

Skalen zur Erfassung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Siebke Melfsen^{1,2} und Susanne Walitza²

Zusammenfassung

In der nachfolgenden Übersicht werden wichtige Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen zu Ängsten im Kindes- und Jugendalter kurz dargestellt. Dabei wird zwischen Fragebögen und Ratingskalen im Bereich der allgemeinen Ängste und spezifischen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter unterschieden.

Schlüsselwörter

Selbstbeurteilung – Fremdbeurteilung – Diagnostik – Ängste – Angststörungen – Kinder – Jugendliche

Abstract

In the following overview important self-and parent/teacher ratings of anxiety in childhood and adolescence are briefly outlined. A distinction is made between the questionnaires and rating scales in the field of general anxiety and specific anxiety disorders in childhood and adolescence.

Keywords

Self rating – parent/teacher rating – assessment – anxiety – anxiety disorders – child – adolescence

Einleitung

Angststörungen sind weit verbreitet, die angegebenen Häufigkeiten reichen von 3 bis 10 % (Essau, Conradt & Reiss, 2004). So sind Angststörungen auch einer der häufigsten Gründe, um Kinder und Jugendliche an psychosoziale Einrichtungen zu überweisen (Beidel, 1991). Nach DSM-IV ist lediglich die

1 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Würzburg.

2 Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich.

Trennungsangst eine für das Kindesalter spezifische Angststörung. Die übrigen Angststörungskategorien können auf Kinder und Jugendliche ebenso wie auf Erwachsene angewendet werden, so die Agoraphobie, die soziale Phobie, die spezifische Phobie, die Panikstörung, das generalisierte Angstsyndrom und die posttraumatische und akute Belastungsstörung. Das ICD-10 unterscheidet hingegen vier kinder- und jugendspezifische Angststörungen: Das sind die emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0), die phobische Störung des Kindesalters (F93.1), die Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2) und die emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F93.3). Für diese Einteilung fehlt allerdings die empirische Basis (Remschmidt et al. 2001).

Angststörungen können zu gravierenden Lebenseinschränkungen führen, da sie sich auf verschiedene Lebensbereiche wie dem der Familie, der Schule und der Freizeit auswirken können. Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung sind deshalb von großer Bedeutung.

Entsprechend der Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen von Schneider und Döpfner (2004) muss beurteilt werden, inwieweit die Angst altersangemessen oder übermäßig ist, um sie von normalen Entwicklungsängsten abzugrenzen, die bei fast allen Kindern zu beobachten sind. Es muss weiterhin berücksichtigt werden, dass ängstliches Verhalten nur in bestimmten Situationen auftreten kann.

Empfehlungen für die Diagnostik von Phobischen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Schneider & Döpfner, 2004) enthalten (1) ein gemeinsames Erstgespräch mit Eltern und Kind, um einen ersten Eindruck zu gewinnen und einen Überblick über das weitere Vorgehen zu vermitteln, (2) Diagnostik mithilfe reliabler und valider standardisierter Verfahren, wobei insbesondere strukturierten Interviews (z. B. Kinder-DIPS, Schneider, Unnewehr & Margraf, 2009), die jeweils separat mit Eltern und Kind durchgeführt werden, eine wichtige Bedeutung zukommt, (3) medizinische Differentialdiagnostik, um organische Ursachen auszuschließen, (4) reliable und valide Rating- und Fragebogenverfahren und evtl. Tagebücher und (5) Detailanalyse der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen. Neben guten Instrumenten zur spezifischen Erfassung von Angststörungen, ihrer Dauer und ihrem Schweregrad ist auch die Erfassung von einhergehenden psychosozialen Problemen von großer Bedeutung.

Bei Angststörungen wird empfohlen, mehrere Informationsquellen und diagnostische Methoden zu kombinieren, die unterschiedliche Aspekte einer Angststörung erfassen. Die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Informanten zeigt sich aber als nur mäßig bis gering. Achenbach, McConaughy & Howell (1987) berichten eine durchschnittliche Übereinstimmung zwischen der Einschätzung durch Lehrer und der Selbsteinschätzung der Kinder von .20, zwischen der Einschätzung durch die Eltern und der Selbsteinschätzung der Kinder von .27 sowie zwischen den Einschätzungen der Symptome beim Kind durch Mutter und Vater von .59. Diese geringe Übereinstimmung muß

nicht notwendigerweise auf eine geringe Validität oder Reliabilität hinweisen, sondern kann auf die unterschiedlichen Kontexte, in denen die Symptome beobachtet werden, zurückzuführen sein. Daraus ergibt sich aber die Notwendigkeit, Strategien zu entwickeln, wie und mit welcher Gewichtung die unterschiedlichen Informationsquellen kombiniert werden können (Fonseca & Perrin, 2001).

Weiterhin besteht eine hohe Komorbidität zwischen Angststörungen und anderen psychischen Störungen wie depressive Störungen, somatoforme und externalisierende Störungen (z. B. Lewinsohn, 1997; Essau et al., 2000). Bei komorbiden Angststörungen und anderen psychischen Störungen lässt sich eine erhöhte psychische Belastung und Symptomschwere beobachten (Bernstein, 1991). Die hohe Komorbiditätsrate muss in der Diagnostik Berücksichtigung finden, indem nicht nur störungsspezifische sondern auch übergreifende diagnostische Instrumente zur Anwendung kommen, etwa das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, (DIPS-K, Schneider, Unnewehr, Margraf, 2009), der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998) oder die Marburger Verhaltensliste (MVL, Ehlers et al., 1978). Liegen komorbide Störungen vor, muss eine Entscheidung darüber getroffen werden, welche Störung zuerst behandelt werden soll (vgl. Essau, Conradt & Reiss, 2004).

Fragebogenverfahren können sehr hilfreich sein, da sie ökonomisch sind, eine Übersicht über Probleme und Auffälligkeiten geben und die Einschätzungen verschiedener Beurteiler leichter miteinander vergleichen lassen (Schneider & Döpfner, 2004). Probleme zunächst in einem Fragebogen anzugeben, fällt manchen Kindern leichter (Schneider & Döpfner, 2004). Verschiedene Studien zeigen, dass Kinder am Besten selbst Auskunft über ihre Angststörung, über Gedanken, Gefühle und physiologische Erregung geben können (Fonseca & Perrin, 2001). Auch ist die Selbstbeurteilung kostengünstiger als direkte Verhaltensbeobachtungen, bei denen die Anwesenheit von Fachleuten mit besonderer Schulung erforderlich ist. Je stärker die Angststörung ist, desto genauer werden die Informationen von Eltern und Lehrern sein. Wenn allerdings das Kind äußerlich keine deutlichen Anzeichen zeigt, wird dadurch eine Fremdbeurteilung schwierig sein (Essau, Conradt & Reiss, 2004).

Schwierigkeiten, die bei der Erfassung von Angststörungen bei Kindern auftreten können, sind u. a. im Sinne der sozialen Erwünschtheit verzerrte Antworten. Außerdem besteht eine Herausforderung darin, dass kindspezifische Symptome erfasst werden und die Itemformulierungen auf den Entwicklungsstand des Kindes zugeschnitten sind.

Im Folgenden werden einige wichtige Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen zur Erfassung allgemeiner Ängste und spezifischer Angststörungen im Kindes- und Jugendalter kurz dargestellt (Tabelle 1 und 2).

Ratingskalen

Allgemeine Ängste

Tabelle 1: Ratingskalen für Allgemeine Ängste

<i>Name</i>	<i>Autoren</i>	<i>Alter</i>	<i>Urteilsart</i>	<i>Erfasster Bereich</i>
Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)	Birmaher et al., 1997; dt.: Essau et al., 2002	8–12	Selbsturteil, Elternurteil	Generalisierte Angst, soziale Phobie, Trennungsangst, Panikstörung, Schulangst
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)	Spence, S. H., 1998; dt.: Essau et al., 2002	8–12	Selbsturteil	Trennungsangst, soziale Phobie, Zwangsstörung, Panikstörung, Agoraphobie
State-Trait Angstinventar für Kinder (STAIK)	Spielberger 1973; dt.: Unnewehr et al., 1992	8–16	Selbsturteil	Allgemeine Ängstlichkeit
Revidierte manifeste Angstskala für Kinder (RCMAS)	Reynolds & Richmond, 1978; dt.: Boehnke et al., 1996	6–18	Selbsturteil	Physiologische Aspekte der Angst, Besorgnis, Konzentration und Lügenfaktoren
Kinder-Angst-Test-II (KAT-II)	Thurner & Tewes, 2000	9–15	Selbsturteil	Dispositioneller Ängstlichkeitsgrad, prospektiver und retrospektiver Angstzustand
Angstfragebogen für Schüler (AFS)	Wieczerkowski et al., 1981	6–17	Selbsturteil	Prüfungsangst, allgemeine (manifeste) Angst, Schulunlust
Fremdbeurteilungs-/Selbstbeurteilungsbogen – Angststörungen (FBB-ANG/SBB-ANG)	Döpfner & Lehmkuhl, 2000	4–18; 11–18	Klin. Urteil, Eltern-, Lehrerurteil, Selbsturteil	Trennungsangst, GAS, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Agoraphobie

Zur Diagnostik allgemeiner Ängste werden der „Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders“ (SCARED, Birmaher et al., 1997), die „Spence Children's Anxiety Scale“ (SCAS; Spence, 1998), das „State Trait Anxiety Inventory for Children“ (STAIK, Spielberger et al., 1976), die „Multidimensional Anxiety Scale“ (MASC; March et al., 1997) sowie die „Revised Children's Manifest Anxiety Scale“ (RCMS; Reynolds & Richmond, 1978) international am häufigsten eingesetzt (Essau et al., 2004). In deutscher Fassung liegen dabei folgende Verfahren vor:

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher et al., 1997; deutsch: Essau et al., 2002). Der „Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)“ ist ein Selbst- und Elternrating zur Über-

prüfung des Vorliegens von generalisierter Angst, sozialer Phobie, Trennungsangst, Panikstörung und Schulangst.

Deutsche Konstruktionsstichproben: 340 Schülerinnen und Schüler

Altersbereich: 8–12 Jahre

Itemzahl gesamt: 41 Items; Kurzversion: 5 Items

Dimensionalität: Sechs-Faktoren-Struktur; vier Faktoren hingen mit den Subskalen „generalisierte Angst“, „soziale Phobie“, „Schulphobie“ und „Panik“ zusammen, zwei weitere Faktoren erfassten „Angst vor Trennung“ und „Sorge über drohendes Unheil“

Antwortskala: dreistufige Ratingskala (0 = „nicht wahr“ oder „fast nie wahr“; 1 = „manchmal wahr“; 2 = „wahr oder oftmals wahr“)

Reliabilität und Validität: Sie verfügt über eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von $\alpha = .91$. Die Guttman-splitt-half-Reliabilität lag bei $.90$. Die interne Konsistenz der Subskalen lag zwischen $.66$ und $.81$. Der SCARED zeigt gute diskriminante Validität zwischen Angst und Depression und Trennungsangststörungen. Die konvergente Validität wurde anhand von Korrelationen zwischen dem SCARED und der „Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)“ gemessen. Der Wert zwischen den Gesamtscores betrug $.85$. Es liegen verschiedene Cut-off-Werte vor.

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998; deutsch Essau et al., 2002):

Die „Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)“ wurde ebenfalls zur Erfassung von Symptomen verschiedener Angststörungen entwickelt, so der Trennungsangst, sozialen Phobie, Zwangsstörung, Panikstörung und Agoraphobie, generalisierten Angststörung und Angst vor körperlicher Verletzung.

Deutsche Konstruktionsstichproben: 556 Schulkinder im Alter von 8–12 Jahren

Altersbereich: 8–12 Jahre

Itemzahl gesamt: 38 Items

Dimensionalität: Fünf-Faktorenstruktur, die Faktoren hatten Bezug zu den Subskalen „Panikstörung und Agoraphobie“, „soziale Phobie“. Die Items der Subskala „Trennungsangst“ wurden auf zwei getrennte Faktoren aufgeteilt, nämlich „Furcht vor Trennung“ und „Sorge darüber, dass einem selbst oder wichtigen Bezugspersonen etwas zustößt“, Items zur Messung von Zwangsstörung und generalisierter Angst luden gemeinsam, aber unvollständig auf einem Faktor.

Antwortskala: Vier-Punkte-Skala von 0 = niemals bis 3 = immer

Reliabilität und Validität: Die deutsche Version zeigt eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von $\alpha = .92$ und einen Guttman-Split-half-Koeffizienten von $.90$. Die interne Konsistenz der Subskalen liegt zwischen $\alpha = .57$ und $\alpha = .81$. Die Validität wurde u. a. durch Korrelationen mit der Columbia Impairment Scale (CIS, Bird et al., 1993) überprüft und ergab signifikante Korrelationen, was als Hinweis darauf gewertet wird, dass ein höheres Ausmaß an Angstsymptomen mit einer höheren Beeinträchtigung verbunden ist.

State-Trait Angstinventar für Kinder (STAIK; Spielberger et al., 1973; deutsche Version von Unnewehr, Joormann, Schneider & Margraf, 1992): Bei dem „State-Trait-Angstinventar für Kinder (STAIK)“ handelt es sich um ein Inventar zur Erfassung von Angst als Zustand und als Persönlichkeitsmerkmal.

Deutsche Konstruktionsstichproben: 219 Kinder im Alter von 8–16 Jahren

Altersbereich: 8–16 Jahre

Itemzahl gesamt: 40 Items

Dimensionalität: zwei Subskalen, die Trait- und State-Skala

Antwortskala: Die Items der Trait-Skala sind auf einer dreifach gestuften Skala mit den Abstufungen „fast nie“, „manchmal“ und „oft“ zu beantworten, die der State-Skala auf einer dreifach gestuften Likert-Skala mit den Polen „sehr“ und „nicht“.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz für die Traitskala betrug $\alpha = .81$, ihre Retest-Reliabilität nach vier Wochen betrug $r_{tt} = .64$. Für die State-Skala fand sich ein Cronbachs α von $.82$. Es liegen zahlreiche Hinweise auf die konvergente Validität der Traitskala vor (Joormann & Unnewehr, 2003).

Revidierte manifeste Angstskala für Kinder (RCMAS-C; Reynolds & Richmond, 1978; deutsche Version von Boehnke, K., Silbereisen, R. K., Reynolds, C. R., Richmonds, B. O. (1986):

Deutsche Konstruktionsstichproben: 303 Schüler der Klassen 2 bis 6

Altersbereich: 6–18 Jahre

Itemzahl gesamt: 37 Items

Dimensionalität: Fünf-Faktorenstruktur mit drei Angstfaktoren („physiologische Aspekte der Angst“, „Besorgnis“, „Konzentration“) und zwei Lügenfaktoren („Zustimmung zu erwünschtem Verhalten“, „Ablehnung unerwünschten Verhaltens“)

Antwortskala: Items werden mit „ja“ oder „nein“ beantwortet

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .84$ (Angstskala: $\alpha = .85$; Lügenskala: $\alpha = .69$). Die Validität wurde mit der deutschen Version der „Behavior Rating Form“ (BRF; Coopersmith, 1967) erfasst. Beide Skalen korrelieren zu $r = .21$ miteinander.

Im deutschen Sprachraum sind außerdem noch folgende Verfahren verbreitet:

Kinder-Angst-Test-II (Thurner & Tewes, 2000): Bei dem Fragebogen „Kinder-Angst-Test-II (KAT-II)“ kann bei Kindern der dispositionelle Angstlichkeitsgrad (Trait-Skala) erfasst werden.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Die Trait-Skala wurde an 2037 Kindern im Alter zwischen 9 und 15 Jahren neu geeicht. Die State-Skalen wurden an 1438 Kindern in Belastungssituationen evaluiert.

Altersbereich: 9–15 Jahre

Itemzahl gesamt: 44 Items

Dimensionalität: Neben der Trait-Skala wurde in der revidierten, neu standardisierten Fassung das Verfahren zudem durch zwei Angstzustandsskalen

(State-Skalen) ergänzt: Die Skala P („Prospektiv“) ermöglicht die Selbsteinschätzung akuter Erwartungsangst vor furchtbesetzten Ereignissen, z. B. vor Klassenarbeiten oder Arztbesuchen. Skala R („Retrospektiv“) erlaubt dem Kind im Anschluss an derartige Situationen, seine tatsächlich erlebten Angstreaktionen einzuschätzen.

Antwortskala: Alle Items werden mit „ja“ oder „nein“ beantwortet.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz der Skalen variiert von $r = .77$ bis $.81$. Die Retest-Reliabilität für die Ängstlichkeitsskala liegt bei $r = .80$. Korrelationen der Ängstlichkeitsskala mit anderen Testverfahren bzw. deren Subskalen (z. B. PFK 9–14, AFS, HANES-KJ, DTK) belegen die Konstruktvalidität.

Angstfragebogen für Schüler (AFS; Wieczerkowski et al., 1981): Bei dem „Angstfragebogen für Schüler (AFS)“ handelt es sich um ein Verfahren für Kinder und Jugendliche (3. bis 10. Schulklasse) zur Erfassung des Ausmaßes der Angstatmosphäre in Schulklassen.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Evaluiert und normiert wurde der AFS an einer Schülerstichprobe von $N = 2374$.

Altersbereich: 9–16/17 Jahre

Itemzahl gesamt: 50 Items

Dimensionalität: Es ist ein mehrfaktorieller Fragebogen, der Prüfungsangst (PA), allgemeine (manifeste) Angst (MA) und Schulunlust (SU) erfasst. Außerdem enthält der AFS eine Skala zur Erfassung der Tendenz von Schülern, sich angepasst und sozial erwünscht darzustellen (Soziale Erwünschtheit, SE). Dem AFS ist darüber hinaus ein Heft mit den entsprechenden Einschätzskalen zur Fremdbeurteilung für den Lehrer beigelegt, anhand derer sich überprüfen lässt, inwieweit die Selbstdarstellung der Schüler im AFS mit der Einschätzung der Lehrer übereinstimmt.

Antwortskala: Die Items können mit den Antwortalternativen „stimmt“ und „stimmt nicht“ eingeschätzt werden.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen $r = .67$ und $r = .85$, die Retest-Zuverlässigkeit (nach 1 Monat) zwischen $r_{it} = .67$ und $r_{it} = .77$. Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität sowie Gruppenvergleiche liegen vor. Es existieren T- und Prozentrangwerte ($N = 2374$) sowie Vergleichswerte für die Lehrereinschätzungen im Vergleich zu den Selbsteinschätzungen der Schüler.

Fremdbeurteilungs-/Selbsteurteilungsbogen – Angststörungen (FBB-ANG/SBB-ANG, Döpfner & Lehmkuhl; 2000). Der „Fremdbeurteilungs-/Selbsteurteilungsbogen – Angststörungen (FBB-ANG/SBB-ANG)“ ist Teil des Diagnostik-Systems für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-II). Dieses Diagnostik-System erfasst psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen entsprechend den Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV. Dabei werden die drei Beurteilungsebenen a) klinische Beurteilung, b) Fremdbeurteilung (Eltern,

Lehrer) und c) Selbstbeurteilung miteinander kombiniert. Die klinische Beurteilung erfolgt anhand der Diagnose-Checklisten (DCL), die außer für Angststörungen für weitere sieben Störungsbereiche vorliegen. Die Einschätzung durch Eltern, Lehrer oder Erzieher kann anhand von Fremdbeurteilungsbogen (FBB) vorgenommen werden, die für fünf Störungsbereiche entwickelt wurden. Selbstbeurteilungsbogen (SBB) liegen für vier Störungsbereiche vor. Die Verfahren setzen die Diagnose-Kriterien von ICD-10 und DSM-IV um.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Feldstichprobe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11–18 Jahren ($n = 93\text{--}153$)

Altersbereich: FBB für 4–18 Jahre, SBB für 11–18 Jahren

Itemzahl gesamt: FBB/ANG: 31 Items; SBB/ANG: 31 Items

Dimensionalität: Die Fragebögen erfassen die Kriterien für die Diagnose einer Störung mit Trennungsangst und einer generalisierten Angststörung. Orientierend werden Symptomkriterien für soziale Ängste, für spezifische Phobien sowie für Agoraphobie erfasst.

Antwortskala: Die Items werden auf einer dreistufigen Skala hinsichtlich ihres Schweregrads bzw. der Problemstärke eingeschätzt.

Reliabilität und Validität: Die internen Konsistenzen der Fremdbeurteilungsbogen und der Selbstbeurteilungsbogen zeigen sowohl für Gesamt- als auch für Subskalen Werte von Cronbachs Alpha $\alpha > .70$. Elternurteil und Selbsturteil korrelieren zwischen $r = .39$ und $r = .52$.

Spezifische Angststörungen

Tabelle 2: Ratingskalen für spezifische Angststörungen

Name	Autoren der dt. Version	Alter	Urteilsart	Erfasster Bereich
Phobienfragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI)	Ollendick, 1983; dt.: Döpfner et al., 2006	8–18	Selbsturteil	Angst vor Gefahren und Tod, Trennungsängste, Soziale Ängste, Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichem, Tierphobien, Angst vor medizinischen Eingriffen, Schul- und Leistungsängste
Bereichsspezifischer Angstfragebogen für Kinder (BAK)	Mack, 2007	8–17	Selbst-, Elternurteil	Spezifische Ängste in verschiedenen Situationsbereichen
School Refusal Assessment Scale (SARS-R)	Kearney, 2002; Pauli & Titze, unveröffentlicht	6–18	Selbst-, Elternurteil	Schulvermeidungsverhalten

<i>Name</i>	<i>Autoren der dt. Version</i>	<i>Alter</i>	<i>Urteilsart</i>	<i>Erfasster Bereich</i>
Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK)	Beidel et al., 1998; dt.: Melfsen et al., 2001	8–16	Selbsturteil	Soziale Phobie
Deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R-D)	LaGreca et al., 1993; dt.: Melfsen, 1998	8–16	Selbsturteil	Soziale Phobie
Elternversion der deutschen Fassung der SASC-R-D	Schreier & Heinrichs, 2008	9–16	Elternurteil	Soziale Phobie
Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK)	Weinbrenner, 2005	10–17	Elternurteil	Soziale Phobie
Fragebogen zur Erfassung Sozial ängstlicher Kognitionen bei Kindern und Jugendlichen (SÄKK)	Graf et al., 2007	8–13	Selbsturteil	Soziale Phobie
Differentielles Leistungsangst-Inventar (DAI)	Rost & Schermer, 1997	13–19	Selbsturteil	Leistungsangst
Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	Foa et al., 2001	8–15	Selbsturteil	PTSD
Angstsensitivitätsindex für Kinder (KASI)	Silverman et al., 1991; dt.: Schneider et al. 2009	8–17	Selbsturteil	Angstsensitivität
Metakognitionsfragebogen für Kinder (MKF))	Adam, 2008	8–13	Selbsturteil	GAS
Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C)	Chorpita et al., 1997; dt. Adams & Hoyer, 2003	6–18	Selbsturteil	GAS

Spezifische Phobie

Kennzeichen von spezifischen Phobien ist die unmittelbare Angstreaktion beim Auftreten des phobischen Reizes sowie der Versuch, den phobischen Reiz zu vermeiden. In der Diagnostik geht es neben der Differentialdiagnostik darum, konkrete auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen zu analysieren. Dabei zeigen Kinder aber über die verschiedenen Entwicklungsphasen auch Ängste, die altersgemäß sind und nicht als klinisch relevante oder übermäßige Angst zu bewerten sind.

Phobienfragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI; Ollendick, 1983; deutsch: Döpfner, Schnabel, Goletz & Ollendick, 2006). Der „Phobienfragebo-

gen für Kinder und Jugendliche (PHOKI)“ ist eine deutsche Version des „Fear Survey Schedule for Children – Revised (FSSC-R)“ von Ollendick (1983).

Deutsche Konstruktionsstichproben: Der Fragebogen wurde an einer Kölner Zufallsstichprobe von 277 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 18 Jahren evaluiert.

Altersbereich: 8–18 Jahre

Itemzahl gesamt: 96 Items

Dimensionalität: Die Items wurden nach inhaltlichen Erwägungen zu 7 Subskalen (1. Angst vor Gefahren und Tod, 2. Trennungsängste, 3. Soziale Ängste, 4. Angst vor Bedrohlichem und Unheimlichem, 5. Tierphobien, 6. Angst vor medizinischen Eingriffen und 7. Schul- und Leistungsängste) und einer Gesamtskala zusammengefasst. Anhand zweier zusätzlicher Items können im Fragebogen nicht aufgeführte Ängste erfasst und das Ausmaß der Angst eingeschätzt werden.

Antwortskala: Eingeschätzt werden die Items auf einer dreistufigen Skala, die die Häufigkeit der Angst erfassen.

Reliabilität und Validität: Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Subskalen und der Gesamtskala liegen zwischen $\alpha = .70$ und $\alpha = .93$. Typische Alters- und Geschlechtseffekte des Kindesalters konnten in amerikanischen Studien nachgewiesen werden. Klinische Stichproben von Kindern und Jugendlichen mit emotionalen Störungen weisen deutlich auffällige Werte im PHOKI auf.

Bereichsspezifischer Angstfragebogen für Kinder (BAK, Mack, 2007): Der „Bereichsspezifische Angstfragebogen für Kinder (BAK)“ verfolgt ein ähnliches Ziel wie der PHOKI. Er dient zur Erfassung spezifischer Ängste in verschiedenen Situationsbereichen. Es gibt eine Version für Kinder (BAK-K) und eine für Eltern (BAK-E), die hinsichtlich ihrer Item-Zusammensetzung identisch sind. Mit Hilfe des Fragebogens können sowohl Eltern über ihre Kinder als auch Kinder selbst Aussagen über Ängste in verschiedenen Angstbereichen machen.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Als Datenbasis dienten die Selbsteinschätzungen von 234 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8–17 Jahren und 232 Elternurteile.

Altersbereich: Elternurteil über Kinder ab 3 Jahre; Selbsturteil ab 8 Jahre

Itemzahl gesamt: 56 Items

Dimensionalität: Es gibt sieben Kurzskalen: Angst im medizinischen Bereich; Angst vor Naturgewalten; Angst vor kleinen Tieren; Angst vor Trennung/Unbekanntem; Angst im Schulbereich; Angst vor Fehler/Kritik; Angst vor Unfall/Tod.

Antwortskala: Die Items werden auf einer vierstufigen Skala (keine Angst, etwas Angst, deutliche Angst, starke Angst) eingeschätzt.

Reliabilität und Validität: Die sieben Kurzskalen verfügen über gute interne Konsistenzen ($.76 \leq \alpha \leq .85$) und Reliabilitätswerte ($r_{tt} = .82-.90$). Validierungs-

untersuchungen an klinischen und nichtklinischen Stichproben beziehen sich vor allem auf Geschlechts- und Altersunterschiede. Außerdem wurde der Zusammenhang zum erlebten Erziehungsstil, der allgemeinen Ängstlichkeit sowie Beobachtungsdaten überprüft.

Störung mit Trennungsangst

Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst zeigen eine übermäßig starke Angst unmittelbar bei einer Trennung oder in Erwartung einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen. Verfahren zur Diagnostik des Bindungsstils sowie zu den Befürchtungen bilden eine wichtige Grundlage. Eine besondere Rolle scheint auch die elterliche Angst zu spielen. Bedeutsam ist die Klärung, was die primäre psychische Störung ist und was zusätzliche Störungen sind. Ein Fragebogen über ein häufig zu beobachtendes Symptom der Trennungsangst liegt vor, nämlich zur Erfassung der Schulvermeidung (Kearney & Silverman, 1993; Kearney, 2002).

Soziale Phobie

Die Soziale Phobie ist durch eine dauerhafte, unangemessene Furcht vor sozialen oder Leistungssituationen gekennzeichnet. In der Diagnostik ist es wichtig, die soziale Phobie von normalem sozialen Unbehagen und von Ungeselligkeit abzugrenzen. Bei der Vermeidung sozialer Situationen können andere Ursachen zu Grunde liegen, so etwa die Trennungsangst, eine Agoraphobie oder ein depressives Verhalten.

Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK, Beidel, Turner & Morris, 1998; deutsch: Melfsen, Florin, & Warnke 2001). Das „Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK)“ ist ein störungsspezifisches Selbstbeschreibungsverfahren zur Erfassung der Sozialphobie bei Kindern und Jugendlichen. Die ursprüngliche Version wurde von Beidel et al. (1998) für den amerikanischen Sprachraum in Anlehnung an die Erwachsenenversion entwickelt. Sie gibt 26 Situationen vor, die somatische, kognitive und Verhaltensaspekte der Sozialphobie repräsentieren.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Das SPAIK wurde an einer in den Jahren 1997 bis 2000 erhobenen Stichprobe von 1197 Schülerinnen und Schülern im Altersbereich von 8–16 Jahren evaluiert und normiert. Weitere Untersuchungen wurden an einer klinischen Stichprobe von 145 psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen im Alter von 7–18 Jahren durchgeführt.

Altersbereich: 8–16 Jahre

Itemzahl gesamt: 26 Items

Dimensionalität: Bei einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation ergaben sich drei Eigenwerte > 1 , der Scree-Test legt jedoch eine Einfaktorenlösung nahe. Entsprechend wird die Gesamtsumme berechnet. Eine zusätzliche Differenzierung ist durch die Berücksichtigung der Inhaltsbereiche

„Interaktionssituationen“, „öffentliche Leistungssituationen“ und „kognitive und somatische Symptome“ möglich.

Antwortskala: Die Beantwortung erfolgt auf einer dreistufigen Likertskala. Manche Items erfordern multiple Antworten, manche fordern je nach Grad der Vertrautheit zwischen bekannten und unbekanntem Jungen und Mädchen und Erwachsenen zu differenzieren.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz (Cronbachs α) ist mit $\alpha = 0,92$ hoch. Die ermittelte Retestreliabilität beträgt nach vier Wochen $r_{tt} = 0,84$. Zur Erfassung der Kriteriumsvalidität wurden außer dem SPAIK in der Normalstichprobe verschiedene Angstfragebogen vorgelegt. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge ($r = 0,60$). Der Fragebogen unterscheidet zuverlässig zwischen sozial phobischen Kindern, Kindern mit sozialen Ängsten im subklinischen Bereich und sozial nicht-ängstlichen Kindern.

Deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R-D; LaGreca & Stone, 1993; deutsch: Melfsen, 1998): Die „Deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R-D)“ ist ein störungsspezifisches Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung sozialer Ängste im Kindesalter. Die ursprüngliche Version wurde von LaGreca et al. (1988) für den amerikanischen Sprachraum entwickelt. Sie basiert auf der für Erwachsene konzipierten Skala zur Erfassung von Bewertungsängsten von Watson und Friend (1966).

Deutsche Konstruktionsstichproben: An einer Stichprobe von 627 Schülern und Schülerinnen wurde die Skala evaluiert und normiert.

Altersbereich: 8–16 Jahre

Itemzahl gesamt: 18 Items

Dimensionalität: Sie besteht aus zwei Unterskalen mit je neun Items. Die Unterskala „Fear of Negative Evaluation (FNE)“ beinhaltet Gedanken zur Anerkennung bzw. Ablehnung durch andere Personen, die Skala „Social Avoidance and Distress (SAD)“ benennt Situationen, die vermieden werden oder Angst auslösen.

Antwortskala: Die Items werden hinsichtlich ihrer Häufigkeit auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit 1 („nie“), 2 („selten“), 3 („manchmal“), 4 („meistens“) oder 5 („immer“) für den gegenwärtigen Zeitraum eingeschätzt.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz der Normalstichprobe (Cronbachs α) liegt für die Unterskala FNE bei $\alpha = 0,83$, für die Unterskala SAD bei $\alpha = 0,71$. Die beiden Unterskalen korrelieren zu $r = 0,52$ miteinander. Die ermittelte Retestreliabilität beträgt nach zwei Wochen für die FNE $r_{tt} = 0,84$, für die SAD $r_{tt} = 0,74$, nach vier Wochen für die FNE $r_{tt} = 0,82$ und für die SAD $r_{tt} = 0,85$.

Zur Erfassung der externen Konstruktvalidität wurden in der Normalstichprobe verschiedene Angstfragebogen vorgelegt. Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge mit dem „Sozialphobie- und angstinventar für Kinder

(SPAIK)⁴ (FNE: $r = 0,59$; SAD: $r = 0,66$). Der Fragebogen differenziert zuverlässig zwischen sozial phobischen Kindern, Kindern mit starken sozialen Ängsten im subklinischen Bereich und sozial nicht ängstlichen Kindern.

Elternversion der deutschen Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised (Schreier & Heinrichs, 2008): Zur SASC-R-D wurde eine Elternversion entwickelt, die „Elternversion der deutschen Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised“. Bei der Elternversion wurden die 18 Items der Kinderversion komplett beibehalten und entsprechend umformuliert.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Die Gütekriterien wurden an einer Stichprobe von 636 Kindern, 368 Müttern und 274 Vätern geprüft. Normen wurden für Mütter und Väter jeweils getrennt für Mädchen und Jungen dargestellt.

Altersbereich: 9–16 Jahre

Itemzahl gesamt: 18 Items

Dimensionalität: Eine Faktorenanalyse spiegelte eine Zweifaktorenstruktur wider.

Antwortskala: Die Antwortalternativen „nie-selten-manchmal-meistens-immer“ wurden beibehalten.

Reliabilität und Validität: Zusammenhänge zeigten sich mit der mittels der „Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents“ erfassten sozialen Angst (FNE: $r = 0,40$ – $0,45$; SAD: $r = 0,70$ – $0,75$) und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, gemessen mit dem „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (FNE: $r = 0,28$ – $0,40$; SAD: $r = 0,30$ – $0,39$).

Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK; Weinbrenner, 2005): Zur Erfassung der elterlichen Sichtweise wurde auch der „Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK)“ entwickelt. Die Items bestehen aus Aussagen über Verhalten und Befürchtungen des Kindes.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Die Evaluation und Erfassung der Normen erfolgte an einer Stichprobe von 2101 Schülerinnen und Schülern sowie an 92 Patientinnen und Patienten.

Altersbereich: 10–17 Jahre

Itemzahl gesamt: 18 Items

Dimensionalität: Es bestehen die drei Subskalen „Negative Kognitionen“, „Vermeidungsverhalten“ und „Körperliche Erregung“.

Antwortskala: Die Items werden auf einer vierstufigen Skala von 0 = „gar nicht“, 1 = „etwas“, 2 = „eher“, 3 = „sehr“ eingeschätzt.

Reliabilität und Validität: Die ermittelte Reliabilität lag in beiden Stichproben bei $\alpha = .91$. Im Sinne der konvergenten Validität zeigten sich hohe Korrelationen des ESAK-Gesamtwerts zu den Subskalen der CBCL „Ängstlich/Depressiv“ ($r = 0,62$) und „Sozialer Rückzug“ ($r = 0,57$). Mit Hilfe des ESAK kann zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen mit sozialen Ängsten und darüber hinaus innerhalb klinischer Stichproben zwischen Kindern mit und ohne Angststörungen anhand des Vermeidungsverhaltens differenziert werden.

Fragebogen zur Erfassung Sozial ängstlicher Kognitionen bei Kindern und Jugendlichen (Graf, Gerlach, & Melfsen, 2007). Der „Fragebogen zur Erfassung sozial ängstlicher Kognitionen bei Kindern und Jugendlichen (SÄKK)“ im Selbsturteil wurde auf der Grundlage des Children's Cognitive Assessment Questionnaire (CCAQ, Zatz und Chassin, 1983) entwickelt. Der Fragebogen ist zur Erfassung von Kognitionen für das Störungsbild der Sozialphobie (ICD-10: F 40.1; DSM-IV: 300.29) entwickelt worden. Anhand eines einführenden Textes werden die Kinder instruiert, sich eine für sie sozial ängstigende Situation zu überlegen. Anschließend werden sie aufgefordert, anzugeben, wie oft ihnen in dieser Situation die nachfolgend aufgeführten Gedanken durch den Kopf gehen.

Deutsche Konstruktionsstichproben: An einer Stichprobe von 600 Schülerinnen und Schülern wurden die Gütekriterien und Normen gewonnen.

Altersbereich: 8–13 Jahre

Itemzahl gesamt: 27 Items

Dimensionalität: Es bestehen drei Faktoren „Negative Selbstbewertung“, „Positive Selbstbewertung“ und „Bewältigungs-Faktor“.

Antwortskala: Ohne Vorgabe eines Zeitfensters soll dabei die Häufigkeit auf einer fünf-stufigen Likert-Skala mit „nie – selten – manchmal – meistens – immer“ eingestuft werden.

Reliabilität und Validität: Die internen Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs α) der drei Subskalen „Negative Selbstbewertung“ $\alpha = 0,91$, „Positive Selbstbewertung“ $\alpha = 0,86$ und „Bewältigungsgedanken“ $\alpha = 0,84$ sind hoch. Die faktorielle Struktur wurde mit Hilfe einer Hauptkomponentenanalyse erfasst. Es ergeben sich drei gut interpretierbare Faktoren. Zur Erfassung der Konstruktvalidität wurde außer dem SÄKK das Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK) vorgelegt.

Differentielles Leistungsangst-Inventar (DAI, Rost & Schermer, 1997). Mit dem „Differentiellen Leistungsangst-Inventar (DAI)“ wird nach erlebten und erinnerten Erfahrungen und Umgehensweisen mit Leistungsangst bei Schülern gefragt.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Evaluiert und normiert wurde das Verfahren an einer Eichstichprobe von $N = 3223$ Schülern im Alter zwischen 13 und 19 Jahren (8.–13. gymnasiale Jahrgangsstufe).

Altersbereich: 13–19 Jahre

Itemzahl gesamt: Es sind zwei Testformen verfügbar: eine Langform mit 146 Items und eine Kurzform als Screeningverfahren mit 96 Items.

Dimensionalität: Es werden „Angstauslösung“, „Angsterscheinungsweisen“, „Angstverarbeitung“ und „Angststabilisierung“ getrennt erfasst.

Antwortskala: Items werden auf einer fünfstufigen Skala hinsichtlich ihrer Häufigkeit von 5 („trifft fast immer zu“) bis 1 („trifft fast nie zu“) eingeschätzt.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz (Cronbach α) liegt zwischen $\alpha = 0,70$ und $\alpha = 0,92$. Stabilitätskoeffizienten (Retest-Reliabilität) liegen

für die einzelnen Skalen zwischen $r = 0,75$ und $r = 0,88$. Die interne Struktur der Skalen wurde mit Faktoren- und Korrelationsanalysen überprüft. Konvergente und diskriminante Beziehungen zu Stress-, Emotions-, Bewältigungs- und Persönlichkeitsvariablen indizieren die Validität des Verfahrens.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung kann nach Ereignissen auftreten, die das Leben, die Gesundheit oder die körperliche Integrität bedrohen. Wesentliche Symptome sind das belastende Wiedererleben der traumatischen Ereignisse, deren Vermeidung und emotionale Taubheit sowie ein allgemein erhöhtes Erregungsniveau. Empfohlen wird die kombinierte Anwendung eines diagnostischen Interviews und eines Selbstbeurteilungsinstrumentes. Eltern neigen dazu, die PTSD-Symptomatik zu unterschätzen (Steil, 2004), deshalb ist das Selbsturteil wichtiger Bestandteil der Diagnostik. Problematisch an einem Interview ist es, dass Kinder es sehr schwierig finden können, über das Erlebte und die Symptome zu sprechen. Ein wichtiges Verfahren zur Erfassung der PTSD bei Kindern, das in der Literatur als Instrument der Wahl für die Diagnostik der Störung eingeschätzt wird (Steil, 2003), ist die „Clinician Administered PTSD Scale for Children, deutsche Version“ (CAPS-C, Steil, Gundlach, Müller, 1998) sowie der „Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index“ (Frederick, Pynoos & Nader, 1992; deutsche Version. Landolt et al., 2003).

Child PTSD Symptom Scale (CPSS; Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001). Die „Child PTSD Symptom Scale (CPSS)“ erfasst Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung und ihren Schweregrad und funktionelle Beeinträchtigungen. Es handelt sich um eine Version der „Posttraumatic Diagnostic Scale“ für Kinder.

Englische Konstruktionsstichprobe: Die Normstichprobe bestand aus 75 Schulkindern der Klassen 3–8, die das Northridge-Erdbeben im Jahr 1994 miterlebt hatten.

Altersbereich: 7–17 Jahre

Itemzahl gesamt: 24 Items, die ersten 17 Items erfassen die Schwere aller 17 DSM-IV-Kriterien, die Items 18–24 erfassen die funktionellen Beeinträchtigungen.

Dimensionalität: Die CPSS-Resultate beinhalten den Gesamtwert für die Symptomschwere, Schwerewerte für die Symptomcluster „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Arousal“, den Diagnosestatus und den Wert für die funktionelle Beeinträchtigung.

Antwortskala: Die Antworten werden auf einer Skala von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 („5-mal oder häufiger pro Woche / fast immer“) eingeschätzt.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz lag für die 17 Symptomitems bei $\alpha = 0,89$ und für die Items für die funktionelle Beeinträchtigung bei $\alpha = 0,70$. Die Test-Retest-Korrelation lag bei einem Intervall von ein bis zwei

Wochen bei $r = 0,84$. Die CPSS zeigte eine gute konvergente Validität ($r = 0,80$), wenn die Symptom schwere-Items mit denen des Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI; Pynoos et al., 1987) korreliert werden.

Panikstörung

Hauptmerkmal der Panikstörung sind zeitlich umgrenzte Episoden akuter Angst. Charakteristisch ist dabei das teilweise als spontan erlebte Einsetzen unangenehmer Symptome. Es konnte gezeigt werden, dass Jugendliche mit plötzlichen Panikanfällen eine höhere Angstsensitivität aufwiesen als Jugendliche mit anderen Panikanfällen bzw. ohne Panikanfälle. Unter Angstsensitivität versteht man die dauerhafte Überzeugung, dass Angst und die damit einhergehenden Symptome zu schädigenden körperlichen, psychischen oder sozialen Konsequenzen führen.

Angstsensitivitätsindex für Kinder (KASI; Silverman et al., 1991; deutsch: Schneider et al., 2009): Der „Angstsensitivitätsindex für Kinder (KASI)“ ist ein Selbstbeschreibungsinstrument, das das Ausmaß der Furcht vor eigenen Angstsymptomen misst. Er basiert auf dem Angstsensitivitätsindex für Erwachsene von Reiss et al. (1986) und wurde von Silverman et al. (1991) für Kinder angepasst (CASI). Das Instrument wurde von Schneider und Hensdiek ins Deutsche (KASI) übertragen (Schneider et al., 2009). Die Items benennen Reaktionen auf typische Angstsymptome.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Insgesamt füllten 1538 Kinder und Jugendliche den Fragebogen aus. Hierbei handelt es sich um unterschiedliche Stichproben mit unterschiedlichen Durchführungsbedingungen.

Altersbereich: 8–17 Jahre

Itemzahl gesamt: 17 Items

Dimensionalität: Ergebnisse von Adornetto & Schneider (2005) schlagen für den KASI mit 12 Items eine Faktorenstruktur mit einem Faktor zweiter Ordnung und vier Faktoren erster Ordnung vor.

Antwortskala: Die Items sollen auf einer dreistufigen Likert-Skala hinsichtlich ihrer Häufigkeit mit „nie“, „manchmal“ und „häufig“ eingeschätzt werden.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz (Cronbachs α) des KASI liegt bei $\alpha = 0,79$ (Schneider et al., 2009). Die deutsche Version belegt den Zusammenhang von Angstsensitivität mit panikverwandten Angststörungen, d. h. mit der Trennungsangst und der Agoraphobie. Ebenfalls positive Zusammenhänge, die jedoch zum Teil deutlich geringer ausfallen, wurden zu konstruktfernen Messinstrumenten gefunden.

Generalisierte Angststörung

Das zentrale Merkmal einer Generalisierten Angststörung (GAS) des Kindesalters sind übermäßige und als unkontrollierbar empfundene Sorgen über eine Reihe von Ereignissen oder Aktivitäten, die mit mindestens einem soma-

tischen oder psychophysiologischen Symptom (zum Beispiel: Schlafstörungen oder Reizbarkeit) einhergehen. Da Sorgen Teil einer normalen gesunden Entwicklung sind, ist eine sorgfältige Differentialdiagnostik erforderlich.

Metakognitionsfragebogen für Kinder (MKF-K) und Metakognitionsfragebogen für Jugendliche (MKF-A, Gerlach et al., 2008). Für die Erfassung von Metakognitionen wurde der „Metakognitionsfragebogen für Kinder (MKF-K)“ entwickelt und der „Metakognitionsfragebogen für Jugendliche (MKF-A)“ aus dem Englischen übersetzt. Grundlage ist der „Metacognition Questionnaire for Adolescents“ (Cartwright-Hatton, Mather, Illingworth, Brocki, Harrington, & Wells; 2004). Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um das Auftreten und die Inhalte von Metakognitionen über Sorgen zu erfassen.

Deutsche Konstruktionsstichproben: Die Konstruktionsstichprobe bestand aus 864 Schülerinnen und Schülern im Alter von 8 bis 13 Jahren für die Kinderversion des Fragebogens sowie aus 799 Jugendlichen im Alter von 12–18 Jahren für die Jugendlichenversion.

Altersbereich: Kinderversion: 8–13 Jahre, Jugendlichenversion: 13–17 Jahre

Itemzahl gesamt: 21 Items

Dimensionalität: Die Items können bei beiden Versionen vier Faktoren zugeordnet werden, die folgendermaßen benannt werden: „Positive Metakognitionen“, „Kontrollverlust und Gefahr“, „Vertrauen in das eigene Gedächtnis“ und „Kognitive Selbstaufmerksamkeit“.

Antwortskala: Auf einer vierstufigen Ratingskala („gar nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“ und „völlig“) sollen sie angeben, wie stark die entsprechende Aussage für sie zutrifft.

Reliabilität und Validität: Die interne Konsistenz (Cronbachs α) beträgt für beide Versionen $\alpha = 0,70$. Bei Kindern und Jugendlichen, die über mehr Metakognitionen berichten, ist die „Sorgenaktivität“, gemessen mit dem Penn State Worry Questionnaire for Children, höher, was für die Validität des Fragebogens spricht. Das Ausmaß der Sorgenaktivität steigt deutlich, je mehr Metakognitionen über Sorgen ein Kind oder Jugendlicher aufweist.

Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C; Chorpita et al., 1997; Pestle et al., 2008; deutsche Übersetzung Adams & Hoyer, 2003, <http://www.psychologie.tu-dresden.de/angstfragebogen/>). Der „Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C)“ wurde entwickelt, um pathologische Sorgen bei Kindern und Jugendlichen zu messen. Die Intensität und Unkontrollierbarkeit von Sorgen werden erhoben. Der Inhalt der Sorgen wird nicht erfasst.

Konstruktionsstichproben: Die Überprüfung der Gütekriterien erfolgte mit Hilfe einer Schulstichprobe von 199 Kindern und Jugendlichen und einer klinischen Stichprobe von 35 Kindern.

Altersbereich: 6–18 Jahre

Itemzahl gesamt: 14 Items

Dimensionalität: Der PSWQ-C hat einen Faktor, wie sich in einer explorativen und konfirmatorischen Faktorenanalyse zeigte.

Antwortskala: Die Items werden auf einer vierstufigen Skala von 0–3 bewertet.

Reliabilität und Validität: Der PWSQ-C zeigte eine interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = 0,89$, und eine Test-Retest-Reliabilität von $r_{tt} = 0,92$. Mit der „Revised Children's Manifest Anxiety Scale – Worry Oversensitivity Subscale“ korreliert der Fragebogen zu $r = 0,71$, mit anderen Messinstrumenten für Angst und Depression zu $0,44$ – $0,52$. In der klinischen Stichprobe konnte der Fragebogen zwischen Kindern, bei denen eine GAS diagnostiziert wurde, von Kindern mit anderen Angststörungen und von Kindern aus der Kontrollgruppe der gesunden Kinder unterscheiden.

Schlussfolgerung

In den letzten Jahrzehnten wurde eine ansehnliche Anzahl an Instrumenten zur Erfassung von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. Nunmehr stellt vielmehr die Auswahl eines passenden Instrumentes, um dem zu untersuchenden Kind mit seinen individuellen Ängsten gerecht zu werden, eine Herausforderung dar. Dabei spielen u. a. das Alter des Kindes, seine Angstsymptomatik, die verfügbaren Informanten und das setting, in dem die Erhebung stattfinden soll, eine Rolle. Unterschieden werden kann bei der Angstreaktion auch, ob Reaktionen auf motorischer, kognitiver oder physiologischer Ebene im Fokus stehen. Angst ist kein unidimensionales Konstrukt, und eine umfassende Diagnostik erfordert Wissen über seine vielfältigen Ausprägungen und Symptome.

Die vorangehende Darstellung von Rating- und Fragebogenverfahren für Angststörungen im Kindesalter macht deutlich, dass große Unterschiede hinsichtlich des Forschungsstands bei den unterschiedlichen Angststörungen bestehen. Doch auch wenn für Teilbereiche bereits viele diagnostische Verfahren vorliegen, besteht ein wichtiges Forschungsanliegen darin, Verfahren zu verbessern. Dazu zählt, Gütekriterien nicht nur in Teilaspekten zu untersuchen, sondern neue Gesichtspunkte zu berücksichtigen (Hoyer, Beauducel & Franke, 2003), die Verfahren kindgerechter zu gestalten, durch z. B. Einfachheit in der Bearbeitung und Anwendung, Schnelligkeit in Bearbeitung und Auswertung, günstige Kosten-Nutzen-Relation, hohe Sicherheit, so dass er den Probanden bzw. Patienten nicht schädigt. Normen, die für gesunde und klinische Stichproben vorliegen, sind ein wichtiges Zusatzkriterium. Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Änderungssensitivität, die selten oder nur unzureichend untersucht wird. Hilfreich sind insbesondere Verfahren, die Informationen für die nachfolgenden Interventionen erfassen und Fortschritte im Interventionsprozess messen.

Vielfach unterschätzt wird die Altersabhängigkeit der Angstsymptomatik. Die Adaptation von Verfahren, die ursprünglich für Erwachsene entwickelt wurden, an Kinder kann irreführend sein. Der Diagnostiker muss entschei-

den können, ob die Angstsymptome von dem abweichen, was Kinder der entsprechenden Altersgruppe an normalen Entwicklungsängsten zeigen. Bei sehr jungen Kindern, die noch nicht lesen können, spielen andere Informanten wie Eltern oder Erzieher eine größere Rolle. Dubi und Schneider (2009) veröffentlichten ein Testverfahren, das speziell für Kinder dieser Altersgruppe entwickelt wurde.

Ein weiteres Forschungsanliegen betrifft die kulturübergreifende Validität von Erhebungsinstrumenten. Es zeigte sich, dass die Manifestation von Angstsymptomen und Angstgehalten kulturell beeinflusst wird (Ollendick et al., 1989). Auch nach einer sorgfältigen Übersetzung müssen damit psychometrische und diagnostische Eigenschaften eines Instrumentes in einem andern Kulturkreis nicht gegeben sein.

Literatur

- Adam, S. (2008). *Die Rolle von Metakognitionen bei Ängsten und Sorgen. Validierung eines Metakognitionsfragebogen für Kinder*. Unveröffentlichte Diplomarbeit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.
- Adornetto, C. & Schneider, S. (2005). *Gütekriterien und Faktorenstruktur des Kinder-Angstsensitivitäts-Index (KASI)*. 4. Workshopkongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn, text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plücker, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 545–552.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (1998). *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children*. Multi-Health Systems Inc, Toronto.
- Bernstein, G. A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 43–50.
- Bird, H. R., Shaffer, D., Fisher, P. et al. (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 3, 167–176.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D. A., Cully, M., Balach, L., Kaufman, 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 and Adolescent Psychiatry*, 36, 545–553.
- Boehnke, K., Silbereisen, R. K., Reynolds, C. R. & Richmonds, B. O. (1986). What I think and feel – German experience with the revised form of the Children's Manifest Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences*, 7, 553–560.

- Cartwright-Hatton, S., Mather, A., Illingworth, V., Brocki, J.J.M., Harrington, R. & Wells, A. (2004). Development and Preliminary Validation of the Meta Cognitions Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 411–422.
- Chorpita, B.F., Tracey, S.A., Brown, T.A., Collica, T.J. & Barlow, D.H. (1997). Assessment and worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 569–581.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. Freeman, San Francisco/CA.
- 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, Berlin.
- Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H. & Ollendick, T.H. (2006). *PHOKI – Phobienfragebogen für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Dubi, K. & Schneider, S. (2009). The picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1148–1157.
- Ehlers, B., Ehlers, T. & Markus, H. (1978). *Marburger Verhaltensliste (MVL)*. Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Reiss, B. (2004). Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen (S. 79–103). In: S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer.
- Essau, C.A., Muris, P. & Ederer, E.M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1–18.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263–279.
- Federer, M., Schneider, S., Margra, J. & Herrle, J. (2000). Angstsensitivität und Angststörungen bei Achtjährigen. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 241–250.
- Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C., Treadwell, K.R.H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376–384.
- Fonseca, A.C. & Perrin, S. (2001). *Clinical phenomenology, classification and assessment of anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 126–157). In W.K. Silverman & P.D.A. Treffers (eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents. Research, assessment and intervention*. Cambridge University Press.
- Frederick, C., Pynoos, R. & Nader, K. (1992). *Childhood PTS reaction index (CPTS-RI)*. (available from Frederick & Pynoos, 760 Westwood Plaza, L.A., CA 90024).
- Gerlach, A.L., Adam, S., Marschke, S. & Melfsen, S. (2008). Entwicklung und Validierung eines Metakognitions-Fragebogens bezüglich des Sorgens für Kinder. Poster präsentiert auf dem 26. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, 1.–3. Mai 2008, Potsdam.
- Graf, A., Gerlach, A. & Melfsen, S. (2007). Fragebogen zur Erfassung Sozial ängstlicher Kognitionen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35 (4), 257–264.
- Hoyer, J., Beauducel, A. & Franke, G.H. (2003). Kriterien der Angstdiagnostik – Worum der Anwender auch denken muss (S. 77–91). In: J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.

- Joormann, J. & Unnewehr, S. (2003). State-Trait-Angstinventar für Kinder (STAIK) (S. 583–586). In: J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Kearny, C. A. & Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behavior: The School Refusal Assessment Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 22.
- Landolt, M., (2003). Inzidenz und Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen nach Verkehrsunfällen im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 184–192.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M. & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 377–394.
- Mack; B. W. (2007). Bereichsspezifischer Angstfragebogen für Kinder (BAK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 36, 189–197.
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P. & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554–565.
- Masia-Warner, C., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G. & Liebowitz, M. R. et al. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. An initial psychometric investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1076–1084.
- Melfsen, S. (1998). Die deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R-D); Psychometrische Eigenschaften und Normierung. *Diagnostica*, 44, 153–163.
- Melfsen, S., Florin, I. & Warnke, A. (2001). *Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder (SPAIK)*. Hogrefe: Göttingen.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, 21, 685–692.
- Ollendick, T. H., King, N. J. & Frary, R. B. (1989). Fears in children and adolescents: reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 19–26.
- Pestle, S., Chorpita, B. F. & Schiffman, J. (2008). Psychometric Properties of the Penn State Worry Questionnaire for Children in a Large Clinical Sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (2), 465–471.
- Reiss, S., Gursky, D. M. & McNally, R. J., (1986). Expectancy model of fear. In: Reiss, S., Bootzin, R. (eds) *Theoretic issues in behavior therapy*. Academic Press New York, 107–121.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (2001). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271–280. Revised Children's Manifest Anxiety Scale
- Rost, D. H. & Schermer, F. J. (1997). *Differentielles Leistungsangst-Inventar (DAI)*. Frankfurt: Swets Test Services.
- Schneider, S., Adornetto, C., In-Albon, T., Federer, M. & Hensdiek, M. (2009). Psychometrische Eigenschaften und Normierung der deutschen Version des childhood anxiety sensitivity index (CASI). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(3), 175–180.

- Schneider, S. & Silverman, W.K. (in Vorbereitung). *Kinder-Angstsensitivitätsindex (KASI)*. Hogrefe: Göttingen.
- Schneider, S., Unnewehr, S., & Margraf, J. (Hrsg.) (2009). *Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter* (2. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Silverman, W.K., Fleisig, W., Rabian, B. & Peterson, R.A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162–168.
- Spence, H.C. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 36, 545–566.
- Spielberger, C.D. (1973). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Psychologists. Palo Alto, CA.
- Steil, R. (2003). Clinician Administered PTSD Scale for Children, deutsche Version (CAPS-C) (S. 528–532). In: J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Steil, R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung (S. 275–309). In: S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Heidelberg: Springer.
- Steil, R., Gundlach, P. & Müller, S. (1998). *Die deutsche Übersetzung der Clinician Administered PTSD Scale für Kinder und Jugendliche*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Jena.
- Turner, F. & Tewes, U. (2000). *Kinder-Angst-Test-II (KAT-II)*. Hogrefe. Göttingen.
- Unnewehr, S., Joormann, J., Schneider, S. & Margraf, J. (1992). *Deutsche Übersetzung des State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Weinbrenner, B. (2005). *Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK)*. In B. Weinbrenner, *Fremddiagnostik zu Ängsten bei Kindern und Jugendlichen* (S. 63–144). Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bielefeld.
- Wiczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). *Angstfragebogen für Schüler AFS*. Westermann, Braunschweig.

Korrespondenz: PD Dr. Siebke Melfsen, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Würzburg; E-Mail: siebke.melfsen@online.de