnaire und wurde von einer Erwachsenenform adaptiert. Es misst allgemeine Ängstlichkeit bei Kindern in Form von Zustandsangst (trait,) und aktueller Angst (state). Für die 20 Items der Traitskala gibt es drei Antwortmöglichkeiten: „fast nie“, „manchmal“, „oft“, und die Probanden werden dabei gebeten anzugeben, wie sie sich im Allgemeinen fühlen. Die 20 Items der Stateskala sind konkret, verhaltensnah und zeitlich terminiert („jetzt, im Augenblick“) und können ebenfalls dreistufig beantwortet werden (mit den Polen „sehr“ und „nicht“). Die deutsche Version, das State- Trait-Angstinventar für Kinder (STAIK, Unnewehr et al., 1992, unveröffentliches Manusskript) wurde an einer Schülerstichprobe (8-16 Jahre) überprüft. Sowohl die englische als auch die deutsche Version zeigten keine eindeutige Faktorenstruktur. Die interne Konsistenz lag für die Traitskala bei α = .81, für die Stateskala bei .82. Die Retestreliabilität lag bei r = .64. Die Traitskala korrelierte mit dem Kinder-Angst-Test (KAT s. u., r = .71) und mit klinischen Diagnosen. Daten zur diskriminanten Validität fehlen bisher sowohl für die englische als auch die deutsche Version. Für den kurzen und einfachen Fragebogen werden ca. 5 min Bearbeitungszeit benötigt, für die englische Version liegen Normwerte für 8 -16 Jahre alte Kinder vor (Joormann und Unnewehr, 2003, S. 583 ff).

1.3.4.4 Revised Children’s Manifest Anxiety Scale

Die RCMAS (Reynolds and Richmond, 1978) ist die revidierte Form der Children’s Manifest Anxiety Scale (Castaneda et al., 1956) und wird auch What I Think and Feel- Skala genannt. Manifeste Angst wird hier als ein universelles Phänomen angesehen und im Rahmen eines klassischen traitpsychologischen Ansatzes gemessen. Die deutsche Version (Manifeste- Angst-Skala für Kinder, RCMAS-G, Boehnke et al., 1986) wurde an einer Schülerstichprobe untersucht. Die RCMAS ist für Kinder von 6-18 Jahren geeignet und beinhaltet die zwei Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“. Die explorative Faktorenanalyse ergab eine Fünf-Faktoren-Struktur: Drei Angst- Subskalen (physiologische Aspekte, Besorgnis und Konzentration und zwei Lügen-Skalen (erwünschtes Verhalten und Ablehnen von unerwünschtem Verhalten). Die interne Konsistenz (Kuder- Richardsons Alpha) betrug in der deutschen Stichprobe .84, in

der US-Stichprobe .83. Die Retestreliabilität der deutschen Version lag bei r = .47. Die Autoren geben eine Korrelation von r = - .69 mit der Teilskala „seelische Gesundheit“ aus dem Trierer-Persönlichkeitsinventar (Becker, 1989) an. Die amerikanische Version wurde im Vergleich zu vielen Angstinstrumenten gemessen, besonders mit der State- Trait- Anxiety Inventory for Children (Richter & Boehnke, 2003, S. 548ff). Einschränkungen scheint es hinsichtlich der diskriminanten Validität zu geben, da auch Jugendliche mit ADHS hohe Werte erzielten (Myers et al., 2002).

1.3.4.5 Kinder- Angsttest II (KAT-II)

Der KAT-II (Thurner und Tewes, 2000) ist die zweite Version des ersten deutschsprachigen Angsttests für Kinder (KAT, Thurner und Tewes, 1996). Der KAT-II besteht aus drei Angstskalen, von denen die Skala A (20 Items) wesentliche Merkmale einer allgemeinen Angststörung misst, und die Skalen P und R als Angstzustandsskalen (akute Angst) bezeichnet werden können. Die Skala P (12 Items) erfasst dabei Angsterleben zeitlich vor dem Ereignis und die Skala R (12 Items) erfasst Angst zeitlich nach dem Ereignis. Der KAT-II wurde an einer Schülerstichprobe konstruiert, Normen liegen für die Altersgruppe 9-15 Jahre vor. Die Antwortmöglichkeiten sind „ja“ und „nein“. Die interne Konsistenz für die Skalen liegen zwischen α = .77 und .81, die Retestreliabilität der Skala A beträgt r = .80. Zur Validitätsprüfung wurden Korrelationen mit 21 Persönlichkeitstests errechnet, die Ergebnisse sind theoriekonform. Skala P und R korrelieren untereinander mit r = .70, mit der Skala A korrelieren sie mit r = .54 und r = .53. Es gibt eine Papier und eine computergestützte Version, die Durchführung dauert ca. 15 min. (Text nach Thurner, 2003, S. 544 ff).

1.3.4.6 Angstfragebogen für Schüler (AFS)

Der AFS (Wierczerkowski et al. 1974, 1981) soll die ängstlichen und unlustvollen Erfahrungen von Schülern des 3.-10. Schuljahres (9-17 Jahre) hinsichtlich der drei Bereiche manifeste Angst (MA, 15 Items), Prüfungsangst (PA, 15 Items) und Schulunlust (SU, 10 Items) erfassen. Zusätzlich enthält das Instrument eine Skala zur sozialen Erwünschtheit (SE, 10 Items). Der AFS

wurde an einer Schülerpopulation konstruiert und enthält zwei Antwortmöglichkeiten (stimmt/stimmt nicht). Die Trennschärfe aller 50 Items liegt bei r(it) > .2. Die Faktorenanalyse entsprach dem zugrunde liegenden Konstrukt mit 4 Faktoren. Die Iteminterkorrelation lag zwischen r(tt) = .67 und r(tt) = .85. Es fanden sich signifikante Korrelationen zwischen der Skala manifeste Angst und dem Kinder-Angst-Test (KAT, s.o.), geringer auch zwischen den Skalen Schulunlust und Prüfungsangst mit dem KAT. Es gibt eine Papier- und eine computergestützte Fassung, die Durchführung dauert 10-25 min. Es gibt zusätzliche Einschätzungsskalen für Lehrer und Gruppenleiter. Der AFS wird als Diagnoseinstrument in Gruppensituationen und in der Forschung eingesetzt. (Text nach Ebersbach und Dalbert, 2003, S. 518 ff).

1.3.4.7 Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen für Angststörungen (FBB-ANG/SBB-ANG)

Die FBB-ANG und SBB-ANG (Döpfner, Lehmkuhl, 2000) sind ein Teil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Sie dienen der Erfassung von Angststörungen durch Selbstbeurteilung (ab 11 Jahren) und Fremdbeurteilung (Eltern, Lehrer, Erzieher). Sie enthalten die Symptomkriterien für die Diagnosen Störung mit Trennungsangst (10 Items), generalisierte Angststörung (7 Items) des Kindesalters nach ICD-10, generalisierte Angststörung nach DSM-IV, sowie orientierende Symptome für soziale Ängste (7 Items), spezifische Phobien (7 Items) und Agoraphobie. Insgesamt umfassen beide Bögen jeweils 31 Items, neben einer quantitativen Einschätzung wird außerdem der subjektive Leidensdruck bzw. die klinische Bedeutung des Symptoms erhoben. In Feldstichproben lagen die internen Konsistenzen für die definierten Skalen Trennungsangst, generalisierte Angststörung, soziale Angst und spezifische Phobie zwischen $\alpha = .65$ und $\alpha = .86$ für beide Bögen. Eltern- und Fremdurteil korrelierten zwischen r = .39 und r = .52. Die SBB-ANG und FBB-ANG können mit der Diagnose-Checkliste für Angststörungen (DCL-ANG) um ein klinisches Urteil erweitert werden. (Text nach Döpfner, Görtz, 2003, S. 538 f).

1.3.4.8 Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)

Das SPAI-C (Beidel et al., 1996) erfasst kognitive, somatische und behaviorale Aspekte sozialer Angst im Kindesalter und orientiert sich speziell am Störungsbild der sozialen Phobie und deren internationalen Diagnosekriterien (DSM-IV). Das Selbstbeurteilungsinstrument besteht aus 26 Items mit 3 Antwortmöglichkeiten: „nie oder selten“ (0), „manchmal“ (1) und „meistens oder immer“ (2). Bei einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation ergaben sich drei Eigenwerte >1, der Scree- Test (Catell, 1966) legte jedoch sowohl in einer Normal- als auch klinischen Stichprobe eine Ein-Faktor- Lösung nahe. Die deutsche Version, das Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK, Melfsen et al., 1999), wurde an einer Normal- und an einer klinischen Stichprobe überprüft. Die interne Konsistenz lag bei α = .92 für die Normalstichprobe und bei .95 für die klinische Stichprobe. Die Retestreliabilität betrug r(tt) = .85. Das SPAIK korrelierte mit den Unterskalen Prüfungsangst (r = .53) und manifeste Angst (r = .61) des AFS (s. o.), mit dem KAT (s. o., r = .44) und mit den beiden Unterskalen des SASC-R-D (negative Bewertung r = .59, soziale Vermeidung und Unwohlsein r = .73, s. u.). Das SPAIK ist ein Papiertest für Kinder zwischen 8 und 16 Jahren und kann als Einzel- oder Gruppentest in 20-30 min. durchgeführt werden (Text nach Melfsen und Warnke, 2003, S. 574 ff).

1.3.4.9 Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R)

Die SASC-R (La Greca, 1988) ist ein Selbstauskunftsinstrument zur Erfassung von sozialer Angst. Sie ist dabei weniger an Diagnosekriterien für die Soziale Phobie angelehnt wie das SPAIK (s. o.), sondern misst soziale Angst v. a. in der Beziehung zu Peer- Gruppen als einer wichtigen Quelle emotionaler Erfahrungen (Myers et al., 2002). Sie umfasst 18 Items mit einer fünfstufigen Antwortmöglichkeit (1-5) und ist für Kinder im Alter von 8 bis 16 Jahren als Gruppen- oder Einzeltest geeignet. Sie besteht aus 3 Subskalen: „fear of negative evaluation“ (Angst vor negativer Bewertung), „social avoidance and distress-new“ (soziale Vermeidung und Unwohlsein in neuen Situationen oder mit neuen Peer-Gruppen) und „social avoidance and distress-generalized“ (generelles Unwohlsein in sozialen Situationen). Die Faktorenanalyse ergab jedoch eine zweifaktorielle Lösung mit den beiden Faktoren: „Angst vor negativer Bewertung“ und „soziale Vermeidung und Unwohlsein“. Die interne Konsistenz der Unterskalen lag bei α =

.83 und .71. Die Skalen korrelierten untereinander mit r = .52. Die Retestreliabilitäten lagen über r(tt) = .74. Die SASC-R korrelierte mit dem SPAIK (s.o. r > .59), mit dem AFS (s. o., r > .35) und mit dem KAT (s. o., r >.45). Die deutsche Version (Melfsen, 1999) wurde an einer Schülerstichprobe evaluiert. Die SASC-R gibt es als Papierform und die Durchführung dauert 10-25 min (Text nach Melfsen, 2003, S. 570-573 ff).

1.3.5 Der Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)

1.3.5.1 Entwicklung des SCARED

Der Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) wurde von Birmaher et. al. (1997) als ein Screening Instrument für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter an einer klinischen Stichprobe entwickelt. Dieses Selbstauskunftsinstrument für Kinder und deren Eltern sollte nicht nur zeitsparend und flächendeckend anwendbar sein, sondern auch zwischen den folgenden Angststörungen der DSM-IV- Klassifikation (American Psychiatric Association, 1994) unterscheiden: Generalisierte Angststörung, Trennungsangst, Panikstörung, Soziale Phobie und zusätzlich die Schulphobie, die jedoch im DSM-IV (genau wie in der ICD-10) nicht als eigene diagnostische Kategorie aufgeführt wird. Die Schulphobie wird aber als häufig vorkommendes klinisches Phänomen, sowohl im Rahmen anderer Angststörungen, als auch unabhängig davon beobachtet (Birmaher et al., 1997).

Der SCARED wurde anhand von klinisch relevanten Fragen basierend auf der DSM-IV-Klassifikation für Angststörungen konstruiert. Der ursprünglich 85 Items umfassende Fragebogen wurde zunächst einer kleinen Gruppe von Kindern unterschiedlichen Alters vorgelegt um die Verständlichkeit zu überprüfen. Kritik und Kommentare dieser Kinder führten zu altersangemessener Wortwahl und Formulierung der einzelnen Fragen. Der Fragebogen enthielt absichtlich viele inhaltlich identische aber unterschiedlich formulierte Fragen, um im weiteren Verlauf die besten Formulierungen und Satzkonstruktionen für Kinder ermitteln zu können. Den Schweregrad der Symptome für den Zeitraum der letzten drei Monate gaben Werte von 0 bis 2 an, wobei 0 „not true or hardly ever true (nicht wahr oder fast nie wahr)“, 1 „sometimes true (manchmal wahr)“ und 2 „true or often true (wahr oder oftmals wahr)“ bedeuteten.

Der SCARED (85 Items) wurde dann an einer Stichprobe von 341 in einer Tagesklinik behandelten Kindern zwischen 9 und 18 Jahren (Altersdurchschnitt 14,5 Jahre) und 300 Eltern untersucht. Zur Feststellung der Retest-Reliabilität füllte eine Untergruppe der Stichprobe (88 Kinder und 86 Eltern) den Bogen in einem mittleren Zeitabstand von 5 Wochen (4 Tage bis 15 Wochen) ein zweites Mal aus. Jedes Kind hatte eine psychiatrische Diagnose anhand eines klinischen Interviews (DSM-IV Symptom-Checkliste, Birmaher und Poling, unveröffentlicht, zit. n. Birmaher et al., 1997) oder durch das Ausfüllen des Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present Episode (K-SADS-P; Chambers et al., 1985) in einer für Angststörungen modifizierten Form (Last, unveröffentlichtes Manuskript, zit. n. Birmaher et al., 1997) erhalten. Die Mehrheit der untersuchten Kinder hatte zwei oder mehrere Angststörungen, und es gab Komorbiditäten mit depressiven, hyperaktiven oder Störungen des Sozialverhaltens.

Um den Test zu kürzen und sicher zu stellen, dass die Items eine intern konsistente Skala bildeten, wurde zunächst eine Itemanalyse durchgeführt. Items mit einer Itemtestkorrelation $r > .40$ wurden ausgewählt. Vier Items wurden trotz niedriger Korrelationskoeffizienten (zwischen .30 und .39) auf Grund ihrer klinischen Relevanz beibehalten („I get scared if I sleep away from home“, „I worry about sleeping alone“, „I follow my mother or father wherever they go“, „I don’t like to be away from my familiy“). Außerdem wurden Items, die sich mit Symptomen der Depression überschnitten ausgeschlossen (z.B. Schlafprobleme, Müdigkeit, Gereiztheit). Der Fragebogen konnte so auf 38 Items pro Eltern- und Kindform reduziert werden. Die α-Koeffizienten für die Gesamtwerte des Fragebogens lagen für die 85-Item-Version bei $\alpha = .96$ und für die 38-Item-Version bei .93. Eine folgende Hauptkomponentenfaktorenanalyse mit Varimaxrotation ergab sowohl für die 85 als auch die 38-Item-Version eine Fünf-Faktorenlösung (alle Faktoreigenwerte > 1). Die Faktoren wurden folgendermaßen benannt: (1) panic/somatic (Panik/Somatik), (2) generalized anxiety (generalisierte Angst), (3) seperation anxiety (Trennungsangst), (4) social phobia (soziale Phobie) und (5) school phobia (Schulphobie). Die Faktorenlösung zeigte eine gute interne Konsistenz (α-Koeffizienten zwischen .74 und .89). Die Eltern-Kind-Korrelationen (nach Pearson) lagen für den SCARED- Gesamtwert bei $r = .33$ (für die verschiedenen Faktoren zwischen .20 und .47). Insgesamt zeigten die Ergebnisse der Datenanalyse keine Unterschiede zwischen der Kind- und der Elternversion. Es werden deshalb im Folgenden hauptsächlich die Ergebnisse der Kindversion dargestellt.

Die Test- Retest- Reliabilität lag für den Gesamtwert bei einem Koeffizienten von .86 (für die verschiedenen Faktoren zwischen .70 und .90). Die diskriminante Validität wurde durch parametrische und nonparametrische Statistiken untersucht (z.B. Varianzanalysen). Dabei lagen sowohl der Gesamtwert als auch alle Subskalenwerte signifikant höher bei Kindern mit Angststörungen im Vergleich zu gesunden Kindern. Der Gesamtwert und alle Subskalenwerte konnten außerdem Kinder mit Angststörungen von Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens und ADHS unterscheiden. Innerhalb der Angststörungen konnte der SCARED Panikstörungen, generalisierte Angststörungen und Trennungsangst erkennen, dies traf für die soziale Phobie und die Schulphobie nur für den Elternteil zu. Beim Vergleich ängstlicher und depressiver Kinder konnte der Gesamtwert des SCARED zwischen diesen beiden Gruppen nicht unterscheiden, wohl aber der Wert der Subskalen Trennungsangst, Schulphobie und die Elternversion der Subskala Panikstörung. Die Berechnung der Reciever- Operator- Kurven zur Bestimmung der Sensitivität und Spezifität von Cut-off- Werten zeigte ähnliche Ergebnisse: die SCARED-Werte konnten ängstliche von gesunden und Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens unterscheiden. Im Vergleich Angststörung vs. Depression konnten die Subskalen Panik/Somatik, Trennungsangst, Schulphobie und diesmal auch der Gesamtwert des SCARED ängstliche von depressiven Kindern unterscheiden. Der SCARED zeigte gute konvergente und divergente Validität im Vergleich mit der Child Behavior Checklist (Achenbach und Edelbrock, 1983) und dem State-Trait-Anxiety Inventory for Children (Spielberger, 1973)

Da der Faktor „soziale Phobie“ in der Kindversion nicht ausreichend zwischen sozialer Phobie und anderen Angststörungen unterschieden hatte (s. o.), wurde die 38 Item umfassende Version nun um drei weitere Items zur sozialen Ängstlichkeit ergänzt („I feel nervous when I am with other children or adults and I have to do something while they watch me“, „I feel nervous about going to parties, dances, or any place where there will be people that I don’t know well“, „I am shy“), und es entstand so die 41-Item Version des SCARED.

Um die ermittelten psychometrischen Eigenschaften des SCARED zu replizieren wurde er etwas später 190 ambulant behandelten Kindern (9;0 bis 19;0 Jahre) und 166 Eltern vorgelegt und die Daten erneut analysiert (Birmaher et al., 1999). Auch die 41-Item Version zeigte bei der Faktorenanalyse eine 5-Faktoren Lösung in Anlehnung an die DSM-IV Diagnosekriterien für

Angststörungen: (1) Panik/Somatik: 13 Items, (2) generalisierte Angst: 9 Items, (3) Trennungsangst: 8 Items, (4) soziale Phobie: 7 Items und (5) Schulphobie: 4 Items. Jeder Faktor zeigte mit einem Koeffizienten α zwischen .78 und .87 eine gute interne Konsistenz, die drei hinzugefügten Items fielen wie vorausgesehen in den Faktor soziale Phobie. Die Eltern-Kind Korrelation für den Angst-Gesamttestwert lag bei .32, für die einzelnen Faktoren zwischen .22 (generalisierte Angst) und .39 (Trennungsangst). Insgesamt korrelierten die Elternwerte höher mit den Jugendlichenwerten (Alter >12 Jahre) als mit denen der Kinder (9-12 Jahre). Außerdem zeigten Mädchen höhere Eltern-Kind Korrelationen im Faktor Panik/Somatisierung und Jungen höhere Korrelationen im Faktor soziale Phobie als umgekehrt. Die Berechnung der diskriminanten Validität zeigte, dass sowohl der Gesamtwert des Patientenurteils als auch die meisten Faktoren des Kind- und des Elternbogens zwischen Angststörungen und anderen Störungen (Depression, ADHS, Störung des Sozialverhaltens) unterscheiden konnten. Jedoch vermochte auch der Elternbogen der 41-Item-Version nicht zwischen depressiven und ängstlichen Kindern zu unterscheiden. Innerhalb der Angststörungen unterschieden sowohl Eltern- als auch Kindfragebogen zwischen Panik- und anderen Angststörungen. Der Kindfragebogen konnte zwischen generalisierter Angststörung und sozialer Phobie unterscheiden, der Elternfragebogen konnte zwischen Trennungsangst und anderen Angststörungen unterscheiden. Für den Faktor Schulphobie konnte auf Grund der zu kleinen Stichprobe (n=1) keine diskriminante Validität berechnet werden. Durch die ROC- Analyse (Reciever-Operator-Curve) wurde ein optimaler Cut-Off Wert von 25 Punkten im Gesamtwert der Kindversion bei optimierter Sensitivität und Spezifität (jeweils ca.71%) zur Erkennung von Angststörungen ermittelt.

Aus dem 41-Item SCARED wurde dann das Item aus jedem Faktor ausgewählt, das am höchsten in der Diskriminanzanalyse geladen hatte („I get really frightened for no reason at all“, „I am afraid to be alone in the house“, „People tell me that I worry too much“, „I am scared to go to school“, „I am shy“), und so wurde eine 5-Item- Kurzversion des SCARED erstellt, die als Elternfragebogen getestet wurde. Die psychometrischen Eigenschaften wiesen im Vergleich mit der Vollversion keine bedeutsamen Abweichungen auf. Mit einem Cut-Off-Wert von 3 Punkten bei einer Sensitivität von 74 % und einer Spezifität von 73 % konnte der 5-Item SCARED-Fragebogen zwischen vorhandener oder nicht vorhandener Angststörung unterscheiden.

1.3.5.2 SCARED- Revised (SCARED-R)

Muris et al. (1999) überarbeiteten später eine holländische 38-Item-Version des SCARED (s.u. Studien mit dem SCARED) in der folgenden Weise: Die Items zur Schulphobie wurden der Subskala Trennungsangst zugefügt, außerdem wurden 15 neue Items zu den unterschiedlichen Formen der spezifischen Phobie (Tierphobie, Blut-, Injektions-, Verletzungsphobie und Umweltphobie) und 13 Items zu der Zwangsstörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung hinzugefügt. Die somit 66 Items umfassende revidierte Version des SCARED (SCARED-R) deckte somit fast das gesamte Spektrum der Angststörungen nach DSM-IV ab: Generalisierte Angststörung (9 Items), soziale Phobie (4 Items), Panikstörung (13 Items), Zwangsstörung (9 Items), Posttraumatische Belastungsstörung (4 Items) sowie spezifische Phobie (3 Items Tierphobie, 7 Items Blut-Injektions-Verletzungsphobie, 5 Items Situations-Umweltphobie) und Trennungsangst einschließlich 4 Items zur Schulphobie (12 Items). Der SCARED-R wurde an einer Normalstichprobe von 674 Schülern im Alter von 8-13 Jahren in den Niederlanden angewendet um die psychometrischen Eigenschaften zu untersuchen. Cronbachs α für den Gesamtwert des SCARED-R lag bei .94, mit einer Bandbreite für α = .64 bis .80 für die einzelnen Subskalen. Mädchen erreichten höhere Gesamtwerte und diese nahmen mit zunehmendem Alter ab. Eine explorative Faktorenanalyse ergab eine Ein-Faktor-Struktur für den SCARED-R. Bei der konfirmatorischen Faktorenanalyse wurden unterschiedliche Faktorenmodelle getestet (Ein-Faktormodell, Neun-Faktorenmodell mit und ohne Korrelation zwischen den Faktoren). Keine dieser Modelle erbrachte zufrieden stellende Ergebnisse. Jedoch konnte die Fünf-Faktorenstruktur der ursprünglichen Originalversion (38 Items) auch in dieser Stichprobe repliziert werden.

An einer Stichprobe von 48 Kindern im Alter von 8-17 Jahren, die entweder an einer Angststörung oder einer Störung des Sozialverhaltens bzw. ADHS litten, untersuchten Muris und Steernemann (2001) die Reliabilität und Validität des SCARED-R an einer klinischen Stichprobe in den Niederlanden. Für die einzelnen Subskalen wies Cronbachs α als Maß für die interne Konsistenz weitgehend Werte von deutlich über .70 auf. Bis auf die Subskalen soziale Phobie und spezifische Phobie zeigten sich moderate aber signifikante Korrelationen zwischen dem SCARED-R und der FSSC-R (s. o.). Kinder mit Angststörung erreichten höhere Werte sowohl im SCARED-R als auch in der FSSC-R als Kinder mit einer anderen Störung. Muris und Mayer

(Muris et al., 2001) zeigten außerdem, dass der SCARED-R Behandlungseffekte von kognitiver Verhaltenstherapie erfassen konnte.

1.3.5.3 Studien mit dem SCARED

Muris et al. (1998) testeten den SCARED im Vergleich zum FSSC-R (s. o.) und zur RCMAS (s. o.) an zwei niederländischen Schülerstichproben (9-12 Jahre und 8-13 Jahren) und überprüften so die Validität einer holländischen Übersetzung des SCARED. Die signifikanten Korrelation zwischen den Gesamtwerten des SCARED und der RCMAS lagen bei r = .86, für die FSSC-R bei .67. Auch die meisten Subskalen der Tests korrelierten signifikant mit den Subskalen des SCARED. Etwas später untersuchte eine etwas anders zusammengesetzte Arbeitsgruppe (Muris et al., 2001) sechs Angstfragebögen und ihre psychometrischen Eigenschaften an einer belgischen Schülerstichprobe (12-18 Jahre): Dabei lagen Cronbachs α der Skalen für den SCARED alle über .75, für den Gesamtwert bei .91. Außerdem korrelierte der Gesamtwert des SCARED sowohl mit dem Gesamtwert der STAIC (s. o.) als auch erneut mit dem der RCMAS (s. o.) und mit dem der FSSC-R.

Monga et al. (2000) untersuchten den SCARED an einer klinischen Stichprobe ambulant behandelter Kinder und Jugendlicher (9-18;9 Jahre) in Pittsburgh, USA. Der SCARED korrelierte signifikant mit den internalisierenden Faktoren der CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach und Edelbrock, 1983) sowie mit den Subskalen des STAIC (State-Trait-Anxiety Inventory for Children, Spielberger et al., 1976). Kinder mit einer Angststörung erreichten signifikant höhere Werte im SCARED als Kinder mit depressiver Störung.

Boyd et al. (2003) untersuchten den SCARED an einer Stichprobe von 111 afro-amerikanischen Schülern im Alter von 12 bis 19 Jahren. Die interne Konsistenz lag bei α = .89, die Retestreliabilität bei r = .47 (6-Monatsreliabilität), und der Gesamtwert korrelierte signifikant mit anderen Angstfragebögen. Bei der Faktorenanalyse ergab sich eine Drei-Faktorenlösung mit den Subskalen: Somatik/Panik, Soziale Angst und Generalisierte Angst (interne Konsistenz der Faktoren von α = .63 bis .81). Jedoch luden 21 Items auf keinen der angegebenen Faktoren.

Hale et al. (2005) untersuchten den SCARED (38-Item-Version) an einer 1340 Schüler umfassenden Stichprobe in Holland. Sie berücksichtigten dabei besonders Unterschiede, die sich auf die Variablen Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und Alter bezogen. Die Autoren fanden bei der Analyse eine Fünf-Faktorenstruktur, sowohl für die gesamte Stichprobe als auch die Untergruppen Mädchen, Jungen, jüngere und ältere Kinder. Mädchen erzielten signifikant höhere Werte in den Subskalen generalisierte Angststörung und soziale Phobie als Jungen. Jüngere Jugendliche (Alter 10-13 Jahre) erreichten höhere Werte auf der Subskala Trennungsangst als ältere. Ältere Jugendliche (14-18 Jahre) erreichten höhere Werte auf den Subskalen generalisierte Angststörung und Schulangst als jüngere. Schüler aus ethnischen Minderheiten punkteten auf allen Subskalen signifikant höher als die niederländischen Schüler, mit der Ausnahme der Subskala soziale Phobie.

Gemeinsam mit dem Spence Children Anxiety Scale (SACS, Spence, 1998) wurde der SCARED 2002 an einer Schülerstichprobe (665 Kinder im Alter von 8-13 Jahren) in Süd Afrika zum Screening von Angststörungssymptomen eingesetzt (Muris et al., 2002). Cronbachs α für den Gesamtwert lag bei .90, für die Subskalen bei > .65, mit der Ausnahme der Subskala Schulphobie mit $\alpha = .50$. Mädchen und jüngere Kinder erreichten höhere Angstwerte auf fast allen Subskalen. Der Gesamtwert des SCARED korrelierte mit dem Gesamtwert des SACS, die Korrelationen unter den Subskalen waren jedoch eingeschränkt. Am höchsten korrelierten die Subskalen für Panikstörung und Trennungsangst miteinander. Die Faktorenanalyse erbrachte für den SCARED eine Vier-Faktorenlösung: (1) Panikstörung (mit zwei Items aus der ursprünglichen Skala Trennungsangst), (2) soziale Phobie (mit zwei Items aus der ursprünglichen Subskala Panikstörung), (3) generalisierte Angst und (4) Trennungsangst. Acht Items (inklusive der vier Schulphobie- Items) luden auf keinem Faktor ausreichend und wurden ausgeschlossen. Die südafrikanischen Kinder erreichten höhere Werte für Angst als Kinder westlicher Länder, innerhalb der südafrikanischen Gruppe waren dabei Kinder aus sozial besser gestellten Familien mit weißer Hautfarbe weniger stark betroffen, als Kinder aus anderen ethnischen Gruppen und ärmeren Familien.

Eine chinesische Version des SCARED (Wang et al., 2002) wurde an 2 019 Kindern (mittleres Alter 11,3 Jahre) aus 14 chinesischen Städten untersucht. Die Koeffizienten zur Test-Retestreliabilität lagen zwischen r = .57 und .61, die split-half-Reliabilität lag bei r = .88.

Cronbachs α Koeffizienten lagen zwischen .43 und .89, und die Item-Test-Korrelationen lagen zwischen r = .43 und .74. Die chinesische Version diente später dazu, eine erhöhte Ängstlichkeit bei Jugendlichen mit Internetabhängigkeit aufzuzeigen (Yao-Guo, 2006).

Ogliari et al. (2006) testeten eine italienische Version des SCARED an 378 Zwillingspaaren aus einer italienischen Normalstichprobe im Alter von 8-17 Jahren. Eine Hauptkomponentenfaktorenanalyse mit Varimaxrotation erbrachte eine Vier-Faktoren-Lösung (alle Eigenwerte >1) für 34 der 41 Items: (1) generalisierte Angststörung mit fast allen Items der ursprünglichen Skala (Birmaher et al., 1999) plus einem Item aus der ursprünglichen Panik-Skala („People tell me I look nervous"), (2) soziale Phobie mit allen entsprechenden ursprünglichen Items, (3) Panik/Somatik mit allen Items zur Panikstörung der ursprünglichen Skala plus einem Items aus der Skala der Schulphobie („I'm scared to go to school") und (4) ein Faktor zur Trennungsangst dessen Items genau der Originalskala entsprachen. Sieben Items hatten Faktorladungen < .4 und wurden deshalb ausgeschlossen. Cronbachs α für die von Birmaher et al. (1997) gefundenen Skalen lag bei .8 für soziale Phobie, .78 für generalisierte Angst, .71 für Trennungsangst, .69 für Panikstörung und .54 für Schulphobie.

Um u. a. die Faktorenstruktur des SCARED an einer multiethnischen, amerikanischen, klinischen Stichprobe zu untersuchen, ließen Wren et al. (2007) 515 Kinder (Alter 8-13 Jahre) und deren Eltern den Fragebogen ausfüllen. Weder der Gesamtwert des SCARED, noch die Eltern-Kind-Differenz des Gesamtwertes zeigte signifikante Korrelation mit der ethnischen Zugehörigkeit der Kinder. Höhere Werte erreichten Mädchen im Vergleich zu Jungen, jüngere Kinder im Vergleich zu älteren, sowie Kinder von Eltern mit einem niedrigeren Bildungsniveau. Eine explorative Faktorenanalyse erbrachte in der Kind- und in der Elternversion eine Vier-Faktorenlösung, wobei sich die Faktorenstruktur sowohl zwischen den ethnischen Gruppen (größte Abweichungen gab es bei Familien mit lateinamerikanischem Hintergrund) als auch zwischen Mädchen und Jungen sehr stark unterschied.

Essau, Muris und Ederer (2002) untersuchten den SCARED gemeinsam mit dem SCAS (Spence, 1998, s. o.) an einer deutschen Schülerstichprobe (556 Kinder, Alter 8-12 Jahre) an Grundschulen in Niedersachsen. Die Übersetzung des SCARED erfolgte hierbei durch einen Übersetzer vom Englischen ins Deutsche und durch einen zweiten unabhängigen Übersetzer vom Deutschen ins

Englische. Unterschiede der Versionen wurden anschließend diskutiert. Die Faktorenanalyse dieser deutschen Version des SCARED erbrachte eine Sechs-Faktorenlösung (Eigenwerte: 9.4, 2.4, 1.8, 1.5, 1.4, 1.4, erklärte Varianz: 43.7 %): (1) generalisierte Angst, (2) soziale Phobie, (3) Schulphobie, (4) Somatik/Panik. Die Items der Trennungsangst verteilten sich auf zwei zusätzliche Faktoren: „Angst vor Trennung“ und „Sorge über drohendes Unheil“. Cronbachs α für den Gesamtwert des SCARED lag bei .91, die Guttmanns-split-half-Reliabilität lag bei r = .90. Die interne Konsistenz der Subskalen zeigte folgende Werte für α = .66 (Schulphobie), .81 (Panik und generalisierte Angststörung), .71 (Trennungsangst) und .75 (soziale Phobie). Mädchen erreichten im Gesamtwert und für alle Subskalen höhere Werte als Jungen, und der Gesamtwert des SCARED korrelierte signifikant mit dem Gesamtwert des SCAS (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson r = .85). Die Häufigkeit von Trennungsangst nahm mit zunehmendem Alter ab, die von generalisierter Angststörung nahm mit zunehmendem Alter leicht zu. Der SCARED korrelierte außerdem signifikant mit der Columbia Impairment Scale (CIS; Bird et al., 1993) und mit dem Youth Self Report (YSR; Achenbach und Edelbrock, 1987).

1.3.6 Übersetzung und Adaptation psychologischer Tests

Die Übertragung eines erprobten psychologischen Testinstrumentes in eine andere kulturelle Gruppe ohne Einbuße der Testgüte erfordert mehr als nur eine rein sprachliche Übersetzung. Die Übersetzung ist nur ein Schritt auf dem Weg der Testadaptation (Hambleton, Kanjee, 1995) und die begriffliche Unterscheidung trägt dem komplexen Prozess Rechnung. Deshalb initiierte die International Test Commission (ITC) 1992 ein Projekt, um Richtlinien für Übersetzungen und Adaptionen von psychologischen und pädagogischen Tests zu entwickeln (Hambleton, 2001; s. a. International Test Commission, 2010). Im Jahre 1999 wurden daraufhin die ersten 22 offiziellen Richtlinien veröffentlicht, die von 12 Psychologen entwickelt wurden, die acht der größten internationalen Organisationen vertraten (u. a. International Test Commission, European Association of Psychological Assessment, Euopean Test Publisher Group, International Association of Cross-Cultural Psychology). In den folgenden Jahren wurden diese Richtlinien in verschiedenen internationalen Studien angewandt und überprüft sowie mit praktischen Hinweisen ergänzt (z.B. Hambleton, 2001). Die Richtlinien gliedern sich in vier inhaltliche Bereiche:

Kontext (C1-C2), Testentwicklung/Adaptation (D1-D10), Administration (A1-A6) und Dokumentation/Score Interpretation (I1-I4).

In Bezug auf diese Richtlinien arbeiteten Van de Vijver und Hambleton (1999) drei grundlegende Fehlerquellen und Ursachen von Verzerrungen bei Testadaptationen heraus. Zum einen besteht die Möglichkeit des Konstruktfehlers (construct bias). Hiermit sind nicht vernachlässigbare kulturelle Unterschiede des zu untersuchenden Konstruktes und seines Ausdruckes gemeint (wie z.B. beim Konstrukt Intelligenz). Der zweite beschriebene Fehler bezieht sich auf die methodische Testanwendung (method bias) und meint Unterschiede zwischen den kulturellen Gruppen was Erfahrung mit Tests allgemein oder Verhalten in Testsituationen angeht (z.B. Antworten nach sozialer Erwünschtheit), schließt aber auch Unterschiede konkreter Rahmenbedingungen in der Testsituation mit ein (z.B. Klimaunterschiede, Kommunikationsverhalten zwischen Testleiter und Proband). Der dritte beschriebene Fehler bezieht sich auf Mängel in den Testitems selbst (item bias oder differential item functioning), die durch fehlerhafte bzw. inadäquate Übersetzung oder unpassende Iteminhalte für eine bestimmte kulturelle Gruppe entstanden sind. Um Konstruktfehler (construct bias) herauszufinden sind nach Van de Vijver und Hambleton (1999) oftmals weitere Untersuchungen über das Konstrukt in der neuen kulturellen Gruppe nötig. Und methodische Verzerrungen (method bias) sind gut durch Wiederholungstestungen und Score-Vergleiche einzuschätzen.

Jeanrie & Bertrand (1999) wandten die Richtlinien der ITC bei einer Übersetzung des kanadischen Tests CPI-434 (Gough, 1996; zit. n. Jeanrie & Bertrand, 1999) vom Englischen ins Französische an und erarbeiteten als Synthese zu den Richtlinien drei wichtige Grundsätze für ihren Adaptationsprozess. Der erste Grundsatz besagt, dass der Übersetzungsprozess Beweise für die Konstruktvalidität der adaptierten Version erbringen sollte. Der zweite Grundsatz besagt, dass rein statistische Analysen wichtig aber nicht ausreichend für die Erstellung eines äquivalenten Testes sind, man könne nicht auf abwägende und interpretierende Entscheidungen verzichten. Der dritte Grundsatz bezieht sich auf den Verhaltensvergleich beider Testversionen. Unterschiede dürften erst im Hinblick auf die untersuchten Populationen interpretiert werden, wenn ausreichend nach Fehlerquellen auf dem Test- und Itemlevel gesucht wurde.

Hambleton & Kanjee (1995) beschreiben wichtige Methoden, um bei der Testadaptation keine Validität einzubüßen, mit besonderem Fokus auf der Identifizierung mangelhaft adaptierter Items (differential item functioning = DIF). Sie betonen, dass die Elimination von DIF eine wichtige Vorraussetzung für reliable und valide Testadaptationen ist. Schon bei der Auswahl der Übersetzer gilt es besondere Gütekriterien zu beachten. Sie empfehlen, dass die Übersetzung eher durch eine Gruppe statt einen einzelnen Übersetzer erfolgen sollte, um wertvolle Diskussionen zu ermöglichen. Außerdem sei es wichtig, dass die Übersetzer nicht nur die Zielsprache (Sprache, in die der Test übersetzt werden soll) beherrschen, sondern sie sollten sowohl kulturelles Wissen, Expertise zur untersuchten Thematik, sowie möglichst auch Wissen zum Thema Testkonstruktion mitbringen. Sowohl Vorwärts- als auch Rückwärtsübersetzungs-Designs haben Vor- und Nachteile, in jedem Fall reichten sie jedoch nicht aus, die Äquivalenz des adaptierten Testes zu beweisen. Die wichtigsten empfohlen statistischen Methoden sind Prozeduren basierend auf der Probalistischen Testtheorie, die Mantel- Prozedur, Logistische Regression und faktoranalytische Untersuchungen (Hambleton & Kanjee, 1995).

1.3.7 Herleitung der Fragestellung

Angststörungen sind eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und erhöhen das Risiko einer weiteren psychischen Erkrankung und einer psychosozialen Beeiträchtigung bis ins Erwachsenenalter hinein (Pine et al., Wiittchen et al., 1998). Eine frühe Erkennung und Behandlung von Angststörungen bereits im Kindesalter kann die negativen Folgen für Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen reduzieren (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007, S.D. Connolly u. a.). Dem Kinder- und Jugendpsychiater oder verwandten Berufsgruppen stehen zur Diagnosestellung in Deutschland verschiedene psychologische Fragebogen, viele davon als adaptierte Versionen, zur Verfügung. Es fehlt jedoch bisher ein Screening- Fragebögen, der sich an Diagnosesystemen orientiert und zwischen verschiedenen Angststörungen valide unterscheidet (Birmaher et al., 1997).

Einen Fragebogen neu zu entwickeln ist ressourcen- und zeitaufwendig, und deshalb sind Testadaptationen von validen fremdsprachlichen psychologischen Tests eine effektive Möglichkeit Untersuchungsinstrumente zur Verfügung zu stellen. Der SCARED (Birmaher et al.,

1997) hat sich in vielen Studien und anderen adaptierten Versionen als reliabel und valide erwiesen (s.o.) und verspricht, die diagnostischen Lücken zu schließen. Der sich daraus ergebende sinnvolle Schritt einer Übersetzung ins Deutsche ist jedoch nur der erste Schritt zu einer erfolgreichen Testadaptation. Eine vollständige Adaption sollte außerdem Reliabilität und Validität des neuen Testes belegen und damit auch die Validität der Originalversion untermauern (Hambleton & Kanjee 1995). Daraus ergeben sich für die Übersetzung und Untersuchung der deutschen neuen Version des SCARED (SCARED-D) die folgenden Fragen.

1.4 Fragestellung

1. Wie gut ist die Akzeptanz und Anwendbarkeit der deutschen Übersetzung des SCARED?
2. Zeigt der Fragebogen eine gute Reliabilität und faktorielle Validität?
3. Lässt sich die von Birmaher et al. (1997) gefundene Fünf-Faktoren-Struktur auch in der deutschen Übersetzung replizieren?

1.5 Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist, eine deutsche Adaptation des SCARED (Birmaher et al., 1997) für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter zu erstellen, und damit dem deutschen Sprachraum dieses viel versprechende Screening- Instrument zugänglich zu machen. Dabei leistet diese Arbeit erste Beiträge zur Überprüfung der Äquivalenz und Validität der deutschen Version, insbesondere durch Berechnung psychometrischer Kennwerte und Untersuchung der Faktorenstruktur an einer klinischen Stichprobe.

2. Methode

2.1 Wahl des Forschungsdesign

Für den ersten Schritt der Testadaptation, die sprachliche Übersetzung, wurde ein Rückwärtsübersetzungs-Design gewählt. Die so entstandene erste deutsche Version des Fragebogens wurde in einem Pilottest in einer kleinen klinischen Stichprobe auf ihre Akzeptanz überprüft. Für die Untersuchung der Endversion des SCARED-D wurde als Forschungsdesign eine nicht experimentelle 1-Gruppen-Querschnittsstudie an einer klinischen Stichprobe gewählt. Die Wahl einer klinischen Stichprobe wurde getroffen, da der SCARED von Birmaher et al. an einer klinischen Stichprobe entwickelt wurde und so ein möglichst genauer Vergleich der Ergebnisse möglich sein konnte. Die Stichprobe bildete sich aus allen Anmeldungen in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKEs im Erhebungszeitraum. Die Probanden wurden schriftlich standardisiert gebeten den Bogen auszufüllen (s.u.). Damit wurde versucht innerhalb der klinischen Stichprobe nicht weiter zu selektieren und durch so wenig wie möglich soziale Interaktion zwischen Versuchsleiter und Probanden, das Testgütekriterium der Objektivität zu gewährleisten. Es wurden beide Testversionen, sowohl das Selbst- als auch das Elternurteil in der Arbeit untersucht. Neben der Reliabilität wurde die faktorielle Validität durch eine explorative und anschließend zur Überprüfung der Ergebnisse durch eine konfirmatorische Faktorenanalyse untersucht.

2.2 Übersetzung ins Deutsche (SCARED-D)

Die von Birmaher et al. (1997) entwickelte 41-Item-Version des SCARED wurde von einer Gruppe bestehend aus 5 Fachärzten für Kinder - und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und einem Dipl. Psychologen mit soliden Kenntnissen der amerikanisch-englischen Sprache ins Deutsche übersetzt. Diese deutsche Version wurde dann von einem professionellen Übersetzer mit Muttersprache Englisch zurück ins Englische übersetzt. Differenzen der beiden englischen Versionen wurden in der Arbeitsgruppe diskutiert und gemeinsam Lösungen für die erste deutsche Version erarbeitet. Diese Version wurde in einem Pilottest auf ihre Akzeptanz überprüft, danach wurden einzelne Items erneut in der Arbeitsgruppe diskutiert. Die

Antwortmöglichkeiten 0, 1 und 2 wurden aus der englischen Version übernommen. Die nun entstandene deutsche Version des SCARED, SCARED-D, stellt eine vom Erstautor Birmaher et al. autorisierte Übersetzung dar.

2.3 Überprüfung der Akzeptanz durch einen Pilottest

Der Fragebogen wurde fünf Kindern im Alter von 10-13 Jahren und drei Jugendlichen im Alter von 15-17 Jahren, die zum damaligen Zeitpunkt auf der Kinder- bzw. der Jugendstation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf stationär behandelt wurden, zur ersten Erprobung vorgelegt. Die Kinder unter 11 Jahren wurden dabei einzeln begleitet, so dass jederzeit Verständnisfragen und Unterstützung beim Lesen möglich waren. Die Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren wurden gebeten, den Fragebogen alleine auszufüllen. Der Elternbogen wurde fünf Elternteilen (drei Väter und zwei Mütter) mit Kindern im Alter von 8-18 Jahren vorgelegt. Von den Eltern und den Kindern und Jugendlichen, die den Bogen ohne Hilfe bearbeitet hatten, wurde eine durchschnittliche Durchführungsdauer von ca. 10-15 Minuten angegeben. Für die jüngeren Kinder, die beim Lesen und Verständnis auf Hilfe angewiesen waren, dauerte das Ausfüllen ca. 15-20 Minuten. Insgesamt wurde der Fragebogen von den Kindern und Jugendlichen gut angenommen. Es lehnte keines der gefragten Kinder ab, den Fragebogen auszufüllen, es gab keine fehlenden Items, und es wurden grundsätzlich nur zulässige Antworten angegeben. Von den Elternteilen kamen unterschiedliche Kritikpunkte wie z. B. die Antwortmöglichkeiten seien zu wenig differenziert, die Fragen zu ähnlich und die Formulierungen zu allgemein. Dabei wiederholten sich Kritikpunkte jedoch nur selten. Anregungen aller Testpersonen wurden erneut in der Arbeitsgruppe besprochen und führten zu angemesseneren Formulierungen der einzelnen Fragen.

2.4 Datenerhebung

Der SCARED Fragebogen wurde im Zeitraum von Juli 2003 bis Juli 2005 jeder Familie, die sich in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des

Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf zu einem Vorstellungstermin anmeldete, gemeinsam mit einem Bogen zur Erhebung von Basisdaten, der Child-Behavior-Check-List (Achenbach und Edelbrock, 1993) und dem Youth-Self-Report (Achenbach und Edelbrock, 1987) vor dem Erstgespräch zugeschickt. Die Kinder und ihre Eltern wurden gebeten, den Bogen unabhängig voneinander auszufüllen. Kinder von 8-11 Jahren sollten durch eine erwachsene Person beim Ausfüllen unterstützt werden. Kinder unter 8 und über 18 Jahren und deren Eltern wurden nicht aufgefordert den Bogen auszufüllen, was dennoch viele taten. Die ausgefüllten Bögen wurden dann von der Familie vor dem Erstgespräch an die Klinik zurückgeschickt. Die Eltern wurden darüber aufgeklärt, dass die erhobenen Daten in verfremdeter Form zu Forschungszwecken benutzt würden, dabei jedoch die Kriterien der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes nicht verletzt würden. Insgesamt wurden so 371 Familien (= Fälle) erreicht. Verschickt wurden jeweils ein Selbstbeurteilungsbogen für das Kind und zwei Fremdbeurteilungsbögen für Vater und Mutter.

Oftmals wurden nicht alle drei Teile oder diese nicht vollständig ausgefüllt. In drei Fällen war das Alter des Patienten nicht angegeben bzw. errechenbar und diese wurden deshalb aussortiert (n = 368). Auf Grund der vorliegenden Daten wurde dann entschieden, dass Altersspektrum der in die Studie einbezogenen Fälle auf 7;0 bis 19;11 Jahre zu erweitern, alle Familien mit jüngeren oder älteren Kindern wurden aussortiert (50). Die übrigen 318 Fälle wurden in ihren einzelnen Bögen auf fehlende Items untersucht und die Anzahl berechnet. Um einen Fragebogen mit in die statistischen Auswertungen mit einzubeziehen, wurde die Regel zugrunde gelegt, dass nicht mehr als 20 % der 41 Items (= 8 Items) fehlen durften. Deshalb mussten 9 Patientenbögen, 12 Mutterbögen und 4 Vaterbögen mit mehr als 8 fehlenden Items ausgeschlossen werden und der Datensatz reduzierte sich um weitere acht Fälle (= Familien) auf nun insgesamt 310. Dabei waren diese wie schon oben erwähnt nicht in allen Urteilerversionen vollständig, sondern es lag folgende Verteilung der Fragebögen vor: Es gab 215 Patientenbögen, 172 Urteile von leiblichen Vätern, 264 Urteile von leiblichen Müttern plus eine gewisse Anzahl von „Fremdurteilen“, die von z. B. Tante, Betreuer, Stiefvater oder Vormund ausgefüllt worden waren. Um so vielen Patientenurteilen wie möglich eine passende Fremdeinschätzung gegenüberzustellen, wurde deshalb ein zusätzlicher „Fremdbeurteilungs-Datensatz“ erstellt. Dieser Datensatz beinhaltete neben Beurteilungen von leiblicher Mutter und leiblichem Vater auch andere als elterliche Urteile. Dabei wurde bei Vorhandensein mehrerer Versionen eine hierarchische Ordnung

zugrunde gelegt, um möglichst die genauesten Einschätzungen auszuwählen: leibliche Mutter, leiblicher Vater, dann folgten Stiefelternteile, Pflegeeltern, Verwandte wie Großeltern oder Tanten und Bezugspersonen wie Betreuer oder Vormund. So konnten 203 Fälle mit jeweils einem Patienten- und einem Fremdbeurteilungsbogen zusammengestellt werden, bei 12 Patienten lag jedoch überhaupt kein Fremdbeurteilungsbogen vor.

2.5 Stichprobenbeschreibung

Die Probandenstichprobe, deren Daten in die statistischen Berechnungen mit einbezogen wurden, bestand aus N=310 Familien mit Kindern im Alter zwischen 7;0 und 19;11 Jahren, die sich im Zeitraum von Juli 2003 bis Juli 2005 in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf zu einem Erstgespräch angemeldet hatten. Dabei zeigte der Datensatz eine unterschiedliche Vollständigkeit der Fragebogenversionen (Mutter-, Vater-, Kindbogen), immer jedoch entweder ein Patienten- oder ein Fremdurteil (s. o.). Das mittlere Alter der Patienten lag bei 12.5 +/- 3.11 Jahren. Die Geschlechterverteilung zeigte 140 Mädchen (45.2 %) und 170 Jungen (54.8 %), das mittlere Alter der Jungen lag bei 12.4 +/- 3.13 und bei den Mädchen bei 12.9 +/- 3.07 Jahren. Die Altersverteilung der 310 Kinder und Jugendlichen (beinhaltet auch die Kinder, von denen es nur Fremdbeurteilungsbögen gab) stellte sich wie in Tabelle 1 dar. Die Patientenstichprobe mit vorhandenem Patientenfragebogen (n = 215) bestand aus 111 Jungen (51.6 %) und 104 Mädchen (48.4 %).

Tabelle 1. Altersverteilung Patienten

Alter in Jahren	Häufigkeiten	Prozent
7	16	5.2
8	30	9.7
9	18	5.8
10	20	6.5
11	31	10.0
12	26	8.4
13	27	8.7
14	34	11.0

15	44	14.2
16	29	9.4
17	32	10.3
18	1	.3
19	2	.6

Anmerkung. N = 310

Bei 107 Familien (35%) lag ein kompletter Datensatz vor, d.h. ein Patienten-, ein Mutter- und ein Vaterurteil. Bei 74 Fällen (24%) lag ein Patientenbogen gemeinsam mit einem Mutterbogen, bei 11 (4%) Fällen lag ein Patientenbogen gemeinsam mit einem Vaterbogen vor. Bei 203 Fällen (65%) konnte jeweils ein Patienten- mit einem Fremdurteil (s. o.) gematcht werden. Bei 12 Fällen (4%) gab es nur ein Patientenurteil, bei 83 Fällen (27%) nur ein Fremdurteil ohne dazugehöriges Patientenurteil.

2.6.1 Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mit der Statistik- und Analyse- Software SPSS für Windows von SPSS Inc. durchgeführt. Als psychometrische Kennwerte wurden die interne Konsistenz (Cronbach's alpha), die Split-Half-Reliabilitätskoeffizienten (Odd-Even-Methode), die Trennschärfekoeffizienten sowie die Eltern-Kind-Korrelationskoeffizienten errechnet. Die Korrelationen wurden nach Pearson errechnet. Vor Berechnung der Koeffizienten wurden die fehlenden Itemwerte der Fragebögen mittels des Little's MCAR Test auf Zufälligkeit überprüft. Die fehlenden Werte der Patientenurteile waren zufällig verteilt und konnten so vor der statistischen Auswertung durch die Mittelwerte der jeweiligen Fälle ersetzt werden. Die fehlenden Werte der Elternurteile (Vater-, Mutter- und Fremdurteil) waren nicht zufällig verteilt und wurden deshalb mit Hilfe der sog. multiplen Imputation in LISREL vor den statistischen Berechnungen vervollständigt. Für die Berechnungen wurde festgelegt, dass nur Urteile mit einbezogen wurden bei denen nicht mehr als 20 % der 41 Items (= 8 Items) fehlen durften. Deshalb mussten 9 Patientenbögen, 12 Mutterbögen und 4 Vaterbögen ausgeschlossen werden (= 8 Fälle/Familien).

2.6.2 Faktorenanalyse

Zur Untersuchung der Faktorenstruktur bzw. der faktoriellen Validität des SCARED-D wurde eine explorative Faktorenanalyse (mit VARIMAX- und PROMAX- Rotation) mit der Statistik- und Analyse- Software SPSS für Windows von SPSS Inc. sowie eine konfirmatorische Faktorenanalyse mit dem Statistiksystem LISREL (8.54, Jöreskog & Sörbom, 2003) für Windows durchgeführt.

Die Faktorenanalyse (FA) ist ein methodisches Hilfsmittel, um aus einer Vielzahl von Variablen, die von einander unabhängigen Einflussfaktoren herauszukristallisieren, die dann weiteren Analysen zu Grunde gelegt werden können. Die FA versucht also zur Entdeckung oder zum Aufzeigen von untereinander unabhängigen Beschreibungs- und Erklärungsvariablen (Faktoren) beizutragen (Backhaus, 2007, S. 260). Als Ergebnis einer Faktorenanalyse können so Items, die nur wenig von dem latenten Faktor beeinflusst sind, verworfen werden, und die FA dient dem Anliegen der Wissenschaft, komplexe Zusammenhänge auf möglichst einfache Modelle zu reduzieren. Man unterscheidet generell zwischen exploratorischer (EFA) und konfirmatorischer Faktorenanalyse (CFA). Die EFA dient dazu Faktoren zu finden, die CFA kann zur Überprüfung einer bereits angenommen Faktorenstruktur verwendet werden (Bühner, 2006, S. 236). Beide werden im Folgenden etwas genauer dargestellt.

Die explorative Faktorenanalyse stellt im Grunde ein datenreduzierendes, strukturaufdeckendes Verfahren dar (Maurischat C, 2006) und besteht aus dem Prozess von Variablenauswahl und Errechnung der Korrelationsmatrix, Extraktion der Faktoren, Bestimmung der Kommunalitäten, Bestimmung der Zahl der Faktoren, Faktorinterpretation und Bestimmung der Faktorwerte (Backhaus, 2007, S. 268). Durch Ermittlung der Korrelationen zwischen den Variablen lässt sich erkennen, ob Variabeln voneinander abhängig und damit „bündelungsfähig“ sind. Als Analysegrundlage wird in der Regel die Pearson-Korrelationsmatrix oder Kovarianzmatrix der Variablen verwendet (Maurischat C, 2006). Die Korrelationskoeffizienten zwischen den Variablen lassen sich durch Dimensionen in einem Koordinatensystem beschreiben, die in einem bestimmten Winkel zueinander stehen. Diese Dimensionen werden nun mittels der Faktoren in einem möglichst gering dimensionierten Raum reproduziert. Die Zahl der benötigten Dimensionen gibt die Anzahl der hypothetischen Faktoren an. Die Korrelation zwischen den

Faktoren und den Variablen wird als Faktorladung bezeichnet. Die Auswahl der Faktoren wird als Faktorenextraktion bezeichnet. Die verbreitetste Rechentechnik dazu ist die Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analyses, PCA), die von der klassischen Hauptachsenanalyse unterschieden werden muss (Maurischat C, 2006). Bei der PCA geht der Anwender davon aus, dass die gesamte Ausgangsvarianz durch die Faktoren erklärt werden kann und keine spezifische Varianz oder Messfehlervarianz relevant ist. Für die Bestimmung der Anzahl der zu extrahierenden Faktoren genießt der Catell's Scree-Test gute empirische Evidenz und wurde in dieser Arbeit als ausschlaggebend eingesetzt. Das Kaiser-Kriterium, nach dem die Anzahl der Faktoren der Zahl der Faktoren mit einem Eigenwert größer 1 entspricht, wurde unterstützend eingesetzt. In einem letzten Schritt wurden die gefundenen Faktoren psychometrisch bewertet und inhaltlich interpretiert. Hierzu wurden die Faktorladungen herangezogen, d. h. die Ladung auf einem oder mehreren Faktoren und ihre Höhe. Um die Interpretation zu erleichtern wurde dazu eine Rotation des Faktorsystems vorgenommen wobei zwischen einer orthogonalen (Anwender geht von inhaltlicher Unabhängigkeit der Faktoren aus) und obliquen Rotation (keine Unabhängigkeitsprämisse) unterschieden werden muss. In dieser Arbeit wurden die VARIMAX Rotation (orthogonal) und die PROMAX (oblique) Rotation benutzt. Im Rahmen der abschließenden inhaltlichen Interpretation wurde analysiert, ob die jeweilige Variable gemeinsam mit gleichsinnigen Variablen hoch auf demselben latenten Faktor lädt. Items, die auf verschiedenen Faktoren etwa gleich hoch luden, sog. Mischladungen, werden aufgezeigt.

Die konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA), „bestätigende" Faktorenanalyse, kann gut zur statistischen Prüfung von a priori definierten Vorstellungen über die hinter den Variablen stehenden Faktoren und ihre Beziehung untereinander herangezogen werden (Maurischat C, 2006). Sie dient nicht der Datenreduktion sondern ein schon reduziertes Modell wird auf seine Passung mit den Daten untersucht (Bühner, 2006, S. 236). Sie kann also als hypothesenprüfendes Instrument betrachtet werden (Backhaus, 2007, S. 330). Zu Beginn der CFA wird vom Anwender ein Modell spezifiziert, das aus einer bestimmten Anzahl von latenten Variablen (Faktoren) und beobachteten Variablen, die eine bestimmte Struktur aufweisen besteht (Bühner, 2006, S. 236) Dieser erste Schritt, die genaue Modellspezifikation, ist das Herzstück der CFA (Maurischat C, 2006). Mit einem Modelltest wird nun die Nullhypothese geprüft, ob das so spezifizierte Modell der beobachteten Kovarianzmatrix entspricht. Dies geschieht mit unterschiedlichen

Schätzmethoden, die die Differenz der beobachteten von implizierten Kovarianzmatrix prüfen (letztere wird aus dem spezifizierten Modell zurückgerechnet). Der Chi-Quadrat-Wert, der sich aus der Diskrepanz zwischen beobachteter und implizierter Kovarianzmatrix ableitet, stellt die Prüfgröße für den Modelltest dar. Besteht eine signifikante Abweichung so spricht dies für eine Ablehnung der Nullhypothese bzw. Modellverwerfung. Die Schätzung der sog. Modellparameter (Kovarianzen, Korrelationen, Fehlervarianzen, Ladungen) erfolgt über iterative Rechenschritte (Bühner, 2006, S. 237). Anders als bei der EFA, bei der die Eigenwerte als Richtmaß für Dimensionalität herangezogen werden, existieren bei der CFA sog. Güteindizes, die zur Beurteilung der gesamten dimensionalen Struktur genutzt werden können: das Verhältnis der Chi²-Statistik zu den Freiheitsgraden, der GFI (Goodness of Fit Index) sowie der AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index). Inkrementelle Indizes sind der NFI (Normed Fit Index) oder der CFI (Comparative Fit Index). Als Maße der Sparsamkeit oder Einfachheit des Modells können der PGFI (Parsimony Goodness of Fit Index) oder der PNFI (Parsimony Normed Fit Index) ermittelt werden. Als Maß der nicht erklärten Streuung werden der SRMR (Standardized Root Mean Square Risidual) und der RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) angegeben. Die Auswahl und Berechenbarkeit der richtigen Maße hängt wiederum vom gewählten Verfahren zur Schätzung der Modellparameter ab (z.B. Maximum-Likelihood-Schätzung, Unweighted Least Squares). Schermelleh-Engel et al. (2003) empfehlen die gleichzeitige Betrachtung und Beurteilung unterschiedlicher Fit- Indizes. Sie empfehlen v. a. nicht zu viel Gewicht auf die Signifikanz des Chi-Quadrat Testes zu legen, da dieser empfindlich auf die Stichprobengröße und Verletzungen der Normalverteilungsannahme reagiert und damit oftmals zu einer fälschlichen Ablehnung des Modells führt. Jöreskog und Sörbon (1993, zitiert nach Schermelleh-Engel et al., 2003) empfehlen nicht den absoluten Wert des Chi² Testes zu betrachten sondern das Verhältnis von Chi² zu Freiheitsgraden (df). Für eine gute Modellpassung sollte Chi²/df so klein wie möglich bzw. unter 3 sein. Desweiteren empfehlen sie die Angabe und Betrachtung folgender Güteindizes: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) und das zugehörige 90 % Konfidenzintervall (CI), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), Nonnormed Fit Index (NNFI) sowie Comparative Fit Index (CFI).

3. Ergebnisse

3.1 Psychometrische Kennwerte

3.1.1 Testhalbierungsreliabilität

Zur Errechnung des Split-Half-Reliabilitätskoeffizienten wurde die Odd-Even-Methode angewandt, d. h. jede Skala und der Gesamttest wurde in zwei Hälften mit Items mit gerader und ungerader Itemnummerierung aufgeteilt, und die Ergebnisse nach Spearman-Brown korrigiert. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 2. Dabei ergaben sich für die Skala „Schulangst“ in allen Urteilerperspektiven die niedrigsten Korrelationskoeffizienten und zwar lagen diese zwischen r = .63 (Mutterurteil) und r = .71 (Vaterurteil). Alle anderen Skalen einschließlich des Gesamtscores erbrachten für alle Urteilerperspektiven mittlere bis hohe Korrelationskoeffizienten von r = .80 bis r = .92, und es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Urteilerperspektiven.

3.1.2 Interne Konsistenz

Mittels der Varianz der Einzelitems in Beziehung zur Varianz des Gesamttestergebnisses wurde Cronbachs α der einzelnen Skalen und des Gesamtscores pro Urteilerperspektive errechnet (Tabelle 2). Auch hier lagen Cronbachs α für die Skala Schulangst bei allen Urteilern am niedrigsten, nämlich zwischen α = .76 und α = .80. Alle anderen Skalen zeigten mittlere bis hohe Korrelationskoeffizienten von α = .82 bis α = .93. Dies galt für alle Urteilerperspektiven und auch die Gesamttestergebnisse.

Tabelle 2. Psychometrische Kennwerte der SCARED-Skalen

Skala		α	r_{tt}	$\overline{r_{is}}$	M	SD	S.max.	k
Patientenurteil (n=215)								
I	Somatik/Panik	.85	.84	.55	5.54	5.04	26	13
II	Trennungsangst	.82	.82	.56	4.27	3.89	16	8
III	Soziale Angst	.83	.80	.61	5.85	3.74	14	7
IV	Generalisierte Angst	.84	.83	.58	7.57	4.60	18	9
V	Schulangst	.76	.64	.62	1.88	2.08	8	4

VI	Gesamtscore	.93	.92	.49	25.09	15.02	82	41
Mutterurteil (n=264)								
I	Somatik/Panik	.87	.84	.61	4.32	5.03	26	13
II	Trennungsangst	.84	.87	.58	4.36	4.08	16	8
III	Soziale Angst	.90	.84	.69	5.70	4.34	14	7
IV	Generalisierte Angst	.86	.85	.56	7.25	4.72	18	9
V	Schulangst	.77	.63	.67	2.32	2.02	8	4
VI	Gesamtscore	.93	.92	.49	24.04	15.36	82	41
Vaterurteil (n=172)								
I	Somatik/Panik	.89	.87	.62	3.00	4.54	26	13
II	Trennungsangst	.83	.85	.54	3.54	3.83	16	8
III	Soziale Angst	.88	.82	.67	4.38	4.07	14	7
IV	Generalisierte Angst	.86	.83	.57	5.52	4.43	18	9
V	Schulangst	.80	.71	.64	1.70	2.06	8	4
VI	Gesamtscore	.93	.92	.51	18.63	14.36	82	41
Fremdurteil (n=298)								
I	Somatik/Panik	.87	.84	.59	4.22	4.91	26	13
II	Trennungsangst	.84	.87	.59	4.28	4.09	16	8
III	Soziale Angst	.90	.84	.69	5.58	4.35	14	7
IV	Generalisierte Angst	.86	.85	.57	7.17	4.78	18	9
V	Schulangst	.78	.64	.58	2.24	2.30	8	4
VI	Gesamtscore	.93	.92	.48	23.55	15.32	82	41

Anmerkungen. α = Cronbachs Alpha; r_{tt} = Split-Half-Reliabilität korrigiert nach Spearman-Brown; $\overline{r_{is}}$ = mittlere Trennschärfe bezogen auf die Skala, M = Score-Mittelwert, SD = Standardabweichung d. M, S.max = maximal möglicher Score, k = Anzahl der Items pro Skala

3.1.3 Eltern-Kind-Korrelation

Für die Korrelationen zwischen den Eltern- und Kindscores bezogen auf die jeweiligen Skalen sowie den Gesamtscore zeigten sich mäßige Übereinstimmungen zwischen den Urteilerperspektiven über alle Skalen hinweg und ohne signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Urteilern. Die Ergebnisse im Einzelnen werden in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3. Interrater- Korrelationen pro Skala und Gesamtscore

	Patientenurteil					
	P/S	GA	TA	SA	SchA	Gesamt
Mutterurteil	.54	.49	.66	.52	.58	.57
Vaterurteil	.57	.40	.67	.53	.59	.58
Fremdurteil	.53	.49	.68	.52	.59	.58

Anmerkung. P/S=Panik/Somatik, GA=Generalisierte Angst, TA=Trennungsangst, SchA=Schulangst, Gesamt= Gesamtscore

3.1.4 Trennschärfe

Die korrigierte Trennschärfe wurde für jedes Item bezogen auf seine eigene Subskala (z.B. Schulangst) sowie bezogen auf den Gesamttest errechnet (ris und rit) und dies sowohl für das Patienten- als auch die verschiedenen Fremdurteile (siehe Tabelle 4 und 5). Dabei läst sich feststellen, dass alle Trennschärfekoeffizienten zwischen .32 und .77 lagen. Eine Ausnahme bildete das Items 9 (Andere sagen, dass ich nervös wirke), das in allen Urteilerperspektiven Koeffizienten mit Werten zwischen .20 und .26 aufwies. Die Tabelle 2 (s.o.) zeigt außerdem im Überblick die mittlere Trennschärfe bezogen auf die verschiedenen Skalen im Vergleich, wo sich Koeffizienten zwischen .49 und .69 ergeben.

Tabelle 4. Itemkennwerte, Patientenurteil

Item		Patientenurteil n = 215			
		M	SD	r_{is}	r_{it}
I Panik/Somatik					
1	bei Angst schwer atmen	.33	.62	.59	.53
6	bei Angst Ohnmachtsgefühl	.25	.59	.55	.51
9	nervös wirken	.45	.67	.20	.26
12	bei A. Gefühl verrückt zu werden	.41	.67	.54	.45
15	bei Angst Dinge unwirklich	.35	.62	.58	.52
18	bei Angst Herzklopfen	1.02	.81	.42	.49
19	manchmal zittrig	.72	.71	.60	.64
22	bei Angst schwitzen	.41	.67	.44	.46
24	Angst ohne Grund	.37	.66	.59	.51

27	bei Angst bleibt Luft weg	.23	.53	.55	.57
30	Angst vor Panikanfällen	.43	.69	.62	.58
34	bei Angst Übelkeit	.29	.57	.47	.43
38	bei Angst Schwindel	.27	.56	.52	.43
II Trennungsangst					
4	A. wenn nicht zu Hause schlafen	.28	.61	.55	.53
8	Eltern überallhin folgen	.40	.62	.34	.38
13	Sorge allein zu schlafen	.37	.68	.56	.51
16	Alpträume, Eltern Schlimmes zust.	.60	.82	.67	.50
20	Alpträume, selbst Schlimmes zust.	.58	.78	.57	.48
25	Furcht wenn allein zu Hause	.42	.66	.48	.47
29	nicht gern von Familie getrennt	.79	.83	.51	.37
31	Sorge Eltern Schlimmes zustößt	.84	.83	.59	.54
III Soziale Angst					
3	ungern mit Unbekannten zusamm.	1.00	.78	.43	.35
10	nervös wenn m. Unbekannten zus.	.70	.71	.63	.56
26	schwer Unbekannten zu sprechen	.79	.81	.69	.50
32	schüchtern mit Unbekannten	.95	.76	.62	.39
39	nervös wenn beobachtet	.92	.76	.52	.46
40	nervös wenn Unbekannte treffen	.72	.75	.61	.50
41	schüchtern sein	.78	.76	.51	.27
IV Generalisierte Angst					
5	Sorgen dass andere einen mögen	.80	.77	.59	.53
7	nervös sein	.88	.71	.36	.46
14	genau so gut wie andere?	.73	.79	.56	.50
21	Sorge ob alles gut läuft	.92	.72	.66	.60
23	sich selbst viel sorgen	.95	.85	.66	.61
28	andere sagen, Kind sich sorgen	.54	.74	.43	.43
33	Sorgen über Zukunft	1.05	.82	.50	.48
35	unsicher ob Sache gut machen	.93	.76	.64	.61
37	Sorgen über vergangene Dinge	.76	.78	.58	.54

V Schulangst					
2	Kopfschmerzen in Schule	.55	.66	.35	.30
11	Bauchschmerzen in Schule	.39	.62	.56	.37
17	Sorge in Schule zu gehen	.46	.71	.70	.44
36	Furcht zur Schule zu gehen	.49	.73	.68	.41

Anmerkungen. r_{is}= korrigierte Trennschärfe bezogen auf die jeweilige Subskala; r_{it}= korrigierte Trennschärfe bezogen auf den Gesamtwert, M = Mittelwert d. Scores

Tabelle 5: Itemkennwerte Fremdurteile

Skala/Item		Fremdurteil n = 298				Mutterurteil n = 264				Vaterurteil n = 172			
		M	SD	r_{is}	r_{it}	M	SD	r_{is}	r_{it}	M	SD	r_{is}	r_{it}
I Panik/Somatik													
1	bei Angst schwer atmen	.28	.57	.59	.49	.29	.59	.61	.49	.23	.52	.67	.61
6	bei Angst Ohnmachtsgefühl	.17	.47	.61	.46	.71	.49	.62	.47	.12	.43	.58	.49
9	nervös wirken	.45	.70	.21	.32	.43	.68	.21	.31	.40	.66	.26	.39
12	bei A. Gefühl verrückt zu werden	.31	.62	.65	.47	.32	.63	.64	.49	.23	.55	.68	.58
15	bei Angst sind Dinge unwirklich	.26	.57	.63	.48	.26	.56	.64	.46	.18	.48	.68	.57
18	bei Angst Herzklopfen	.67	.78	.53	.52	.67	.78	.54	.49	.47	.71	.58	.58
19	manchmal zittrig	.39	.63	.54	.45	.40	.65	.56	.47	.22	.49	.69	.62
22	bei Angst schwitzen	.28	.59	.44	.41	.30	.61	.45	.42	.20	.49	.62	.51
24	Angst ohne Grund	.34	.65	.59	.54	.35	.67	.60	.53	.23	.59	.64	.62
27	bei Angst bleibt Luft weg	.16	.47	.61	.46	.17	.48	.64	.49	.13	.41	.64	.55
30	Angst vor Panikanfällen	.32	.63	.65	.51	.32	.64	.65	.53	.20	.51	.61	.54
34	bei Angst Übelkeit	.37	.65	.43	.39	.39	.67	.43	.37	.25	.55	.53	.50
38	bei Angst Schwindel	.22	.54	.65	.49	.24	.56	.66	.51	.15	.46	.58	.40

II Trennungsangst													
4	A. wenn nicht zu Hause schlafen	.41	.72	.57	.54	.42	.71	.56	.54	.35	.71	.53	.52
8	Eltern überallhin folgen	.46	.71	.50	.45	.46	.72	.52	.48	.34	.62	.49	.45
13	Sorge allein zu schlafen	.49	.76	.61	.47	.49	.76	.59	.44	.39	.68	.62	.49
16	Alpträume, Eltern Schlimmes zust.	.45	.71	.62	.54	.47	.71	.63	.53	.29	.63	.53	.52
20	Alpträume, selbst Schlimmes zust.	.47	.68	.53	.51	.46	.67	.54	.49	.40	.70	.55	.56
25	Furcht wenn allein zu Hause	.47	.73	.56	.41	.48	.73	.56	.41	.43	.72	.53	.48
29	nicht gern von Familie getrennt	.85	.84	.60	.50	.88	.83	.59	.49	.78	.84	.64	.54
31	Sorge Eltern Schlimmes zustößt	.68	.78	.61	.54	.70	.78	.61	.54	.56	.76	.54	.57
III Soziale Angst													
3	ungern mit Unbekannten zusam.	.87	.80	.67	.59	0.88	0.80	.66	.61	0.80	0.81	.67	.49
10	nervös wenn m. Unbekannten zus.	.67	.77	.69	.65	.68	.76	.69	.66	.51	.71	.60	.55
26	schwer Unbekannten zu sprechen	.76	.81	.78	.52	.77	.80	.79	.54	.70	.77	.75	.42
32	schüchtern mit Unbekannten	.93	.80	.79	.48	.95	.80	.79	.49	.86	.80	.78	.47
39	nervös wenn beobachtet	.90	.80	.59	.41	.94	.79	.58	.40	.77	.78	.55	.51
40	nervös wenn Unbekannte treffen	.70	.79	.72	.51	.73	.79	.74	.51	.52	.69	.69	.50
41	schüchtern sein	.74	.76	.68	.39	.75	.76	.69	.41	.66	.74	.67	.43
IV Generalisierte Angst													
5	Sorgen dass andere einen mögen	.85	.75	.57	.45	.85	.75	.56	.43	.67	.76	.53	.47
7	nervös sein	.87	.79	.39	.48	.86	.78	.38	.47	.81	.76	.42	.51
14	genau so gut wie andere?	.82	.80	.55	.43	.82	.80	.54	.41	.63	.76	.53	.37
21	Sorge ob alles gut läuft	.91	.79	.79	.64	.92	.78	.79	.63	.72	.74	.77	.62
23	sich selbst viel sorgen	.95	.84	.72	.66	.97	.84	.71	.67	.66	.82	.69	.59
28	andere sagen, Kind sich sorgen	.34	.63	.48	.52	.34	.63	.46	.52	.24	.57	.57	.61

33	Sorgen über Zukunft	.83	.82	.64	.54	.85	.82	.64	.54	.62	.77	.66	.58
35	unsicher ob Sache gut machen	.92	.76	.59	.51	.92	.75	.61	.52	.74	.68	.58	.50
37	Sorgen über vergangene Dinge	.69	.77	.55	.45	.71	.76	.54	.46	.42	.62	.50	.45
V Schulangst													
2	Kopfschmerzen in Schule	.50	.67	.43	.35	.53	.68	.43	.34	.31	.57	.44	.36
11	Bauchschmerzen in Schule	.43	.68	.57	.45	.45	.68	.56	.45	.33	.58	.58	.33
17	Sorge in Schule zu gehen	.72	.82	.69	.41	.75	.83	.68	.40	.58	.76	.75	.36
36	Furcht zur Schule zu gehen	.58	.79	.67	.41	.60	.79	.65	.40	.47	.69	.70	.32

Anmerkungen. Verkürzte Itemformulierungen; Antwortskala 0-2 (fast nie - häufig); r_{is}= korrigierte Trennschärfe bezogen auf die jeweilige Subskala; r_{it}= korrigierte Trennschärfe bezogen auf den Gesamtwert

3.2 Explorative Faktorenanalyse

Die Explorativen Faktorenanalysen mit Varimax- und Promax- Rotation zeigten im Vergleich untereinander ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Faktorenanzahl und Item-Zusammensetzung. Da Birmaher et al. über die Ergebnisse ihrer Hauptkomponenten-Faktorenanalysen mit Varimax-Rotation berichteten, wird auch hier die Varimax-rotierte Faktorenanalyse ausführlicher dargestellt. Die Varimax-Rotation ist eine orthogonale Rotation und geht von Unabhängigkeit der einzelnen Faktoren untereinander aus. Die Promax-Rotation ist eine oblique Transformation, d.h. es werden Korrelationen zwischen den Faktoren zugelassen. Die Muster-Matrix (SPSS: pattern-matrix) der Promax-rotierten Analyse befindet sich im Anhang.

3.2.1 Patientenurteil

Beim Patientenurteil war festzustellen, dass die Fallzahl (n = 215) die Variablenanzahl (k = 41) um mehr als das Dreifache überstieg. Nach Errechnung der Korrelationsmatrix erbrachte der Bartlett-Test eine gute Korreliertheit der Items (Chi-Quadrat: 3890.86, Freiheitsgrad: 820, Signifikanzniveau: <.001). Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium lag bei .86 und zeigte damit eine

gute Zusammengehörigkeit der Variablen und eine gute Eignung der Korrelationsmatrix für eine Faktorenanalyse an.

Die erste unrotierte Faktorenanalyse nach Hauptkomponenten-Methode zeigte nach dem Kaiser-Kriterium (Eigenwerte >1) eine 9-Faktorenstruktur mit einem starken ersten Faktor (erklärte Varianz der einzelnen Faktoren: 26.8 %, 6.6 %, 5.5 %, 4.6 %, 4.4 %, 3.3 %, 3.3 %, 2.7 %, 2.6 %, Eigenwertverlauf: 11.0, 2.7, 2.3, 1.9, 1.8, 1.4, 1.4, 1.1, 1.1). Der Verlauf des Graphes im Scree-Test legte eine 5-Faktorenlösung nahe (s. Abbildung 1).

Abbildung 1. Screeplot Patientenurteil

Die auf fünf Faktoren festgesetzte Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation bot 11.5 %, 10.8 %, 9.3 %, 9.1 % und 7.3 % erklärte Varianz der Einzelfaktoren (Gesamtvarianz: 48 %). Die rotierte Komponentenmatrix (s. Tabelle 6) zeigt, dass alle Items bis auf Item p18 (Wenn ich Angst habe bekomme ich Herzklopfen) auf mindestens einem Faktor mindestens substanziell (≥ .3) luden, und alle Ladungen über .3 positiv waren. Dreißig der 41 Items luden auf genau einem Faktor hoch (≥ .5) und waren somit eindeutig zuzuordnen. Drei weitere Items luden auf genau nur einem Faktor substanziell (≥ .3) und konnten so ebenfalls zugeordnet werden. Die restlichen sieben

Items luden auf mehr als einem Faktor substanziell (p1: Wenn ich Angst habe, kann ich schwer atmen, p7: Ich bin nervös, p19: Ich fühle mich manchmal zittrig, p37: Ich mache mir Sorgen über Dinge, die bereits geschehen sind, p22: Wenn ich Angst bekomme schwitze ich sehr, p27: Wenn ich Angst habe bleibt mir die Luft weg, p28: Andere sagen mir, dass ich mir zu viele Sorgen mache) und waren damit nicht eindeutig einem Faktor zuzuordnen.

Tabelle 6. Rotierte Faktoren- Matrix, Patientenurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Trennungs-angst	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Schulangst
p_24 starke Angst ohne Grund	**.72**				
p_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.64**			.22	
p_12 bei Angst Gefühl verrückt zu werden	**.63**			.21	
p_6 bei Angst als wenn ich in Ohnmacht falle	**.61**				.21
p_34 bei Angst übel	**.59**				*.35*
p_30 Angst vor Panikanfällen	**.59**	*.44*			
p_38 bei Angst schwindelig	**.56**	.24			
p_28 andere sagen sorge zu mich zu viel	*.50*			*.30*	
p_16 Alpträume, dass Eltern Schlimmes zustößt		**.73**		.21	
p_29 mag nicht von Familie getrennt zu sein		**.69**			
p_20 Alpträume dass mir Schlimmes zustößt		**.62**		.25	
p_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen	.20	**.61**	.20		.30
p_31 Sorgen, dass Eltern Schlimmes zustößt		**.61**		*.34*	
p_13 Sorgen alleine zu schlafen		**.58**	.22		
p_25 fürchte mich allein zu Hause zu sein	.29	**.50**			
p_27 bei Angst bleibt Luft weg	*.43*	*.48*	.21		.22
p_1 bei Angst schwer atmen	*.47*	*.48*			
p_8 folge Mutter und Vater überall hin	*.23*	*.37*			
p_22 bei Angst schwitze ich sehr	*.31*	*.35*	.23		
p 32 schüchtern bei Menschen die ich nicht gut kenne			.77		
p_26 schwer mit Menschen zu sprechen die ich nicht gut kenne			.76		

p_41 ich bin schüchtern	.21	-.21	**.72**		
p_40 nervös in Situationen mit Menschen die ich nicht gut kenne			**.64**		
p_10 nervös mit Menschen zusammen die ich nicht gut kenne		.27	**.64**	.29	
p_39 nervös wenn Kinder oder Erwachsene mich beobachten			**.67**	.24	
p_3 bin nicht gern mit Menschen zusammen die ich nicht gut kenne		.24	**.51**		
p_14 Sorgen ob genauso gut wie andere Kinder				.70	
p_35 unsicher ob ich meine Sache gut mache		.21	**.25**	.67	
p_5 Sorgen ob andere Menschen mich mögen			**.27**	.62	.24
p_21 Sorgen ob alles gut läuft	.34			.55	.31
p_9 andere sagen mir dass ich nervös wirke		.21		.51	
p_23 ich mache mir viele Sorgen	.43			.50	.32
p_37 mache Sorgen über Dinge die bereits geschehen sind	.32			.48	
p_19 fühle mich manchmal zittrig	.42	.26		.44	
p_7 ich bin nervös	.33			.40	
p_33 Sorgen über die Zukunft	.29		**.24**	.36	.27
p_18 bei Angst Herzklopfen	.25	.27	**.21**	.27	
p_36 fürchte mich zur Schule zu gehen					.82
p_17 in Schule zu gehen macht mir Sorgen					.81
p_11 in der Schule bekomme ich Bauchschmerzen					.74
p_2 in der Schule bekomme ich Kopfschmerzen					.43

Anmerkungen. n=215, Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung. Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert.

3.2.2 Mutterurteil

Auch beim Mutterurteil war festzustellen, dass die Fallzahl (n = 264) die Variablenanzahl (k = 41) um mehr als das Dreifache überstieg. Nach Errechnung der Korrelationsmatrix erbrachte der Bartlett-Test eine gute Korreliertheit der Items (Chi-Quadrat: 5722.73, Freiheitsgrad: 820, Signifikanzniveau: < .001). Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium lag bei .88 und zeigte damit eine gute Zusammengehörigkeit der Variablen und eine gute Eignung der Korrelationsmatrix für eine Faktorenanalyse an.

Die erste unrotierte Faktorenanalyse nach Hauptkomponenten-Methode erbrachte nach dem Kaiser-Kriterium (Eigenwerte > 1) eine 10-Faktorenstruktur mit einem starken ersten Faktor (erklärte Varianz der Einzelfaktoren: 27.6 %, 9.2 %, 6.1 %, 5.2 %, 4.6 %, 3.6 %, 3.0 %, 2.8 %, 2.7 %, 2.5 %, Gesamtvarianz: 67.3 %, Eigenwertverlauf: 11.3, 3.8, 2.5, 2.1, 1.9, 1.5, 1.2, 1.2, 1.1, 1.0). Der Verlauf des Graphen im Scree-Test legte eine 6-Faktorenlösung nahe (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2. Screeplot Mutterurteil

Die auf sechs Faktoren festgesetzte Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation bot 13.7 %, 10.9 %, 10.9 %, 9.6 %, 6.5 % und 4.7 % erklärte Varianz der Einzelfaktoren (56.3 % erklärte Gesamtvarianz).

Bei der Inspektion der rotierten Ladungsmatrix stellte sich heraus, dass der sechste Faktor aus zwei hoch ladenden Items ähnlichem Inhalts bestand (m_7 Mein Kind ist nervös: .71, m_9 Andere sagen meinem Kind, dass es nervös wirkt: .78). Noch zwei weitere Items luden auf diesem Faktor substanziell (m_10 Es macht mein Kind nervös, wenn es mit Leuten zusammen

ist, die es nicht gut kennt: .31, m_28 Andere sagen meinem Kind, dass es sich zu viele Sorgen mache: .41). Auf Grund der hohen inhaltlichen Ähnlichkeit dieser Items wurde eine erneute, diesmal auf fünf Faktoren festgesetzte Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Diese Lösung bot 14.0 %, 11.0 %, 11.0 %, 10.0 % und 6.7 % erklärte Varianz der Einzelfaktoren (erklärte Gesamtvarianz 52.7 %).

Die rotierte Komponentenmatrix (s. Tabelle 7) zeigt, dass alle Items auf mindestens einem Faktor mindestens substanziell (≥ .3) luden, und alle Ladungen über .3 positiv waren. Vierunddreißig der 41 Items luden auf genau einem Faktor hoch (≥ .5) und waren somit eindeutig zuzuordnen. Drei weitere Items luden auf genau nur einem Faktor substanziell (≥ .3) und konnten so ebenfalls zugeordnet werden. Von den verbleibenden vier Items, die nicht eindeutig einem Faktor zuzuordnen waren, lud ein Item (m_31) auf zwei Faktoren hoch (jeweils .51), und drei Items (m_9, m_20, m_28) luden auf mehr als einem Faktor substanziell (≥ .3). Diese vier Items (m_9: Andere sagen meinem Kind, dass es nervös wirkt, m_20: Mein Kind hat Alpträume, dass ihm etwas Schlimmes zustößt, m_28: Andere sagen meinem Kind, dass es sich zu viele Sorgen macht, m_31: Mein Kind macht sich Sorgen, dass seinen Eltern etwas Schlimmes zustoßen könnte) luden damit nicht eindeutig auf einem Faktor.

Tabelle 7. Rotierte Faktoren- Matrix, Mutterurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Trennung-sangst	Schulangst
m_38 bei Angst Schwindel	**.71**				.26
m_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.71**				
m_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.70**				
m 12 bei Angst "verrückt werden" - Gefühl	**.70**				
m_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.69**			.23	
m_1 bei Angst schwer atmen	**.66**	.21			
m_30 Angst vor Panikanfällen	**.66**		.21	.27	
m_24 Angst ohne Grund	**.58**		.23	*.35*	
m_19 manchmal zittrig	**.57**				
m_18 bei Angst Herzklopfen	**.53**	.22		.27	
m_34 bei Angst Übelkeit	*.50*				.23
m_22 bei Angst Schwitzen	*.49*				
m_32 schüchtern mit Unbekannten		**.85**			
m_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können		**.82**			
m_41 schüchtern sein		**.79**			
m_40 nervös wenn Unbekannte treffen		**.78**			
m_3 ungern mit Unbekannten		**.65**	.21	.27	.22
m_39 nervös wenn beobachtet		**.64**			
m_10 nervös mit Unbekannten	.24	**.63**	.23	.24	.25
m_21 Sorge, ob alles gut läuft	.21		**.80**		
m_33 Sorgen was in Zukunft geschieht	.25		**.68**		
m_23 sich selbst viele Sorgen machen	.26		**.68**	.27	
m_5 Sorgen ob andere einen mögen		.24	**.67**		
m_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird		.28	**.63**		
m_14 genau so gut wie andere?			**.62**		
m_37 Sorgen über vergangene Dinge			**.57**		.28
m_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt	.21		**.51**	**.51**	

m_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	*.35*		*.38*	*.32*	
m_25 Furcht wenn allein zu Hause	.25			**.68**	
m_13 Sorgen beim Alleinschlafen	.23			**.67**	
m_29 nicht gern von Familie getrennt				**.66**	
m_8 Eltern folgen				**.64**	
m_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen	.29	.22		**.59**	
m_16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt	.24		*.47*	**.52**	
m_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt	.31		*.39*	*.45*	
m_7 nervös sein			.22	*.42*	.26
m_9 nervös wirken				*.42*	*.33*
m_17 Sorge in die Schule zu gehen					**.78**
m_36 Furcht zur Schule zu gehen					**.77**
m_11 Bauchschmerzen in Schule	.24				**.65**
m_2 Kopfschmerzen in Schule					**.57**

Anmerkung. N=264, Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung. Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert

3.2.3 Vaterurteil

Auch beim Vaterurteil war festzustellen, dass die Fallzahl (n = 172) die Variablenanzahl (k = 41) um mehr als das Dreifache überstieg. Nach Errechnung der Korrelationsmatrix erbrachte der Bartlett-Test eine gute Korreliertheit der Items (Chi-Quadrat: 4046.51, Freiheitsgrad: 820, Signifikanzniveau: <.001). Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium lag bei 0.85 und zeigte damit eine gute Zusammengehörigkeit der Variablen und eine gute Eignung der Korrelationsmatrix für eine Faktorenanalyse an.

Die erste unrotierte Faktorenanalyse nach Hauptkomponenten-Methode erbrachte nach dem Kaiser-Kriterium (Eigenwerte > 1) eine 9-Faktorenstruktur mit einem starken ersten Faktor (erklärte Varianz der Einzelfaktoren: 29.4 %, 8.1 %, 6.2 %, 5.8 %, 4.6 %, 3.5 %, 3.3 %, 2.9 %, 2.6 %, Gesamtvarianz: 66.3 %, Eigenwertverlauf: 12.0, 3.3, 2.5, 2.4, 1.9, 1.4, 1.4, 1.2, 1.1). Der Verlauf des Graphen im Scree-Test legte eine 5-Faktorenlösung nahe (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3. Screeplot Vaterurteil

Die auf fünf Faktoren festgesetzte Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation bot 15.9 %, 11.0 %, 10.6 %, 9.5 %, 7.1 % erklärte Varianz der Einzelfaktoren (54.0 % erklärte Gesamtvarianz).

Tabelle 8. Rotierte Faktoren- Matrix, Vaterurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Generalisierte Angst	Soziale Angst	Trennungs-angst	Schulangst
v_38 bei Angst Schwindel	**.74**				.21
v_12 bei Angst "verrückt werden" -Gefühl	**.72**				
v_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.71**				
v_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.68**				
v_19 manchmal zittrig	**.67**	.26			
v_22 bei Angst Schwitzen	**.63**				
v_34 bei Angst Übelkeit	**.61**	.28			.25
v_1 bei Angst schwer atmen	**.59**		.25	.29	
v_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.57**		.28	.30	
v_30 Angst vor Panikanfällen	**.57**			.34	
v_24 Angst ohne Grund	**.55**	.29		.36	
v_18 bei Angst Herzklopfen	**.54**		.24	.32	
v_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt	**.47**	.34		.27	
v_16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt	**.43**	.35		.27	
v_21 Sorge, ob alles gut läuft		.79			
v_14 genau so gut wie andere?		.68			
v_23 sich selbst viele Sorgen machen	**.33**	.68			
v_33 Sorgen was in Zukunft geschieht	**.42**	.67			
v_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird		.65			
v_5 Sorgen ob andere einen mögen		.60			.23
v_37 Sorgen über vergangene Dinge		.55			
v_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	**.34**	.47		.36	
v_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt	**.38**	.43		.37	
v_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können			.84		
v_32 schüchtern mit Unbekannten			.83		
v_41 schüchtern sein			.79		
v_40 nervös wenn Unbekannte treffen			.73		
v_3 ungern mit Unbekannten			.72		.26

v_10 nervös mit Unbekannten	.22		**.61**	.28	
v_39 nervös wenn beobachtet		.23	**.58**	*.33*	
v_29 nicht gern von Familie getrennt		.22		**.71**	
v_13 Sorgen beim Alleinschlafen	*.33*			**.65**	
v_25 Furcht wenn allein zu Hause	.23			**.58**	*.32*
v_7 nervös sein		.33	.20	**.55**	
v_8 Eltern folgen			.25	**.55**	
v_9 nervös wirken		.22		**.54**	
v_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen	.40			**.53**	*.31*
v_17 Sorge in die Schule zu gehen					*.85*
v_36 Furcht zur Schule zu gehen					*.79*
v_11 Bauchschmerzen in Schule					*.73*
v_2 Kopfschmerzen in Schule	.23				*.55*

Anmerkungen. N=172, Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung. Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert

Die rotierte Komponentenmatrix (siehe Tabelle 8) zeigt, dass alle Items auf mindestens einem Faktor mindestens substanziell (≥ .3) luden, und alle Ladungen über .3 positiv waren. Siebenunddreißig der 41 Items luden auf genau einem Faktor hoch (≥ .5) und waren somit eindeutig zuzuordnen. Vier Items (v_16: Mein Kind hat Alpträume, dass seinen Eltern etwas Schlimmes zustößt, v_20: Mein Kind hat Alpträume, dass ihm etwas Schlimmes zustößt, v_28: Andere sagen meinem Kind, dass es sich zu viele Sorgen macht, v_31: Mein Kind macht sich Sorgen, dass seinen Eltern etwas Schlimmes zustoßen könnte) luden auf mehr als einem Faktor substanziell und damit nicht eindeutig.

3.2.4 Fremdurteil

Auch beim Fremdurteil war festzustellen, dass die Fallzahl (n = 298) die Variablenanzahl (k = 41) um mehr als das Dreifache überstieg. Nach Errechnung der Korrelationsmatrix erbrachte der Bartlett-Test eine gute Korreliertheit der Items (Chi-Quadrat: 6321.77, Freiheitsgrad: 820, Signifikanzniveau: <.001). Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium lag bei 0.89 und zeigte damit eine

gute Zusammengehörigkeit der Variablen und eine gute Eignung der Korrelationsmatrix für eine Faktorenanalyse an.

Die erste unrotierte Faktorenanalyse nach Hauptkomponenten-Methode erbrachte nach dem Kaiser-Kriterium (Eigenwerte > 1) auch hier eine 10-Faktorenstruktur mit einem starken ersten Faktor (erklärte Varianz der Einzelfaktoren: 27.4 %, 9.0 %, 6.2 %, 5.1 %, 4.6 %, 3.6 %, 2.8 %, 2.7 %, 2.7 %, 2.6 %, Eigenwertverlauf:11.2, 3.7, 2.5, 2.1, 1.9, 1.5, 1.1, 1.1, 1.1, 1.1). Der Verlauf des Graphes im Scree-Test legte eine 6-Faktorenlösung nahe (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4. Screeplot Fremdurteil

Die auf sechs Faktoren festgesetzte Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation bot 13.4 %, 10.9 %, 10.9 %, 9.8 %, 6.5 % und 4.7 % erklärte Varianz der Einzelfaktoren (56.0 % erklärte Gesamtvarianz). Bei der Inspektion der rotierten Ladungsmatrix (s. Tabelle 9) stellte sich aber ähnlich wie beim Mutterurteil heraus, dass der sechste Faktor aus den gleichen zwei hoch ladenden Items bestand (f_7: Mein Kind ist nervös, f_9 Andere sagen meinem Kind, dass es nervös wirkt). Deshalb wurde auch hier eine erneute auf fünf Faktoren festgesetzte

Faktorenanalyse mit Varimaxrotation durchgeführt. Diese Lösung bot 13.8 %, 10.9 %, 10.9 %, 10.3 %, 6.5 % erklärte Varianz der Einzelfaktoren (erklärte Gesamtvarianz 52.3 %).

Tabelle 9. Rotierte Faktoren- Matrix, Fremdurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Trennungs-angst	Schulangst
f_12 bei Angst "verrückt werden" -Gefühl	**.73**				
f_38 bei Angst Schwindel	**.73**				.25
f_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.71**				
f_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.69**				
f_30 Angst vor Panikanfällen	**.69**			.23	
f_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.65**			.20	
f_1 bei Angst schwer atmen	**.62**	.20		.23	
f_24 Angst ohne Grund	**.58**		.21	*.36*	
f_19 manchmal zittrig	**.56**				
f_34 bei Angst Übelkeit	*.50*				.24
f_18 bei Angst Herzklopfen	*.48*	.21		*.30*	
f_22 bei Angst Schwitzen	*.47*				
f_32 schüchtern mit Unbekannten		**.86**			
f_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können		**.82**			
f_41 schüchtern sein		**.79**			
f_40 nervös wenn Unbekannte treffen		**.76**			
f_3 ungern mit Unbekannten		**.67**		.26	.23
f_39 nervös wenn beobachtet		**.66**			
f_10 nervös mit Unbekannten	.22	**.64**		.25	.26
f_21 Sorge, ob alles gut läuft	.23		**.80**		
f_5 Sorgen ob andere einen mögen			**.69**		
f_23 sich selbst viele Sorgen machen	.27		**.68**	.26	
f_33 Sorgen was in Zukunft geschieht	.27		**.68**		
f_14 genau so gut wie andere?			**.64**		
f_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird		.28	**.63**		

f_37 Sorgen über vergangene Dinge		**.616**		.216
f_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	*.35*	*.41*	*.30*	
f_29 nicht gern von Familie getrennt			**.70**	
f_13 Sorgen beim Alleinschlafen	.22		**.69**	
f_25 Furcht wenn allein zu Hause	.23		**.67**	
f_8 Eltern folgen			**.62**	
f_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen	.26		**.61**	
f_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt		*.43*	**.54**	
f_16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt	.26	*.41*	**.52**	
f_7 nervös sein		.26	*.44*	
f 20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt	*.32*	*.39*	*.44*	
f_9 nervös wirken			*.42*	.26
f_17 Sorge in die Schule zu gehen				**.78**
f_36 Furcht zur Schule zu gehen				**.77**
f_11 Bauchschmerzen in Schule	.22			**.67**
f_2 Kopfschmerzen in Schule		.20		**.58**

Anmerkungen. N=298, Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser Normalisierung. Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert

Die rotierte Komponentenmatrix (siehe Tabelle 9) zeigt, dass alle Items auf mindestens einem Faktor mindestens substanziell (≥.3) luden, und alle Ladungen über .3 positiv waren. Vierunddreißig der 41 Items luden auf genau einem Faktor hoch (≥ .5) und waren somit eindeutig zuzuordnen. Vier weitere Items luden auf genau einem Faktor substanziell und waren somit ebenfalls eindeutig zuzuordnen. Die verbleibenden drei Items (f_18: wenn mein Kind Angst hat bekommt es Herzklopfen, f_20 mein Kind hat Alpträume, dass ihm etwas Schlimmes zustößt, f_28: andere sagen meinem Kind, dass es sich zu viele Sorgen macht) luden auf mehr als einem Faktor substanziell und waren damit nicht eindeutig zuzuordnen.

3.3 Faktoreninterpretation

Bei allen vier Urteilerperspektiven wurde eine 5-Faktorenlösung bevorzugt. Bei der Durchsicht der Items, die jeweils auf die fünf Faktoren hoch luden, konnten die Faktoren für alle

Urteilerperspektiven nach klinischen Kriterien gleich benannt werden: 1. Panik/Somatik, 2. Trennungsangst, 3. Soziale Angst, 4. Generalisierte Angst und 5. Schulangst. Die Items, die nicht eindeutig hoch auf einem Faktor luden (s. Tabelle 10, fett gedruckt) wurden nach den Kriterien der inhaltlichen Interpretierbarkeit, Übereinstimmung der Faktorenlösungen und der Ladungshöhe für die verschiedenen Urteilerperspektiven sowie den Ergebnissen der Promax-rotierten Faktorenanalyse zugeordnet (s. u.). Unabhängig vom Urteiler bildeten die folgenden Items die fünf Faktoren (siehe Tabelle 10):

Tabelle 10. Itemzuordnung zu Faktoren

Panik/Somatik	**Trennungsangst**	**Soziale Angst**	**Generalisierte Angst**	**Schulangst**
Items:	Items:	Items:	Items:	Items:
1, 6, **9**, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38	4, 8, 13, 16, **20**, 25, 29, 31	3, 10, 26, 32, 39, 40, 41	5, **7**, 14, 21, 23, **28**, 33, 35, 37	2, 11, 17, 36

Vier Items (Fettdruck) zeigten sich als problematisch in der Zuordnung (angegeben wird die Selbstbeurteilungsform):

Item 7 (Ich bin nervös): Lud beim Vaterurteil hoch (.55, Varimax- und Promax-Rotation) auf dem Faktor „Trennungsangst“, was aber inhaltlich widersprüchlich erscheint. In den anderen Urteilerperspektiven ergab sich kein einheitlich sinnvolles Bild.

Item 9 (Andere sagen mir, dass ich nervös wirke): Lud nur beim Patientenurteil hoch (.51) auf dem Faktor „Generalisierte Angst“ (Varimax- und Promax- Rotation), in den anderen Urteilen nicht eindeutig.

Item 20 (Ich habe Alpträume, dass mir etwas Schlimmes zustößt): Lud nur beim Patientenurteil hoch (.62, Varimax- und Promax-Rotation) auf dem Faktor „Trennungsangst“, in den anderen Urteilen nicht eindeutig.

Item 28 (Andere sagen mir, dass ich mir zu viele Sorgen mache): Lud auf keinem Faktor hoch, außer im Promax-rotiertem Patientenurteil auf dem Faktor Panik/Somatik, jedoch in den drei Fremdbeurteilungsperspektiven häufig substanziell (≥ .3) auf dem Faktor „Generalisierte Angst".

Beim Vergleich der Faktorenlösungen und Itemzuordnungen mit der von Birmaher et al. (1997) stellte sich heraus, dass sich die Faktoren aus identischen Items zusammensetzten. Die in dieser Analyse schwierig zuzuordnenden Items 7 und 9 luden auch in der Analyse von Birmaher et al. nicht hoch (.41 und .48) und wurden zu den Faktoren „generalisierte Angst" (Item 7) und „Panik/Somatik" (Item 9) gezählt. Item 20 wurde von Birmaher et al. dem Faktor „Trennungsangst" zugeordnet (Ladung: .41), und Item 28 wurde dem Faktor „generalisierte Angst" zugeordnet (Ladung: .57), was auch in dieser Analyse formal und inhaltlich passend erschien.

3.4 Konfirmatorische Faktorenanalyse

Um die Modellgüte der gefundenen Faktorenstruktur der EFA zu überprüfen, wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse (LISREL 8.54, Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom, Unweighted Least Square Methode) durchgeführt. Dabei luden fast alle Items auf den zugehörigen Skalen über alle Urteilerperspektiven hinweg mittel bis hoch. Ausnahmen stellten erneut das Item 9 dar (Andere sagen mir, dass ich nervös wirke), das in allen vier Urteilerperspektiven nur substanziell lud (um .42) sowie das Item 14 (Mein Kind sorgt sich, ob es genauso gut wie andere ist) im Vaterurteil, wo es nur mit .47 lud. Die Items 7, 20 und 28, die in der EFA nicht hoch und eindeutig geladen hatten, zeigten in der CFA höhere Ladungsprofile für ihre jeweilige Skala über alle Urteilerperspektiven hinweg. Die Ladungsmatrix der einzelnen Urteilerperspektiven der konfirmatorischen Faktorenanalyse findet sich im Anhang.

Als Schätzmethode für die Modellprüfung wurde die Unweighted Least Square Methode (ULS) eingesetzt. Da es nicht nur eine einzelne Methode und einen einzelnen Signifikanztest für die Überprüfung einer Modellpassung gibt, empfehlen Schermelleh-Engel et al. (2003) die gleichzeitige Betrachtung und Beurteilung unterschiedlicher Fit- Indizes. Sie empfehlen v. a.

nicht zu viel Gewicht auf die Signifikanz des Chi-Quadrat Testes zu legen, da dieser empfindlich auf die Stichprobengröße und Verletzungen der Normalverteilungsannahme reagiert und damit oftmals zu einer fälschlichen Ablehnung des Modells führt. Schermelleh-Engel et al. (2003) empfehlen in Anlehnung an Jöreskog und Sörbon (1993) nicht den absoluten Wert des Chi-Quadrat Testes zu betrachten sondern das Verhältnis von Chi2 zu Freiheitsgraden (df). Für eine gute Modellpassung sollte Chi2/df so klein wie möglich bzw. unter 3 sein. Nach den Empfehlungen von Schermelleh-Engel et al. (2003) werden hier die folgenden Prüfgrößen für die Modellprüfung aufgeführt (siehe Tabelle 7): Chi2, der zugehörige p-Wert, Freiheitsgrade (df), Chi2/df, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) und das zugehörige 90 % Konfidenzintervall (CI), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), Nonnormed Fit Index (NNFI) sowie Comparative Fit Index (CFI). Die Richtlinien für die Güte der Indizes werden hier nach Schermelleh-Engel et al. (2003) dargelegt (guter Fit), welche etwas strenger ausgelegt werden als z. B. bei Bühner (2006, S. 256 ff): RMSEA ≤ 0.05, CFI ~ 0.97, SRMR ≤ 0.05, NNFI ≥ 0.10.

Tabelle 11. Prüfgrößen Konfirmatorische Faktorenanalyse

	Chi2	df	Chi2/df	RMSEA (CI)	SRMR	NNFI	CFI
Patientenurteil n=215	1031.11 (P = .0)	765	1.34	0.04 (0.03; 0.05)	0.08	0.98	0.98
Mutterurteil n=264	1519.00 (P = .0)	769	1.98	0.06 (0.06; 0.07)	0.09	0.96	0.96
Vaterurteil n=172	1125.34 (P = .0)	769	1.46	0.05 (0.05; 0.06)	0.1	0.97	0.97
Fremdurteil n=298	1560.14 (P = .0)	769	2.03	0.06 (0.06; 0.06)	0.09	0.96	0.97

Anmerkungen. Chi2= Chi-Quadrat u. zugehörige p-Wert, Freiheitsgrade (df), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) und das zugehörige 90 % Konfidenzintervall (CI), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), Nonnormed Fit Index (NNFI) Comparative Fit Index (CFI)

Die Korrelationsmatrix der latenten Variablen zeigte in allen Urteilperspektiven die gleiche Tendenz. Hier werden exemplarisch die Korrelationen des Patientenurteils dargestellt: Panik/Somatik (PA) mit Generalisierte Angst (GA) r = .81, Trennungsangst (TA) mit PA r = .78,

GA mit TA r = .64, GA mit Sozialer Angst (SA) r = .60, GA mit Schulangst (SchA) r = .58, SA mit PA r = .54, TA mit SA r = .51, SchA mit PA r = .50, TA mit SchA r = .42 und SA mit SchA r = .39.

Insgesamt zeigte sich also eine mittlere bis hohe Güte der Modellpassung, und die CFA konnte somit die 5-Faktorenstruktur des SCARED wie sie in der EFA und von Birmaher et al. (1997) gefunden wurde replizieren.

4. Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergbenisse

Zu Frage 1. Der SCARED-D zeigte im Pilottest eine gute Akzeptanz und Anwendbarkeit sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil.

Zu Frage 2. Der SCARED-D zeigte insgesamt in beiden Versionen eine gute Reliabilität in Bezug auf Crohnbachs Alpha, Testhalbierungsreliabilität, Eltern-Kind-Korrelation sowie Trennschärfekoeffizienten. Es zeigte sich eine gute faktorielle Validität durch meist eindeutige und stabile Ladungsprofile der Items sowohl in der explorativen Faktorenanalyse (EFA) als auch der konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) und über alle Urteilerperspektiven hinweg.

Zu Frage 3. Die Fünf- Faktorenstruktur von Birmaher et al. (1997) wurde in der EFA des SACRED-D in allen Fragebogenversionen stabil repliziert und konnte in der CFA bestätigt werden.

4.2 Methodenprobleme

Als Studiendesign wurde eine nicht experimentelle 1-Gruppen-Querschnittsstudie an einer klinischen Stichprobe ausgewählt. Der Hauptvorteil einer klinischen gegenüber einer Normalbevölkerungsstichprobe liegt dabei in der guten Vergleichsmöglichkeit mit den Voruntersuchungen des Erstautors, da der Fragebogen an einer klinischen Stichprobe entwickelt und überprüft wurde. Der Nachteil liegt in der Selektion der Probanden, die alle klinisch auffälliges Verhalten zeigten, und dadurch die Übertragung der Ergebnisse auf Normalbevölkerungsstichproben nicht unkritisch erfolgen kann.

Im Laufe der Entstehung dieser Arbeit stellte sich heraus, dass parallel eine andere Arbeitsgruppe in Deutschland unter der Leitung von C. Essau (2002) den SCARED Fragebogen ins Deutsche übersetzte und an einer Schülerstichprobe in Niedersachsen untersuchte. Versuche mit den Autoren Kontakt aufzunehmen, die Übersetzungen zu vergleichen oder Versionen

zusammenzuführen gelangen nicht. Da die hier entstandene Übersetzung des Fragebogens die von Birmaher et al. autorisierte Version darstellt, wurden die Untersuchungen wie geplant fortgesetzt. Letztendlich stehen die Untersuchungen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern die Ergebnisse können sich ergänzen.

Bei der Erhebung der Daten wurde versucht, ein größtmögliches Maß an Durchführungsobjektivität zu gewährleisten, dennoch bleibt ein großes Maß an Ungewissheit, wie sehr sich die Durchführungsbedingungen im Einzelnen unterschieden. Unterschiede sind dabei z. B. bei Familien mit fremdem kulturellen Hintergrund (keine Muttersprache) zu befürchten und bei der Frage, ob Eltern und Kinder den Fragebogen wirklich getrennt voneinander ausgefüllt haben. Insbesondere bei den jüngeren Kindern, wo Hilfe von Erwachsenen sogar gefordert wurde, ist davon auszugehen, dass es meist die Eltern waren, die die Kinder unterstützten, und dadurch auf vielschichtige Weise auf die Antworten Einfluss nahmen (starker Beziehungsfaktor, Antworten nach Erwünschtheit). Zur Stichprobe ist zu sagen, dass das Altersspektrum aufgrund der Datenlage ausgeweitet wurde auf 7-19;11 Jahre, wohingegen der Fragebogen für 8-18 Jahre alte Kinder entwickelt wurde.

Ob Daten für eine Faktorenanalyse geeignet sind hängt von verschiedenen Vorraussetzungen ab. U. a. wird empfohlen, dass die Items substantiell korrelieren (Homogenität), auf jeden Faktor die gleiche Anzahl und mindestens drei Items fallen, sowie dass eine möglichst große Stichprobe verwendet werden sollte (Bühner, 2006, S. 191 ff). Das Kriterium von mindestens drei Items auf jeden Faktor wurde erfüllt, nicht jedoch die Empfehlung der ausgeglichenen Gewichtung der einzelnen Faktoren, da die Itemzahl pro Faktor zwischen 4 und 13 Items variierte. Die Qualität einer EFA wird bei einer Stichprobengröße wie in dieser Studie zwischen N=200 und N=300 als befriedigend bis gut angegeben (Bühner, 2006, S. 193). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Daten mit leichten Einschränkung gut für eine FA geeignet waren, auch wenn die Stichprobengröße nur gut bis befriedigend ist und die Itemanzahl der Faktoren sehr unterschiedlich ausfallen, bzw. die Faktoren sehr unterschiedlich gewichtet sind.

Für die Testhalbierungsreliabiltät wurde die Odd-Even-Methode zur Itemaufteilung auf zwei Testhälften gewählt. Diese verteilt Übungs- oder Ermüdungseffekte gleichmäßig auf die beiden Testteile. Sie eignet sich nur dann, wenn beide Testhälften das gleiche Merkmal messen, was im

Fall des SCARED gegeben ist, wenn das Gesamtmerkmal Angst betrachtet wird. Die verschiedenen Skalen teilen sich mit ihren Items allerdings nicht gleichmäßig auf die beiden Testhälften auf, so fallen z. B. auf die Skala Panik/Somatik bis auf ein Item nur gerade Items und diese damit in eine Testhälfte. Dennoch sind alle Skalen zumindest mit einem Item in beiden Testhälften, meist aber gleichmäßiger verteilt und diese Form der Testhalbierung erscheint damit ausreichend gleichmäßig.

4.3 Diskussion der Einzelergebnisse

4.2.1 Reliabilität

Die Reliabilität wurde durch die Testhalbierungsreliabilität, Crohnbachs α, Trennschärfekoeffizienten sowie die Eltern- Kind-Korrelation untersucht. Das wichtigste Ergebnis dieser Reliabilitätsprüfung ist, dass die deutsche Version des SCARED insgesamt und die einzelnen Testitems bis auf einige Ausnahmen, mittlere bis hohe Gütekriterien zur Reliabilität über alle Urteilerperspektiven hinweg erfüllten. Insgesamt zeigte die deutsche adaptierte Version eine gute Reliabilität, die der Reliabilität der Originalversion entspricht. Damit ist dies neben der Faktorenanalyse ein weiterer Hinweis für den gelungenen Adaptationsprozess sowie eine Unterstützung der Reliabilitätsgüte der Originalversion.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse im Einzelnen zeigte die Halbierungsreliabilität durchweg mittlere bis hohe Korrelationskoeffizienten zwischen r = .80 und .91, sowohl für den Gesamttest als auch für die einzelnen Skalen. Der Faktor Schulangst zeigte allerdings niedrige Werte von r < .72. Die Halbierungsreliabilitäten in der oben zitierten Studie der deutschen Adaptation von Essau, Muris und Ederer (2002) wurde mit einem Wert von r = .90 angegeben. Die Originalversion von Birmaher et al. zeigte eine Test-Retest-Reliabilität von ICC = .70 - .90.

Die interne Konsistenz zeigte für alle Skalen (außer Schulangst) ein Cronbachs $\alpha > .80$, für die Gesamtscores ein $\alpha > .90$ und damit mittlere bis hohe Güte. Jedoch zeigte auch hier die Skala Schulangst niedrigere Werte mit $\alpha = .76$ bis .80 über alle Urteilerperspektiven hinweg. Die interne Konsistenz der englischen Version von Birmaher et al. zeigte Werte von $\alpha = .74$ bis .89

(1997) und .78 bis .87 (1999). Für die deutsche Version von Essau et al. (2002) wurde eine interne Konsistenz von α = .91 für den Gesamtscore, und niedrige bis mittlere Werte für die Skalen (α = .66 bis .81, mit der Skala Schulphobie von α = .66) angegeben. In den anderen oben beschriebenen Studien zeigte sich ein ähnliches Bild. Die α-Koeffzienten der Gesamtscores lagen meist über denen der Skalen und außerdem im mittleren bis hohen Gütebereich. So zeigte die holländische Version von Muris et al. (1998) α = .91 für den Gesamtscore und α > .75 bzw. > .65 (2002) für die Skalen. Die Skala Schulphobie zeigte ein niedriges α = .65. Die amerikanische Version zeigte bei Boyd et al (2003) ein Cronbachs α von .89, für die Skalen α = .68 bis .81. Für die chinesische Version (Wang et al., 2002) wurden α-Koeffizenten von .43 bis .89, für die italienische Version (Ogliari, 2006) von .69 bis .80, für die Schulphobie nur .54 angegeben. Insgesamt lagen also die Koeffizienten dieser Studie in den meisten Fällen höher, mindestens jedoch genau so hoch wie in den Vorstudien. Die interne Konsistenz zeigte bessere Ergebnisse für die Gesamtscores als für die Skalen, die Schulangst-Skala brachte oftmals niedrige Ergebnisse.

Es gibt unterschiedliche Faktoren, die die Reliabilität beeinflussen. Je homogener die Testitems sind und je mehr es davon gibt, desto größer fällt die Reliabilität aus. Dagegen kann eine niedrige Streuung der Testkennwerte zu niedrigerer Reliabilität führen (Bühner, 2006, S. 136 ff). Es ist davon auszugehen, dass v. a. die relative Kürze der Skala Schulangst im Vergleich zu den anderen Skalen hauptverantwortlich für die niedrigeren Reliabilitätskoeffizienten insbesondere dieser Skala ist.

Die Trennschärfekoeffizenten für alle Items (außer Item 9) zeigten bezogen auf die entsprechende Skala und bezogen auf den Gesamtscore mittlere, meist jedoch hohe Werte. Das Item 9 („Andere sagen mir, dass ich nervös wirke“/ „People tell me I look nervous“) zeigte für die Trennschärfe bezogen auf die Skala Werte von r < .26, bezogen auf den Gesamtscore Werte von r < .39 und damit mittlere meist jedoch niedrige Werte. Die anderen Items zeigten höhere korrigierte Trennschärfen bezogen auf ihre jeweilige Skala als auf den Gesamtscore, beim Item 9 war dies jedoch genau umgekehrt. Auch in der Faktorenanalyse lud das Item 9 nicht auf dem Faktor Panik/Somatik sondern (auch nur) im Patientenurteil auf dem Faktor Generalisierte Angst. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der Trennschärfeanalyse mittlere bis hohe Werte erbrachten. Die Items der Skala Schulangst fielen dabei von der Güte nicht heraus.

Das Item 9 zeigte jedoch wie auch in der Faktorenanalyse kein befriedigendes Ergebnis, sondern erschien nicht als ein zur Skala gut passendes oder trennscharfes Item.

Die Eltern-Kind Korrelationen zur Übereinstimmung der Angstsymptome lag in dieser Studie für den Gesamtscore bei r = .58 und für die Skalen zwischen r = .49 (Generalisierte Angst) und r = .66 (Trennungsangst), was einer nur niedrigen Korrelation entspricht. Dies traf ebenso für die englische Originalversion (r = .20 bis r = .47) wie auch für die deutsche Version von Essau et al. (2002) zu (r = .40). Auch Cosi et al. (2010) fanden in ihrer Studie zur Eltern-Kind-Korrelation bei einer spanischen Version des SCARED nur eine niedrige Eltern-Kind-Übereinsstimmung, mit einer klaren Tendenz zu niedrigeren Scores bei den Eltern.

Diese Ergebnisse verwundern nicht, entsprechen sie doch den Erkenntnissen vieler Studien, die immer wieder belegten, dass Eltern- und Kindurteile unabhängig vom diagnostischen Instrument insbesondere bei der Einschätzung von Schwere oder Vorkommen von Angstsymptomen stark divergieren. So fanden Saffbrd et al. (2005) niedrige Übereinstimmung zwischen Eltern und Kindern von Angstsymptomen (r= .30 bis r= .64) sowohl vor und nach Behandlung (kognitiv-behaviorale Therapie) als auch in einer siebenjährigen Follow-up Untersuchung. Auch Choudhury et al. (2003) fanden niedrige Korrelationen zwischen Eltern und Kindern bei Verwendung von strukturierten Interviews zur Diagnostik von Angststörungen, und es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich Geschlecht oder Alter der Kinder. Comer et al. (2004) fanden mehr Urteilerübereinstimmungen bei beobachtbaren Symptomen und weniger bei schulassoziierten Symptomen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl die deutsche Version des SCARED als auch die englische Originalversion eine mäßige bis niedrige Übereinstimmungen zwischen den Eltern- und Kindurteilen zeigt, was jedoch im Einklang mit den Ergebnissen anderer diagnostischer Instrumente zu Angststörungen steht. Es lässt sich daraus kein Hinweis für eine verminderte Reliabilität des SCARED-D ableiten.

4.3.2 Faktorenanalyse

Das wichtigste Ergebnis der Faktorenanalyse (FA) ist, dass sowohl die orthogonale und die oblique rotierte explorative (EFA) wie auch die konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) sehr ähnliche Ergebnisse über alle Urteilerperspektiven hinweg erbrachten. Damit gaben sie einen klaren Hinweis auf eine stabile Faktorenstruktur der deutschen adaptierten Version des SCARED geben. Dabei lieferte die Varimax rotierte FA im Vergleich zu Birmaher et al. die entscheidenden Aussagen, und diese wurden mit der Promax rotierten FA und der CFA untermauert. Einige Items luden besser als andere (eindeutiger und höher), im Vergleich aber zwischen Fremd- und Selbstauskunftsbogen zeigte sich insgesamt ein klares Bild. Items, die in einer Version nicht so eindeutig luden, zeigten ein klareres Profil in einer anderen Version.

Ein weiteres sehr wichtiges Ergebnis ist, dass die gefundene Faktorenstruktur mit fünf Faktoren, die Faktorenstruktur der englischen Originalversion von Birmaher et al. replizieren konnte, und damit einen starken Hinweis auf die Validität der deutschen Version liefert, sowie die Validität der Originalversion untermauert. In den oben zitierten Studien war dies tatsächlich nicht immer so der Fall. Nur Hale et al. (2005) fand ebenfalls eine 5- Faktorenstruktur an einer Schülerstichprobe in Holland. Auch die englische Originalversion zeigte in einigen Folgestudien unterschiedliche Faktorenstrukturen (Wren et al, 2007: drei Faktoren, Boyd et al. 2003: vier Faktoren). Eine italienische (Ogliari et al., 2006) und die deutsche Version von Essau et al. (2002) zeigten ebenfalls nicht die Faktorenstruktur der Originalversion (4 bzw. 6 Faktoren).

Erklärungen hierfür können unterschiedliche Einflüsse auf den Adaptationsprozess des Fragebogens (Konstrukt-, Methoden- oder Itemverzerrungen) oder auch Stichprobenunterschiede sein. So wurden einige Studien mit klinischen, andere mit Schülerstichproben durchgeführt. Auch die Stichprobengröße variierte erheblich (N = 378 bis N = 1340). Dabei ist außerdem zu sagen, dass auch in dieser Datenlage die Mutterversion zunächst eine 6-Faktorenstruktur nahe legte. Die inhaltliche Interpretierbarkeit zeigte jedoch ein anderes Bild. Während die Studie von Essau et al. (2002) die Faktorenstruktur der Originalversion nicht replizieren konnte und sich ein anderes Konstruktmodell der Angst bzw. Angststörungen zeigte, konnte diese deutsche Version die Faktorenstruktur der Originalversion unterstützen. Die Faktorenanalyse der deutschen Version von Essau et al. erbrachte folgende Faktoren (Eigenwerte: 9.4, 2.4, 1.8, 1.5, 1.4, 1.4, erklärte

Varianz: 43.7 %): (1) generalisierte Angst, (2) soziale Phobie, (3) Schulphobie, (4) Somatik/Panik. Die Items der Trennungsangst verteilten sich auf zwei Faktoren: (5) „Angst vor Trennung“ und (6) „Sorge über drohendes Unheil“. Um die Ursachen für die unterschiedliche Faktorenstruktur herauszuarbeiten, wäre ein genauer Vergleich der Übersetzungen und Stichproben notwendig, was bisher nicht möglich war, da ein Kontaktversuch erfolglos blieb. Ein wichtiger offensichtlicher Unterschied ist jedoch, dass die Stichprobe bei Essau et al. (2002) eine Schülerstichprobe und keine klinische war.

Die meisten Items zeigten eindeutige Ladungen auf einem Faktor, einige Items blieben jedoch zunächst problematisch in der Zuordnung: (7) „Ich bin nervös.“ (9) „Andere sagen mir, dass ich nervös wirke.“ (20) „Ich habe Alpträume, dass mir etwas Schlimmes zustößt.“ (28) „Andere sagen mir, dass ich mir zu viele Sorgen mache.“ Dabei sind die letzteren beiden noch weniger problematisch als Item 7 und 9. Item 20 lud zumindest im Patientenurteil hoch auf dem Faktor Trennungsangst und dies passte zu einer substantiellen Ladung (.41) und Zuordnung auf dem gleichen Faktor wie in der Studie von Birmaher et al. (1997). Item 28 lud zumindest im Fremdurteil substanziell auf dem Faktor Generalisierte Angst, was sich mit einer hohen Ladung (.51) und Zuordnung auf dem gleichen Faktor wie bei Birmaher et al. (1997) in Einklang bringen ließ. Beide zeigten außerdem in der CFA eindeutigere Ergebnisse. Item 7 („Ich bin nervös“) und insbesondere Item 9 („Andere sagen mir, dass ich nervös wirke“) zeigten jedoch kein befriedigendes Ladungsprofil, wobei zumindest Item 7 in der CFA hoch auf dem Faktor Generalisierte Angst lud.

Auch wenn bei Birmaher et al. (1997) diese beiden Items ebenfalls nur substantiell auf den Faktoren Generalisierte Angst und Panik/Somatik luden, so erscheinen die deutschen Items in dieser Studie ein noch unklareres Bild zu ergeben. Es fällt bei der Betrachtung der Items auf, dass beide das Wort *nervös* beinhalten, und es stellt sich die Frage, ob das englische *nervous* und das deutsche *nervös* unterschiedliche Assoziationen beim Probanden hervorrufen. Im Langenscheidt Wörterbuch (2005) wird *nervous* in „nervenschwach- erregbar“ und „ängstlich, scheu, aufgeregt“ übersetzt. Das deutsche *nervös* wird mit dem englischen „tense, fidgety, edgy, uptight“ und in der Bedeutung *ängstlich* mit „nervous“ übersetzt. Die deutsche Erklärung bzw. deutsche Synonyme von *nervös* lauten „unruhig, leicht reizbar“. Diese Auszüge verdeutlichen, dass das englische *nervous* besonders die emotionale und Angstkomponente mit beinhaltet, während das deutsche

nervös oftmals die Angespanntheit oder psychomotorische Unruhe betont, nicht immer unbedingt im Zusammenhang mit Angst. Es könnte deshalb sein, dass mit der zusätzlichen Schwierigkeit einer Fremdmeinung („Andere sagen mir, dass ich nervös wirke“) sich ängstliche Kinder eher in der Englischen Version als der deutschen Übersetzung wiedergespiegelt sehen. Für weitere Untersuchungen wäre es interessant, ob z. B. eine Itemsübersetzung wie „Andere sagen mir, dass ich ängstlich“ oder „unsicher wirke“ sich als ein besser reliables und valides Item darstellen würde.

In dieser deutschen Übersetzung wurde der Faktor der von Birmaher et al. „schoolphobia“ benannt wurde mit „Schulangst“ übersetzt, obwohl Schulangst und Schulphobie klinisch zwei unterschiedliche Kategorien bilden. Dies soll an dieser Stelle noch kurz diskutiert bzw. erläutert werden. Schulangst und Schulphobie sind weder im DSM-IV noch in der ICD-10 als eigenständige Störungen aufgeführt. Zum übergreifenden Symptom der Schulverweigerung muss differentialdiagnostisch zwischen Schulangst, Schulphobie und Schulschwänzen unterschieden werden (Remschmidt, 2002, S. 241). Letzteres kommt häufig als Symptom im Rahmen von Störungen des Sozialverhaltens vor. Der Begriff Schulphobie wird oftmals als eine Unterform der Trennungsangst benutzt (ICD-10, Remschmidt, 2002, S. 240 ff, Knölker, 2003, S. 297 f) und bezieht sich auf Kinder, die eigentlich nicht Angst vor der Schule haben, sondern Angst vor der Trennung von der Hauptbezugsperson. Die häufiger in der Jugend auftretende Schulangst dagegen bezieht sich direkt auf den Ort Schule, wo Leistungsängste, soziale Ängste oder Mobbing- Erfahrungen zur Schulvermeidung führen können (Remschmidt, 2002, S. 241). Die Schulphobie gehört inhaltlich also zur Trennungsangst, während die Schulangst starken inhaltlich- klinischen Bezug zur sozialen Phobie hat.

Obwohl diese beiden Störungen im SCARED jeweils durch einen Faktor repräsentiert werden, stellen sich die 4 Items des Faktors Schulangst (11, 17, 2, 36) aber sowohl in der Originalstudie als auch in dieser deutschen Übersetzung als klarer eigenständiger Faktor dar (substantielle bis hohe Faktorladungen der Items nur auf diesem Faktor). Inhaltlich formulieren zwei der Items direkt die Angst vor der Schule (Item 17 und 36), die anderen beiden benennen psychosomatische Symptome, die in der Schule auftreten (Item 11 und 2). Der Ort Schule wird also als Hauptstressor in den Items herausgearbeitet, weshalb es gerechtfertigt erscheint, diesen Faktor eher mit Schulangst als mit Schulphobie zu betiteln. Neben der Familie ist die Schule für Kinder

und Jugendliche der Hauptlebensraum. Ängste, die direkt oder indirekt mit dem Ort Schule in Zusammenhang stehen sind elementar für die Entwicklung des Kindes. Dass sich dieser Faktor klar eigenständig neben Trennungsangst und sozialer Angst darstellt, könnte Hinweise darauf geben, dass es doch sehr häufig ätiologische Mischformen gibt, bzw. es stellt sich die Frage, ob eine eigene Angstdiagnose mit dem Leitbild der Schulvermeidung/Schulangst in den diagnostischen Systemen gerechtfertigt
wäre.

4.2.3 Konkurrierende Alternativen

Seit der Entwicklung des SCARED haben auch andere Autoren versucht die Lücke der diagnostischen Angstinstrumente speziell für Kinder und Jugendliche zu schließen. Dabei ist zwischen Fragebögen zur allgemeinen Ängstlichkeit und speziellen diagnostischen Schwerpunkten wie soziale Angst o. ä. zu unterscheiden. Für den deutschen Sprachraum sind v. a. die Spence Childenren's Anxiety Scale (SCAS, Spence, 1998, deutsche Version: Essau 2002, s. o.) und die Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen FBB-ANG und SBB-ANG (Döpfner, Lehmkuhl, 2000, Teil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV, DISYPS-KJ, s. o.) mögliche und gute Alternativen zum SCARED-D. Beide Fragebögen beziehen sich wie der SCARED nicht auf ein bestimmtes theoretisches Konstruktmodell der Angst oder ausgewählte Angststörungen sondern sie wurden anhand der internationalen Klassifikationssysteme entwickelt, die versuchen weitgehend Ätiologie unabhängig an Symptomen orientierte Diagnosegruppen zu bilden.

Die ursprüngliche SCAS (Spence, 1998) beinhaltet neben der Trennungsangst, sozialen Phobie, Panikstörung und generalisierten Angststörung im Gegensatz zum SCARED noch die Zwangsstörung und Angst vor körperlicher Verletzung. Dafür kommen keine speziellen Items zur Schulangst vor. Jedoch zeigte die Faktorenanalyse der deutschen Version keine so eindeutige Faktorenstruktur (Essau 2002). Angst vor körperlicher Verletzung stellte sich nicht als eigenständiger Faktor dar und die Items wurden entfernt. Es bildeten sich danach 5 Faktoren heraus, die jedoch nicht genau die Items der Originalversion widerspiegelten. Die Reliabilität

erwies sich als gut für den Gesamtwert (Crohnbachs Alpha .92, Guttmans-Split-Half .90) (Melfsen, Walitza 2010).

Die Fremd- und Selbstbeurteilungsbögen FBB-ANG und SBB-ANG (Döpfner, Lehmkuhl, 2000) orientieren sich ebenfalls an ICD-10 und DSM-IV mit den Hauptstörungen generalisierte Angststörung, Trennungsangst, soziale Ängste, spezifische Phobie und Agoraphobie. Auch hier fehlen spezielle Items zur Schulangst und außerdem zur Panikstörung. Von Vorteil ist, dass es neben dem Selbst- und Fremdurteil ein klinisches Urteil für den Untersucher mit Entscheidungsbäumen zur Bestimmung der Diagnosen gibt. Reliabilitäten werden mit Crohnbachs alpha > .70 angegeben (Melfsen, Walitza, 2010). Der SCARED-D zeigt also im Vergleich mit den beiden Alternativen nicht nur eine stabilere Faktorenstruktur, sondern zeichnet sich darüber hinaus durch die Skala Schulangst aus, die zwar nicht als eigene Entität in den internationalen Klassifikationssysteme vorkommt, jedoch im klinischen Alltag enorme Wichtigkeit hat.

4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In dieser Arbeit ist es gelungen, eine deutsche authorisierte Adaptation des SCARED (Birmaher et al., 1997) zu entwickeln, die eine gute Akzeptanz und Anwendbarkeit sowie eine stabile und die Originalversion bestätigende Faktorenstruktur aufweist (SCARED-D). Neben der guten faktoriellen Validität erwies sich auch die Reliabilität mindestens so gut wie das Original. Sie unterscheidet sich dadurch sowohl von der deutschen Version von Essau et al. (2002) als auch von anderen internationalen Test- Adaptationen des SCARED.

Damit steht dem deutschen Sprachraum ein diagnostisches Instrument zur Verfügung, dass sich v. a. als Screening Instrument eignet, da es sich im Gegensatz zu vielen anderen Fragebögen an den Hautdiagnosen für Angststörungen der internationalen Klassifikationssystemen orientiert. V. a. bei Vorhandensein von Ängsten plus Schulvermeidung bietet der SCARED-D einen Vorteil gegenüber anderen Fragebögen, da er eine eigene Skala zur Schulangst aufweist. Durch seine kindgerechte Einfachheit der Bearbeitung kann er nicht nur dem Kliniker im diagnostischen Prozess oder bei Therapiekontrollen ein schnelles Mittel mit guter Kosten-Nutzen-Relation sein.

Neben Kinder- und Jugendpsychiatern können sowohl Pädiater als auch Schulpsychologen oder Sozialpädagogen den Fragebogen nutzen, um emotional- oder verhaltensauffällige Kinder auf häufig vorkommende Angststörungen hin zu untersuchen, und eine adäquate Therapie bzw. Überweisung einzuleiten.

Um den SCARED-D noch differenzierter auf seine Testgüte zu untersuchen, sollte in weiteren Studien Schwerpunkte auf der konvergenten und divergenten Validität und dem Stichprobenverhalten gelegt werden (klinische- versus Normalbevölkerungsstichproben). Außerdem gibt es national und international kaum Studien zur Sensitivität von Therapieeffekten des SCARED-D. Solche Studiendesigns könnten helfen den SCARED-D im klinischen und Forschungsalltag fest zu etablieren. Dazu ist es auch wichtig, dass valide deutsche Cut-off-Werte, insbesondere auch für die verschiedenen Skalen bzw. Angststörungen, und ein deutsches Manual erstellt werden. Der SCARED-D wurde bereits in der BELLA- Studie ("BEfragung zum seeLischen WohLbefinden und VerhAlten“), dem Modul zur psychischen Gesundheit des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts in drei Erhebungswellen bundesweit als Screeninginstrument eingesetzt (Ravens-Sieberer et al., 2007). Die so entstandenen Daten zum Verhalten des Fragebogens in Zusammenhang mit soziodemographischen Daten, Komorbidität, Risiko- und Schutzfaktoren, können durch weitere Analysen und Auswertungen diese Lücken schließen, und den SCARED-D noch weiter in seiner Testgüte validieren.

5. Zusammenfassung

Angststörungen sind mit ca. 10% eine der häufigsten Psychopathologien im Kindes- und Jugendalter (Federer et al., 2000). Der Fragebogen „Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)“ wurde von Birmaher et al. 1997 als Screening- Instrument entwickelt und zeigte in internationalen Untersuchungen gute Testgütekriterien. Ziel dieser Arbeit ist, dieses vielversprechende diagnostische Instrument auch dem deutschen Sprachraum zugänglich zu machen. Dazu wurde der Fragebogen vom Englischen ins Deutsche übersetzt und an einer klinischen Stichprobe (N=318) hinsichtlich Reliabilität und faktorieller Validität untersucht. Die Ergebnisse der explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalyse zeigten eine stabile 5-Faktorenstruktur wie sie auch bei Birmaher et al. (1997) gefunden wurde. Die Reliabilitätsprüfung zeigte insgesamt gute bis mittlere Ergebnisse für Halbierungsreliabilität, Crohnbachs α, angemessene Eltern-Kind-Korrelationen sowie gute bis mittlere korrigierte Trennschärfen in der Itemanalyse. Damit ist mit dieser Arbeit ein erster Schritt der Adaptation des SCARED in eine deutsche Version (SCARED-D) mit guten Ergebnissen für Reliabilität und faktorieller Validität gelungen. Der SCARED-D sollte nun durch weitere Untersuchungen zur Testgüte und Stichprobenverhalten erprobt werden und könnte in verschiedenen psychosozialen Kontexten Klinkern und anderen Fachleuten valide Hinweise auf Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen liefern, und so die Vorraussetzung für die Einleitung geeigneter Hilfe- und Therapiemaßnahmen schaffen.

6. Abkürzungsverzeichnis

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
CFA	Konfirmatorische Faktorenanalyse
CFI	Comparativ Fit Index
df	degrees of freedom/Freiheitsgrade
EFA	Explorative Faktorenanalyse
FA	Faktorenanalyse
NNB	Nicht näher benannt
NNFI	Nonnormed Fit INdex
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SCARED	Screen for Anxiety Related Emotional Disorders
SCARED-D	Deutsche Version des SCARED
SRMR	Stabdardized Root Mean Square Residual

7. Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1987). *Manual for the Youth Self Report form and profile.* Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ainsworth M., Blehar, M., Waters & E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 46(2), 267-283.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DMS-IV).* APA, Washington, DC.

Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry* , 44, 69-76.

Angold, A., Costello, E. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2007). *Multivariate Analysemethoden.* Springer Verlag (2007).

Becker, P. (2002). Das Trierer Integrierte Persönlichkeitsinventar. *Diagnostica*, 48(2), 68-79.

Beidel, D., Fink, C. & Turner, S. (1996). Stability of Anxious Symptomatology in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(3), 257-269.

Beidel, D., Turner, S. & Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment,* 8, 235-240.

Beidel, D. & Turner, S. (1997). At Risk for Anxiety: I. Psychopathology in the Offspring of Anxious Parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (7), 918-924.

Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - die Bella-Studie. *Psychomed*, 17(4), 214-222.

Biedermann, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E., Faraone, S., Chaloff, J., Hirshfeld, D. & Kagan, J. (1993). A 3-Year Follow up of Children with and without Behavioral Inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 814-821.

Bird, H. R., Shaffer, D., Fisher, P., Gould, M. S., Staghezza, B., Chen, J. & Hoven, C. (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methodes in Psychiatric Research,* 3(3), 167-176.

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufmann, J. & McKenzie-Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.

Birmaher, B., Brent, D., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotinal Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236

Birmaher, B. & Essau, C. A. (2003). Screen for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *In* Hoyer, J. & Margraf, J. (*Hrsg*.), *Angstdiagnostik*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Blanz, B. & Schneider, S. (2008). Angststörungen. *In* Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (*Hrsg*), *Entwicklungspsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 604, 764.

Boehnke, K., Silbereisen, R. K., Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1986). What I think and feel- German experience with the revised form of the children's manifest anxiety scale. *Personality and Individuel Differences* , 7(4), 553-560.

Boyd, R., Ginsburg, G., Lambert, S., Cooley, M. & Campbell, K. (2003). Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Psychometric Properties in an African-American Parochial High School Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1188-1196.

Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion,* Pearson Education.

Catell, R. B. (1966). The scree test for number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.

Castaneda, M., McCandless, B. R. & Palermo, D. S. (1956). The children's form of the manifest anxiety scale. *Child Development,* 27, 317-325.

Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrodini, P., Tabrizi, M. A. & Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: Test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version. *Archives of General Psychiatry*. 42 (7), 696-702.

Choudry, M. S., Pimentel, 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 & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 957-964.

Comer, J. S. & Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 957-964.

Conolly, S. D., Berstein, G. A. & Work Group on Quality Issues (2006). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice Parameters for the Assessment and

Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 46(2), 267-283.

Cosi, S., Canals, J., Hernandez-Martinez, C. & Vigil-Colet, A. (2010). Parent-child agreement in SCARED and its relationship to anxiety symptoms. *Journal of Anxiety disorders*, 24(1), 129-133.

Cronk, N., Slutske, W., Madden, P., Bucholz, K., Heath, A. & Andrew, C. (2004). Risk for Separation Anxiety Disorder Among Girls: Paternal Absence, Socioeconomic Disadvantage, and Genetic Vulnerability. *Journal of Abnormal Psychology*, 13(2), 237-247.

De Bellis, M., Keshavan, M., Shifflett, H., Iyengar, S., Dahl, R., Axelson, D., Birmaher, B., Hall, J., Moritz, G. & Ryan, N. (2002). Superior Temporal Gyrus Volumes in Pediatric Generalized Anxiety Disorders. *Biological Psychiatry*, 51(7), 553-562.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 2. überarbeitete Auflage 2003 - ISBN: 3-7691-0421-8, S. 291-302.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition, Text Revision) DSM-IV-TR American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.

Diel, J. & Staufenbiel, T. (2007). *Statistik mit SPSS für Windows Version 15*. Verlag Dietmar Klotz GmbH Eschborn .

Dierker, L., Merikangas, K. & Szatmari, P. (1999). Influence of Parental Concordance for Psychiatric Disorders on Psychopathology in Offspring. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 280-288.

Döpfner, M. & Görtz, A. (2003). Fremdbeurteilungsbogen und Selbstbeurteilungsbogen für Angststörungen (FBB-Ang, SBB-Ang). *In* J. Hoyer, J. Margraf (*Hrsg.) Angstdiagnostik*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Diagnostik-System für Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (Disyps-KJ), 2. Korrigierte und ergänzte Auflage. Huber, Bern

Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H. & Ollendick, T. (2006). PHOKI. Phobiefragebogen für Kinder, Göttingen: Hogrefe.

Ebersbach, B. & Dahlbert, C. (2003). Angstfragebogen für Schüler (AFS). *In* J. Hoyer, J. Margraf (*Hrsg*.). *Angstdiagnostik*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Essau, C., Conradt, J. & Petermann, F. (1998). Häufigkeit und Komorbidität sozialer Ängste und sozialer Phobie bei Jugendlichen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 66(11), 524-530.

Essau, C., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, Comorbidity, and Psychosocial Impairment of Anxiety Disorders In German Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279.

Essau, C,. Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(1), 67-81.

Essau, C., Muris, P. & Ederer, E. (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 & Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.

Essau, C. (2003). Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). *In* J. Hoyer, J. Margraf (*Hrsg*.) *Angstdiagnostik*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Federer, M., Margraf, J. & Schneider, S. (2000). Leiden schon Achtjährige an Panik? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* , 28(3), 205-214.

Federer, M., Schneider, S., Margraf, J. & Herrle, J. (2000). Wie erleben Achtjährige Panikanfälle? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 195-203.

Federer, M., Schneider, S., Margraf, J. & Herrle, J. (2000). Angstsensitivität und Angststörungen bei Achtjährigen. *Kindheit und Entwicklung*, 9(4), 241-250.

Goodman, R. (1997). The strengths and the difficulties questionaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Goodmann, R., Mektzer, H., Bailey, V. (1998). The Strengths and the Difficulties Questionaire: a pilot study on he validity of the self report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.

Grillon, C., Dierker, L. & Merikangas, K. (1997). Startle Modulation in Children at Risk for Anxiety Disorders and/or Alcoholism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 925-932

Hale, W., Raaijmakers, Q., Muris, P. & Meeus, W. (2005). Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the General Adolescent Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(3), 283-290.

Hambleton, R. K. (2001). The Next Generation of the ITC Test Translation and Adaption Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment,* Volume 17(3), 164-172.

Hambleton, R. K., Kanjee, A. (1995). Increasing the validity of cross-cultural assessments: Use of improved methods for test adaption. *European Journal of Psychological Assessment,* Volume 11(3), 147-157.

Herpertz-Dahlmann, B. (2004). Psychopharmakologische Behandlung. *In* Schneider S, Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen, Grundlagen und Behandlungen. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg) (2003). *Entwicklungspsychiatrie*. Schattauer GmbH, Stuttgart.

Hilgers, R. D., Bauer, P. & Scheiber, V. (2007). *Einführung in die medizinische Statistik*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Hornby, A. S. (2005). *Oxford Advanced Learner's Dictionary. Das große Oxford Wörterbuch.* (7. Auflage, digitale Version). Oxford: Oxford University Press.

Hoyer, J., Margraf, J. (Hrsg) (2003). *Angstdiagnostik*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede spezifischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 276-283.

In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.

International Test Commission (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests (http://www.intestcom.org).

Jeanrie, C. & Bertrand, R. (1999). Translating Tests with the International Test Commission's Guidelines: Keeping Validity in Mind. *European Journal of Psychological Assessment,* Volume 15(3), 277-283.

Jöreskog, K. G. & Sörbon, D. (1993). *Lisrel 8: Structural equation modelling with the SIMPLIS command language*. Chicago Scientific Software.

Joormann, J., Unnewehr, S. (2003). State-Trait-Angstinventar für Kinder (STAIK). *In* J. Hoyer, J. Margraf (*Hrsg*.) *Angstdiagnostik*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidmann, N. (1988). Biological bases of childhood shynesss. *Science* 240, 167-171.

Keller, J., Nitschke, J., Bhargava, T., Deldin, P., Gergen, J., Miller, G. & Heller, W. (2000). Neuropsychological Differentiation of Depression and Anxiety. *Journal of Abnormal Psychoogyl,* 109(1), 3-10.

Kendler, K., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1992). The Genetic Epidemiology of Phobias in Women. *Archives General Psychiatry*, 49, 273-281.

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General Psychiatry*, 62, 593-602.

Klapproth, J. (1975). *Einführung in die psychologische Methodik*. W. Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz.

Klein, R. G. (1991). Parent-child agreement in clinial assessment of anxiety and other psychopathology: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(2), 187-198.

Knölker, U. (2003). *In* Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch. U. Knölker, F. Mattejat, M. Schulte-Markwort (*Hrsg*.). UNI-MED, Bremen.

Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing Disorders in Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 47-63.

Krohne, H. (1996). *Angst und Angstbewältigung*. W. Kohlhammer , Stuttgart, Berlin, Köln.

La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P., Shaw, K. & Stone, W. L. (1988). Development of the social anxiety scale for children: reliabilitiy and concurrent validity. *Journal of clinical Child Psychology,* (17), 84-91.

Labellarte, M., Ginsburg, G., Walkup, J. & Riddle, M. (1999). The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1567-78.

Langenscheidt (2005) Langenscheidt Handwörterbuch Englisch-Deutsch, Deutsch-Englisch, Berlin und München, Langescheidt KG 2005.

Last, C., Hansen, C. & Franco, N. (1997). Anxious Children in Adulthood: A Prospective Study of Adjustment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 645-652.

Last, C., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. (1996). A Prospective Study of Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35(11), 1511-1517.

Lewinsohn, P., Gotlib, I., Lewinsohn, M., Seeley, J. & Allen, N. (1998). Gender Differences in Anxiety Disorders and Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychological,* 107(1), 109-117.

Mack, B. (2002). *Angstdiagnostik bei Kindern. Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung spezifischer Ängste bei Kindern.* Hamburg, Verlag Dr. Kovač.

Martin, C., Cabrol, S., Bouvard, M., Lepine, J. & Mouren-Simeoni, M. (1999). Anxiety and Depressive Disorders in Fathers and Mothers of Anxious School-Refusing Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 916-922.

Maurischat, C. (2006). Exploratorische und konfirmatorische Faktorenanalyse. *Rehabilltation 2006*, 45(4), 243-248.

Mattejat, F. (2002). Ängste, Phobien und Kontaktstörungen. *In* G. Esser (*Hrsg*.) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters*. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.

Melfsen, S. (2003). Social Anxiety Scale for Children- Revised. Deutsche Fassung (SASC-R-D). *In* J. Hoyer, J. Margraf (*Hrsg*.) *Angstdiagnosti*k. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Melfsen, S., Florin, I. & Walter, H. (1999). Die deutsche Fassung des Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): Psychometrische Eigenschaften und Normierungen. *Diagnostica*, 45, 95-103.

Melfsen, S. & Warnke, A. (2003). Sozialphobie und –angstinventar für Kinder SPAIK. *In* J. Hoyer, J. Margraf (*Hrsg*.). *Angstdiagnostik*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Melfsen, S. & Walitza, S. (2010). Skalen von Erfassung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 142-163.

Monga, S., Birmaher, B., Chiapetta, L., Brent, D., Kaufmann, J., Bridge, J. & Cully, M. (2000). Screen for Child Anxiety related Emotional Disorders (SCARED): Convergent and Divergent Validity. *Depression and Anxiety*, 12, 85-91.

Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen*, Wien: Springer.

Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van Brakel, A., Thissen, S., Moulaert, V. & Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiat*ry, 29, 327-339.

Muris, M., Merckelbach, H., Schmidt, H. & Mayer, B. (1999). The Revised Version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences,* 26, 99-112.

Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. & Bogie, N. (2001). The Revised Version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.

Muris, P. & Steernemann, P. (2001). The Revised Version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): First evidence for ist reliability and validity in a clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 35-44.

Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N. & Bogie, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behavior Research and Therapy*, 40, 753-772.

Muris, P., Schmidt, H., Engelbrecht, P. & Perold, M. (2002). DSM-IV-Defined Anxiety Disorder Symptoms in South African Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1360-1368.

Myers, K. & Winters, N. (2002). Ten-Year Review of Rating Scales. II: Scales for Internalizing Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 634-658.

Ogliari, A., Citterio, A., Zanoni, A., Fagnani, C., Patriarca, V., Cirrincione, R., Stazi, M. & Battaglia, M. (2006). Genetic and environmental influences on anxiety dimensions in Italian twins evaluated with the SCARED questionaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(6), 760-777.

Ollendick, T. H. (1983). Reliabilitiy and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, 21, 685-692.

Ollendick, T. H., Döpfner, M. & Schnabel, M. (2003). Phobiefragebogen für Kinder (PHOKI). *In* J. Hoyer, Margraf, J. (*Hrsg*.) Angstdiagnostik. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. S. 555 ff.

Petermann, F. & Lehmkuhl, G. (1995). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach DSM-IV, Eine Einführung. *Kindheit und Entwicklung*, 4, 172-182.

Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Yuju, M. (1998). The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents With Anxiety and Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56-64.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz,* 50, 871-878.

Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153.

Reiss, S. & McNally, R. J. (1985). Expectancy Model of fear. *In* S. Reiss und R. R. Bootzin, (*Hrsg*.) *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, 107-121. New York, Academic Press.

Remschmidt, H. (2002). (Hrsg.) *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Thieme Verlag.

Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 6, 271-280.

Richter, S. & Boehnke, K. (2003). Manifeste-Angstskala für Kinder (RCMAS-G). *In* J. Hoyer, J. Margraf (*Hrsg*.), *Angstdiagnostik*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Rutter, M. & Taylor, E. (Hrsg.) (2003). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Fourth Edition.* Blackwell Science.

Sachs, L. & Hedderich, J. (2009). *Angewandte Statistik*. Springer Verlag.

Saffbrd, S. M., Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Webb, A. & Sommer, H. (2005). A longitudinal look at Parent-Child diagnostic agreement in youth treated for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 747-757.

Scherer, M. W. & Nakamura, C. Y. (1968). A fear survey schedule for children (FFSFC): A factor analytical comparison with manifest anxiety (MAS). *Behavior Research and Therapy*, 6, 173-182.

Schermelleh-Engel, K. & Moosbrugger, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: test of Significance an Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research Online 2003*, 8, 23-74.

Schneider, S. (2004). *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen, Grundlagen und Behandlungen*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Schneider, S. (2008). Angststörungen. *In* Entwicklungspsychiatrie. B. Herpertz-Dahlmann, Resch, M. Schulte-Markwort, Warnek (*Hrsg*.), Schattauer Verlag.

Schneider, S. & In-Albon, T. (2006). Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter- was ist evidenzbasiert? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(3), 191-202.

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior of Research and Therapy*, 36, 545-566.

Spielberger, C. D. (1973). *STAIC Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children.* Palo Alto/CA: Consulting Psychologists Press.

Thuner, F. (2003). *Kinder-Angst-Test-II (KAT-II).* In J. Hoyer, J. Margraf (Hrsg.) Angstdiagnostik. 544 ff. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Thurner, F. & Tewes, U. (1996). *Der Kinder-Angst-Test KAT.* Göttingen: Hogrefe.

Thurner, F. & Tewes, U. (2000). *Kinder-Angst Test II (KAT II).* Göttingen: Hogrefe.

Unnewehr, S., Joormann, J., Schneider, S. & Margraf, J. (1992). Deutsche Übersetzung des State-Trait Anxiety Inventory for Children. Unveröffentliches Manuskript, zit. N. Joormann und S. Unnewehr (2003).

Van de Vijver, F. J. R. & Hambleton, R. K. (1996). Translating Tests: Some Practicall Guidelines. *European Psychologist*, 1(2), 89-99.

Verhulst, F., van der Ende, J., Ferdinand, R. & Kasius, M. (1997). The Prevalence of DSM-III-R Diagnoses in a National Sample of Dutch Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 329-336.

Wang, K., Su, L., Zhu, Y., Yang, Z. & Zhang, J. (2002). Chinese urban norms of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 10(4), 270-272.

Warren, S., Huston, L., Egeland, B. & Sroufe, A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637-644.

Warren, S., Schmitz, S. & Emde, R. (1999). Behavioral Genetic Analyses of Self-Reported Anxiety at 7 Years of Age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1403-1408.

Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1974). *Angstfragebogen für Schüler*. Braunschweig: Westermann.

Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Hogrefe: Göttingen.

Wittchen, H.-U., Nelson, C. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescent and young adults. *Psychological Medicine*, 28(1), 109-126.

World Health Organisation, WHO, (1993) (Hrsg). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Edition 10.* www.who.int/classifications/icd/en

Wren, F., Berg, E., Heiden, L., Kinnamon, C., Ohlson, L., Bridge, J., Birmaher, B. & Bernal, M. (2007). Childhood Anxiety in a Diverse Primary Care Population: Parent-Child Reports, Ethnicity and SCARED Factor Structure. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 332-340.

Yao-Guo, G., Lin-Yan, S. & Feng-Lin, C. (2006). A Research on Emotional and Personality Characteristics in Junior I High School Students with Internet Addiction Disorders. Chinese Journal of Clinical Psychology, 14(2), 153-155.

8. Anhang

Anhang 1. Faktorenanalyse nach Hauptkomponenten-Methode, Promax-Rotation

Tabelle 12. Muster- Matrix, Patientenurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Trennungs-angst	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Schulangst
p_24 Angst ohne Grund	**.82**				
p_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.71**				-.23
p_12 bei Angst "verrückt werden" - Gefühl	**.70**				
p_34 bei Angst Übelkeit	**.65**				.29
p_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.65**				
p_38 bei Angst Schwindel	**.60**				
p_30 Angst vor Panikanfällen	**.59**	*.34*			
p_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	**.53**			.25	
p_1 bei Angst schwer atmen	*.43*	*.41*			
p_16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt		**.78**			
p_29 nicht gern von Familie getrennt	-.21	**.78**			
p_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt		**.63**			
p_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen		**.62**		-.22	.27
p_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt		**.61**		.27	
p_13 Sorgen beim Alleinschlafen		**.58**			
p_25 Furcht wenn allein zu Hause	.21	*.48*			
p_27 bei Angst bleibt Luft weg	*.36*	*.41*		-.21	
p_8 Eltern folgen		*.34*			
p_22 bei Angst Schwitzen	.24	.28			
p_32 schüchtern mit Unbekannten			**.85**		
p_41 schüchtern sein		*-.37*	**.81**		
p_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können	-.21		**.80**		
p_40 nervös wenn Unbekannte treffen			**.66**		

p_10 nervös mit Unbekannten		**.64**	.20	
p_39 nervös wenn beobachtet		**.56**		
p_3 ungern mit Unbekannten		**.54**		
p_14 genau so gut wie andere?			**.76**	
p_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird			**.68**	
p_5 Sorgen ob andere einen mögen			**.63**	
p_9 nervös wirken			**.58**	
p_21 Sorge, ob alles gut läuft	.23		**.53**	.21
p_23 sich selbst viele Sorgen machen	*.36*		*.45*	.21
p_37 Sorgen über vergangene Dinge	.23		*.44*	
p_7 nervös sein	.29		*,.37*	
p_19 manchmal zittrig	*.34*		*.37*	
p_33 Sorgen was in Zukunft geschieht	.21		*.32*	
p_18 bei Angst Herzklopfen				
p_36 Furcht zur Schule zu gehen				**.87**
p_17 Sorge in die Schule zu gehen				**.85**
p_11 Bauchschmerzen in Schule				**.79**
p_2 Kopfschmerzen in Schule				*.43*

Anmerkung. n=215. Extraktionsmethode: Hauptkompnentenanalyse, Rotationsmethode: Promax mit Kaiser Normalisierung. Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert.

Tabelle 13. Muster-Matrix, Mutterurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Trennungs-angst	Schulangst
m_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.79**				
m_38 bei Angst Schwindel	**.78**				.22
m_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.76**				
m_12 bei Angst "verrückt werden" - Gefühl	**.75**				
m_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.71**				
m_1 bei Angst schwer atmen	**.70**				
m_30 Angst vor Panikanfällen	**.65**				
m_19 manchmal zittrig	**.58**				
m_34 bei Angst Übelkeit	**.55**				
m_24 Angst ohne Grund	**.53**			.23	
m_22 bei Angst Schwitzen	**.51**				
m_18 bei Angst Herzklopfen	**.51**				
m_32 schüchtern mit Unbekannten		**.89**			
m_41 schüchtern sein		**.84**			
m_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können		**.83**			
m_40 nervös wenn Unbekannte treffen		**.79**			
m_39 nervös wenn beobachtet		**.64**			
m_3 ungern mit Unbekannten		**.61**		.22	
m_10 nervös mit Unbekannten		**,58**			
m_21 Sorge, ob alles gut läuft			**.87**		
m_5 Sorgen ob andere einen mögen			**.76**	-.27	
m_33 Sorgen was in Zukunft geschieht			**.74**		
m_14 genau so gut wie andere?			**.69**		
m_23 sich selbst viele Sorgen machen			**.68**		
m_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird			**.66**		
m_37 Sorgen über vergangene Dinge	-.20		**.60**		.22
m_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt			*.47*	*.46*	

m_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	.24	*.32*	.22	
m_25 Furcht wenn allein zu Hause			**.76**	
m_29 nicht gern von Familie getrennt			**.75**	
m_13 Sorgen beim Alleinschlafen			**.74**	
m_8 Eltern folgen			**.72**	
m_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen			**.62**	
m_9 nervös wirken			*.48*	*.33*
m_16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt		*.42*	*.48*	
m_7 nervös sein			*.43*	.22
m_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt		*.33*	*.39*	
m_17 Sorge in die Schule zu gehen				**.80**
m_36 Furcht zur Schule zu gehen				**.79**
m_11 Bauchschmerzen in Schule				**.64**
m_2 Kopfschmerzen in Schule				**.57**

Anmerkung. n=264, Extraktionsmethode:Hauptkompnentenanalyse, Rotationsmethode: Promax mit Kaiser Normalisierung. Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Tabelle 14. Muster-Matrix, Vaterurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Generalisierte Angst	Soziale Angst	Trennungs-angst	Schulangst
v_38 bei Angst Schwindel	**.93**			*-.31*	
v_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.82**				
v_12 bei Angst "verrückt werden" -Gefühl	**.78**				
v_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.72**				
v_19 manchmal zittrig	**.70**				
m_34 bei Angst Übelkeit	**.68**	.21		-.21	
v_22 bei Angst Schwitzen	**.66**				
v_1 bei Angst schwer atmen	**.57**				
v_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.56**		.20	.21	
v_30 Angst vor Panikanfällen	**.53**			.25	
v_18 bei Angst Herzklopfen	*.48*			.21	
v_24 Angst ohne Grund	*.47*			.27	
v_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt	*.39*	.24			
v_16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt	*.34*	.26			
v_21 Sorge, ob alles gut läuft		**.84**			
v_14 genau so gut wie andere?	-.23	**.80**			
v_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird		**.71**			
v_23 sich selbst viele Sorgen machen		**.68**			
v_33 Sorgen was in Zukunft geschieht	*.32*	**.68**			
v_5 Sorgen ob andere einen mögen		**.65**			.21
v_37 Sorgen über vergangene Dinge		**.58**			
v_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge		*.39*		.27	
v_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt	.23	*.34*		.29	
v_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können			**.89**		
v_32 schüchtern mit Unbekannten			**.87**		
v_41 schüchtern sein			**.83**	-.24	
v_3 ungern mit Unbekannten			**.73**		.21

v_40 nervös wenn Unbekannte treffen			**.73**		
v_10 nervös mit Unbekannten			**.57**		
v_39 nervös wenn beobachtet			**.54**	.30	
v_29 nicht gern von Familie getrennt				**.81**	
v_13 Sorgen beim Alleinschlafen				**.73**	
v_25 Furcht wenn allein zu Hause				**.67**	.30
v_8 Eltern folgen				**.62**	
v_9 nervös wirken	-.22			**.61**	
v_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen	*.31*			**.57**	.27
v_7 nervös sein		.21		**.57**	-.20
v_17 Sorge in die Schule zu gehen				.22	**.85**
v_36 Furcht zur Schule zu gehen					**.79**
v_11 Bauchschmerzen in Schule					**.72**
v_2 Kopfschmerzen in Schule	.22				**.53**

Anmerkungen. n=172, Extraktionsmethode: Hauptkompnentenanalyse, Rotationsmethode: Promax mit Kaiser Normalisierung., a Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Tabelle 15. Muster-Matrix, Fremdurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Trennungs-angst	Schulangst
f_38 bei Angst Schwindel	**.80**				.21
f_12 bei Angst "verrückt werden" -Gefühl	**.80**				
f_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.79**				
f_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.72**				
f_30 Angst vor Panikanfällen	**.71**				
f_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.69**				
f_1 bei Angst schwer atmen	**.65**				
f_19 manchmal zittrig	**.59**				
f_24 Angst ohne Grund	**.54**			.25	
f_34 bei Angst Übelkeit	**.54**				.21
f_22 bei Angst Schwitzen	*.49*				
f_18 bei Angst Herzklopfen	*.43*			.21	

f_32 schüchtern mit Unbekannten		**.91**			
f_41 schüchtern sein		**.85**			
f_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können		**.84**			
f_40 nervös wenn Unbekannte treffen		**.77**			
f39 nervös wenn beobachtet		**.67**			
f_3 ungern mit Unbekannten		**.63**			
f_10 nervös mit Unbekannten		**.59**			
f_21 Sorge, ob alles gut läuft			**.85**		
f_5 Sorgen ob andere einen mögen			**.78**		
f_33 Sorgen was in Zukunft geschieht			**.73**		
f_14 genau so gut wie andere?			**.70**		
f_23 sich selbst viele Sorgen machen			**.68**		
f_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird			**.67**		
f_37 Sorgen über vergangene Dinge			**.66**		
f_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	.23		*.36*		
f_29 nicht gern von Familie getrennt				**.80**	
f_13 Sorgen beim Alleinschlafen				**.77**	
f_25 Furcht wenn allein zu Hause				**.75**	
f_8 Eltern folgen				**.70**	
f_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen				**.66**	
f_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt			*.36*	**.52**	
f 16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt			*.33*	*.49*	
f_9 nervös wirken				*.47*	.25
f_7 nervös sein				*.44*	
f_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt			*.33*	*.37*	-.22
f_17 Sorge in die Schule zu gehen					**.80**
f_36 Furcht zur Schule zu gehen					**.79**
f_11 Bauchschmerzen in Schule					**.67**
f_2 Kopfschmerzen in Schule					**.58**

Anmerkung. n=298, Extraktionsmethode:Hauptkompnentenanalyse Rotationsmethode: Promax mit Kaiser Normalisierung. a Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Anhang 2. Konfirmatorische Faktorenanalyse (LISREL 8.54; Unweighted Least Square-Methode ULS)

Tabelle 16. Konfirmatorische Faktorenanalyse, Patientenurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Trennungs-angst	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Schulangst
p_38 bei Angst schwindelig	**.81**				
p_1 bei Angst schwer atmen	**.75**				
p_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.78**				
p_24 starke Angst ohne Grund	**.81**				
p_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.78**				
p_12 bei Angst Gefühl verrückt zu werden	**.78**				
p_6 bei Angst als wenn ich in Ohnmacht falle	**.78**				
p_34 bei Angst übel	**.60**				
p_30 Angst vor Panikanfällen	**.82**				
p_22 bei Angst schwitze ich sehr	**.63**				
p_9 andere sagen mir dass ich nervös wirke	**.41**				
p_19 fühle mich manchmal zittrig	**.66**				
p_18 bei Angst Herzklopfen	**.72**				
p_16 Alpträume, dass Eltern Schlimmes zustößt		**.81**			
p_29 mag nicht von Familie getrennt zu sein		**.69**			
p_20 Alpträume dass mir Schlimmes zustößt		**.76**			
p_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen		**.81**			
p_31 Sorgen, dass Eltern Schlimmes zustößt		**.77**			
p_13 Sorgen alleine zu schlafen		**.71**			
p_25 fürchte mich allein zu Hause zu sein		**.63**			
p_8 folge Mutter und Vater überall hin		**.65**			
p_32 schüchtern bei Menschen die ich nicht gut kenne			**.79**		
p_26 schwer mit Menschen zu sprechen die ich nicht gut kenne			**.85**		
p_41 ich bin schüchtern			**.67**		

p_40 nervös in Situationen mit Menschen die ich nicht gut kenne	**.82**		
p_10 nervös mit Menschen zusammen die ich nicht gut kenne	**1.00**		
p_39 nervös wenn Kinder oder Erwachsene mich beobachten	**.66**		
p_3 bin nicht gern mit Menschen zusammen die ich nicht gut kenne	**.92**		
p_14 Sorgen ob genauso gut wie andere Kinder		**.57**	
p_28 andere sagen sorge zu mich zu viel		**.80**	
p 35 unsicher ob ich meine Sache gut mache		**.67**	
p_5 Sorgen ob andere Menschen mich mögen		**.60**	
p_21 Sorgen ob alles gut läuft		**.88**	
p_9 andere sagen mir dass ich nervös wirke		**.51**	
p_23 ich mache mir viele Sorgen		**.93**	
p_37 mache Sorgen über Dinge die bereits geschehen sind		**.61**	
p_7 ich bin nervös		**.61**	
p_33 Sorgen über die Zukunft		**.76**	
p_36 fürchte mich zur Schule zu gehen			**.79**
p_17 in Schule zu gehen macht mir Sorgen			**.77**
p_11 in der Schule bekomme ich Bauchschmerzen			**.87**
p_2 in der Schule bekomme ich Kopfschmerzen			**.67**

Anmerkung. n=210

Tabelle 17. Konfirmatorische Faktorenanalyse, Mutterurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Trennungs-angst	Schulangst
m_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.81**				
m_38 bei Angst Schwindel	**.82**				
m_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.81**				
m_12 bei Angst "verrückt werden" -Gefühl	**.78**				
m_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.80**				
m_1 bei Angst schwer atmen	**.74**				
m_30 Angst vor Panikanfällen	**.84**				
m_19 manchmal zittrig	**.69**				
m_34 bei Angst Übelkeit	**.58**				
m_24 Angst ohne Grund	**.80**				
m_9 nervös wirken	**.40**				
m_22 bei Angst Schwitzen	**.64**				
m_18 bei Angst Herzklopfen	**.69**				
m_32 schüchtern mit Unbekannten		**.79**			
m_41 schüchtern sein		**.67**			
m_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können		**.86**			
m_40 nervös wenn Unbekannte treffen		**.82**			
m_39 nervös wenn beobachtet		**.64**			
m_3 ungern mit Unbekannten		**.92**			
m_10 nervös mit Unbekannten		**1.00**			
m_21 Sorge, ob alles gut läuft			**.86**		
m_5 Sorgen ob andere einen mögen			**.58**		
m_33 Sorgen was in Zukunft geschieht			**.75**		
m_7 nervös sein			**.60**		
m_14 genau so gut wie andere?			**.55**		
m_23 sich selbst viele Sorgen machen			**.93**		
m_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird			**.68**		
m_37 Sorgen über vergangene Dinge			**.62**		

m_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	**.78**		
m_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt		**.77**	
m_25 Furcht wenn allein zu Hause		**.63**	
m_29 nicht gern von Familie getrennt		**.70**	
m_13 Sorgen beim Alleinschlafen		**.68**	
m_8 Eltern folgen		**.69**	
m_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen		**.80**	
m_16 Alpträume,dass Eltern Schlimmes zustößt		**.78**	
m_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt		**.76**	
m_17 Sorge in die Schule zu gehen			**.76**
m_36 Furcht zur Schule zu gehen			**.77**
m_11 Bauchschmerzen in Schule			**.88**
m_2 Kopfschmerzen in Schule			**.65**

Anmerkung. n=264

Tabelle 18. Konfirmatorische Faktorenanalyse, Vaterurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Generalisierte Angst	Soziale Angst	Trennungs-angst	Schulangst
v_38 bei Angst Schwindel	**.64**				
v_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.80**				
v_12 bei Angst "verrückt werden" -Gefühl	**.83**				
v_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.85**				
v_19 manchmal zittrig	**.85**				
m_34 bei Angst Übelkeit	**.72**				
v_22 bei Angst Schwitzen	**.73**				
v_1 bei Angst schwer atmen	**.82**				
v_9 nervös wirken	**.47**				
v_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.82**				
v_30 Angst vor Panikanfällen	**.82**				
v_18 bei Angst Herzklopfen	**.76**				
v_24 Angst ohne Grund	**.90**				

v_21 Sorge, ob alles gut läuft	**.82**			
v_14 genau so gut wie andere?	**.47**			
v_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird	**.65**			
v_7 nervös sein	**.69**			
v_23 sich selbst viele Sorgen machen	**.86**			
v_33 Sorgen was in Zukunft geschieht	**.82**			
v_5 Sorgen ob andere einen mögen	**.60**			
v_37 Sorgen über vergangene Dinge	**.64**			
v_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	**.91**			
v_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können		**.72**		
v_32 schüchtern mit Unbekannten		**.79**		
v_41 schüchtern sein		**.73**		
v_3 ungern mit Unbekannten		**.82**		
v_40 nervös wenn Unbekannte treffen		**.84**		
v_10 nervös mit Unbekannten		**.91**		
v_39 nervös wenn beobachtet		**.79**		
v_29 nicht gern von Familie getrennt			**.72**	
v_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt			**.78**	
v_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt			**.80**	
v_16 Alpträume, dass Eltern Schlimmes zustößt			**.78**	
v_13 Sorgen beim Alleinschlafen			**.69**	
v_25 Furcht wenn allein zu Hause			**.65**	
v_8 Eltern folgen			**.61**	
v_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen			**.75**	
v_17 Sorge in die Schule zu gehen				**.76**
v_36 Furcht zur Schule zu gehen				**.76**
v_11 Bauchschmerzen in Schule				**.81**
v_2 Kopfschmerzen in Schule				**.86**

Anmerkung. n=172

Tabelle 19. Konfirmatorische Faktorenanalyse, Fremdurteil

	Faktoren				
	Panik/ Somatik	Soziale Angst	Generalisierte Angst	Trennungs-angst	Schulangst
f_38 bei Angst Schwindel	**.81**				
f_12 bei Angst "verrückt werden" -Gefühl	**.78**				
f_9 nervös wirken	**.41**				
f_6 bei Angst Ohnmachtsgefühl	**.78**				
f_15 bei Angst Dinge unwirklich	**.78**				
f_30 Angst vor Panikanfällen	**.82**				
f_27 bei Angst bleibt Luft weg	**.78**				
f_1 bei Angst schwer atmen	**.75**				
f_19 manchmal zittrig	**.66**				
f_24 Angst ohne Grund	**.81**				
f_34 bei Angst Übelkeit	**.60**				
f_22 bei Angst Schwitzen	**.63**				
f_18 bei Angst Herzklopfen	**.72**				
f_32 schüchtern mit Unbekannten		**.79**			
f_41 schüchtern sein		**.67**			
f_26 nicht gut mit Unbekannten sprechen können		**.85**			
f_40 nervös wenn Unbekannte treffen		**.82**			
f39 nervös wenn beobachtet		**.66**			
f_3 ungern mit Unbekannten		**.92**			
f_10 nervös mit Unbekannten		**1.00**			
f_21 Sorge, ob alles gut läuft			**.88**		
f_5 Sorgen ob andere einen mögen			**.60**		
f_33 Sorgen was in Zukunft geschieht			**.76**		
f_14 genau so gut wie andere?			**.57**		
f_23 sich selbst viele Sorgen machen			**.93**		
f_7 nervös sein			**.61**		
f_35 unsicher ob Sache gutgemacht wird			**.67**		
f_37 Sorgen über vergangene Dinge			**.61**		

f_28 andere sagen dass Kind sich zu viel sorge	**.80**		
f_29 nicht gern von Familie getrennt		**.69**	
f_13 Sorgen beim Alleinschlafen		**.71**	
f_25 Furcht wenn allein zu Hause		**.63**	
f_8 Eltern folgen		**.65**	
f_20 Alpträume, dass selbst Schlimmes zustößt		**.76**	
f_4 Angst wenn nicht zu Hause schlafen		**.81**	
f_31 Sorgen dass Eltern Schlimmes zustößt		**.77**	
f_16 Alpträume, dass Eltern Schlimmes zustößt		**.81**	
f_17 Sorge in die Schule zu gehen			**.77**
f_36 Furcht zur Schule zu gehen			**.79**
f_11 Bauchschmerzen in Schule			**.87**
f_2 Kopfschmerzen in Schule			**.67**

Anmerkung. n=298

Anhang 3: Eingesetzte Fragebögen, englische und deutsche Version des SCARED

SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS (SCARED)

CHILD FORM (8 years and older*)

Name:_____ Date: _____

Identification #: _____

Below is a list of items that describe how people feel. For each item that describes you, please circle the **2** if the item is **very true or often true** of you. Circle the **1** if the item is **somewhat or sometimes true** of you. If the item is **not true** of you, please circle the **0**. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to concern you.

0 = Not true or hardly ever true
1 = Somewhat true or sometimes true
2 = Very true or often true

1	When I feel frightened, it is hard to breathe.	0 1 2
2	I get headaches when I am at school.	0 1 2
3	I don't like to be with people I don't know well.	0 1 2
4	I get scared if I sleep away from home.	0 1 2
5	I worry about other people liking me.	0 1 2
6	When I get frightened, I feel like passing out.	0 1 2
7	I am nervous.	0 1 2
8	I follow my mother or father wherever they go.	0 1 2
9	People tell me that I look nervous.	0 1 2
10	I feel nervous with people I don't know well.	0 1 2
11	I get stomach aches at school.	0 1 2
12	When I get frightened, I feel like I am going crazy.	0 1 2
13	I worry about sleeping alone.	0 1 2
14	I worry about being as good as other kids.	0 1 2
15	When I get frightened, I feel like things are not real.	0 1 2
16	I have nightmares about something bad happening to my parents.	0 1 2
17	I worry about going to school.	0 1 2

PLEASE COMPLETE THE NEXT PAGE

0 = Not true or hardly ever true
1 = Somewhat true or sometimes true
2 = Very true or often true

18	When I get frightened, my heart beats fast.	0 1 2
19	I get shaky.	0 1 2
20	I have nightmares about something bad happening to me.	0 1 2
21	I worry about things working out for me.	0 1 2
22	When I get frightened, I sweat a lot.	0 1 2
23	I am a worrier.	0 1 2
24	I get really frightened for no reason at all.	0 1 2
25	I am afraid to be alone in the house.	0 1 2
26	It is hard for me to talk with people I don't know well.	0 1 2
27	When I get frightened, I feel like I am choking.	0 1 2
28	People tell me that I worry too much.	0 1 2
29	I do not like to be away from my family.	0 1 2
30	I am afraid of having anxiety (or panic) attacks.	0 1 2
31	I worry that something bad might happen to my parents.	0 1 2
32	I feel shy with people I don't know well.	0 1 2
33	I worry about what is going to happen in the future.	0 1 2
34	When I get frightened, I feel like throwing up.	0 1 2
35	I worry about how well I do things.	0 1 2
36	I am scared to go to school.	0 1 2
37	I worry about things that have already happened.	0 1 2
38	When I get frightened, I feel dizzy.	0 1 2
39	I feel nervous when I am with other children or adults and I have to do something while they watch me (for example: read aloud, speak, play a game, play a sport).	0 1 2
40	I feel nervous about going to parties, dances, or any place where there will be people that I don't know well.	0 1 2
41	I am shy.	0 1 2

For children ages 8 to 11, it is recommended that the clinician explain all questions, or have the child answer the questionnaire sitting with an adult in case they have any questions.

Developed by Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pgh. (10/95). Email: birmaherb@msx.upmc.edu

SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS (SCARED)

PARENT FORM

Child's Name:_____ Date: _____

Parent's Name:_____ Identification#: _____

Below is a list of items that describe how people feel. For each item that describes your child, please circle the **2** if the item is **very true or often true** of your child. Circle the **1** if the item is **somewhat or sometimes true** of your child. If the item is **not true** of your child, please circle the **0**. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to concern your child.

0 = Not true or hardly ever true
1 = Somewhat true or sometimes true
2 = Very true or often true

1	When my child feels frightened, it is hard for him/her to breathe.	0 1 2
2	My child gets headaches when he/she is at school.	0 1 2
3	My child doesn't like to be with people he/she doesn't know well.	0 1 2
4	My child gets scared if he/she sleeps away from home.	0 1 2
5	My child worries about other people liking him/her.	0 1 2
6	When my child gets frightened, he/she feels like passing out.	0 1 2
7	My child is nervous.	0 1 2
8	My child follows me wherever I go (he/she is like my "shadow").	0 1 2
9	People tell my child that he/she looks nervous.	0 1 2
10	My child feels nervous with people he/she doesn't know well.	0 1 2
11	My child gets stomach aches at school.	0 1 2
12	When my child gets frightened, he/she feels like he/she is going crazy.	0 1 2
13	My child worries about sleeping alone.	0 1 2
14	My child worries about being as good as other kids.	0 1 2
15	When my child gets frightened, he/she feels like things are not real.	0 1 2
16	My child has nightmares about something bad happening to his/her parents.	0 1 2
17	My child worries about going to school.	0 1 2

PLEASE COMPLETE THE NEXT PAGE

0 = Not true or hardly ever true
1 = Somewhat true or sometimes true
2 = Very true or often true

18	When my child gets frightened, his/her heart beats fast.	0 1 2
19	My child gets shaky.	0 1 2
20	My child has nightmares about something bad happening to him/herself.	0 1 2
21	My child worries about things working out for him/her.	0 1 2
22	When my child gets frightened, he/she sweats a lot.	0 1 2
23	My child is a worrier.	0 1 2
24	My child gets really frightened for no reason at all.	0 1 2
25	My child is afraid to be alone in the house.	0 1 2
26	It is hard for my child to talk with people he/she doesn't know well.	0 1 2
27	When my child gets frightened, he/she feels like he/she is choking.	0 1 2
28	People tell my child that he/she worries too much.	0 1 2
29	My child doesn't like to be away from his/her family.	0 1 2
30	My child is afraid of having anxiety (or panic) attacks.	0 1 2
31	My child worries that something bad might happen to his/her parents.	0 1 2
32	My child feels shy with people he/she doesn't know well.	0 1 2
33	My child worries about what is going to happen in the future.	0 1 2
34	When my child gets frightened, he/she feels like throwing up.	0 1 2
35	My child worries about how well he/she does things.	0 1 2
36	My child is scared to go to school.	0 1 2
37	My child worries about things that have already happened.	0 1 2
38	When my child gets frightened, he/she feels dizzy.	0 1 2
39	My child feels nervous when he/she is with other children or adults and has to do something while they watch him/her (for example: read aloud, speak, play a game, play a sport).	0 1 2
40	My child feels nervous about going to parties, dances, or any place where there will be people he/she does not know well.	0 1 2
41	My child is shy.	0 1 2

Developed by Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pgh. (10/95). Email: birmaherb@msx.upmc.edu

SCREEN FOR CHILD ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS

Fragebogen für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (SCARED-D)

Version für Kinder und Jugendliche (8 Jahre oder älter)

Name:_____ Datum:_____

Unten findest Du eine Liste von Aussagen, wie Menschen sich fühlen können. Bei jeder Aussage umkreise bitte die **2**, wenn die Aussage **genau oder häufig zutrifft**. Umkreise bitte die **1**, wenn die Aussage **manchmal oder etwas zutrifft**. Wenn die Aussage für Dich **nicht zutrifft**, umkreise bitte die **0**. Bitte beantworte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn einige Dich nicht betreffen.

0 = Trifft nicht zu oder trifft fast nie zu
1 = Trifft manchmal zu oder trifft etwas zu
2 = Trifft genau zu oder trifft häufig zu

1	Wenn ich Angst habe, kann ich schwer atmen.	0 1 2
2	Wenn ich in der Schule bin, bekomme ich Kopfschmerzen.	0 1 2
3	Ich bin nicht gern mit Menschen zusammen, die ich nicht gut kenne.	0 1 2
4	Ich bekomme Angst, wenn ich nicht zu Hause schlafe.	0 1 2
5	Ich mache mir Sorgen darüber, ob andere Menschen mich mögen.	0 1 2
6	Wenn ich Angst bekomme, fühlt es sich an, als würde ich in Ohnmacht fallen.	0 1 2
7	Ich bin nervös.	0 1 2
8	Ich folge meiner Mutter oder meinem Vater überallhin.	0 1 2
9	Andere sagen mir, dass ich nervös wirke.	0 1 2
10	Es macht mich nervös, wenn ich mit Menschen zusammen bin, die ich nicht gut kenne.	0 1 2
11	In der Schule bekomme ich Bauchschmerzen.	0 1 2
12	Wenn ich Angst bekomme, fühlt ich mich, als würde ich verrückt werden.	0 1 2
13	Allein zu schlafen, macht mir Sorgen.	0 1 2
14	Ich mache mir Sorgen, ob ich genau so gut bin wie andere Kinder	0 1 2
15	Wenn ich Angst bekomme, kommt es mir vor, als seien die Dinge unwirklich.	0 1 2
16	Ich habe Alpträume, dass meinen Eltern etwas Schlimmes zustößt.	0 1 2
17	In die Schule zu gehen, macht mir Sorgen.	0 1 2

Bitte fülle auch die nächste Seite aus!

0 = Trifft nicht zu oder trifft selten zu
1 = Trifft manchmal zu oder trifft etwas zu
2 = Trifft genau zu oder trifft meistens zu

18	Wenn ich Angst habe, bekomme ich Herzklopfen.	0 1 2
19	Ich fühle mich manchmal zittrig.	0 1 2
20	Ich habe Alpträume, dass mir etwas Schlimmes zustößt.	0 1 2
21	Ich mache mir Sorgen, ob alles läuft.	0 1 2
22	Wenn ich Angst bekomme, schwitze ich sehr.	0 1 2
23	Ich bin jemand, der sich viele Sorgen macht.	0 1 2
24	Ohne jeden Grund bekomme ich starke Angst.	0 1 2
25	Ich fürchte mich davor, allein zu Hause zu sein.	0 1 2
26	Es fällt mir schwer, mit Menschen zu sprechen, die ich nicht gut kenne.	0 1 2
27	Wenn ich Angst habe, bleibt mir die Luft weg.	0 1 2
28	Andere sagen mir, dass ich mir zu viele Sorgen mache.	0 1 2
29	Ich mag es nicht, von meiner Familie getrennt zu sein.	0 1 2
30	Ich habe Angst davor, Angst- (oder Panik-) Anfälle zu bekommen.	0 1 2
31	Ich mache mir Sorgen darüber, dass meinen Eltern etwas Schlimmes zustossen könnte.	0 1 2
32	Wenn ich Menschen nicht gut kenne, bin ich schüchtern.	0 1 2
33	Ich mache mir Sorgen darüber, was in der Zukunft geschehen wird.	0 1 2
34	Wenn ich Angst habe, wird mir übel.	0 1 2
35	Ich bin unsicher, ob ich meine Sache gut mache.	0 1 2
36	Ich fürchte mich zur Schule zu gehen.	0 1 2
37	Ich mache mir Sorgen über Dinge, die bereits geschehen sind.	0 1 2
38	Wenn ich Angst bekomme, wird mir schwindelig.	0 1 2
39	Ich bin nervös, wenn ich etwas tun muss während andere Kinder oder Erwachsene mich beobachten (zum Beispiel: Vorlesen, Sprechen, ein Spiel spielen, Sport machen).	0 1 2
40	Ich bin nervös, wenn ich in bestimmten Situationen Menschen treffe, die ich nicht gut kenne (z.B. beim Tanzen oder auf Geburtstagsfeiern).	0 1 2
41	Ich bin schüchtern.	0 1 2

Für Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren wird empfohlen, dass ein Erwachsener unterstützend zur Verfügung steht

Developed by Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pgh. (10/95); Email: birmaherb@msx.upmc.edu
Autorisierte deutsche Übersetzung: Plass, A., Mittenzwei, K., Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2002); Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Email: plass@uke.uni-hamburg.de

SCREEN FOR CHILD ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS

Fragebogen für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (SCARED-D)

Version für Eltern

Name:_____ Datum:_____

Unten finden Sie eine Liste von Aussagen, wie sich Menschen fühlen können. Bei jeder Aussage, die Ihr Kind beschreibt, umkreisen Sie bitte die **2**, wenn die Aussage **genau oder häufig zutrifft**. Umkreisen Sie bitte die **1**, wenn die Aussage **manchmal oder etwas zutrifft**. Wenn die Aussage für Ihr Kind **nicht zutrifft**, umkreisen Sie bitte die **0**. Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut Sie können, auch wenn einige Ihr Kind nicht betreffen.

0 = Trifft nicht zu oder trifft fast nie zu
1 = Trifft manchmal zu oder trifft etwas zu
2 = Trifft genau zu oder trifft häufig zu

1	Wenn mein Kind Angst hat, kann es schwer atmen.	0 1 2
2	Wenn mein Kind in der Schule ist, bekommt es Kopfschmerzen.	0 1 2
3	Mein Kind ist nicht gern mit Menschen zusammen, die es nicht gut kennt.	0 1 2
4	Mein Kind bekommt Angst, wenn es nicht zu Hause schläft.	0 1 2
5	Mein Kind macht sich Sorgen darüber, ob andere Menschen es mögen.	0 1 2
6	Wenn mein Kind Angst bekommt, hat es das Gefühl, in Ohnmacht zu fallen.	0 1 2
7	Mein Kind ist nervös.	0 1 2
8	Mein Kind folgt mir überallhin (es ist wie mein “Schatten”).	0 1 2
9	Andere sagen meinem Kind, dass es nervös wirke.	0 1 2
10	Es macht mein Kind nervös, wenn es mit Leuten zusammen ist, die es nicht gut kennt.	0 1 2
11	In der Schule bekommt mein Kind Bauchschmerzen.	0 1 2
12	Wenn mein Kind Angst bekommt, hat es das Gefühl, verrückt zu werden.	0 1 2
13	Allein zu schlafen macht meinem Kind Sorgen.	0 1 2
14	Mein Kind macht sich Sorgen, ob es genau so gut ist wie andere Kinder.	0 1 2
15	Wenn mein Kind Angst bekommt, hat es das Gefühl, dass die Dinge unwirklich seien.	0 1 2
16	Mein Kind hat Alpträume, dass seinen Eltern etwas Schlimmes zustößt.	0 1 2
17	In die Schule zu gehen, macht meinem Kind Sorgen.	0 1 2

Bitte füllen Sie auch die nächste Seite aus!

0 = Trifft nicht zu oder trifft selten zu
1 = Trifft manchmal zu oder trifft etwas zu
2 = Trifft genau zu oder trifft meistens zu

18	Wenn mein Kind Angst hat, bekommt es Herzklopfen.	0 1 2
19	Mein Kind fühlt sich manchmal zittrig.	0 1 2
20	Mein Kind hat Alpträume, dass ihm etwas Schlimmes zustößt.	0 1 2
21	Mein Kind macht sich Sorgen, ob alles gut läuft.	0 1 2
22	Wenn mein Kind Angst bekommt, schwitzt es sehr.	0 1 2
23	Mein Kind ist jemand, das sich viele Sorgen macht.	0 1 2
24	Ohne jeden Grund bekommt mein Kind starke Angst.	0 1 2
25	Mein Kind fürchtet sich davor, allein zu Hause zu sein.	0 1 2
26	Es fällt meinem Kind schwer, mit Menschen zu sprechen, die es nicht gut kennt.	0 1 2
27	Wenn mein Kind Angst hat, bleibt ihm die Luft weg.	0 1 2
28	Andere sagen meinem Kind, dass es sich zu viele Sorgen mache.	0 1 2
29	Mein Kind mag es nicht, von seiner Familie getrennt zu sein.	0 1 2
30	Mein Kind hat Angst davor, Angst- (oder Panik-) Anfälle zu bekommen.	0 1 2
31	Mein Kind macht sich Sorgen, dass seinen Eltern etwas Schlimmes zustoßen könnte.	0 1 2
32	Wenn es Menschen nicht gut kennt, ist mein Kind schüchtern.	0 1 2
33	Mein Kind macht sich Sorgen darüber, was in der Zukunft geschehen wird.	0 1 2
34	Wenn mein Kind Angst hat, wird ihm übel.	0 1 2
35	Mein Kind ist unsicher, ob es seine Sache gut macht.	0 1 2
36	Mein Kind fürchtet sich, zur Schule zu gehen.	0 1 2
37	Mein Kind macht sich Sorgen über Dinge, die bereits geschehen sind.	0 1 2
38	Wenn mein Kind Angst bekommt, wird ihm schwindelig.	0 1 2
39	Mein Kind ist nervös, wenn es etwas tun muss, während andere Kinder oder Erwachsen es beobachten (zum Beispiel: Vorlesen, Sprechen, ein Spiel spielen, Sport machen).	0 1 2
40	Mein Kind ist nervös, wenn es in bestimmten Situationen Menschen trifft, die es nicht gut kennt (z. B. beim Tanzen oder auf Geburtstagsfeiern).	0 1 2
41	Mein Kind ist schüchtern.	0 1 2

Developed by Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pgh. (10/95); Email: birmaherb@msx.upmc.edu

Autorisierte deutsche Übersetzung: Plass, A., Mittenzwei, K., Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2002); Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Email: plass@uke.uni-hamburg.de

9. Danksagung

Ich danke folgenden Personen für die Unterstützung und Hilfe bei der Erstellung dieser Dissertation:

Ich danke den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien für ihre Teilnahme und Zustimmung zu dieser Untersuchung.

Ich danke dem Doktorvater und Klinikdirektor Herrn Prof. Dr. med. M. Schulte-Markwort für die Motivierung zum Thema und Betreuung der Dissertation.

Ich danke Frau Dr. med. A. Plaß und Herrn Prof. Dr. phil. C. Barkmann für die inhaltliche und methodische Betreuung der Dissertation.

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. P. Riedesser (†), der als Klinikdirektor die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie während der Durchführung der Dissertation leitete.

Ich danke Frau Sandra Rosenthal für die Unterstützung bei der Verwaltung der Daten.

Ich danke Frau Dr. phil. F. Klasen für wertvolle Hinweise und Unterstützung.

11. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den entnommen Werken wörtlich oder inhaltlich entnommen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig zur Zulassung zur Promotion beworben habe.

_____

Datum, Katrin Mittenzwei