

# Fremddiagnostik bei Ängsten im Kindes- und Jugendalter

Entwicklung, Validierung und Normierung eines  
Elternfragebogens zu sozialen Ängsten im Kindes- und  
Jugendalter (ESAK)

Übersetzung und psychometrische Evaluation der  
Elternversion des State Trait Anxiety Inventory für Kinder  
(STAIC-Ptd)

Untersuchung der Übereinstimmungen und Diskrepanzen  
zwischen Eltern- und Kindaussagen bezüglich der  
Angstsymptomatik des Kindes

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades eines Dr. rer. nat. an der  
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft  
Abteilung für Psychologie  
Universität Bielefeld

vorgelegt von  
Barbara Weinbrenner

Juni 2005



## **Danksagung**

Zunächst möchte ich mich bei Sigrid Kühl bedanken. Durch ihr Forschungsprojekt zu dem von ihr entworfenen Gruppenprogramm für Kinder und Jugendliche mit sozialen Ängsten wurde die Notwendigkeit eines neuen fremddiagnostischen Instruments zur Erfassung sozialer Ängste besonders deutlich.

Daher möchte ich mich bei ihr und den Kolleginnen der Christoph-Dornier-Stiftung Siegen nicht nur für die Idee sondern auch für alle weitere inhaltliche, organisatorische und emotionale Unterstützung von Herzen bedanken.

Mein Dank gilt ebenfalls Brunna Tuschen-Caffier und Martin Pook, welche mein Vorhaben inhaltlich und methodisch begleitet haben.

Ich möchte zudem meiner Familie danken, insbesondere meiner Mutter Ursula Weinbrenner für ihre konstruktiven Anregungen aus der Lehrerperspektive, das Korrekturlesen und die organisatorische Unterstützung bei der Datenerhebung.

Außerdem natürlich meinem Bruder Stefan Weinbrenner für seine Zeit, Geduld und Bereitschaft bei Fragen bezüglich „technischer Schwierigkeiten“.

Ein besonderer Dank gilt außerdem meiner Mitarbeiterin Nikola Stenzel, die mich in allen Bereichen tatkräftig und ausdauernd unterstützt hat.

Auch möchte ich mich herzlich bei den Beratungsstellen, Schulen, Kliniken und allen Institutionen bedanken, die mit uns kooperiert haben und den Eltern, Patienten<sup>1</sup> und Schülern<sup>1</sup>, die bereit waren, sich an dem Forschungsprojekt zu beteiligen.

Schließlich bedanke ich mich bei der Christoph-Dornier-Stiftung, die diese Arbeit in Form eines Promotionsstipendiums ermöglicht hat, und der Universität Siegen, die sich an der Umsetzung ebenfalls beteiligt hat.

---

<sup>1</sup>Mit Rücksicht auf die Lesbarkeit der Arbeit wird im Text überwiegend die männliche Form verwendet. Es handelt sich dabei um Gattungsbegriffe, mit denen grundsätzlich immer Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gemeint sind und die keine Diskriminierung darstellen sollen.



# Inhaltsangabe

<u>Überblick.....</u>	<u>6</u>
<u>1. Soziale Ängste im Kindes und Jugendalter.....</u>	<u>5</u>
1.1. Symptomatik.....	5
1.2. Verlauf und Prognose.....	8
1.3. Beeinträchtigungen und Komorbidität .....	9
1.4. Epidemiologie.....	10
<u>2. Diagnostisch relevante Aspekte der Entstehung sozialer Ängste.....</u>	<u>13</u>
<u>3. Diagnostisch relevante Aspekte der Aufrechterhaltung sozialer Ängste.....</u>	<u>17</u>
3.1. Modelle.....	17
3.2. Empirische Belege .....	19
<i>Belege für behaviorale Symptome der Angst.....</i>	<i>20</i>
<i>Belege für kognitive Symptome der Angst.....</i>	<i>20</i>
<i>Belege für physiologische Symptome der Angst.....</i>	<i>24</i>
<u>4. Methoden der Diagnostik.....</u>	<u>25</u>
4.1. Verhaltensbeobachtung .....	25
4.2. Interview.....	26
4.3. Selbstbeschreibungsfragebogen.....	28
<u>5. Beurteilerebenen der Diagnostik.....</u>	<u>33</u>
5.1. Übereinstimmung Elternurteil vs. Lehrerurteil.....	33
5.2. Übereinstimmung Elternurteil vs. Kindurteil.....	36
<i>Allgemeine Gesundheit und Lebensqualität.....</i>	<i>36</i>
<i>Allgemeine Psychopathologie.....</i>	<i>36</i>
<i>Depression.....</i>	<i>38</i>
<i>Angst.....</i>	<i>39</i>

5.3. Übereinstimmung Elternurteil vs. klinisches Urteil.....	41
5.4. Einflussfaktoren zur Eltern-Kind Übereinstimmung.....	42
<i>Alter</i> .....	42
<i>Geschlecht</i> .....	43
<i>Symptomatik</i> .....	44
<i>Andere Merkmale des Kindes</i> .....	45
<i>Psychopathologie der Eltern</i> .....	47
<i>Andere Merkmale der Eltern</i> .....	50
<i>Eltern-Kind Beziehung</i> .....	50
5.5. Vorteile eines Elternfragebogens.....	50
<b><u>6. Ziele dieses Forschungsprojektes und Fragestellungen.....</u></b>	<b>55</b>
6.1. Ziel.....	55
6.2. Methodik.....	56
6.3. Fragestellungen und Hypothesen.....	59
<b><u>7. Entwicklung, Validierung und Normierung des ESAK.....</u></b>	<b>63</b>
7.1. Entwicklung des Elternfragebogens.....	63
<i>Itempool</i> .....	63
<i>Selektion der Items</i> .....	63
<i>Bestimmung der Form des Fragebogens</i> .....	64
<i>Auswertung des Fragebogens</i> .....	64
7.2. Studie 1: Erste Vorlage des Elternfragebogens.....	65
<i>Fragestellung</i> .....	65
<i>Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Erhebung</i> .....	65
<i>Beschreibung der Stichprobe</i> .....	66
<i>Ergebnisse</i> .....	66
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	70
7.3. Studie 2: Revision des Elternfragebogens.....	73
<i>Fragestellung</i> .....	73
<i>Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Erhebung</i> .....	74
<i>Beschreibung der Stichproben</i> .....	74
<i>Ergebnisse</i> .....	74
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	80
7.4. Studie 3: Revision des Elternfragebogens.....	82
<i>Fragestellung</i> .....	82
<i>Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung</i> .....	83
<i>Beschreibung der Stichproben</i> .....	83

<i>Ergebnisse</i> .....	83
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	90
7.5. Studie 4: Revision des Elternfragebogens.....	91
<i>Fragestellung</i> .....	91
<i>Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung</i> .....	91
<i>Beschreibung der Stichproben</i> .....	91
<i>Ergebnisse</i> .....	92
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	97
7.6. Studie 5: Psychometrische Evaluation an einer größeren Normalstichprobe... 99	
<i>Fragestellung</i> .....	99
<i>Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung</i> .....	100
<i>Beschreibung der Stichproben</i> .....	100
<i>Erhebungsinstrumente</i> .....	100
Social Anxiety Scale for Children- Revised (SASC-R).....	100
State-Trait Anxiety Inventory, Kinderversion (STAIC).....	101
Child Behavior Checklist (CBCL), deutsche Bearbeitung.....	102
Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK).....	103
<i>Ergebnisse</i> .....	103
Rohwerteverteilung.....	103
Faktorielle Validität.....	109
Reliabilität.....	114
Itemkennwerte .....	116
Diskriminante und konvergente Validität.....	118
Normierung.....	121
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	122
7.7. Studie 6: Psychometrische Evaluation an einer klinischen Stichprobe..... 126	
<i>Fragestellung</i> .....	126
<i>Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Datenerhebung</i> .....	126
<i>Beschreibung der Stichproben</i> .....	127
<i>Erhebungsinstrumente</i> .....	128
Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK).....	128
Diagnosebogen.....	128
<i>Ergebnisse</i> .....	129
Rohwerteverteilung.....	129
Reliabilität .....	134
Itemkennwerte.....	136
Kriteriumsvalidität.....	138
Normierung.....	142
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	143
<b><u>8. Übersetzung, Validierung und Normierung des STAIC-PTd..... 145</u></b>	
<i>Übersetzung</i> .....	145
8.1. Studie 7: Psychometrische Evaluation an einer Normalstichprobe..... 145	
<i>Fragestellung</i> .....	145

<i>Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung</i> .....	146
<i>Beschreibung der Stichprobe</i> .....	146
<i>Erhebungsinstrumente</i> .....	147
State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version, Parent Form, deutsch (STAIC-PTd)....	147
State-Trait Anxiety Inventory, Kinderversion (STAIC).....	147
Child Behavior Checklist (CBCL), deutsche Bearbeitung.....	147
<i>Ergebnisse</i> .....	148
Rohwerteverteilung.....	148
Faktorielle Validität.....	150
Reliabilität .....	152
Itemkennwerte.....	154
Diskriminante und konvergente Validität.....	154
Normierung.....	159
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	161
<b>8.2. Studie 8: Psychometrische Evaluation an einer klinischen Stichprobe</b> .....	167
<i>Fragestellung</i> .....	167
<i>Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Datenerhebung</i> .....	167
<i>Beschreibung der Stichprobe</i> .....	167
<i>Erhebungsinstrumente</i> .....	168
State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version, Parent Form, deutsch (STAIC-PTd)....	168
Diagnosebogen.....	168
<i>Ergebnisse</i> .....	168
Rohwerteverteilung.....	168
Reliabilität .....	170
Itemkennwerte.....	171
Kriteriumsvalidität.....	172
Normierung.....	174
<i>Fazit und Ausblick</i> .....	175
<b><u>9. Diskussion</u></b> .....	<b>177</b>
<i>Entwicklung, Validierung und Normierung des Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen (ESAK)</i> .....	177
<i>Übersetzung, Validierung und Normierung des State-Trait Anxiety Inventory for Children, Parent Form, Trait Version (STAIC-PT)</i> .....	181
<i>Untersuchung der Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kindaussagen bezüglich der Angstsymptomatik des Kindes</i> .....	184
<i>Abschließende Diskussion</i> .....	189
<b><u>10. Literatur</u></b> .....	<b>195</b>



## **Überblick**

Allgemeine und soziale Ängste im Kindes und Jugendalter sind kein seltenes Phänomen. Erreichen sie eine klinisch bedeutsame Ausprägung, können sie diverse Beeinträchtigungen im schulischen Bereich und in Familie und Freizeit verursachen sowie die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen. Eine frühe Intervention kann dies verhindern oder zumindest reduzieren. Dies setzt eine umfassende und detaillierte Diagnostik voraus, die idealerweise auch die Fremddiagnostik durch die Eltern mit einschließt. Zur Erfassung sozialer Ängste fehlt ein solches Verfahren sowohl im deutschsprachigen Raum als auch auf internationaler Ebene. Deswegen wird im Folgenden zunächst auf die theoretischen Hintergründe sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen eingegangen um die Grundlagen der Entwicklung eines neuen diagnostischen Instruments zu verdeutlichen. Die Entwicklung und Revision dieses Instruments wird anhand von vier Studien ( $N_1= 173$ ,  $N_2= 306$ ,  $N_3= 321$ ,  $N_4= 367$ ) veranschaulicht. Der neu entwickelte Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen (ESAK) soll anschließend an einer umfangreichen Normalstichprobe ( $N_5 = 2.101$ ) und einer klinischen Stichprobe ( $N_6 = 92$ ) validiert und normiert werden. Da im deutschen Sprachraum bislang kein Fragebogenverfahren zur Erhebung allgemeiner Ängste im Kindes- und Jugendalter aus Sicht der Eltern vorliegt, wird in dieser Arbeit das State-Trait Anxiety Inventory for Children, Parent Form, Trait Version (STAIC-PT) übersetzt und ebenfalls an einer umfangreichen Normalstichprobe ( $N_7= 2.943$ ) und einer klinischen Stichprobe ( $N_8 = 92$ ) psychometrisch untersucht. Des Weiteren soll eine Untersuchung der Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der Eltern und den Aussagen des Kindes zu den allgemeinen und sozialen Ängsten des Kindes erfolgen. Hier sollen der Grad der Übereinstimmung bzw. die Höhe der Diskrepanzen sowie der Zusammenhang beider mit möglichen Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht des Kindes und des Elternteils und Ausprägung der Angst überprüft werden.

## **1. Soziale Ängste im Kindes und Jugendalter**

### **1.1. Symptomatik**

Angst in sozialen Situationen ist nichts Ungewöhnliches. Die meisten Menschen haben sich schon einmal in Gegenwart anderer unwohl gefühlt, hatten Hemmungen in einer Gruppe etwas zu sagen oder sind plötzlich rot geworden. An sich ist dieses Gefühl etwas sehr normales und gesundes. Es gibt aber auch Menschen, bei denen

die Angst über das normale Maß hinausgeht und sie in ihrem Leben stark einschränkt. Hier spricht man von einer sozialen Phobie.

Nach den international anerkannten Diagnoseschlüsseln der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM IV; APA 1994) und der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; WHO 1991) versteht man unter einer sozialen Phobie eine dauerhafte und übertriebene Angst vor sozialen Situationen oder Leistungssituationen, bei denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Gefürchtete Situationen werden vermieden oder nur mit massiver Angst durchgestanden, die sich in körperlichen Symptomen wie erröten und zittern zeigt.

Für die Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen sind noch zusätzliche Kriterien gegeben. Sie müssen in der Lage sein, mit bekannten Personen Kontakt aufzubauen und aufrecht zu erhalten und mindestens eine altersgemäße soziale Beziehung außerhalb des Familienkreises aufweisen können. Die Angst muss auch bei Gleichaltrigen auftreten, und bei unter 18-jährigen länger als sechs Monate vorhanden sein.

Die soziale Phobie manifestiert sich zumeist auf mehreren Ebenen. Sie ist auf der Ebene des Verhaltens am eindeutigsten zu erkennen. Hier ist vor allem die Vermeidung von sozialen Situationen zu nennen, welche sich in völligem sozialen Rückzug oder dem vorzeitigen Verlassen einer schwierigen Situation, im Kindesalter daneben auch in Wutanfällen, im Weinen, Verstecken oder Schweigen äußern kann (Beidel, Turner & Morris, 1999).

Hinsichtlich der Kognitionen spielen negative Erwartungen an die Situation, negative Überzeugungen in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten, Unterschätzen des eigenen Auftretens und selbstbezogene Aufmerksamkeit eine entscheidende Rolle. (u.a. Spence et al., 1999; Bögels, 2002; Smari et al., 2001).

Der subjektive Gefühlseindruck ist dabei geprägt von Unbehagen, Angst zu versagen, Angst vor Kontrollverlust, Scham und Verlegenheit (Petermann & Petermann, 2000).

Auf der physiologischen Ebene zeigen sich bei Konfrontation mit der gefürchteten Situation einen Anstieg der Herzrate und des systolischen Blutdrucks (Beidel et al., 1985) sowie sichtbare physiologische Anzeichen der Angst wie z.B. Erröten, Muskel-

zucken, Zittern und Schwitzen. Dazu wird oft von Übelkeit, Bauchschmerzen und Schwindel berichtet. Beidel (1991, 1998) konnte belegen, dass die oben berichtete Manifestation der sozialen Ängste auf den verschiedenen Ebenen auch bei Kindern zu beobachten ist.

Auch wenn den meisten Menschen ähnliche Gedanken, Gefühle und körperliche Anzeichen bekannt vorkommen, leiden noch längst nicht alle Betroffenen an einer sozialen Phobie. Soziale Ängste lassen sich also auf einer Dimension beschreiben (Kashdan & Herbert, 2001; Rapee & Heimberg, 1997; Stangier & Heidenreich, 1999), deren geringste Ausprägung, die normale und gesunde Angst, weit verbreitet ist und zu keinerlei Einschränkungen führt. Hier lässt sich auch das Temperamentsmerkmal Schüchternheit einordnen, welches zwar über das normale Maß hinausgeht, aber noch keine klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen beinhaltet. Betroffene sind meist schon seit dem Vorschulalter zurückhaltend und kontaktscheu, zeigen aber kein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Subklinische soziale Ängste rufen dahingegen mehr Leidensdruck hervor und interferieren mit der sozialen Entwicklung (Schule, Beruf, Familie, Freundeskreis) des Betroffenen, sie erfüllen jedoch nicht die Kriterien einer sozialen Phobie (Turner, Beidel & Townsley, 1990).

Letztere wird häufig eingeteilt in einen spezifischen und einen generalisierten Subtyp. Menschen, die an einer spezifischen sozialen Phobie leiden, berichten von sozialer Angst in einer oder zwei klar umschriebenen und isolierten Situationen, z.B. beim Reden oder Schreiben in der Öffentlichkeit. Andere typische Problemsituationen bereiten ihnen dagegen keinerlei Schwierigkeiten. Anders ergeht es den generalisierten Sozialphobikern, welche Angst, Vermeidungstendenzen und körperliche Beschwerden in nahezu jeder sozialen Situation erleben. Diese Form der Sozialphobie wird in der Literatur teilweise in die Nähe der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung gebracht (Francis, Last & Strauss, 1992; McNeil et al., 1995; Melfsen, 1999), welche damit die extremste Ausprägung sozialer Ängste darstellt.

Eine andere in der Literatur übliche Form der Einteilung in Subtypen ist die nach der Art der angstbesetzten Situation (Rapee, 1995; Turner et al., 1992). Hierbei sind primäre Leistungs- und Bewertungssituationen („performance-type“, z.B. öf-

fentliches Sprechen oder Schreiben) von den sozialen Interaktionssituationen („interaction-type“, z.B. Parties, Rendezvous) zu unterscheiden.

Unabhängig von der Einteilung in Subtypen scheinen folgende Situationen von Sozialphobikern am häufigsten als schwer eingestuft zu werden: Sprechen vor Publikum, Gespräche initiieren und aufrechterhalten, sich durchsetzen und beobachtet werden (Holt et al., 1992).

## 1.2. Verlauf und Prognose

Der Beginn der sozialen Phobie wird von erwachsenen Erkrankten retrospektiv auf das Kindes- und Jugendalter geschätzt. Gemäß einer Untersuchung von Wittchen und Mitarbeitern (1999) geben 19-50% der Sozialphobiker an, im Alter von unter zwölf Jahren bereits erkrankt zu sein. Es gibt sowohl Hinweise auf einen Beginn in der früheren (Kendler et al., 1992; Liebowitz et al., 1985; Steinhausen, 2000) und in der späten Jugend (Margraf & Rudolf, 1999). In den meisten Studien überwiegt die Altersangabe von 14-16 Jahren (Merikangas et al., 2002; Öst, 1987; Poulton et al., 1997; Turner et al., 1990).

Aus diesen retrospektiven Studien wird deutlich, dass der Verlauf einer sozialen Phobie seinen Anfang in der Kindheit und Jugend nimmt, und oft sogar in der Jugend einen Höhepunkt erreicht (Abe & Suzuki, 1986; Beidel & Randall, 1994; Strauss & Last, 1993).

Die Prognose der sozialen Phobie ist eher ungünstig, das Störungsbild zeigt sich als chronisch und stabil (DSM IV; Schneier, 1992; Turner et al., 1990; Wittchen et al., 1992). Schüchternheit scheint dagegen eher ein vorübergehendes Merkmal (Turner et al., 1990) zu sein, allerdings behalten 50% der Erwachsenen, die als Kind schüchtern waren, die sozialen Ängste auch noch im Erwachsenenalter (Bruch, Giordano & Pearl, 1986).

Eine therapeutische Intervention ist bei einer sozialen Phobie bereits im Kindesalter indiziert und kann zu einer Reduktion der Angst und des Vermeidungsverhaltens, einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen und einem Anstieg der sozialen Kontakte führen (Beidel, Turner & Morris; 2000). Mögliche Faktoren, die

den Therapiefortschritt bei Sozialphobikern negativ beeinflussen, sind die Anwesenheit komorbider Erkrankungen sowie eine stärkere Generalisierung der sozialen Ängste (Turner, Beidel, Wolf, Spaulding & Jacob, 1996).

### 1.3. Beeinträchtigungen und Komorbidität

Besonders ungünstig ist ein früher Beginn der Krankheit, da dieser mehr Beeinträchtigungen auf allen anderen Lebensbereichen mit sich bringt (Davidson, 1993; Last et al., 1996). Es leiden vor allem die schulischen Leistungen und damit auch der berufliche Werdegang (Petermann et al., 2000; Schneier et al., 1992; Turner et al., 1991), sowie der Umgang im Familien- und Bekanntenkreis. In erster Linie werden die Kontakte mit Gleichaltrigen deutlich erschwert. So sind soziale Ängste assoziiert mit einer geringeren Akzeptanz durch Gleichaltrige, einer geringeren Anzahl von Freunden und weniger engen Freundschaften (La Greca & Lopez, 1998). Es zeigte sich zudem, dass Kinder, die von Klassenkameraden aktiv abgelehnt („rejected“) werden, mehr soziale Ängste zeigen als die beliebten Kinder und auch als die Kinder, die übersehen („neglected“) werden (Crick & Ladd, 1993; Ginsburg, 1998). Erwachsene Sozialphobiker geben signifikant häufiger als andere Angstpatienten an, während der Schulzeit Opfer von Hänseleien und Mobbing gewesen zu sein (McCabe et al., 2003). Zudem zeigt sich sowohl bei Grundschulern als auch bei Schülern der Mittelstufe ein positiver Zusammenhang von Mobbing und Angst vor negativer Bewertung und der Vermeidung sozialer Kontakte (Masia-Warner & Brassard, 2003; Slee, 1994; Storch). Inwiefern diese Erfahrungen als Folge der sozialen Ängste zu sehen sind oder aber mit diesen in einem Kausalzusammenhang stehen, bleibt unklar.

Des Weiteren finden sich bei sozial phobischen und sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen häufig komorbide Erkrankungen. Beidel, Turner und Morris (1999) untersuchten 50 Kinder im Alter von 7 bis 13 Jahren mit einer sozialen Phobie und fanden bei 60% von ihnen eine komorbide psychische Erkrankung. Am häufigsten wurden hier generalisierte Angststörungen, Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität und spezifische Phobien festgestellt.

## 1.4. Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der sozialen Phobie im Erwachsenenalter wird im DSM IV mit 3-13% angegeben. Ähnliche Angaben werden auch von Furmark und Mitarbeitern (1999) berichtet, die Prävalenzen von 1-16% finden. Die erheblichen Diskrepanzen in den Angaben zur Auftretenshäufigkeit lassen sich höchstwahrscheinlich durch unterschiedliche Methoden der Datenerhebung, Merkmale der Stichproben und v.a. der Anwendung unterschiedlicher Diagnosekriterien (ICD-10 vs. DSM-III-R vs. DSM-IV) erklären.

Merikangas und Mitarbeiter (2002) berichtet in der Zürcher Kohorten Studie Prävalenzzahlen von 3.7% für Männer und 7.3% für Frauen über eine Zeitspanne vom 20. bis zum 35. Lebensjahr. Subklinische soziale Ängste waren bei 7.8% bzw. 15.4% der Befragten anzutreffen, von einzelnen sozialphobischen Symptomen berichteten sogar 24.3% bzw. 23.1%. Somit scheint eine gewisse Schüchternheit sehr viel weiter verbreitet: Nach Pilkonis und Zimbardo (1979) geben 80% aller untersuchten Erwachsenen an, zumindest zeitweise schüchtern zu sein, 40% bezeichnen sich als generell schüchtern.

Die Lebenszeitprävalenz der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter liegt zwischen 1 und 15% (Essau et al., 1998; Kashani&Orvaschel, 1990; Wittchen et al., 1999). Subklinische soziale Ängste liegen jedoch auch im Kindes- und Jugendalter deutlich häufiger vor. So berichten Essau und Mitarbeiter (2000) von 47.2% im Alter von 12-17 Jahren und sogar 55.4% im Alter von 14-15 Jahren.

Auch Schüchternheit scheint im Kindes- und Jugendalter eine größere Rolle zu spielen. In verschiedenen Untersuchungen wurden 24-45% der Kinder durch Eltern oder Lehrerurteil als schüchtern eingestuft (Caspi et al., 1988; Lazarus, 1982; Petermann, 1997; Stöckli, 1999). Hinsichtlich der Prävalenzen scheint es bei Kindern keine Geschlechterunterschiede zu geben (Boyle et al., 1987; Ginsburg, 1998; Offord et al., 1987). Bei Jugendlichen finden sich mehr sozial ängstliche Mädchen als Jungen (Anderson et al., 1987; Beidel&Turner, 1998; Essau et al., 1998; Inderbitzen & Hope, 1995; Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; Wittchen et al., 1999).

Von einem Anstieg in der Lebenszeitprävalenz der sozialen Phobie berichten Heimberg, Stein, Hiripi und Kessler (2000) in einer epidemiologischen Studie mit 8.098 Personen im Alter von 15 bis 54 Jahren. Sie fanden einen signifikante sukzessive Zunahme der sozialen Phobie in den Jahrgängen 1936-1945, 1946-1955, 1956-1965 bis hin zum Jahrgang der in 1966 bis 1975 Geborenen. Dieser Kohorteneffekt wird besonders für die Gruppe der gebildeten und verheirateten Personen weisser Hautfarbe deutlich, was die Autoren mit einer zunehmenden Ungewissheit über lokale soziale Normen, erschwerten Bedingungen bei dem Aufbau eines sozialen Netzwerks und der wachsenden Bedeutung der Meinung anderer bei Angehörigen der sogenannten Mittelschicht zu erklären versuchen.





## **2. Diagnostisch relevante Aspekte der Entstehung sozialer Ängste**

Die Entstehung sozialer Ängste wird im Allgemeinen als multifaktoriell bedingt angesehen. So stellen sich in den bisher durchgeführten Zwillings-, Familien- und Temperamentsstudien u.a. genetische und biologische Faktoren als vermutlich prädisponierend für die Entwicklung sozialer Ängste heraus (Beidel & Turner, 1997; Cooper & Eke, 1999; Ekselius & Tillfors, 2001; Fyer et al., 1993; Kendler et al., 1992; Mancini et al., 1996; Merikangas et al., 2002; Merikangas et al., 2003; Reich & Yates, 1988; Spinath, 2000; Stein et al., 1998).

Vor allem subklinische Formen der sozialen Angst und Schüchternheit scheinen in Zusammenhang zu stehen mit der sogenannten Verhaltenshemmung („behavioral inhibition“). Diese Temperamenteigenschaft ist ein Reaktionsstil, der sich bei etwa 10-15% der Kinder bereits im Alter von wenigen Monaten manifestieren kann, und sich in Unbehagen, Gehemmtheit und Vermeidung in unbekanntem Situationen äußert (Asendorpf, 1990, 1994; Broberg, Lamb & Hwang, 1990; Kagan, Reznick & Snidman, 1988, 1990). In Familienstudien wurde auch dafür eine genetische Basis deutlich (Julia-Sellers & Johnson, 1991; Kagan et al., 1996). Längsschnittstudien deuten an, dass eine selbstberichtete Verhaltenshemmung in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit einer sozialen Phobie in der Adoleszenz erhöht (Hayward, 1998; Kagan, Reznick & Snidman, 1988; Prior et al., 2000; Schwartz, Snidman & Kagan, 1999).

Eine weitere wichtige Rolle bei der Entstehung sozialer Ängste spielen sowohl inner- als auch außerfamiliäre Lernerfahrungen. So kann ein einmaliges traumatisches Erlebnis z.B. in der Schule durch klassische Konditionierung den Beginn einer sozialen Phobie bedeuten (Stemberger, Turner, Beidel & Calhoun, 1995). Im Sinne der Zwei-Faktoren-Theorie nach Mowrer werden zur Aufrechterhaltung häufig operante Mechanismen wie z.B. elterliche Unterstützung von Vermeidungsverhalten und Modelllernen (Bögels, van Oosten, Muris & Smulders, 2001; Melfsen et al., 2000) zur Erklärung herangezogen. Zudem werden innerfamiliäre Regeln, fa-

miliäre Isolation und die Überbewertung sozialer Normen mit der Entwicklung sozialer Ängste in Verbindung gebracht (Bruch, 1989; Bruch et al., 1989).

Nicht zuletzt können Defizite im sozialen Kompetenzbereich weitere Faktoren zur Entstehung und Aufrechterhaltung darstellen (Fydrich & Bürgener, 1999). Darunter sind Einschränkungen in der „Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen.“ zu verstehen (Hinsch & Pfingsten, 1998). Die Ergebnisse der Studien hierzu sind uneindeutig. In vielen Studien wurden in der Selbst- und Fremdeinschätzung bei Verhaltensübungen wie „Referate halten“ oder „Gespräche beginnen“ bei sozial ängstlichen Versuchspersonen eine geringere Performanz beobachtet (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Halford & Foddy, 1982; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999; Stopa & Clark, 1993; Tran & Chambless, 1995). Andere Studien fanden dagegen keine Unterschiede (u.a. Rapee & Lim, 1992). Unabhängig davon bleibt auch bei konstatierten Unterschieden in der Performanz die Frage der Kausalität offen. Unter Umständen beherrschen sozial ängstliche Versuchspersonen tatsächlich die sozialen Fertigkeiten, die in jener Situation gefordert werden, können sie aber bei starker Angst nicht umsetzen. Man nimmt daher im Allgemeinen an, dass sozial ängstliche Menschen in eine Untergruppe mit und eine ohne Kompetenzdefizit eingeordnet werden können (Margraf & Rudolf, 1999; Stangier & Heidenreich, 1999) und dass soziale Kompetenzdefizite bei Kindern und Jugendlichen bei der Entstehung der sozialen Phobie eine tendenziell größere Rolle spielen als bei Erwachsenen (Rapee & Spence, 2004).

Ein integriertes Modell der Entstehung sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter stellen Rapee und Spence in ihrem Übersichtsartikel von 2004 vor. Sie gehen davon aus, dass der Ursprung der sozialen Phobie zumeist in mehreren allgemeinen genetischen Faktoren begründet liegt, die die Person zu einem gewissen Grad an sozialer Angst prädisponieren, welcher im Folgenden als „Set-Point“ fungiert. Verschiedene Umweltfaktoren üben Einfluss auf die Ausprägung der Angst aus, so dass diese den individuellen Set-point über- bzw. unterschreitet.

Im Rahmen eines umfassenden diagnostischen Prozesses, zur Indikationsstellung und Auswahl geeigneter Interventionen und zur Therapieplanung erscheint es da-

her sinnvoll, die individuellen Entstehungsbedingungen der sozialen Ängste zu inventarisieren. Hier sollten demnach auch Informationen zu einer eventuell positiven Familienanamnese, frühen Temperamentsmerkmalen des Kindes, Erziehungsmethoden und -zielen der Eltern sowie den sozialen Kompetenzen des Kindes eingeholt werden.



### **3. Diagnostisch relevante Aspekte der Aufrechterhaltung sozialer Ängste**

#### **3.1. Modelle**

Zur Aufrechterhaltung sozialer Ängste bestehen unterschiedliche Modelle, die ursprünglich zur Erklärung der sozialen Angst oder Phobie im Erwachsenenalter entwickelt wurden. Sie lassen sich inhaltlich in primär kognitive Modelle und Modelle, die kognitive und behaviorale Prozesse integrieren, einteilen.

Zu den kognitiven Modellen gehört die psychobiologische Theorie nach Trower und Gilbert (1989), welche aus einer evolutionsbiologischen Perspektive Verhaltensweisen aufgrund ihrer Funktionalität hinsichtlich der Regulation der sozialen Ordnung der Gruppe charakterisiert ebenso wie das Informationsverarbeitungsmodell nach Öhmann (1986). Letzteres beschreibt ein genetisch bedingtes die Hierarchie konstituierendes und stabilisierendes soziales Dominanz- / Unterordnungssystem sowie ein vorbewusstes Aufmerksamkeitssystem, welches eine Vielzahl der Umgebungsreize aufnehme, aber nur einen Bruchteil der aufgenommenen Informationen selektiv der bewussten Verarbeitung zuführe. Als bedrohlich eingestufte Stimuli können demnach automatisch affektive Reaktionen hervorrufen und Verhaltensweisen zur Aufrechterhaltung des Systems (z.B. Flucht, Demut) generieren.

Weitere kognitive Modelle stellen die Schema Theorie nach Beck (Beck, Emery & Greenberg, 1985) und das Selbstdarstellungsmodell nach Schlenker und Leary (1982) dar. Die Schema Theorie postuliert einen spezifischen kognitiven Verarbeitungsstil, der bei ängstlichen Personen ständig aktivierte „vulnerability mode“, welcher die Person in ihrer Eigenwahrnehmung als Objekt externer und interner Bedrohungen ohne Möglichkeit der Kontrolle erscheinen lässt. Nach dem Selbstdarstellungsmodell hingegen treten soziale Ängste auf, wenn eine Person einen bestimmten Eindruck hervorrufen möchte und sie gleichzeitig daran zweifelt, dass ihr dies gelingen könnte. Die Angst funktioniert in diesem Fall als eine Art Warnung vor einem möglichen sozialen Ausschluss bei der Vermittlung eines falschen Eindrucks.

Eine Weiterentwicklung der beschriebenen kognitiven Ansätze liefern kognitiv-behaviorale Modelle, wie das integrierte Modell von Rapee und Heimberg (1997), welches auf die Modelle von Beck (Beck, Emery & Greenberg, 1985), Clark und Wells (1995) und Schlenker und Leary (1982) aufbaut.

Die Grundvoraussetzung dieses Modells ist der Wunsch des Menschen, durch seine Mitmenschen positiv bewertet zu werden. Bei einer Person mit sozialer Angst kommen in einer sozialen Situation aber Zweifel auf, diese positive Bewertung zu erlangen. Es besteht bereits die Erwartung einer negativen Beurteilung, welche dazu führt, dass die Aufmerksamkeit auf mögliche Anzeichen von Bedrohung in der Umgebung gelenkt wird. Ebenfalls wird Aufmerksamkeit nach innen gerichtet, weil sich die Person eine Vorstellung darüber machen will, wie sie durch ihre Umwelt in diesem Moment wahrgenommen wird. Diese Vorstellung ist abhängig von internen Informationen (z.B. Wahrnehmung körperlicher Anspannung, Schwitzen), externen Informationen (z.B. Blicke der Anwesenden) und Informationen aus dem Langzeitgedächtnis (z.B. frühere Erfahrungen in ähnlichen Situationen). Der Prozess wird zudem durch kognitive Verzerrungen wie das Unterschätzen der eigenen Performanz sowie das Überschätzen der Sichtbarkeit körperlicher Angstsymptome beeinflusst. Eine potentiell zu Unrecht negative Vorstellung der eigenen Erscheinung wird durch Vermeidung und Sicherheitsverhalten später verstärkt, da diese einer Anpassung an die Realität im Wege stehen.

Des Weiteren macht die Person eine Annahme zu den Erwartungen, die die Umgebung in diesem Moment an sie stellt. Aus dem Vergleich zwischen den vermuteten Erwartungen der Umwelt und der Vorstellung darüber, wie sie selbst gerade wahrgenommen wird, zieht die Person Schlussfolgerungen über die Wahrscheinlichkeit negativer Bewertungen. Je größer die Diskrepanz zwischen den angenommenen Erwartungen und der vermuteten Wahrnehmung desto größer wird die Angst. Die Hauptkomponenten des Modells sind in Abbildung 1 wiedergegeben.

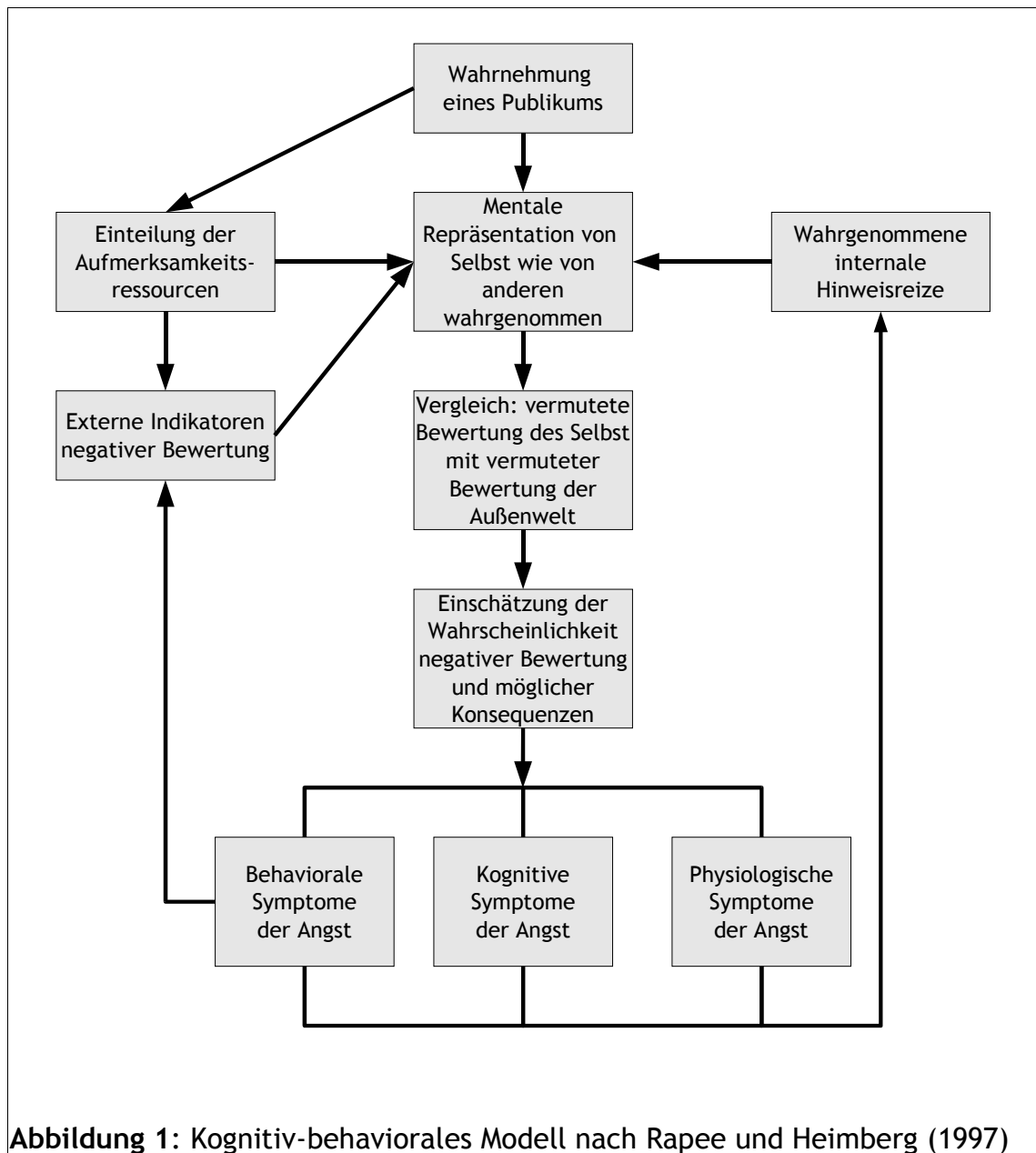


Abbildung 1: Kognitiv-behaviorales Modell nach Rapee und Heimberg (1997)

### 3.2. Empirische Belege

Um die einzelnen Komponenten des kognitiv-behavioralen Modells der Angst zu belegen, wurden bislang diverse Untersuchungen mit erwachsenen Sozialphobikern und sozialängstlichen Kindern und Jugendlichen durchgeführt.

### **Belege für behaviorale Symptome der Angst**

Um Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen mit sozialen Ängsten zu untersuchen, verglichen Beidel, Turner und Morris (1999) 50 Kinder im Alter von 7 bis 13 Jahren mit der Diagnose einer sozialen Phobie mit einer unauffälligen Stichprobe. Im Fremdurteil durch Eltern und Lehrer zeigte sich, dass die sozialphobischen Kinder signifikant häufiger als Einzelgänger beschrieben wurden, sie mehr Zeit mit Aktivitäten ohne Gleichaltrige verbringen, sie insgesamt weniger Freizeitaktivitäten und weniger Freunde haben. Der Befund einer geringeren Anzahl Freunde spiegelte sich ebenfalls im Selbstbericht anderer Studien mit sozialängstlichen Jugendlichen (LaGreca & Lopez, 1998) und Erwachsenen (Montgomery, Haemmerlie & Edwards, 1991) wider.

Beidel, Turner und Morris (1999) liessen zudem die teilnehmenden Kinder über einen Zeitraum von zwei Wochen ein Tagebuch schreiben, in dem sie angstbesetzte Situationen und ihre Reaktion darauf beschreiben konnten. Hier berichteten sie bei 35% der schwierigen Situationen von Vermeidungsverhalten, welches u.a. daraus bestand, Aufforderungen von Eltern zu überhören, bei Gesprächen die Augen zu verbergen, eine Übelkeit vorzutäuschen um sich einer Aufgabe zu entziehen, sich einer Aufgabe gegenüber zu verweigern oder zu warten, bis eine Aufgabe alleine und ohne Beobachtung anderer ausgeführt werden konnte.

Objektivere Erkenntnisse zu Verhaltensauffälligkeiten bei sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter konnten Bokhorst und Mitarbeiter (2001) in ihrer Studie mit Hilfe einer Verhaltensbeobachtung gewinnen. Es zeigte sich bei den 4-7-jährigen Kindern eine signifikante Korrelation zwischen einem hohen Ausmaß an sozialer Angst im Lehrerurteil und der Beobachtung einer geringen Teilnahme an Gruppenaktivitäten auf dem Spielplatz.

### **Belege für kognitive Symptome der Angst**

Die wohl am besten untersuchte Komponente des kognitiv-behavioralen Modells von Rapee und Heimberg ist die kognitive Verarbeitungsebene. Zahlreiche Studien beschäftigten sich mit Auffälligkeiten in der Informationsverarbeitung vor, während und nach angstbesetzten Situation bei erwachsenen Sozialphobikern, welche



mittels Selbstaussagen inventarisiert oder mit Hilfe experimenteller Designs untersucht wurden.

So berichten sozial ängstliche Versuchspersonen u.a. negative Erwartungen an die Situation (Röder & Margraf, 1999; Rapee, 1997) und nach einem Rollenspiel von der Sorge, wie sie von anderen wahrgenommen wurden (Melchior & Cheek, 1993).

Taylor und Wald (2003) verglichen 75 Sozialphobiker mit 93 Patienten mit anderen Angststörungen und fanden bei den Sozialphobikern eine niedrigere Erwartung bezüglich der Häufigkeit angenehmer sozialer Ereignisse und eine höherer Erwartung bezüglich der Häufigkeit unangenehmer sozialer Ereignisse. Bei nicht sozialen Ereignissen zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen. Zudem fanden sie einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Ausprägung der sozialen Angst und der Stabilität und Generalisierung von Attributionen negativer sozialer Ereignisse sowie eine Tendenz zu vermehrten internen Attributionen bei den sozial ängstlicheren Personen.

Auch eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit kann bei sozial Ängstlichen sehr gut nachgewiesen werden (Makris & Heimberg, 1995; Melchior & Cheek, 1993; Woody, Chambless & Glass, 1997). Dass der dahinterliegende Wirkmechanismus nicht spezifisch für sozial-ängstliche Personen ist, zeigten Woody und Rodriguez (2000). Sie induzierten durch den Versuchsaufbau eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit und konnten beobachten, dass die Angst nicht nur bei sozial Ängstlichen, sondern bei allen Versuchspersonen, anstieg. Dieser Effekt erschien sogar unabhängig von der Angst vor negativer Bewertung.

Ebenso wird das Richten der Aufmerksamkeit auf potentielle Bedrohungen in der Umgebung von Ergebnissen verschiedener Studien unterstützt. McNeil und Mitarbeiter (1995) fanden heraus, dass sozial ängstliche Personen ihre Aufmerksamkeit schneller auf sozial bedrohliche Informationen richten im Vergleich zu neutralen oder positiven Informationen als nicht ängstliche Personen. In der Studie von Winton und Mitarbeitern (1995) zeigte sich bei sozial ängstlichen Personen die Tendenz, neutrale Gesichtsausdrücke als negativ zu interpretieren. Die Suche nach bedrohlichen Informationen in der Umgebung sowie weitere kognitive Verzerrungen konnten ebenfalls in einer Stichprobe sozial ängstlicher Studenten nachgewiesen werden (Röder & Margraf, 1999). Die Gruppe mit sozialen Ängsten interpre-

tierte mehrdeutige Situationen generell als bedrohlicher und zeigte ebenfalls einen spezifischen sozialen Bedrohungs-Bias. Zudem schätzten sie die Wahrscheinlichkeit des Eintretens aversiver Ereignisse und deren negativen Folgen deutlich höher ein als eine unauffällige Kontrollgruppe. Der spezifische soziale Bedrohungs-Bias bei sozial ängstlichen Personen in Reaktion auf mehrdeutige Szenarien zeigte sich ebenfalls bei Huppert und Mitarbeitern (2003).

Ein anderes viel beobachtetes Phänomen ist das Unterschätzen der eigenen Performanz (Alden & Wallace, 1995; Halford & Foddy, 1982; Harvey et al., 2000; Makris & Heimberg, 1995; Melchior & Cheek, 1993; Rapee & Hayman, 1996; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993), ebenso wie das Überschätzen der Sichtbarkeit körperlicher Angstsymptome (McEwan & Devins, 1983). Insgesamt zeigt sich, dass sozial Ängstliche ein negatives Bild von sich haben (Beidel, Turner & Dancu, 1985; Halford & Foddy, 1982; Montgomery, Haemmerlie & Edwards, 1991).

Für die Übertragbarkeit des kognitiv-behavioralen Modells der sozialen Angst nach Rapee und Heimberg auf Kinder und Jugendliche sprechen diverse Befunde zu kognitiven Abweichungen bei sozialen Ängsten im Kinder- und Jugendbereich.

So konnten Spence und Mitarbeiter (1999) entsprechende kognitive Verzerrungen auch bei sozialphobischen Kindern und Jugendlichen feststellen. Die 27 von ihnen untersuchten sozialphobischen Kinder von 7 bis 14 Jahren hielten negative soziale Ereignisse tendenziell für wahrscheinlicher und positive für unwahrscheinlicher als die Kinder der Kontrollgruppe. Bei nicht sozialen Ereignissen zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen. Die jungen Sozialphobiker gaben zudem auch bei nicht sozialen Aufgaben trotz gleicher Kompetenzen eine geringere Erfolgserwartung an. Ähnliche Ergebnisse erzielten Magnusdottir und Smari (1999) mit 13-15jährigen sozial ängstlichen Jugendlichen. Diese erwarteten negativere Konsequenzen in sozialen Situationen, schätzten die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen und den Schaden dadurch signifikant höher ein als nicht sozial ängstliche Jugendliche. Auch bei den von Smari und Mitarbeitern (2001) untersuchten 182 Jugendlichen zwischen 14 und 15 Jahren wurde ein Zusammenhang zwischen der sozialen Angst und den selbst eingeschätzten Kosten sowie der Wahrscheinlichkeit negativer sozialer Ereignisse gefunden. Rheingold, Herbert und Franklin (2003) konnten bei 37 sozialphobischen Jugendlichen zwischen 12 und 15 Jahren und einer

Kontrollgruppe belegen, dass eine signifikant höhere Einschätzung der Kosten und der Wahrscheinlichkeit negativer sozialer Ereignisse unabhängig ist von der Ausprägung der Depressivität der Jugendlichen.

Weitere kognitive Verzerrungen fanden Bögels und Zigterman (2000). Sie präsentierten 30 Kindern und Jugendlichen im Alter von 9-18 Jahren mit und ohne Angststörung neutrale Situationen, deren Ausgang antizipiert werden sollte. Es zeigte sich, dass die ängstlichen Kinder und Jugendlichen die Situationen als gefährlicher und ihre eigenen Fähigkeiten damit umzugehen als geringer beurteilten als die nicht ängstliche Gruppe. Eine ähnliche Methode wandten Muris und Mitarbeiter (2000) an. Sie lasen 252 Kindern (8-13 J.) kurze Geschichten vor. Die sozial ängstlichen Kinder bewerteten diese häufiger und nach weniger Informationen als unheimlich als die nicht ängstlichen Kinder. Auch Barrett und Mitarbeiter (1996) zeigten anhand von mehrdeutigen Szenarien, dass eine Gruppe von 152 ängstlichen Kindern zwischen 7 und 14 Jahren die Situationen häufiger als bedrohlich einschätzte als 26 unauffällige Kinder.

Dass negative Kognitionen nicht erst in der Situation sondern bereits antizipatorisch auftreten, zeigten Chansky und Kendall (1997) anhand einer Studie mit 78 Kindern mit und ohne Angststörung im Alter von 9-15 Jahren. Sie zeigten ihnen ein Video, in dem ein spielendes Kind zu sehen war, das angeblich im Nebenraum auf sie wartete. Die Kinder mit einer Angststörung berichteten mehr negative Erwartungen kurz vor dem angekündigten Treffen. Schon zuvor berichteten Kendall und Chansky (1991) von Kindern mit Angststörungen, die vor einer schwierigen Aufgabe (Rede halten) mehr antizipatorische negative Gedanken berichteten als gesunde Kinder.

Andere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen sozialer Angst und Selbstaufmerksamkeit (Mallet & Rodriguez-Tonné, 1999), Übergeneralisierung und Selbstattribution bei Fehlern (Epkins, 1996) sowie Schwierigkeiten in der Dekodierung akustischer emotionaler Signale (McClure & Nowicki, 2001) und in der Interpretation sozialer Situationen (Banerjee & Henderson, 2001) bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen zeigen.

### **Belege für physiologische Symptome der Angst**

Erwachsene Sozialphobiker berichten in angstauslösenden Situationen, signifikant häufiger als unauffällige Kontrollpersonen unter Erröten, Muskelzucken, Zittern, Herzklopfen, Harndrang und Schwitzen zu leiden (Amies, Gelder & Shaw, 1983; Gorman & Gorman, 1987, Turner, Beidel, Dancu & Stanley, 1989).

Diese Befunde konnten in diversen Studien objektiviert werden, bei denen während eines Rollenspiels bei einer Gruppe Sozialphobiker im Vergleich zur Kontrollgruppe ein höherer Blutdruck (Turner, Beidel & Larkin, 1986) bzw. eine signifikant höherer Anstieg der Herzrate und des Blutdrucks (Beidel, Turner & Dancu, 1985) festzustellen war.

Ähnliche Erkenntnisse liegen im Bereich der Forschung über Kinder und Jugendlichen vor. So berichteten in der Bremer Jugendstudie (Essau, Conradt & Petermann, 1998, 2000) 100% der sozialphobischen und 63% der sozialängstlichen Jugendlichen mindestens zwei körperliche Symptome wie Herzklopfen, schwitzen, Atemnot und Zittern bei der Konfrontation mit angstbesetzten sozialen Situationen. Auch diese Selbstaussagen konnten bereits objektiviert werden. Zumindest ein signifikant höherer Anstieg der Herzrate während einer sozialen Aufgabe konnte sowohl bei verhaltensgehemmten Kindern (Kagan, Reznick & Snidman, 1987, 1988), als auch bei sozial phobischen Kindern (Beidel, 1991) gemessen werden.

Insgesamt sprechen die Befunde der bisherigen Forschung für die Gültigkeit des kognitiv-behavioralen Konzepts und seiner drei Komponenten bei soziale Ängsten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Dementsprechend sollte sich auch die Diagnostik sozialer Ängste an den Ebenen der Physiologie, der Kognitionen und des Verhaltens orientieren, um ein vollständiges Bild dieses Phänomens zu liefern. Welche Methoden dazu konkret zur Verfügung stehen, zeigt das folgende Kapitel auf.

## **4. Methoden der Diagnostik**

Da sich allgemeine wie soziale Ängste im Kindes und Jugendalter auf mehreren Ebenen manifestieren und in unterschiedlichen Kontexten verschiedene Ausprägungen und Erscheinungsformen annehmen können, besteht eine umfassende multimodale und multimethodale Diagnostik idealerweise aus einer Kombination mehrerer Verfahren (Döpfner, 2000). Diese sollten sowohl die einzelnen Manifestationsebenen (Physiologie, Kognition und Verhalten) als auch die wichtigsten Umgebungen des Kindes (Familie, Gleichaltrige, Schule) erfassen. Im Folgenden werden diverse diagnostische Methoden vorgestellt.

### **4.1. Verhaltensbeobachtung**

Die Verhaltensbeobachtung ist eine geeignete Methode um vorzugsweise (sichtbare) physiologische und behaviorale Komponenten der Angst zu erfassen. Darüber hinaus können auf diese Art und Weise nicht nur das Auftreten inadäquater Verhaltensweisen (z.B. Vermeidung) und der Mangel adäquater Verhaltensweisen (Fertigkeiten) sondern auch kompetentes Verhalten beurteilt werden. Hierfür wurden z.B. der „Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten“ (BSU, Petermann & Petermann, 1996) und der „Behavioral Avoidance Test“ (BAT, Lang & Lazovik, 1963) entwickelt. Während der BSU für die Beobachtung von Verhaltensauffälligkeiten (u.a. still sein, sprechen, stottern, sich selbst behaupten und eigenständige Aktivitäten) in naturalistischen Situationen konzipiert ist, gibt der BAT eine Rollenspielsituation vor. Er eignet sich primär für die Untersuchung phobischer Verhaltensweisen (Annäherungs- bzw. Vermeidungsverhalten) in unterschiedlichen Anforderungssituationen. Daneben besteht die Möglichkeit, die Fertigkeiten eines Kindes mittels der „Ratingskala für soziale Kompetenzen“ (RSK, Fydrich & Bürgener, 1999) zu beurteilen. Hierzu erhält das zu beobachtende Kind eine Aufgabe; es soll z.B. mit einer unbekanntem gegengeschlechtlichen Person ein dreiminütiges Gespräch beginnen und aufrecht erhalten. Die Beobachter beurteilen auf

einer 5-stufigen Likert Skala („sehr schlecht“ bis „sehr gut“) die verschiedenen Aspekte der sozialen Kompetenz: Blickkontakt (Kontakt korrespondierend mit Sprech-/Zuhörphasen halten), Stimme und Sprache (Modulation, Lautstärke, Sprachmelodie, Betonung), Sprechdauer (in mehreren Sätzen sprechen, keine unpassenden Schweigepausen, dem Partner Zeit lassen sich zu äußern), körperliche Unruhe und Nervosität (Zugewandtheit, entspannt und locker bleiben, Gestik und Mimik) und Konversationsfluss (aufrechterhalten ohne Hilfe des Partners, reagieren, offene Fragen stellen, neue Themenbereiche ansprechen, Interesse zeigen). Es zeigte sich in Untersuchungen zur RSK eine sehr hohe Interrater Reliabilität ( $r = .93$ ) und eine interne Konsistenz von  $\alpha = .72$ . Des Weiteren wurden mittlere bis hohe Korrelationen mit sozialphobische Angstinventaren und geringe Korrelationen mit allgemeinen Angstinventaren gefunden.

Eine Verhaltensbeobachtung eignet sich zur Eingangsdiagnostik von Kindern, die wegen psychischer Auffälligkeiten zur Behandlung angemeldet werden sowie zur Grundlagen- und Therapieforschung. Ein Nachteil dieser Methode ist der enorme zeitliche und personelle Aufwand, welcher den Einsatz dieses Verfahrens an großen Stichproben nahezu unmöglich macht. Weitere Kritikpunkte sind die fragliche Generalisierbarkeit von dem beobachteten Verhalten auf reale Situationen und die oft unzureichende Standardisierung.

## 4.2. Interview

Eine weitere Möglichkeit, systematisch Informationen zur Symptomatik des Kindes zu erheben und auf deren Grundlage eine Diagnose zu stellen, ist das Interview, welches meist mit dem Kind und einem Elternteil getrennt durchgeführt wird. Das im englischsprachigen Raum am weitesten häufigsten eingesetzte Interviewverfahren *Anxiety Disorders Interview Schedule* ist ein semistrukturiertes Interview, basierend auf dem DSM-IV (ADIS; DiNardo & Barlow, 1988, ADIS-IV, Silverman & Albano, 1996). Separate Kind- und Elternversionen erfassen Angststörungen, affektive und externalisierende Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Sie eignen sich zur

Diagnosenbildung und erfassen einen allgemeinen Schweregrad der Erkrankung. Unnewehr, Schneider und Margraf entwickelten 1995 ein strukturiertes Interview (*Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*, DIPS-K) zur Erfassung derzeitiger und früherer psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (6-18 Jahre), welches auf dem amerikanischen ADIS basiert. Die berichteten Symptome werden hier nach Auftretenshäufigkeit bzw. Intensität auf einer Ratingskala beurteilt. Das DIPS-K ist wie das ADIS als Kindversion und als parallele Elternversion erhältlich. Die Reliabilität des Interviews wird durchweg als sehr gut angegeben.

Im englischsprachigen Raum gibt es darüber hinaus das *Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS-PL, Kaufman et al., 1997), ein weiteres halbstrukturiertes Interview, welches die Angaben der Eltern und die des Kindes integriert um aktuelle Diagnosen zu generieren und Erkrankungen in der Vorgeschichte zu erheben. Die Interrater- und Test-Retest-Reliabilität wird auf der symptomalen Ebene als gut, auf der syndromalen Ebene als exzellent angegeben.

Zur spezifischen Erhebung diagnostischer und therapierelevanter Informationen von Eltern sozial ängstlicher Kinder sei der „*Elternexplorationsbogen für sozial unsichere Kinder*“ (Petermann & Petermann, 1996) genannt, welcher mittels 56 Fragen zu Entwicklung und Problematik des Kindes sowie zu bedingenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Symptomatik Informationen aus Sicht der Eltern erhebt. Das Ziel dieses Explorationsbogens ist primär eine horizontale Analyse des Problemverhaltens nach dem SORKC Modell, eine vertikale Analyse der familiären und biographischen Entstehungsbedingungen und eine Erhebung des subjektiven Störungskonzeptes der Eltern. Für den Explorationsbogen gibt es keine Angaben zur Reliabilität und Validität.

Interviews mit Eltern und Kind stellen eine wichtige Methode dar, eine Vielzahl diagnose- und therapierelevanter Informationen zu erheben. Vor allem die Möglichkeit qualitative Daten zu erheben, machen das Interview zu einem festen Bestandteil der Eingangsdiagnostik bei einem Großteil psychotherapeutischer Interventionen. Das hohe Maß an Standardisierung ermöglicht zudem den Einsatz von Interviews in der Forschung, auch wenn -wie bei der Verhaltensbeobachtung- zeitlicher und personeller Aufwand als Schwachpunkte der Methode aufzuführen sind.

### 4.3. Selbstbeschreibungsfragebogen

Eine dritte Methode der Datenerhebung sind Selbstbeschreibungsfragebögen. Zur Erhebung allgemeinspsychiatrischer Auffälligkeiten kann der *Youth Self Report* (YSR; Achenbach & Edelbrock, 1987) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren eingesetzt werden. Er erfasst psychosoziale Kompetenzen des Kindes (Aktivitäten, soziale Kompetenzen, Schule) und problematische Verhaltensweisen und Einzelsymptome. Letztere werden anhand einer dreistufigen Likert-Skala („nicht zutreffend“, „etwas oder manchmal zutreffend“ oder „genau oder häufig zutreffend“) in Hinblick auf die letzten sechs Monate beurteilt. Zur Auswertung können die Subskalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Angst / Depressivität“ zur Skala „Internalisierendes Verhalten“ und die Subskalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ zur Skala „Externalisierendes Verhalten“ zusammengefasst werden. Diese und die weiteren Skalen „Soziale Probleme“, „Schizoid / Zwanghaft“ und „Aufmerksamkeitsstörungen“ ergeben einen umfassenden Gesamtauffälligkeitswert.

Im englischsprachigen Raum bestehen eine Vielzahl Fragebögen, die die allgemeine Angstsymptomatik aus der Sicht des Kindes messen. Hier seien in erster Linie die Fragebögen *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC, March et al., 1997), *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds, 1981; Reynolds & Paget 1981; Reynolds & Richmond, 1978), *Fear Survey Schedule for Children-Revised* (FSSC-R; Ollendick, 1983), *Screen for Child Anxiety Related Emotional disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1997) und das *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger, 1973) genannt. Als deutsche Übersetzung dieser Fragebogenverfahren liegt lediglich das *State-Trait Angstinventar für Kinder* (STAIK; Unnewehr et al., 1992) vor. Für den deutschsprachigen Raum wurden jedoch der *Kinder-Angst-Test* (KAT; Thurner & Tewes, 1975) zur Messung des dispositionellen Ängstlichkeitsgrades (Trait-Angst) bei 9-15-jährigen Kindern und Jugendlichen sowie der *Angstfragebogen für Schüler* (AFS; Wiecekowski et al., 1974) entwickelt. Letzterer erhebt bei Schülern im Alter von 9 bis 17 Jahren ängstliche



Erfahrungen unter den Aspekten „Prüfungsangst“, „Allgemeine (manifeste) Angst“, „Schulunlust“ und „Soziale Erwünschtheit“.

Die im deutschen und internationalem Sprachraum am meisten verbreiteten Selbstbeschreibungsinventare zur speziellen Erfassung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen sind das *Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder* (SPAIK, Melfsen, Florin & Walter, 1999; Melfsen, Florin & Warnke, 2001) und die *Social Anxiety Scale for Children- Revised* (SASC-R-D; Melfsen, 1998; Melfsen & Florin, 1997). Das SPAIK basiert auf der amerikanischen Erwachsenenversion SPAI (Turner et al., 1989) und erfasst kognitive, behaviorale und somatische Aspekte. Anhand einer dreistufigen Likert Skala können 26 Items hinsichtlich ihrer Häufigkeit beurteilt werden. Es eignet sich für den Altersbereich von 8 bis 16 Jahren. Die interne Konsistenz sowie die Reliabilität ist hoch, die Validität ist ausreichend.

Während das SPAIK einfaktoriell ist, besteht die SASC-R-D aus zwei Unterskalen mit je 9 Items, die hinsichtlich ihrer Häufigkeiten mittels einer fünfstufigen Likert Skala eingeschätzt werden. „Fear of Negative Evaluation“ beschreibt Gedanken zur Anerkennung bzw. Ablehnung durch andere, die Items „Social Avoidance and Distress“ listen Situationen auf, welche Angst auslösen oder Vermeidung hervorrufen. Auch dieser Fragebogen basiert ursprünglich auf einem Fragebogen für Erwachsene und kommt aus dem amerikanischen Sprachraum (Watson & Friend, 1969; La Greca et al., 1988; La Greca & Stone, 1993). Die interne Konsistenz und die Reliabilität sind hoch, die Validität ist ausreichend. Sowohl bei SPAIK als auch SASC-R-D fanden sich in entsprechenden Studien keine Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der Schüchternheit durch Klassenlehrer und der Selbstaussage der Schüler. Dies zeigt, dass durch Fremdbeurteilungsinstrumente unter Umständen andere, zusätzliche Informationen zur Bildung eines Gesamtbildes generiert werden können.

Neben den hochstandardisierten Fragebogenverfahren besteht auch die Möglichkeit, das sozial ängstliche Kind Tagebuch führen zu lassen (Beidel et al., 1998) oder seine Kognitionen in Verbindung mit der angstausslösenden Situation zu erheben (Kendall & Chansky, 1991).

Instrumente zur Selbstbeschreibung für Kinder und Jugendliche sind sowohl hochstandardisiert als auch zeitlich und personell ökonomisch. Zudem haben sie einen weiteren offensichtlichen Vorteil: sie erheben die Daten aus Sicht der betroffenen

Person und tragen somit dazu bei, dass das Kind oder der Jugendliche sich ernst genommen fühlt.

#### 4.4. Fremdbeurteilung

Durch die Erhebung der Fremdwahrnehmung unmittelbar beteiligter Personen (Eltern, Lehrer, Erzieher) wird der diagnostische Prozess um eine weitere Perspektive bereichert, sodass über die Selbstbeurteilung des Kindes hinaus eine alternative Sicht auf die Symptomatik ermöglicht wird.

Daher wurden zur Erfassung der Angstsymptomatik bei Kindern und Jugendlichen zu den bereits beschriebenen englischsprachigen Selbstbeurteilungsfragebögen parallele Elternversionen der Fragebögen *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC, March, 1998; March et al., 1997) und *Screen for Child Anxiety Related Emotional disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1997; Birmaher et al., 1999) entwickelt. Die MASC besteht aus 39 Items, die mittels einer vierstufigen Likert Skala beantwortet werden können und in die Subskalen Soziale Angst, Trennungsangst / Panik, Vermeidung von Schaden und körperliche Symptome eingeteilt sind. Die Elternversion des SCARED umfasst 41 Items anhand derer die Eltern die Schwere der Symptome ihrer Kinder für die letzten drei Monate auf einer dreistufigen Likert Skala einschätzen können. Die Items dieses Fragebogens sind in die Subskalen Generalisierte Angststörung, Trennungsangst, Panikstörung, Soziale Phobie und Schulphobie gegliedert. Auch der *Fear Survey Schedule for Children-II* wurde zu einem Elternfragebogen umgewandelt (FSSC-IIP; Bouldin & Pratt, 1998).

Darüber hinaus können Eltern mittels der *Child Anxiety Impact Scale-Parent Version* (CAIS-P, Langley et al., 2004) die Beeinträchtigung durch Angstsymptome in Bezug auf das psychosoziale Funktionieren bei Kindern und Jugendlichen angeben. Dazu stehen 27 Items, sortiert nach Beeinträchtigungen im akademischen, sozialen und familiären Umfeld, zur Verfügung. Die Eltern geben hierzu an, wieviel Schwierigkeiten ihr Kind im letzten Monat aufgrund seiner Angstsymptome hatte, eine bestimmte Aktivität auszuführen.

Zur Erfassung der sozialen Kompetenzen bei Vorschulkindern stehen die Elternfragebögen *Social Competence and Behavior Evaluation-30, Parent Version* (LaFreniere, 1990; Kotler & Mahon, 2002), *Social Skills Rating System for Parents* (SSRS-P; Manz, Fatuzzo & McDermott, 1999), *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters* (MESSY-P; Bell-Dolan & Allan, 1998) zur Verfügung, für ältere Kinder und Jugendliche u.a. das *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham & Elliot, 1990), der *Social Skills Questionnaire-Parent* (SSQ-P; Spence, 1995) und der *Social Competence Questionnaire-Parent* (SCPQ; Spence 1995).

Ein kurzes (10 Items) Screening Instrument für soziale Ängste ist der *Social Worries Questionnaire* (SWQ; Spence, 1995), den es als Eltern-, Lehrer- und Kindversion gibt.

Zur Erfassung der sozialen Ängste von Vorschulkindern wurde der Lehrerfragebogen *Teacher Rating Scale of Social Anxiety-Junior* (TRSA; Bokhorst, Goossens & de Ruyster, 2001) entwickelt.

Im deutschsprachigen Raum ist der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1989) das wohl meist eingesetzte und am besten untersuchte Instrument zur Fremdbeurteilung. Dieser ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist von Achenbach (CBCL, 1991a) für den Altersbereich der 4-18-jährigen. Der erste Teil des Fragebogens erfasst wie der oben beschriebene inhaltlich identische YSR mittels 15 Items die psychosozialen Kompetenzen des Kindes (Aktivitäten, soziale Kompetenzen, Schule). Im zweiten Teil können 120 problematische Verhaltensweisen und Einzelsymptome beurteilt werden. Die Auswertung erfolgt auch hier skalenweise. Der Elternfragebogen kann hochsignifikant zwischen Kindern mit und ohne psychische Störungen unterscheiden. Neben dem Elternfragebogen liegen zur Fremdbeurteilung ein Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Übersetzung der *Teacher Rating Form*, TRF von Doepfner, Berner & Lehmkuhl, 1994) und eine Version für neutrale Beobachter (*Direct Observation Form*; Biesener & Loesel, 1993) vor. Zur faktoriellen Überprüfung der Skalen liegen einheitliche Ergebnisse vor. Es werden ausführliche Normen für die deutsche Fassung angegeben.

Zur Einschätzung der Therapiebedürftigkeit von Kindern zwischen 6 und 12 Jahren gibt es die *Marburger Verhaltensliste* (MVL, Ehlers, Ehlers & Markus, 1978) mit der Subskala „Kontaktangst“. In dieser Liste können erwachsene Bezugspersonen für den Zeitraum von zwei Wochen die Anzahl Tage angeben, an denen bestimmte Verhaltensweisen zu beobachten waren. Innere Konsistenz und Test-Retest Reliabilität für diese Subskala sind gut, die Validität wurde lediglich für den Gesamtwert ermittelt. Ein weiterer bestehender Elternfragebogen speziell zum Thema Schüchternheit wurde von Asendorpf (SSK; *Schüchternheitsskalen für Kinder*; 1992) entwickelt. Er beinhaltet vier Items zur „Gehemmtheit gegenüber fremden Kindern“ und vier zur „Gehemmtheit gegenüber fremden Erwachsenen“ und zeigte eine gute Reliabilität. Aufgrund seiner Kürze ist er aber lediglich als ein Screeningverfahren anzusehen. Ein spezifisches und ausführliches Verfahren zur Messung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht der Eltern besteht derzeit weder im deutschsprachigen Raum noch auf internationaler Ebene.

Fragebogenverfahren sind zeitsparend und finanziell ökonomisch anwendbar. Dies ist v.a. in Forschungsprojekten mit großen Stichproben, aber auch in Institutionen im Rahmen der standardisierten Eingangsdiagnostik von Bedeutung. Im folgenden Kapitel wird auf die Implikationen eines gleichzeitigen Einsatzes diagnostischer Verfahren mittels unterschiedlicher Informanten eingegangen.

## 5. Beurteilerebenen der Diagnostik

Bei Kindern, die unter elektivem Mutismus leiden, ist eine Befragung des Kindes nicht möglich. Hier wird zur diagnostischen Abklärung also ausschließlich auf Aussagen der Eltern Bezug genommen. Doch diese Art der Informationsgewinnung ist nicht nur bei mutistischen Kindern üblich. Die Möglichkeit, neben dem Kindurteil auch das der wichtigsten Bezugspersonen, z.B. der Eltern, zu erfassen, eröffnet neue Fragestellungen. Was bedeutet es, wenn beide Informanten unterschiedliche Angaben machen? Was ist zu tun, wenn die Auswertung beider Angaben zu unterschiedlichen Diagnosen führen? Klein (1991) spekuliert darüber, welche Situationen sich theoretisch ergeben können, wenn parallele Eltern- und Kindurteile erhoben werden. Zum einen könnte die Übereinstimmung zwischen beiden Urteilen so hoch sein, dass sie redundant sind. Zum anderen könnten sich beide Urteile ergänzen, sodass jedes Urteil einzigartige Informationen liefert und beide sich in keinem Punkt widersprechen. Dies wäre der Idealfall, in dem beide Urteile exklusive Informationen liefern und die Diagnostik vervollständigen. Eine dritte Möglichkeit ist gegeben, wenn die Urteile sich voneinander unterscheiden, sodass im Extremfall beide zu unterschiedlichen diagnostischen Entscheidungen führen.

Zu welchen Ergebnissen eine solche „multimethod, multi-informant“ Diagnostik bei den verschiedenen Störungsbildern, Fragestellungen und Verfahren führt, wird in den folgenden Kapiteln über die bisherigen Ergebnisse der Forschung zum „inter-informant-agreement“ zusammengefasst.

### 5.1. Übereinstimmung Elternurteil vs. Lehrerurteil

Es wurden diverse Untersuchungen durchgeführt um zu ermitteln, inwieweit die Urteile zweier Fremdbeobachter -in den meisten Fällen ein Elternteil und ein Lehrer- bezüglich unterschiedlicher Verhaltensauffälligkeiten und Kompetenzen eines Kindes übereinstimmen. Manz, Fatuzzo und McDermott (1999) untersuchten z.B. 859 Vorschulkinder mit dem *Social Skills Rating System for Parents* (SSRS-P) bzw.

for Teachers (SSRS-T) und fanden trotz paralleler Versionen nur schwache Übereinstimmungen ( $r = .07$  bis  $r = .20$ ) für Selbstkontrolle, externalisierendes und internalisierendes Verhalten. Auch Bell-Dolan und Allan (1998) untersuchten die sozialen Kompetenzen von 179 Kindern diesmal mit den parallelen Versionen der *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters* (MESSY-P und MESSY-T). Sie fanden signifikante Korrelationen zwischen  $r = .32$  und  $r = .39$ .

Um die allgemeine Psychopathologie eines Kindes zu erfassen, verglichen Thuppall und Mitarbeiter (2002) die Lehrer- und Elterneinschätzung von 104 ambulanten Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 14 Jahren auf dem *Child and Adolescent Symptom Inventory*. Die Übereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern lag zwischen  $r = .04$  (Manie) und  $r = .25$  bis  $r = .35$  (Störung des Sozialverhaltens, Depression, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten).

Einen bedeutsamen Unterschied in dem Grad der Übereinstimmung zwischen Eltern und Lehrern hinsichtlich externalisierendem und internalisierendem Verhalten scheint es nicht zu geben. So zeigten sich Korrelationen von  $r = .52$  bzw.  $r = .50$  auf den Skalen Aggression und Aufmerksamkeitsprobleme des CBCL und TRF (Halperin, McKay & Newcorn, 2002). Auf den internalisierenden Skalen fanden Chansky und Kendall (1997) eine Korrelation von  $r = .45$ . Sie untersuchten 78 Kinder mit Angststörungen und gesunde Kinder im Alter von 9 bis 15 Jahren zudem mit der *Child Sociability Scale*, welche Schüchternheit, Isolation und Rückzug sowie Akzeptanz und Ablehnung durch Gleichaltrige misst. Hier errechneten sie eine Eltern-Lehrer Übereinstimmung von  $r = .64$ .

Die Erkenntnis, dass Eltern und Lehrerurteil zumindest in manchen Bereichen gut übereinstimmen, ist u.a. für pharmakologische Effektstudien von Belang. Hier vertraute man früher ausschließlich auf Aussagen der Lehrer zur Beurteilung von Veränderungen in hyperkinetischem Verhalten bei Kindern nach einer Medikamentengabe. Dies basierte auf der Annahme, dass gerade Veränderungen im schulischen Alltag Zielvariable der Pharmakotherapie sind und Therapieeffekte daher am besten von Lehrern wahrgenommen werden könnten. Biederman und Mitarbeiter (2004) werteten in einer Metastudie die Ergebnisse von drei Studien mit einem Gesamt N von 1445 aus und schlussfolgerten, dass das Urteil von Lehrern und

das von Eltern hoch übereinstimmen, sodass die Therapieeffekte von beiden Beurteilern gleichermaßen gut bewertet werden können.

Doch welches der Urteile liegt näher an dem des Kindes? Achenbach und Mitarbeiter (1987) versuchten diese Frage zu beantworten und untersuchten in einer Meta-studie 119 Studien zur Übereinstimmung zwischen Eltern- und Lehrerurteil. Sie fanden eine mittlere Korrelation von  $r = .27$ . Die mittlere Übereinstimmung zwischen Eltern und Schüler war noch geringer ( $r = .25$ ), jedoch höher als die zwischen Lehrer und Schüler ( $r = .20$ ). Im Gegensatz dazu fanden Epkins und Meyers (1994), dass die Aussagen von 196 acht- bis elfjährigen Kindern höher mit den Werten des Lehrers auf dem TRF als den Werten des CBCL der Eltern übereinstimmen.

In neueren Studien belegten u.a. Youngstrom, Findling und Calabrese (2003), dass die Frage der Übereinstimmung von mehreren Faktoren abhängt. Sie untersuchten 189 ambulante Patienten im Alter von 11 bis 17 Jahren anhand der Fragebögen CBCL, YSR und TRF. Hinsichtlich der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten zeigte sich bei den Lehrern eine leicht geringere Übereinstimmung zum Kind im Vergleich zu den Eltern ( $r = .53$  vs.  $r = .57$ ). In Bezug auf die internalisierenden Auffälligkeiten zeigte sich bei den Lehrern dagegen eine leicht erhöhte Übereinstimmung zum Kind ( $r = .34$  vs.  $r = .29$ ). Die Übereinstimmung zwischen Lehrer und Eltern lag bei  $r = .58$  (externalisierende Skalen) bzw.  $r = .40$  (internalisierende Skalen). Auch Federer und Mitarbeiter (2001) zeigten, dass der Grad an Übereinstimmung im Vergleich beider Fremdbeurteiler abhängig ist von dem zu beurteilendem Konstrukt. Sie ließen Eltern von 8-jährigen Kindern und deren Lehrer die allgemeine Ängstlichkeit des Kindes sowie dessen Schulleistungen einschätzen. Die Ängste des Kindes konnten von beiden Beurteilern schlecht eingeschätzt werden, von den Eltern noch geringfügig besser ( $r = .15$ ) als von den Lehrern ( $r = .08$ ). Beide Fremdbeurteiler korrelierten kaum miteinander ( $r = .11$ ). Die konkrete Frage nach den Schulleistung des Kindes brachte dagegen mehr Einigkeit in den Urteilen. Hier zeigten sich die Lehrer als überlegen ( $r = .59$ ) gegenüber den Eltern ( $r = .52$ ). Eltern und Lehrer erzielten eine Übereinstimmung von  $r = .58$ .

Ein weiterer Faktor ist das Geschlecht des Kindes. So erreichten in einer Studie von Epkins und Meyers (1994) von 196 Kindern zwischen 8 und 11 Jahren die Jungen eine signifikant höhere Übereinstimmung mit den Lehrern als mit den Eltern für die

Einschätzung von aggressivem Verhalten und depressiver Symptomatik. Bei den Mädchen war die Übereinstimmung mit den Eltern signifikant höher als mit den Lehrern für die depressive Symptomatik.

Es zeigt sich also, dass zwischen den Fremdbeurteilungen von Eltern und Lehrer meist geringe bis mittlere Übereinstimmungen zu finden sind. Die Frage nach der relativen Nähe beider Urteile zur Selbsteinschätzung des Kindes hängt u.a. von Faktoren wie dem Geschlecht des Kindes und dem zu beurteilendem Konstrukt ab. Insgesamt scheint sich eine geringe Überlegenheit des elterlichen Urteils im Vergleich zum Urteil des Lehrers bezüglich der Übereinstimmung mit dem Kind heraus zu stellen.

## 5.2. Übereinstimmung Elternurteil vs. Kindurteil

### Allgemeine Gesundheit und Lebensqualität

Es sind in der Literatur zwei umfangreiche Studien zur allgemeinen Gesundheit und Lebensqualität aus Sicht der Eltern und des Kindes zu finden. Theunissen und Mitarbeiter (1998) untersuchten die Übereinstimmung zwischen 1105 Kindern im Alter von 8-11 Jahren und ihren Eltern hinsichtlich der Aspekte körperliche Beschwerden, Motorik, Autonomie, Kognitive Funktionen, soziale Funktionen, positive Emotionen und negative Emotionen. Es zeigten sich Korrelationen von  $r = .44$  bis  $r = .61$ , wobei die Kinder meist eine geringere Gesundheit angaben als die Eltern. Vergleichbare Ergebnisse fanden Waters und Stewart-Brown (2003). Sie ließen in ihrer epidemiologischen Studie 2096 Kinder (5-18 Jahre) und ihre Eltern den *Child Health Questionnaire* (CHQ) ausfüllen und errechneten Korrelationen von  $r = .42$  bis  $r = .63$ . Auch diesmal waren die Angaben der Kinder negativer, jedoch lediglich für die sozialen und emotionalen Aspekte der Gesundheit, nicht aber für ihren körperlichen Zustand.

### Allgemeine Psychopathologie

Das Spektrum allgemeiner psychischer Verhaltensauffälligkeiten im Kindes und Jugendalter wurde in zahlreichen Studien mittels der *Child Behavior Checklist*



(CBCL) und dem parallelen *Youth Self Report* (YSR) untersucht. Im deutschen Sprachraum verglichen Plück, Döpfner und Lehmkuhl (2000) 1757 Kinder im Alter von 11-18 Jahren und ihre Eltern mittels dieser Verfahren. Die Korrelationen spiegelten einen mittelstarken Zusammenhang zwischen Eltern- und Kindurteil wider. So erreichten die Urteile eine Übereinstimmung von  $r = .46$  für sozialen Rückzug,  $r = .46$  für körperliche Beschwerden,  $r = .47$  für ängstlich / depressive Symptome und ein  $r = .50$  für die internalisierenden Skalen. Diese Ergebnisse entsprechen denen von Sourander, Helstelä und Helenius (1999), die 580 fünfzehn- bis sechzehnjährige Jugendliche untersuchten. Sie fanden für die internalisieren Skalen Korrelationen von  $r = .43$  (Mädchen) bzw.  $r = .45$ . (Jungen). Darüber hinaus fanden sie Werte zwischen  $r = .17$  für die Skala schizoid/zwanghaft bis  $r = .68$  für die Kompetenzskalen. Die Gesamtwert beider Fragebögen korrelierte mit  $r = .45$ . Die Eltern gaben sowohl auf den internalisierenden als auch auf den externalisierende Skalen mehr Symptome an als die Kinder. Im Vergleich der beiden Symptomgruppen zeigte sich bei 189 ambulanten Patienten zwischen 11 und 17 Jahren (Youngstrom, Findling & Calabrese, 2003) eine höhere Übereinstimmung für die externalisierenden ( $r = .57$ ) als für die internalisierenden ( $r = .29$ ) Auffälligkeiten. Dies wird auch von den Daten von 196 Kindern zwischen 8 und 11 Jahren (Epkins & Meyers, 1994) unterstützt, die für aggressive Verhaltensweisen eine signifikante Übereinstimmung von  $r = .38$ , für die ängstlich / depressive Symptomatik lediglich eine nicht signifikante Übereinstimmung von  $r = .11$  fanden.

Tang (2002) untersuchte 139 ambulante Patienten zwischen 11 und 18 Jahren und berechnete nicht die Übereinstimmung (Korrelation) sondern die Unterschiede in den Urteilen mittels Differenzwerten. Sie fand Diskrepanzen zwischen 3.89 Punkte für aggressives Verhalten bis 6.85 Punkte für sozialen Rückzug. Die externalisierenden Skalen ergaben insgesamt weniger Unterschiede zwischen dem Eltern- und Kindurteil als die internalisierenden Skalen.

Eine weitere Möglichkeit, um eine Vielzahl unterschiedlicher Verhaltensabweichungen von Kindern und Jugendlichen zu erheben, ist das strukturierte Interview, welches mit Eltern und Kind separat geführt werden kann. Dies taten u.a. Cantwell und Mitarbeiter (1997) mit 281 Jugendlichen zwischen 14-18 Jahren und ihren Eltern. Die Übereinstimmungen reichten von  $\kappa = .19$  bis  $\kappa = .79$ . Sie waren ex-

zellent für Störungen des Sozialverhaltens und für Anorexia Nervosa, gut für Trennungsangst, AD/HD, Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, Substanzabhängigkeit, Bulimia Nervosa und gering für Depression, Dysthymie, Angst- und Zwangsstörungen, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit und bipolare Störungen. Edelbrock und Mitarbeiter (1986) interviewten ebenfalls 299 Patienten im Alter von 6-18 Jahren und ihre Eltern und unterteilten die berichteten Symptome in Verhaltensprobleme und affektive / Angstsymptome. Sie fanden Übereinstimmungen von  $r = .42$  bzw.  $r = .19$ . In einem Interview speziell zu Angststörungen (ADIS-C und ADIS-P) ermittelte DiBartolo (1998) bei 40 Patienten zwischen 8 und 18 Jahren vergleichsweise hohe Korrelationen von  $r = .64$  für Angst und  $r = .62$  für Vermeidungsverhalten. Auch hier gaben die Eltern wiederum auffälligeren Werte an als die Kinder.

Um die Psychopathologie des Kindes mit Hilfe von Fragebogenverfahren zu erfassen, gaben Thuppal und Mitarbeiter (2002) 104 Patienten das *Youth Inventory* sowie deren Eltern das *Child and Adolescent Symptom Inventory*. Die meisten Korrelationen lagen ca.  $r = .25$ , wobei die Manie mit  $r = .16$  und die generalisierte Angststörung mit  $r = .44$  die Eckpunkte bildeten.

Einen störungsspezifischen Fragebogen untersuchten Johnson und Mitarbeiter (1999) an 367 Schülern zwischen 10 und 18 Jahren. Der *Questionnaire of Eating and Weight Patterns* (QEWP-A und QEWP-P) zeigte nur bei Eltern und Kind gute Übereinstimmungen, wenn keine Auffälligkeiten vorlagen, ansonsten zeigte sich eine geringe Übereinstimmung von  $\kappa = .19$ .

### Depression

Das wohl am ausführlichsten auf sein inter-informant agreement untersuchte Störungsbild ist die Depression. Dies wurde meist mit der parallelen Eltern- und Kindversion des *Children's Depression Inventory* (CDI-C und CDI-P) untersucht. So ermittelten Romano und Nelson (1988) mit 21 depressiven Patienten, nicht depressiven Patienten und gesunden Kindern zwischen 8 und 11 Jahren eine Korrelation von  $r = .74$  zwischen CDI-C und CDI-P. Zudem korrelierte der Wert des CDI-C und die Depressionsskala des CBCL mit  $r = .87$ . Sowohl Kind- als auch Elternurteil konnten signifikant zwischen den drei Gruppen unterscheiden. Epkins und Meyers (1994)

fanden dagegen nur eine Korrelation von  $r = .33$  zwischen dem CDI-C und der CBCL Depressionsskala. Auch Leon, Kendall und Garber (1980) fanden lediglich mittlere Übereinstimmungen zwischen Eltern- und Kindeinschätzung der Depression. Bei Kazdin und Mitarbeitern (1983; 1986) zeigte sich wie bei den meisten Studien, dass die Eltern auffälligere Werte berichteten als die Kinder. Dieser Unterschied in den Gesamtwerten ist nach Fristad und Mitarbeitern (1991) allerdings nur in der depressiven und allgemeinspsychiatrischen nicht aber in der Gruppe der gesunden Kinder signifikant. In ihrer Studie konnten die Werte des CDI-C und CDI-P die 79 depressiven und 49 psychiatrischen Patienten von den 10 unauffälligen Kindern unterscheiden. Im Gegensatz dazu konnte bei Moretti und Mitarbeitern (1985) bei 60 Patienten im Alter von 8 bis 17 Jahren nur der CDI-C und nicht der CDI-P die Kinder mit der Diagnose einer Depression von denen ohne Diagnose unterscheiden.

### Angst

Da zur Messung allgemeiner Ängstlichkeit von Kindern und Jugendlichen bereits eine gewisse Anzahl spezifischer Fragebogenverfahren als parallele Eltern- und Kindversion zur Verfügung stehen, kann auch hier ein Überblick bezüglich bisheriger Forschungsergebnisse gegeben werden. Birmaher und Mitarbeiter (1997) prüften den von ihnen entwickelten Fragebogen *SCARED* hinsichtlich seiner Eltern-Kind Übereinstimmung an 341 Patienten im Alter von 9-18 Jahren mit affektiven bzw. Angststörungen und ermittelten Korrelationen zwischen  $r = .20$  für die soziale Phobie und  $r = .47$  für Trennungsangst und Schulphobie. Die Gesamtwerte korrelierten mit  $r = .33$ . Im Jahr 1999 replizierte Birmaher mit seinen Kollegen die Ergebnisse an 190 Patienten im Alter von 9-19 Jahren mit affektiven bzw. Angststörungen. Nun ergaben sich Übereinstimmungen von  $r = .22$  (generalisierte Angststörung) bis  $r = .39$  (Trennungsangst). Die Gesamtwerte korrelierten diesmal mit  $r = .32$ .

Auch die Elternversion des *State -Trait Angst Inventars (STAIC-PT)* wurde in Bezug auf die Eltern-Kind Übereinstimmung getestet. Dazu verglichen Southam-Gerow, Flannery-Schroeder und Kendall (2002) die Werte von 241 Angstpatienten zwischen 7 und 15 Jahren mit denen ihrer Eltern. Es ergaben sich nur bei den Müttern niedrige, aber signifikante Übereinstimmungen ( $r = .21$  vs.  $r = .13$ ). Die Korrelation zwischen Vater und Mutter lag bei  $r = .60$ . Krain und Kendall (2000) dagegen berechne-

ten die Übereinstimmungen im STAIC von 239 sieben- bis fünfzehnjährigen Kindern mit Angststörung und ihren Eltern nicht nur für Mütter und Väter, sondern auch für Töchter und Söhne getrennt. Die Väter erreichten eine Korrelation von  $r = .13$  mit der Aussage der Tochter und  $r = .31$  mit der des Sohnes. Die Mütter brachten eine Übereinstimmung von  $r = .31$  mit der Tochter und  $r = .28$  mit dem Sohn.

Ein weiterer Fragebogen mit parallelen Versionen ist die *Multidimensional Anxiety Scale for Children*. Wood et al. (2002) ließen in einer Studie zu Validität der MASC 186 Angstpatienten im Alter von 8-17 Jahren und ihre Eltern den Fragebogen ausfüllen und geben an, dass die MASC-P Werte die Werte des MASC-C „closely parallel“. Konkretere Angaben werden leider nicht gemacht.

In einer Untersuchung von 1997 an 78 neun- bis fünfzehnjährigen Kindern mit und ohne Angststörungen setzen Chansky und Kendall die *Social Anxiety Scale for Children* sowohl bei den Kindern als auch bei ihren Eltern ein. Die Eltern beurteilten ihr Kind in beiden Gruppen als ängstlicher und erreichten insgesamt eine Korrelation von  $r = .49$ . Ebenso konnten Langley und Mitarbeiter (2004) für 92 Angstpatienten (4-17 Jahre) eine Korrelation von  $r = .49$  zwischen der Subskala „angstbezogene Beeinträchtigungen im Sozialen Umfeld“ ihrer *Child Anxiety Impact Scale-Parent Version* (CAIS-P) und dem SASC-R finden.

Neben der Korrelation zwischen Eltern- und Kindeinschätzungen ist das Vermögen eines Messinstruments, zwischen verschiedenen Diagnosegruppen bzw. zwischen auffälligen und unauffälligen Personen zu unterscheiden, von erheblicher Relevanz. Dies prüften Kotsopoulos und Walker (1994) an 30 Jugendlichen (16-18j.) mit und an 28 ohne psychische Störung. Während die Übereinstimmung zwischen den elterlichen Angaben der *Revised Behavior Problem Checklist* und dem RCMAS Wert des Jugendlichen für Angst und Rückzug bei  $r = .33$  liegt, zeigte sich, dass nur die Eltern- nicht aber die Selbsteinschätzung signifikant zwischen der psychisch gestörten und der gesunden Gruppe unterscheiden kann. Zum gleichen Resultat kamen Federer und Mitarbeiter (2001). Auch bei den von ihnen befragten 826 Achtjährigen war nur das Elternurteil im Gegensatz zum Urteil des Kindes in der Lage, signifikant zwischen angstauffälligen und unauffälligen Kindern zu unterscheiden.

Die Betrachtung der Diskriminationsfähigkeit der Fragebögen legt nahe, bei der Frage nach der Validität von Elternbefragungen weniger die Übereinstimmung mit

den Aussagen des Kindes, als die Übereinstimmung mit dem fachlichen Urteil eines Psychologen oder Mediziners zu untersuchen. Eine Übersicht bisheriger Forschungsergebnisse zu dieser Thematik wird im folgenden Abschnitt gegeben.

### 5.3. Übereinstimmung Elternurteil vs. klinisches Urteil

Einen systematischen Vergleich zwischen Elternbeurteilung und der Beurteilung eines Therapeuten auf der *Young Mania Rating Scale* (PY-MRS) machten Gracious und Mitarbeiter (2002): für 117 Patienten im Alter von 5 bis 17 Jahren füllten sowohl Eltern als auch Therapeuten den Fragebogen aus und erreichten eine signifikante Übereinstimmung von  $r = .65$ . Leider fand hier kein Vergleich zwischen der Eltern-Therapeuten- und der Kind-Therapeuten Übereinstimmung statt, denn nur diese ermöglicht es zu überprüfen, welche Beurteilung nun näher an die Sichtweise eines fachlich ausgebildeten Beobachter herankommt.

Dieser interessante Vergleich fand u.a. bei Grills und Ollendick (2003) statt. Sie interviewten 165 ambulante Patienten ( $M_{\text{Alter}} = 10.7$  Jahre) und ihre Eltern mit dem ADIS-C und ADIS-P. Sie fanden eher niedrige Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kind ( $\kappa = .09$  für Depression bis  $\kappa = .37$  für generalisierte Angststörung). Die Kappa Koeffizienten für den Vergleich der allein auf dem Kindurteil basierenden Diagnosen mit einem umfassenden klinischen Urteil lagen bereits höher ( $\kappa = .29$  für spezifische Phobien bis  $\kappa = .50$  für die generalisierte Angststörung). Die höchsten Kappa Werte zeigten sich allerdings bei der Übereinstimmung zwischen den Diagnosen, die aufgrund des Elterninterviews gestellt wurden und dem klinischen Urteil ( $\kappa = .38$  für spezifische Phobien bis  $\kappa = .70$  für Aufmerksamkeitsstörungen). Die Autoren sehen in diesen Befunden einen Hinweis darauf, dass Diagnosen auch im therapeutischen Alltag häufiger auf Aussagen der Eltern als auf Angaben des Kindes basieren.

Zu dieser Schlussfolgerung kamen auch Kotsopoulos und Walker (1994). Unter ihren 30 Jugendlichen mit psychischer Störung und 28 gesunden Jugendlichen zwischen 16-18 Jahren zeigte sich ebenfalls, dass die Eltern-Kind Übereinstimmung geringer war als die zwischen dem Jugendlichen und dem klinischen Urteil, und dass diese

wiederum geringer war als die Übereinstimmung zwischen den Eltern und dem klinischen Urteil.

Trotz der scheinbar deutlichen Tendenz der Fachleute, bei der Diagnosestellung im Zweifelsfall eher den Angaben der Eltern als denen des Kindes zu folgen, sollten insbesondere den Aussagen des Kindes, die auf eine klinisch bedeutsame Symptomatik hinweisen, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dafür sprechen sich auch Jensen und Mitarbeiter (1999) aus. Sie interviewten 1285 Kinder im Alter von 9 bis 17 Jahren mit dem *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) und errechneten zwar nur geringe Übereinstimmung zwischen Eltern und ihren Kindern, fanden aber heraus, dass es sich bei den meisten Diagnosen, die auf den Ergebnissen nur eines Interviews beruhen, durchaus um klinisch bedeutsame Diagnosen handelt, unabhängig davon, auf wessen Interview die Diagnose basierte.

#### 5.4. Einflussfaktoren zur Eltern-Kind Übereinstimmung

Bei den sehr unterschiedlichen und teils widersprüchlichen Ergebnissen der aufgeführten Studien stellt sich die Frage, welche Faktoren auf den Grad der Übereinstimmung zwischen Kind- und Elternurteil von Einfluss sind. Auch dies wurde bereits in einer nicht unerheblichen Anzahl Studien untersucht.

##### Alter

Ein naheliegender Faktor ist das Alter des Kindes. Krain und Kendall (2000) fanden in ihrer Untersuchung von 239 Kindern mit einer Angststörung, höhere Übereinstimmungen im Gesamtwert des STAIC zwischen den Eltern und den jüngeren (7-10 Jahre) Kindern als zwischen Eltern und älteren Kindern (11-15 Jahre). Sie erklären es sich dadurch dass in der früheren Kindheit eventuell mehr Kommunikation zwischen Eltern und Kind stattfindet als in Adoleszenz. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Silverman und Eisen (1992), die mit 50 ambulanten Angstpatienten und ihren Eltern das strukturiertes Interview ADIS-C und ADIS-P durchführten. Auch hier war die Übereinstimmung zwischen Eltern und Kind höher für die jüngere (6-11

Jahre) als für die ältere (12-17 Jahre) Gruppe. Dagegen kamen Grills und Ollendick (2003), in einer Untersuchung an 165 Patienten mit demselben Interviewverfahren zu dem Ergebnis, dass die Übereinstimmung nur bei externalisierenden Störungen für die jüngeren Kinder und ihre Eltern höher ist. Bei den internalisierenden Störungen lag die Übereinstimmung der Eltern mit dem Kind der älteren Gruppe höher. Eine generell höhere Übereinstimmung für Eltern und Jugendliche im Vergleich zu Eltern und jüngeren Kindern fanden Birmaher und Mitarbeiter (1999), Edelbrock und Mitarbeiter (1986), Rapee und Mitarbeiter (1994), Reich und Mitarbeiter (1982) und Tang (2002). Der Cut-off Wert lag dabei meist bei 10-12 Jahren. Bei einigen Studien fanden sich überhaupt keine Alterseffekte (Birmaher et al., 1997; Cantwell et al., 1997).

### **Geschlecht**

Ein weiterer viel untersuchter Faktor ist der des Geschlechts des Kindes, des Elternteiles und der Kombination von beiden. Plück, Döpfner und Lehmkuhl (2000) fanden in ihrer Studie zu internalisierenden Auffälligkeiten bei 1757 Kindern im Alter von 11-18 Jahren keinen Geschlechterunterschied bezüglich der Eltern-Kind Übereinstimmung auf den CBCL Skalen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich / depressiv, und internalisierende Auffälligkeiten. Auch Federer und Mitarbeiter (2001) und Birmaher und Mitarbeiter (1997) stellten fest, dass die Übereinstimmung zwischen Kind und Eltern bezüglich allgemeiner Ängstlichkeit geschlechtsunabhängig ist. Ebenso fanden andere Studien keinerlei geschlechtsspezifische Unterschiede (Cantwell et al., 1997; Edelbrock et al., 1986; Piers, 1972; Rapee et al., 1994; Reich et al., 1982; Tang, 2002).

Es gibt aber durchaus auch Hinweise auf den tatsächlichen Einfluss von Geschlecht von Kind und Elternteil und die Kombination von beiden auf den Grad der Übereinstimmung; nicht umsonst hat z.B. Erford (1993, 1998) für seine *Disruptive Behavior Rating Scale -Parent Version* (DBRS-P) für Mütter und Väter getrennte Normen entwickelt.

So zeigte sich bei Angold und Mitarbeitern (1987) die Vater-Sohn Übereinstimmung höher als die Vater-Tochter Übereinstimmung. Gleiches zeichnete sich bei Krain und Kendall (2000) ab. Das Urteil der Väter erreichte hinsichtlich der Selbstaussage

der Tochter nur eine Korrelation von  $r = .13$  während es mit der des Sohnes bei  $r = .31$  korrelierte. Bei den Müttern fand man nur geringe Unterschiede im Grad der Übereinstimmung (mit Tochter  $r = .31$  / mit Sohn  $r = .28$ ).

Ungeachtet der Kombination von Elternteil und Kind fanden Birmaher und Mitarbeiter (1999) bei Mädchen und Eltern eine höhere Übereinstimmung für Panik und somatische Symptome, bei Jungen eine höhere für soziale Phobie. Sourander, Hestelä und Helenius (1999) ermittelten eine höhere Übereinstimmung bei internalisierenden Störungen für Jungen und ihren Eltern im Vergleich zu den Mädchen. Epkins und Meyers (1994) untersuchten 196 Kinder im Alter von 8-11 Jahren. Die Selbstbeurteilungen der Kinder auf den Fragebögen RCMAS, CDI und dem Aggression Inventory wurden mit der durch die Eltern ausgefüllte CBCL verglichen. Die Übereinstimmung beider war für depressive Symptome lediglich für die Töchter signifikant ( $r = .50$ ), für die aggressive Symptomatik alleine für die Söhne ( $r = .41$ ). Ähnlich störungsspezifische Geschlechterunterschiede fanden Grills und Ollendick (2003).

Gottlieb und Bronstein (1996) erhielten von 86 Kindern im Alter von 10 bis 13 Jahren und ihren Eltern Berichte über die Inhalte und die Intensität der Sorgen, die sich die Kinder machen. Sie fanden heraus, dass bei alltäglichen Themen nur die Berichte der Mütter einen signifikanten Zusammenhang zum Bericht des Kindes erreichten, während bei globalen Themen lediglich die Aussagen der Väter eine signifikante Korrelation mit der Kindaussage erreichten.

In der Studie von Seiffge-Krenke und Kollmar (1998) erreichten bezüglich vielfältiger Symptome allgemeiner Psychopathologie lediglich die Angaben der Mütter, nicht aber die der Väter, signifikante Korrelationen mit denen ihrer Kinder.

Der Einfluss von Geschlecht des Kindes, Geschlecht des Elternteils und der Kombination beider auf den Grad an Übereinstimmung zwischen den Aussagen scheint also u.a. von dem zu untersuchenden Konstrukt, darüber hinaus aber scheinbar noch von weiteren bislang unbekanntem Faktoren, abzuhängen.

### **Symptomatik**

Die Art und Intensität der Symptomatik ist demnach ebenfalls ein Faktor, der in die Interpretation von Ergebnissen zur Eltern-Kind Übereinstimmung mit einkalkuliert



werden sollte. Generell wird hierbei angenommen, dass bei externalisierendem Verhalten gegenüber dem internalisierendem Verhalten eine höhere Übereinstimmung erzielt werden kann, da dies meist besser zu beobachten ist und oft konkret an Ereignisse gekoppelt ist. Gegensätzliche Ergebnisse erzielten allerdings Nauta und Mitarbeiter (2004) bei 484 Kindern mit einer Angststörung und 261 gesunden Kindern.

Auch die Schwere und der Beginn der Erkrankung könnten von Einfluss sein. Letzteres wurde allerdings in der Studie von Cantwell et al. (1997) widerlegt.

Herjanic (1997) untersuchte den Einfluss der Art der Symptomatik auf die Eltern-Kind Übereinstimmung genauer bei 307 Kindern zwischen 6 und 16 Jahren und ihren Müttern mit einem strukturierten Interview. Die höchste Übereinstimmung fand sie bei Fragen nach konkreten Inhalten (z.B. Krankenhausaufenthalt), nach ernsteren Ereignissen, die nicht zu übersehen sind (z.B. eine Klasse wiederholen) und Fragen, die nur schwerlich missverstanden werden können. Sehr niedrige Übereinstimmungen ergaben Fragen, die den Beurteiler dazu bringen, eine Entscheidung zu fällen z.B. welches Verhalten als ernst, abweichend oder häufig bewertet werden soll, desgleichen Fragen, die subjektive Informationen erfragen oder vage und missverständlich gestellt sind. Die Autorin suchte ebenfalls nach Gemeinsamkeiten von Fragen, die nur von einem der Beurteiler positiv beantwortet wurden. Es zeigte sich, dass Kinder insbesondere subjektiv erlebte Inhalte wie Ängste, Sorgen, depressive Symptome, Suizidgedanken, somatische Beschwerden, antisoziales Verhalten und psychotische Symptome angeben. Die Mütter dagegen berichteten eher Probleme im schulischen Bereich und unter Gleichaltrigen, welche die Kinder meist nicht als Problem wahrnahmen.

### **Andere Merkmale des Kindes**

Weitere Faktoren, die auf die Übereinstimmung zwischen Eltern und Kindeinschätzung von Einfluss sein können sind u.a. die emotionalen Kompetenzen des Kindes. Meade, Lumley und Casey (2001) erhoben mit Hilfe des *Children's Somatization Index* (CSI-Child / CSI-Parent) den Gesundheitszustand von 92 Kindern im Alter von 10-13 Jahren. Die Übereinstimmung von  $r = .16$  war nicht signifikant. Die Diskrepanz zwischen beiden Beurteilern wurde beeinflusst durch Fertigkeiten des

Kindes, eigene physische und psychische Zustände zu erkennen, zu benennen und zu kommunizieren. Es zeigte sich, dass bessere emotionale Kompetenzen mit einem besseren Gesundheitszustand im Kindurteil und einem schlechteren im Elternurteil korrelierten. Die Autoren erklären dies damit, dass es den emotional kompetenten Kindern scheinbar besser gehe, da sie ihre Gefühle leichter ausdrücken und über Schwierigkeiten sprechen können. Dies verschlechterte aber das Urteil der Eltern, die dadurch nun besser Bescheid wissen über die Probleme ihrer Kinder.

Auch die Ängstlichkeit des Kindes in der Befragungssituation (Federer et al., 2001) verschlechtert die Übereinstimmung.

Zum Einfluss des Selbstwertgefühls des Kindes liegen uneindeutige Befunde vor (Bledsoe & Wiggins, 1973; Crocker, 1995; Schor et al., 1995).

Die schulischen Leistungen des Kindes stehen dagegen nicht in Zusammenhang mit dem Grad an Übereinstimmung zwischen dem Kind und seinen Eltern (Federer et al., 2001).

Obwohl die soziale Erwünschtheit des Kindes als Argument für die Notwendigkeit einer Elternbefragung häufig angeführt wird, gibt es doch relativ wenig Untersuchungen, die sich explizit mit dieser Frage beschäftigen. Dadds, Perrin und Yule (1998) gingen ausführlich der Frage nach dem Zusammenhang zwischen sozialer Erwünschtheit und selbstberichteten Ängsten bei Kindern nach. Sie untersuchten 1786 Kinder zwischen 7 und 14 Jahren mit der RCMAS, die eine Lügenskala beinhaltet. Zudem ließen sie die Lehrer ihre Schüler als ängstlich oder nicht ängstlich einzustufen. Sie fanden keine signifikante Korrelation zwischen der selbstberichteten Angst und dem Wert der Lügen Skala. Frühere Studien zeigen diesbezüglich inkonsistente Befunde: es wurden bereits eine signifikante, aber niedrige Korrelation von  $r = .15$  (Reynolds & Richmond, 1979), eine negative Korrelation (Wilson et al. 1990) und keine Korrelation (Joiner et al., 1996) gefunden. Trotz der mangelnden Assoziationen zwischen eigenem Angstrating und Lügen-Wert zeigte sich bei Dadds, Perrin und Yule eine Interaktion zwischen Angst und sozialer Erwünschtheit hinsichtlich der Übereinstimmung zwischen Kind und Lehrerurteil. Die selbstberichtete Angst korreliert positiv mit der Einschätzung des Lehrers, wobei der Gesamtwert auf der Lügenskala über die selbstberichtete Angst hinaus signifikant zur Vor-

hersage des Lehrerurteils beiträgt. Dieser Effekt konnte nur bei den Mädchen gefunden werden: je höher ihre selbstberichtete Angst und je höher ihre soziale Erwünschtheit, desto eher wurden sie durch ihren Lehrer als ängstlich eingestuft. Ebenso fanden Grills & Ollendick (2003) höhere Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kind v.a. bei internalisierenden Störungen, wenn das Kind eine hohe Tendenz zu sozial erwünschten Antworten hat. Infolgedessen würde also die soziale Erwünschtheit des Kindes die Übereinstimmung zwischen Kind und Fremdbeurteiler noch erhöhen. Bei der geringen Anzahl Studien lässt sich dazu kein abschließendes Fazit ziehen. Zudem ist zu bedenken, dass die Zielvariable der sozialen Erwünschtheit in den Studien unterschiedlich interpretiert werden könnte (Dadds, Perrin & Yule, 1998). Es kommt letztendlich darauf an, welches Verhalten aus der Sicht des Kindes in diesem Moment als erwünscht angesehen wird. Daher ist es möglich, dass z.B. negativ konnotierte Verhaltensweisen wie Vermeidung gerade von sehr angepassten Kindern während der Teilnahme an einem Forschungsprojekt zum Thema Angst eher angegeben werden aus der Annahme heraus, dass diese Antworten von den Forschern erwartet werden.

### **Psychopathologie der Eltern**

Psychische Schwierigkeiten der Eltern werden häufig als Faktor genannt, der die elterliche Einschätzung der Symptome des Kindes verzerren könnte. So argumentieren z.B. Federer und Mitarbeiter (2001), dass die Depressivität der Mutter eine pathologische Wahrnehmung des Kindes als ein Ausdruck depressiver Schuldgefühle („Ich habe versagt, deswegen ist mein Kind ängstlicher“) zur Folge haben könnte.

Einen möglichen Einfluss von psychischen Symptomen der Eltern auf deren Beurteilung des Kindes untersuchten daher Southam-Gerow, Flannery-Schroeder und Kendall (2002). Sie gaben den Eltern von 241 Kindern mit einer Angststörung im Alter von 7-15 Jahren störungsspezifische Fragebögen zu allgemeinen Ängsten und Depressionen und ließen sowohl Kind als auch Eltern die Symptomatik des Kindes einschätzen. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Angst und Depression des Elternteils und dessen Angaben zum Kind. Dagegen entdeckten Moretti und Mitarbeiter (1985) bei 60 Patienten (8-17 J.) einen signifi-

kanten Zusammenhang zwischen der Depressivität der Eltern und der Elterneinschätzung depressiver Symptome des Kindes. Briggs-Gowan und Mitarbeiter (1996) stellen fest, dass Angst neben Depressivität ein unabhängiger Faktor in der Vorhersage des Elternurteils ist. Auch Phares, Compas und Howell (1989) zeigten, dass das Elternurteil durch eine Kombination aus dem Kindurteil und der Symptomatik der Eltern vorhergesagt werden konnte. Treutler und Epkins, (2003) fanden, dass die Symptomatik der Eltern bei Müttern und Vätern einen signifikanten Einfluss auf das Elternurteil bezüglich externalisierender und internalisierender Störungen hat, unabhängig von diversen Aspekten der Eltern-Kind Beziehung. Ebenso stellten Breslau, Davis und Prabucki (1988) fest, dass depressive Mütter in allen Bereichen höhere Werte für ihre Kinder angeben als die nicht depressiven Mütter. Bei den 133 Kindern und ihren Müttern wurden jedoch die Übereinstimmungen von  $r = .74$  für antisoziales Verhalten bis  $r = .24$  bzw.  $r = .35$  für Angststörungen durch die Depressionswerte der Mutter nicht beeinflusst. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die, dass der potentielle Bias der depressiven Mütter konstant ist (z.B. jede Antwort um einen Punkt negativer) sodass sich nichts an der Korrelation der beiden Urteile verändert. Dies Dilemma umgingen Youngstrom, Loeber und Stouthammer-Loeber (2000), indem sie nicht Korrelationen zwischen beiden Urteilen sondern zwischen der Differenz beider und Merkmalen der Eltern untersuchten. Sie konnten damit aufzeigen, dass ein erhöhter Stresslevel und höhere Depressionswerte der Eltern mit größeren Unterschieden in den Urteilen zusammenhängen.

Dass der Zusammenhang zwischen psychischen Merkmalen der Eltern und deren Beurteilung des Kindes vielschichtiger ist, zeigten Krain und Kendall (2000). Laut ihren Ergebnissen erklärt die Depressivität der Mutter einen signifikanten Teil der Varianz in der mütterlichen Beurteilung der Töchter, nicht aber der der Söhne. Bei Vätern fanden sie keinen signifikanten Zusammenhang.

Ivens und Rehm (1988) fanden dagegen allein zwischen der Depressivität des Vaters und der Übereinstimmung zwischen Eltern und klinischem Urteil einen signifikanten Zusammenhang.

Es scheint also einen gewissen Zusammenhang zu geben zwischen psychopathologischen Symptomen, in erster Linie Depressivität und Ängstlichkeit, und dem Urteil der Eltern, insbesondere dem der Mutter. Wie sind diese Befunde nun zu erklären?

Größere Unterschiede in den Fragebogenwerten von psychisch auffälligen Eltern und ihrem Kind heißen nicht unbedingt, dass die Eltern einer verzerrten Wahrnehmung unterliegen. Nach Treutler und Epkins (2003) kann dies auch bedeuten, dass depressive Mütter tatsächlich auffälligere Kinder haben könnten, da ihr Zustand das Kind negativ beeinträchtigt. Es ist andersherum genauso denkbar, dass Verhaltensauffälligkeiten des Kindes die Depressivität der Mutter verstärken. Beide Varianten könnten die Ergebnisse von Fristad und Mitarbeiter (1991) erklären. Sie stellten fest, dass in ihrer Studie nur bei den auffälligen Kindern die Werte der Eltern einschätzung deutlich höher liegen als die Kindeinschätzung. Sie fanden zudem, dass die Eltern von ihren Patienten oft ebenfalls in psychiatrische Behandlung sind. Richters (1992) untersuchte die Gültigkeit der sogenannten „depression-distortion Hypothese“ anhand der Ergebnisse von 22 Studien, die zu diesem Thema zwischen 1967 und 1990 veröffentlicht wurden. Er prüfte die Aussagen der Autoren hinsichtlich folgender Kriterien, welche aus seiner Sicht als notwendige Voraussetzungen anzusehen sind, um die Hypothese zu unterstützen: 1. Werden bei depressiven Müttern größere Unterschiede zwischen Elternurteil und dem Urteil eines anderen Beobachters berichtet anstelle von reinen Korrelationen zwischen der Depressivität der Mutter und ihrer Beurteilung des Kindes? 2. Wird gezeigt, dass dieses Elternurteil gegenüber dem Urteil des anderen Beobachters unterlegen ist? Es zeigte sich, dass keine der Studien diese Kriterien zu erfüllen vermochte. Richters schlussfolgert daraus, dass auf Grundlage der untersuchten Studien trotz anders lautender Aussagen der Autoren kein Beleg für die „depression-distortion Hypothese“ vorliegt. Er deutet dabei aber auf die methodischen Mängel der beschriebenen Studien hin und betont „absence of evidence, however, should not be confused with evidence of absence“.

Youngstrom, Izard und Ackerman (1999) reagierten auf Richters methodische Kritik und entwarfen ein Untersuchungsdesign nach seinen Anforderungen. Sie ließen 137 Mütter Videoaufzeichnungen des eigenen und eines fremden Kindes beurteilen und verglichen deren Urteile mit denen unabhängiger Beobachter. Sie fanden größere Unterschiede zwischen dem Urteil der Mütter und dem der anderen Beurteiler bei den depressiveren Müttern hinsichtlich der negativen Verhaltensweisen und Emotionen sowohl beim eigenen als auch beim fremden Kind. Sie erklären diese Be-

funde im Sinne eines „Appraisal“ Prozesses, innerhalb dessen der affektive Zustand der Mutter eine selektive Aufmerksamkeitslenkung auf emotional kongruente Verhaltensweisen des Kindes verursacht.

### **Andere Merkmale der Eltern**

Auch Merkmale der Eltern wurden auf ihren Einfluss auf den Grad der Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kindeinschätzung hin untersucht. Der Bildungsstand der Eltern scheint keinen Einfluss zu haben (Cantwell et al., 1997; Federer et al., 2001), während ein niedriger sozial-ökonomischer Status zumindest mit mehr Diskrepanzen zwischen Vater und Mutter (Duhig et al., 2000) und einer niedrigeren Übereinstimmung mit dem Kind (Waters & Stewart-Brown, 2003) assoziiert ist.

### **Eltern-Kind Beziehung**

Als weitere Faktoren, die die Übereinstimmung zwischen den Aussagen des Kindes und der elterlichen Einschätzung beeinträchtigen können, werden unterschiedliche Aspekte der interfamiliären Beziehung aufgeführt. So verringern Konflikte oder Stressoren innerhalb der Familie, weniger Kommunikation untereinander und Verständnis für die Motive des Anderen sowie weniger Aufmerksamkeit für Symptome des Kindes die Übereinstimmung (Grills & Ollendick, 2003). Auch erreichen allein-erziehende Mütter eine geringere Übereinstimmung als gemeinsam erziehende Eltern (Langhinrichsen et al., 1990).

Dahingegen wird sie durch die Akzeptanz seitens der Eltern, die Intensität der Eltern/Kind Konflikte, die Dauer der gemeinsam verbrachten Zeit, die Anzahl Themen, die miteinander besprochen werden und familiäre Kohäsion erhöht (Langhinrichsen et al., 1990; Treutler & Ekins, 2003).

## **5.5. Vorteile eines Elternfragebogens**

Wie angesichts der aufgeführten Befunde deutlich wird, zeigt sich meist eine mittlere Übereinstimmung zwischen den Urteilen von Kind und Eltern. Dies bedeutet, dass sich beide Parteien über manche Fragen einig sind, andere Fragen aber

widersprüchlich beantworten. Bei Unstimmigkeiten zwischen Eltern- und Kindurteil stellt sich jedoch nicht die Frage nach der „Wahrheit“: wer hat denn nun Recht? Unstimmigkeiten sind u.a. die Folge unterschiedlicher Perspektiven. Nach Waters und Stewart-Brown (2003) tragen unterschiedliche Beobachter (z.B. Eltern, Lehrer, Kind) unterschiedliche, aber gleichwohl valide Informationen bei. Sie argumentieren, dass manche Verhaltensweisen situationsabhängig sind; z.B. kann ein Kind im Familien- und Bekanntenkreis sehr selbstbewusst auftreten, aber unter Gleichaltrigen in der Schule sozialängstliches Verhalten zeigen. Niedrige Übereinstimmungen -selbst wenn sie sich als statistisch signifikant herausstellen- zeigen demnach, dass mehrere Urteile einander nicht ersetzen können, sondern sich gegenseitig ergänzen (Higa, Daleiden & Chorpita, 2002). Die Situationsbedingtheit spezifischer Verhaltensweisen erklärt Unterschiede in Beurteilungen verschiedener Fremdbeurteiler, nicht aber die zwischen Selbst- und Fremdbeurteiler. Schließlich erlebt sich das Kind ja -im Gegensatz zu jeglichem Fremdbeurteiler- in allen Situationen und müsste daher viel besser als seine Eltern oder andere über seine gesamten Verhaltensweisen sowie Gedanken und körperlichen und emotionalen Zustände Auskunft geben können. Dem widersprechen zahlreiche Autoren. Die Selbstbeurteilung des Kindes ist hinsichtlich seiner Validität und Reliabilität einer Vielfalt an Kritikpunkten ausgesetzt. Ein entscheidender Aspekt hierbei ist die Bedeutung der sozialen Erwünschtheit in Bezug auf manche Antworten des Kindes. Gerade sozial unerwünschte Themen wie Angst, Vermeidung, Schwitzen u.ä. unterliegen verstärkt der Neigung zur Dissimulation. Schon im frühen Alter formen sich Kinder einen Eindruck darüber, welche Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen positiv (z.B. mutig, selbstbewusst, clever) und welche negativ (z.B. schwächlich, minderwertig, feige) bewertet werden. Da jeder Mensch und gerade ein Mensch mit sozialen Ängsten darauf bedacht ist, einen guten Eindruck zu hinterlassen, werden Aussagen, die negative Bewertungen nach sich ziehen können, unter Umständen abgeschwächt oder gar ganz verneint (DiBartolo, 1998). Bernstein und Mitarbeiter (1996) berichten z.B., dass Jugendliche im Anxiety Rating for Children (ARC-R) ihre psychischen Symptome herunterspielen während sie die physiologische Symptome zuverlässig angeben. Auch Pina, Silverman, Saavedra und Weems (2001) konnten einen Zusammenhang zwischen der Tendenz zu sozial erwünschten Ant-

worten und der Ausprägung der Angst von psychiatrisch behandelten Kindern aufzeigen. Den negativen Einfluss dieser Antworttendenz auf den Wahrheitsgehalt der Aussagen konnten Klesges und Mitarbeiter (2004) anhand von Untersuchungen zum Essverhalten und körperlicher Aktivität belegen. Es ist anzunehmen, dass diese Neigung zur Dissimulation bei dem betroffenen Kind stärker ausgeprägt ist als bei seinen Eltern, die in den meisten Fällen wohl die Initiatoren zur diagnostischen Vorstellung des Kindes sind und demnach daran interessiert sind, dem Kind eine Behandlung zu ermöglichen. Dies ist auch ein Grund dafür, dass Fragebögen von Eltern, die ja das Kind anmelden, zur Behandlung fahren und diese durch eigenes Engagement im Idealfall unterstützen, eine hohe ökologische Validität haben (Southam-Gerow, Flannery-Schroeder und Kendall, 2002; Youngstrom et al., 2001). Zudem wird ein Kind, welches mit der Vorstellung zur Diagnostik nicht einverstanden ist oder nur widerwillig daran teilnimmt, potentielle Probleme bewusst verleugnen, um eine spätere Behandlung zu umgehen (Tang, 2002).

Eine weitere Unklarheit besteht bezüglich der Fähigkeit von gerade jüngeren Kindern, emotionale Zustände wie Sorgen und Ängste sowie Kognitionen als solche einzuordnen und diese zu verbalisieren, und dem Vermögen, retrospektive Angaben über Details wie Dauer, Beginn und Schweregrad von Symptomen zu machen und Metakognitionen zu formulieren (Alfano, Beidel & Turner, 2002; Southam-Gerow, Flannery-Schroeder & Kendall, 2002).

Tong (2002) untersuchte in ihrer Studie mit 139 ambulanten Patienten im Alter von 11-18 Jahren die Validität von Eltern- und Kindurteilen hinsichtlich emotionaler Probleme und Verhaltensauffälligkeiten. Es zeigte sich, dass die Belastungen der Eltern keinen Einfluss auf die Diskrepanzen zwischen den Urteilen hatten, während zunehmende soziale Beeinträchtigungen des Kindes größere Unterschiede zum Elternurteil zur Folge hatten. Sie schlussfolgert aus diesen Ergebnissen „children may not be the best judge of their emotional and behavioral state“, da ihr Urteil durch psychische Faktoren offensichtlich leichter zu beeinflussen ist als das der Eltern. Zu einem ähnlichen Fazit kamen Manassis, Mendlowitz und Menna (1998), die diskrepante Urteile von Kindern und ihren Eltern auf Unterschiede im Umgang mit der Angst zurückführen. Die Angabe von Angstsymptomen seitens des Kindes sei



somit durch ein vermindertes Selbstwertgefühl und eine depressive Denkweise beeinflusst.

Darüber hinaus bringen Eltern bestimmte wertvolle Kompetenzen in ihre Beurteilung mit ein, die Kinder und Jugendliche meist nicht oder noch nicht in dieser Ausprägung haben. Eltern können aufgrund ihrer Erfahrungen z.B. besser einschätzen, welche Verhaltensweisen des Kindes als normal und altersgerecht anzusehen sind und ab wann etwas pathologisch zu nennen ist (Kramer et al., 2004). Auch kennen sie die Entwicklung des Kindes und können dessen aktuellen Zustand vor dem Hintergrund der gesamten psychiatrischen Vorgeschichte der Familie betrachten und besser einordnen. Kashani und Mitarbeiter (1985) nehmen an, dass ein Grund für Unstimmigkeiten zwischen Eltern und Kind eine unterschiedliche Grundannahme ist über z.B. die Frage, ab wann eine bestimmte Verhaltensweise überhaupt nennenswert ist.

Einen weiteren Aspekt bringt Rosenbaum (1990) ein mit seiner Feststellung: „Children represent a moving target for measurement“. Seiner Erfahrung nach können sich Fertigkeiten und Einstellungen des Kindes kurzfristig aufgrund natürlicher Entwicklungsprozesse ändern. Jedoch verschlechtern Fragebogenergebnisse, die zu Follow-Up Zwecken zu einem späteren Zeitpunkt erhoben werden, die Reliabilität von Erhebungsinstrumenten, wenn sie teilweise durch diesen Reifungsprozess verändert sind. Dies wird von Studien zur Lebensqualität von 228 Kindern mit Asthma und 296 gesunden Kindern im Alter von 8-12 Jahren (leCoq et al., 2000) belegt. Bei dem untersuchten Fragebogen zur Lebensqualität *How Are You* (HAY) zeigte die Elternversion eine größere Änderungssensitivität als die parallele Kindversion. In der Forschung kann sich diese Problemstellung relativ einfach durch eine Kontrollgruppendesign lösen. In der psychotherapeutischen Praxis oder aber bei Langzeitstudien, die aus finanziellen oder ethischen Gründen keine Kontrollgruppe in die Datenerhebung miteinbeziehen können, empfiehlt Rosenbaum daher den Einsatz von den valideren und reliableren Elternfragebögen anstelle von Selbstbeurteilungsfragebögen zur Messung von Veränderungen.

Aus mehreren Gründen ist die Erhebung des Elternurteils darüber hinaus anderen Fremdurteilen in ihrer Bedeutung für die Diagnostik überlegen. So bieten sich den Eltern im Normalfall regelmäßige Möglichkeiten zur Interaktion mit dem Kind in

verschiedenen Settings. Weil sie einen Großteil des Alltags miteinander verbringen, können u.a. Verhaltensweisen mit einer niedrigen Base Rate (z.B. Suizidversuche) besser durch Eltern als z.B. Erzieher oder Lehrer beurteilt werden.

Ein weiteres Argumente, das für die Erfassung der Einschätzung der Eltern spricht, ist die Tatsache, dass die Wahrnehmung des Kindes durch die Eltern Einfluss auf das System der Familie hat (Tobing & Glenwick, 2002). Hier geht es um die individuelle Einstellung des Elternteils zum Kind, welche als solche natürlich auch Auswirkungen auf das Verhalten gegenüber dem Kind und anderen Familienmitgliedern hat. Die Frage, ob Eltern bestimmte Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen als normal oder übertrieben ansehen, ob sie darin Probleme sehen und sich Sorgen machen, drückt sich im Erziehungsverhalten aus. Somit hat die Wahrnehmung der Eltern als moderierender Faktor direkten Einfluss auf die Ängste des Kindes. Dies erkannten auch Humphreys und Ciminero (1979), die der Meinung waren, dass Elternfragebögen das einzige Mittel seien, um zu erheben, ob sich nach einer therapeutischen Behandlung des Kindes auch die Einstellung der Eltern verändert hat. Da die Wahrnehmung der Eltern Einfluss auf die Interaktion innerhalb der Familie habe sei sie gleichzeitig sekundäres Ziel der Intervention.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass eine „multimodal and multi-informant“ Diagnostik nach dem heutigen Forschungsstand mittlerweile „state of the art“ ist: unterschiedliche Arten der Datenerhebung (Interview, Fragebögen, Verhaltensbeobachtung) mittels unterschiedlicher Informanten (Kind, Eltern, Lehrer, Therapeut), die in verschiedenen Settings miteinander interagieren, ergeben ein annähernd vollständiges diagnostisches Bild (Bell-Dolan & Allan, 1998; Birmaher et al. 1999; DiBartolo, 1998; Federer et al., 2001; Gimpel & Kuhn, 1998; Grills & Ollendick, 2003; Hodges et al., 1989; Kashani et al., 1985; Klein, 1991; Krain & Kendall, 2000; Meade, Lumley & Casey, 2001; Passarello et al., 1999; Petermann & Petermann, 2000; Spence, 2003; Thuppal et al. 2002; Youngstrom et al., 2001). Esser kommt daher in seinem Lehrbuchbeitrag zur multimethodalen Diagnostik (2002) sogar zu dem Fazit, dass „die meisten Eltern auch bei internalisierenden Störungen wegen ihrer stabileren Urteilsstruktur bis zur Adoleszenz die verlässlicheren Informanten“ seien.

## **6. Ziele dieses Forschungsprojektes und Fragestellungen**

### **6.1. Ziel**

In den vorangegangenen Kapiteln wurde deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen häufig Ängste vorliegen, welche bei manchen von ihnen eine klinisch bedeutsame Ausprägung annehmen und dann zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen im schulischen bzw. beruflichen, aber auch privaten Bereich, mit sich bringen können. Eine rechtzeitige Erfassung dieser Ängste ermöglicht frühe Interventionen um einer Störung der kindlichen Entwicklung sowie einer potentiellen Folgesymptomatik zuvor zu kommen. Dies erfordert jedoch einen umfassenden und ausführlichen diagnostischen Prozess, welcher die Ängste auf mehreren Ebenen, in verschiedenen Kontexten und aus der Sicht unterschiedlicher Beobachter erfassen soll. Allein diese Form der multimethodalen Diagnostik ist unter der Berücksichtigung unterschiedlicher Beurteilerebenen in der Lage, ein detailliertes und zugleich „mehrdimensionales“ Bild über den psychischen Zustand des Kindes zu erschaffen. Aus den vorangegangenen Kapiteln wurde ersichtlich, dass dieses Idealbild der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen nur bei manchen Störungen und in eingeschränkten Bereichen umgesetzt werden kann. Gerade zur Erfassung der Perspektive der Eltern besteht im deutschen Sprachraum bislang kein Verfahren zur Messung von allgemeinen Ängsten und auf internationalem Gebiet kein Instrument zur Erfassung speziell sozialer Ängste.

Das Ziel dieses Forschungsprojektes ist daher eine Erweiterung der Diagnostik sozialer und allgemeiner Ängste bei Kindern und Jugendlichen um zwei psychometrische Fragebogenverfahren zur Fremdbeurteilung durch die Eltern.

Dazu soll ein neuer Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter auf Grundlage eines kognitiv-behavioralen Modells entwickelt und anhand einer umfangreichen Stichprobe auf seine Validität und Reliabilität hin überprüft werden.

Ferner soll ein bestehender Elternfragebogen zu allgemeinen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen ins Deutsche übersetzt werden und anschließend in Bezug auf seine Gütekriterien untersucht werden. Für beide Messverfahren soll eine Normierung stattfinden.

Ein weiteres Anliegen dieser Studie ist eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den Aussagen der Eltern und denen des Kindes. Hier soll der Grad an Übereinstimmung zwischen den Aussagen und der Zusammenhang dessen mit unterschiedlichen Faktoren ermittelt werden.

## 6.2. Methodik

Die Elternfragebögen sollen in einer umfangreichen Stichprobe eingesetzt werden und teststatistisch untersucht werden. Die Stichprobe wird aus vorhandenen Gruppen bestehen, welche in Bezug auf Wohngebiet, Bildungsstand und soziale Herkunft weitestgehend gleichwertig zusammengestellt sind. Dazu werden in zwei Gebieten innerhalb von Nordrhein-Westfalen (Niederrhein und Siegerland) Schulen kontaktiert, die sich in dörflicher Umgebung oder aber im Stadtbereich befinden. Aus Gründen der Repräsentativität werden Schulen in kirchlicher oder privater Trägerschaft sowie Schulen mit besonderen pädagogischen Konzepten (Waldorf, Montessori etc.) von der Datenerhebung ausgeschlossen. Alle Eltern, deren Kinder die teilnehmenden Schulen besuchen, erhalten von ihren Kindern Informationen zum Forschungsprojekt sowie Exemplare der eingesetzten Messverfahren. Die Teilnahme ist freiwillig und wird durch eine Verlosung von Sachpreisen unter den Schülern honoriert.

In der Entwicklungsphase des Elternfragebogens zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen werden zum Zwecke der schrittweisen Itemselektion für jedes Item Schwierigkeitsindex und Trennschärfe (Produkt Moment Korrelationen, part-whole korrigiert) berechnet. Es gelten nach den Kriterien von Fisseni (1997) ein Schwierigkeitsindex von  $P > 80$  und eine Trennschärfe von  $r < .30$  als kritisch. Es sollen mittlere Inter-Item-Korrelationen in dem von Briggs und Cheek (1986) vorgeschlagenen Akzeptanzbereich von .20 bis .40 angestrebt werden, um eine hinreichende Zuverlässigkeit zu gewähren ohne dabei das inhaltliche Spektrum des zu untersuchenden Konstrukts durch übermäßige Redundanz einzuschränken.

Dazu sollen T-Tests für gepaarte bzw. zwei unabhängige Stichproben Aufschluss geben über die Eignung unterschiedlicher Item- und Antwortformate. Eine an das theoretische Modell angelehnte Skaleneinteilung des Elternfragebogens soll durch die Ergebnisse einer obliquen Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation und Kaiser Normalisierung erfolgen. Da die hypothetisierten Skalen jeweils unterschiedliche Komponenten eines gemeinsamen Konstrukts „Soziale Ängstlichkeit“ repräsentieren sollen, ist davon auszugehen, dass die Faktoren untereinander korrelieren, was gegen eine orthogonale Rotation spricht. Zuvor wird die Eignung der Stichprobe auf ihre faktoranalytische Untersuchung hin anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizienten, des Bartlett Tests auf Spharizität und der MSA Koeffizienten der Anti-Image Matrizen geprüft. Da nach Meinung diverser Autoren (Gorsuch, 1983; Zwick & Velicer, 1986) die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren durch das Kaiser-Guttman Kriterium in der Regel überschätzt wird, soll zusätzlich der Scree-Test nach Cattell (1966) sowie eine Parallelanalyse nach Horn (1965) erfolgen.

Die interne Konsistenz des Fragebogen und seiner Skalen wird durch den Cronbach's alpha Wert bestimmt.

Sobald der Elternfragebogen zu sozialen Ängsten eine zufriedenstellende faktorielle Validität aufweist, soll dieser und der übersetzte Elternfragebogen zu allgemeinen Ängsten auf ihre Rohwerteverteilung hin überprüft werden. Anhand von Q-Q Diagrammen und einem Kolmogorov-Smirnov-Test sollen die Items auf Vorliegen einer Normalverteilung und die Gesamtwerte auf eine bivariate Normalverteilung nach den Standards (Schiefe  $< 2$  und Exzess  $< 7$ ) von West, Finch und Curran (1955) getestet werden.

Anschließend soll die angenommene Faktorenstruktur durch eine Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation und Kaiser-Normalisierung sowie konfirmatorischen Faktoranalysen untersucht werden.

Für die deutsche Version des State-Trait-Anxiety-Inventory for Children - Parent Form - Trait Version soll ebenfalls eine faktoranalytische Untersuchung vorgenommen werden, um das von Spielberger postulierte eindimensionale Konstrukt der Traitangst zu überprüfen. Hierzu wird eine Hauptkomponentenanalyse genutzt und eine rotierte Lösung betrachtet, welche - sollte die Faktorenstruktur über das eindimensionale Konzept hinaus gehen - eine bessere Interpretation ermöglicht. Es wird dabei auf die orthogonale Rotationsmethode Varimax zurückgegriffen, da gemäß der theoretischen Grundannahme des Fragebogens keine korrelierten Faktoren zu erwarten sind.

Gruppenspezifische Unterschiede in den Werten beider Fragebögen werden im Rahmen von parametrischen (T-Test für unabhängige Stichproben, univariate Varianzanalysen) und non-parametrischen (Kruskal-Wallis-Test) Testverfahren auf ihre Signifikanz überprüft. Die diskriminante und konvergente Validität der Messverfahren wird mit Hilfe bereits bestehender diagnostischer Verfahren zur Fremdbeurteilung belegt. Hierzu werden Produkt Moment Korrelationen sowie Korrelationen nach Spearman-Rho berechnet. Eine weitere Validierung der Ergebnisse beider Fragebögen erfolgt durch den Vergleich mit den Aussagen des Kindes auf Selbstbeschreibungsfragebögen zu allgemeiner bzw. sozialer Angst. Die Werte dieser Selbstbeschreibungsfragebögen dienen ebenfalls zu einer Untersuchung des Übereinstimmungsgrades zwischen Eltern und Kind wie einer Prüfung potentieller Einflussfaktoren. Die Übereinstimmung wird im Sinne einer Korrelation oder bei parallelen Verfahren mittels Differenzwerten operationalisiert. Letztere werden im T-Test für unabhängige Stichproben und Kruskal-Wallis-Test analysiert.

Die zeitliche Stabilität der Ergebnisse beider Messverfahren wird mittels einer sechswöchigen Nacherhebung angezeigt. Hierbei wird eine Test-Retest-Reliabilität von  $r \geq .80$  angestrebt. Der Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen sowie der Elternfragebogen zu allgemeinen Ängsten im Kindes und Jugendalter wird zuletzt durch Prozentränge normiert.

### 6.3. Fragestellungen und Hypothesen

1) Lässt sich auf Grundlage des kognitiv-behavioralen Modells zur Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer Ängste ein für diagnostische Zwecke geeigneter Elternfragebogen für Kinder und Jugendliche entwickeln?

→ H<sub>1</sub>: Der *Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen* (ESAK) ist in der Lage, die Elterneinschätzung der sozialen Angst ihres Kindes hinsichtlich aller drei Komponenten (fremdberichtete Kognitionen, physiologische Anzeichen und Verhaltensauffälligkeiten) der Angstsymptomatik zu erfassen.

Dies zeigt sich an

- a) einem positiven Zusammenhang zwischen dem ESAK und den internalisierenden Skalen, insbesondere der Subskala „ängstlich / depressiv“, des Elternfragebogens *Child Behavior Checklist* (CBCL).
- b) einem geringen Zusammenhang zwischen dem ESAK und den externalisierenden Skalen des Elternfragebogens *Child Behavior Checklist* (CBCL).
- c) einem positiven Zusammenhang zwischen dem ESAK und den Selbstbeschreibungsfragebögen *Social Anxiety Scale for Children* (SASC) und *State Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC).
- d) einem signifikanten Unterschied in den Werten des ESAK zwischen unauffälligen Kindern und Jugendlichen und kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten sowie zwischen Patienten mit vordergründiger Angstsymptomatik, mit gemischter Symptomatik und ohne Angstsymptomatik.
- e) einer faktoranalytischen Bestätigung des Dreikomponentenmodells.

2) Zeigt die Übersetzung des *State-Trait Anxiety Inventory for Children, Parent Form, Trait Version* (STAIC-PTd) vergleichbare psychometrische Eigenschaften wie die amerikanische Originalfassung?

→ H<sub>2</sub>: Die deutsche Übersetzung des *State-Trait Anxiety Inventory for Children, Parent Form, Trait Version* (STAIC-PTd) erreicht hinsichtlich diskriminanter und konvergenter Validität und der Reliabilität ähnlich zufriedenstellende Ergebnisse wie die ursprüngliche Fassung des Autors.

Dies zeigt sich an:

- a) einem positiven Zusammenhang zwischen dem STAIC-PTd und den internalisierenden Skalen, insbesondere der Subskala „ängstlich / depressiv“, des Elternfragebogens *Child Behavior Checklist* (CBCL).
- b) einem geringen Zusammenhang zwischen dem STAIC-PTd und den externalisierenden Skalen des Elternfragebogens *Child Behavior Checklist* (CBCL).
- c) einem positiven Zusammenhang zwischen dem STAIC-PTd und dem parallelen Selbstbeschreibungsfragebogen *State Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC).
- d) einem signifikanten Unterschied in den Werten des STAIC-PTd zwischen unauffälligen Kindern und Jugendlichen und kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten sowie zwischen Patienten mit vordergründiger Angstsymptomatik, mit gemischter Symptomatik und ohne Angstsymptomatik.

3) Wie stark ist die Übereinstimmung zwischen den Eltern und ihrem Kind hinsichtlich der Einschätzung der allgemeinen und sozialen Ängste des Kindes?

→ H<sub>3</sub>: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der elterlichen Einschätzung der allgemeinen und sozialen Ängste des Kindes und der Selbstaussage des Kindes.

Dies zeigt sich an:

- a) einem positiven Zusammenhang zwischen dem ESAK und den Selbstbeschreibungsfragebögen *Social Anxiety Scale for Children* (SASC).
- b) einem positiven Zusammenhang zwischen dem STAIC-PTd und dem parallelen Selbstbeschreibungsfragebogen *State Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC).



4) Welche Faktoren stehen in Zusammenhang mit dem Grad der Übereinstimmung und der Höhe der Diskrepanzen zwischen Eltern- und Kindaussagen zu den sozialen und allgemeinen Ängsten des Kindes?

→ H<sub>4</sub>: Die Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kindurteil zu den sozialen und allgemeinen Ängsten des Kindes ist höher und die Diskrepanz niedriger bei älteren Kindern, bei einer Einschätzung durch das gleichgeschlechtliche Elternteil und bei den Kindern und Jugendlichen mit einer überdurchschnittlich ausgeprägten Angst im Eltern- und Kindurteil.

Dies zeigt sich an:

- a) einer höheren Korrelation zwischen dem ESAK und SASC sowie zwischen dem STAIC-PTd und STAIC bei älteren Kindern im Vergleich zu jüngeren, bei auffälligen Kindern im Vergleich zu unauffälligen und bei einer Einschätzung durch das gleichgeschlechtliche Elternteil im Vergleich zu der Übereinstimmung mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil.
- b) einem signifikanten Unterschied in den Differenzwerten zwischen STAIC-PTd und STAIC hinsichtlich der Faktoren Alter, Gesamtwert STAIC-PTd, Gesamtwert STAIC und einer signifikanten Interaktion zwischen dem Geschlecht des Kindes und dem Geschlecht des Elternteils.



## **7. Entwicklung, Validierung und Normierung des ESAK**

### **7.1. Entwicklung des Elternfragebogens**

#### **Itempool**

Zunächst wird eine große Anzahl potentiell geeigneter Items gesammelt. Hier wird auf bestehende Fragebogenverfahren, Diagnosekriterien und diagnostische Informationen der Klassifikationssysteme DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (World Health Organization, 1991), Literatur zum Störungsbild und zur allgemeinen kindlichen Entwicklung und Eindrücke aus der psychotherapeutischen Arbeit mit sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen zurückgegriffen. Als theoretische Grundlage dient das kognitiv-behaviorale Modell von Heimberg und Rapee (1997). Daraus werden vier Komponenten abgeleitet, die die Kernsymptomatik der sozialen Angst bilden und durch den Fragebogen erfasst werden sollen. Es handelt sich um die beiden kognitiven Komponenten *Erwartung negativer Bewertung* und *Einschätzung der Wahrscheinlichkeit negativer Bewertung* und die behavioralen bzw. physiologischen Komponenten *Vermeidung / Sicherheitsverhalten* und *Körperliche Anzeichen der Angst*.

#### **Selektion der Items**

Eine Vorauswahl der Items wird von sieben Diplom-Psychologen, die mit sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen arbeiten, vorgenommen. Ihnen werden 83 Itemvorschläge vorgelegt. Zuvor bekommen sie ausführliche Erläuterungen zum theoretischen Hintergrund des kognitiv-behavioralen Modells und dem Konzept des Fragebogens. Für jeden Itemvorschlag soll überprüft werden, in wie weit dieser nach Meinung der Person sowohl die beschriebenen Komponenten als auch generell soziale Ängstlichkeit misst und ob ein solches Item von Eltern zu beantworten ist. Aufgrund der Rückmeldungen der beteiligten Diplom-Psychologen werden letztendlich 53 Itemvorschläge für eine erste Erprobung an Eltern akzeptiert. Es werden be-

wusst auch Items beibehalten, die qua Inhalt eine starke Ähnlichkeit aufweisen, um durch eine Erprobung an der Stichprobe Möglichkeiten zum Vergleich verschiedener Formulierungen zu haben.

### **Bestimmung der Form des Fragebogens**

Um den inhaltlichen Unterschieden der kognitiven bzw. behavioralen und physiologischen Komponenten gerecht zu werden, werden die Items der kognitiven Komponenten teilweise als Aussagen des Kindes formuliert (Bsp.: *„Ich werde mich bestimmt blamieren.“*). Die Eltern werden gebeten anzugeben, wie häufig ihr Kind solche Aussagen gemacht hat. Als Antwortformat wird eine vierstufige Likert-Skala (*„gar nicht“, „manchmal“, „öfter“, „sehr oft“*) gewählt. Es werden ebenfalls Items zu kognitiven Aspekten der sozialen Angst als Feststellung dargeboten (*„Mein Kind unterschätzt in einer sozialen Situation seine eigenen Fähigkeiten.“*). Die übrigen Items werden ebenso präsentiert (Bsp.: *„Mein Kind verhält sich zurückhaltend in einer Gruppe Gleichaltriger.“*). Hier können die Eltern angeben, wie stark diese Feststellungen auf das Verhalten ihres Kindes zutreffen. Der zu beurteilende Zeitraum wird auf sechs Monate festgelegt, da der Fragebogen eine stabile Eigenschaft der Person und nicht den momentanen Zustand des Kindes messen soll. Aufgrund der Länge des Fragebogens wird entschieden, bei einigen Items die Fragerichtung zu ändern, um bestimmten Antworttendenzen und Ermüdungserscheinungen zuvor zu kommen (Krauth, 1995). Zudem wird bei der Darbietung darauf geachtet, thematisch ähnliche Items nicht aufeinander folgend zu präsentieren. In der Instruktion werden die Eltern darauf hingewiesen, dass eine Reihe von Aussagen über Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen aufgeführt werden, die sich auf soziale Situationen beziehen. Anschließend wird erläutert, was unter „sozialen Situationen“ zu verstehen ist und gebeten, eine Einschätzung zu den aufgeführten Fragen abzugeben.

### **Auswertung des Fragebogens**

Zur Auswertung wird ein Mittelwert errechnet, der sich aus den Antworten aller Items zusammenstellt. Die Antworten werden von nie = 0 bis sehr oft = 3 gewertet.

## 7.2. Studie 1: Erste Vorlage des Elternfragebogens

### **Fragestellung**

Das Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, welche der ausgewählten Items für einen Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen geeignet sind. Ein Kriterium hierfür ist die Anzahl der fehlenden Werte pro Item als Zeichen dafür, dass das Item scheinbar missverständlich formuliert wurde oder aber, dass die Eltern sich nicht in der Lage sehen, es aus ihrer Perspektive heraus zu beantworten.

Als weiteres Kriterium wird der Schwierigkeitsindex pro Item berechnet, um zu ermitteln, welches Item zwischen sozial ängstlichen und nicht ängstlichen Kindern zu diskriminieren vermag. Der Schwierigkeitsindex wird hierbei definiert als der Prozentsatz Versuchspersonen, die ein Item mit "gar nicht zutreffend" beantworten. Ein P von mehr als 80% wird als kritisch angesehen. Da der ESAK keine ja / nein Kodierung, sondern eine vierstufige Likertskala beinhaltet, stellt ein P von unter 20% kein Problem dar, solange sich die Antworten auf die drei weiteren Kodierungen verteilen. Ein letztes Kriterium ist die Trennschärfe der Items, welche verdeutlicht, wie gut ein Item inhaltlich die anderen Items des Fragebogens widerspiegelt und somit zur Homogenität des Fragebogens beiträgt.

Eine weiteres Ziel ist es zu untersuchen, welches Itemformat sich als geeigneter zeigt, um die Kognitionen des Kindes zu erfragen. Hierzu wird das Antwortverhalten der Eltern im ersten Teil des Fragebogens, in dem direkte Aussagen des Kindes angeboten werden, mit dem zweiten Teil, dessen Items als Feststellungen dargestellt werden, anhand oben beschriebener Kriterien verglichen.

Schließlich soll überprüft werden, ob die Änderung der Fragerichtung einiger Items bestimmte Antworttendenzen und Ermüdungserscheinungen verringern kann.

### **Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Erhebung**

Die Eltern aus der ersten Stichprobe werden über Kindergärten, Beratungsstellen, Familienbildungsstätten, Schulen und ähnliche Institutionen in Nordrhein-Westfalen kontaktiert. Es handelt sich meist um Teilnehmer unterschiedlicher Kurse und

Vorträge, die durch die Mitarbeiter der jeweiligen Institution zu einer Teilnahme an der Studie motiviert wurden. Die Fragebögen werden vor Ort ausgefüllt oder zur nächsten Unterrichtseinheit mitgebracht und dem Kursleiter gegeben. Die Eltern werden zuvor über Ziele und theoretische Hintergründe des Forschungsprojekts informiert und erhalten Informationen zum Datenschutz. Die Teilnahme ist freiwillig, eine Aufwandsentschädigung wird nicht angeboten.

### **Beschreibung der Stichprobe**

Die Stichprobe der ersten Studie besteht aus  $N_{\text{GESAMT}} = 173$  Eltern von Kindern und Jugendlichen im Alter von 7.8 - 18.8 Jahren ( $M_{\text{Alter}} = 12.9$ ). Es werden 148 Fragebögen durch die Mutter und 25 durch den Vater ausgefüllt. Soziodemographische Daten zu den Kindern werden in Tabelle 1 aufgeführt.

**Tabelle 1:** Soziodemographische Daten zur Stichprobe Studie 1

		<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Geschlecht	männlich	78	45.9
	weiblich	92	54.1
Schultyp	Grundschule	35	20.2
	Gymnasium	116	67.1
	Gesamtschule	7	4.0
	Hauptschule	3	1.7
	Realschule	5	2.9
	Sonstiges	7	4.0

### **Ergebnisse**

Eine Überprüfung der Verteilung der Anzahl fehlender Werte (siehe Tabelle 2) zeigt, dass keines der Items von den Eltern systematisch ausgelassen wurde.

**Tabelle 2:** Übersicht fehlender Werte

<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>	<i>Items</i>
1	0.6	1.1, 1.2, 2.7, 2.11, 2.22, 2.25, 2.33, 2.36, 2.38
2	1.2	2.1, 2.5, 2.27
3	1.7	2.31
4	2.3	2.6

Die Beantwortung des Fragebogens zeigt sich als sehr homogen, so dass häufig „gar nicht“ oder „manchmal“ angekreuzt wurden. Bei 14 Items wird daher ein nach Fisseni (1997) kritischer Schwierigkeitsindex von über 80% erreicht. Die meisten Items liegen in einem erhöhten Bereich zwischen 60% und 80%. Dies schlägt sich ebenfalls in einer äußerst geringen Varianz (siehe Tabelle 3) nieder.

**Tabelle 3:** Itemkennwerte, Trennschärfen und Schwierigkeitsindizes des ESAK Studie 1

<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>V</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
1.1 „Das ist mir peinlich.“	.93	.86	.74	.44	36.0
1.2 „Ich werde mich bestimmt blamieren.“	.51	.72	.52	.59	58.1
1.3 „Ich schäme mich dafür vor anderen.“	.36	.68	.46	.65	71.1
1.4 „Die Anderen lachen mich aus.“	.56	.79	.62	.58	59.5
1.5 „Die Anderen machen sich über mich lustig.“	.48	.76	.58	.51	65.9
1.6 „Die Anderen reden hinter meinem Rücken über mich.“	.42	.79	.62	.42	69.9
1.7 „Alle sehen, wie dumm ich mich anstelle.“	.21	.57	.32	.53	83.8
1.8 „Die Anderen sollen nicht sehen, wie aufgeregt ich bin.“	.31	.68	.46	.55	77.5
1.9 „Alle sehen es, wenn ich rot werde.“	.19	.56	.31	.45	86.7
1.10 „Jeder sieht, dass ich Angst habe.“	.14	.40	.16	.52	87.3
1.11 „Alle merken doch, wie nervös ich dabei bin.“	.22	.50	.25	.52	79.8
1.12 „Wenn die Anderen sehen, wie ich schwitze, halten die mich für dumm.“	.03	.24	.06	.31	96.5
1.13 „Das wird peinlich, wenn ich wieder anfangen zu stottern oder mich zu verhaspeln.“	.09	.33	.11	.31	91.3
1.14 „Wenn ich vor der Klasse stehe, werde ich total aufgeregt sein und alle werden lachen.“	.26	.60	.36	.47	79.7
1.15 „Wenn mich alle angucken, wird mein Gesicht ganz rot und die gucken erst recht.“	.15	.47	.22	.41	86.7
2.1 ...hat im Vergleich zu Anderen wenig Kontakt zu Gleichaltrigen.	.73	.94	.88	.27	54.4
2.2 ...fängt an zu zittern, wenn andere ihn/sie beobachten.	.05	.22	.05	.23	94.2
2.3 ...wenn andere zuhören, spricht er/sie leise.	.39	.67	.45	.45	65.3
2.4 ...reagiert empfindlich auf Kritik.	1.65	.89	.79	.49	8.1
2.5 ...ist angespannt, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	.46	.69	.48	.48	62.6
2.6 ...ist nach einer sozialen Situation mit sich zufrieden.	1.20	.89	.79	.25	21.9
2.7 ...nestelt an der Kleidung, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	.37	.66	.44	.33	72.1
2.8 ...fängt an zu schwitzen, wenn andere ihn/sie beobachten.	.10	.34	.12	.24	90.8
2.9 ...lässt sich durch die Reaktionen anderer stark verunsichern.	.84	.73	.53	.62	34.1
2.10...verhält sich zurückhaltend in einer Gruppe Gleichaltriger.	.70	.85	.72	.36	53.2
2.11...kann soziale Situationen im Allgemeinen gut meistern.	.97	.91	.83	.31	33.7
2.12...hat Schwindelgefühle, wenn andere ihn/sie beobachten.	.03	.18	.03	.23	96.5
2.13...unterschätzt in einer sozialen Situation seine/ihre eigenen Fähigkeiten.	.78	.81	.66	.56	39.9
2.14...muss er/sie vor anderen sprechen, redet er/sie ganz schnell.	.56	.79	.62	.40	58.4
2.15...bekommt Bauchschmerzen, wenn er/sie von anderen bewertet wird.	.47	.75	.56	.53	65.9

2.16...zweifelt trotz positiver Rückmeldung an seinen/ihren eigenen Leistungen.	.81	.80	.64	.61	37.6
2.17...bekommt Kopfschmerzen, wenn er/sie von anderen bewertet wird.	.19	.56	.31	.32	86.7
2.18...spricht nicht viel, wenn andere dabei sind.	.48	.74	.55	.51	65.3
2.19...wird rot, wenn andere ihn/sie beobachten.	.19	.51	.26	.34	85.0
2.20...traut sich in einer sozialen Situation wenig zu.	.60	.80	.64	.61	56.1
2.21...bekommt Herzklopfen, wenn er/sie von anderen bewertet wird.	.41	.63	.40	.44	65.3
2.22...hat Angst zu erbrechen, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	.03	.16	.03	.24	95.9
2.23...wehrt sich nicht, wenn andere ihn/sie ärgern.	.59	.80	.64	.45	59.0
2.24...wenn er/sie in einer Gruppe spricht, verhaspelt er/sie sich.	.39	.61	.37	.54	66.5
2.25...lässt sich durch andere nicht so schnell verunsichern.	1.71	1.00	1.00	.13	14.5
2.26...wird unruhig oder zappelig, wenn er/sie mit anderen zusammen ist.	.39	.68	.46	.45	71.7
2.27...ist nach einer sozialen Situation mit sich unzufrieden.	.66	.83	.69	.39	55.0
2.28...vermeidet es, vor anderen zu essen oder zu trinken.	.14	.47	.22	.39	90.2
2.29...vermeidet alltägliche Aufgaben, bei denen er/sie mit anderen in Kontakt kommt (einkaufen, telefonieren, Behörden etc.).	.34	.69	.48	.50	75.1
2.30...hat Schwierigkeiten, mit Fremden Gespräche zu beginnen oder aufrecht zu erhalten.	.66	.88	.77	.49	54.3
2.31...hat nach einer sozialen Situation etwas an seinem/ihrer Verhalten auszusetzen.	.60	.65	.42	.40	47.6
2.32...verhält sich noch unsicherer als vorher, nachdem er/sie ungeschickt war (z.B. ein Glas umgestoßen hat).	.54	.74	.55	.57	60.1
2.33...vermeidet es, Tätigkeiten (Theater, Sport, Musik etc.) vor anderen vorzuführen.	.63	.95	.90	.46	63.4
2.34...spürt den Drang zur Toilette zu gehen, wenn er /sie von anderen bewertet wird.	.18	.56	.31	.41	87.3
2.35...vermeidet es, mit Autoritätspersonen (Lehrer, Arzt, Polizist etc.) zu sprechen.	.43	.72	.52	.59	67.6
2.36...bleibt locker, auch wenn er/sie mal einen Fehler macht (z.B. sich verhaspelt, ein Wort vergisst, etwas fallen lässt).	1.41	.97	.94	.32	21.5
2.37...kaut/knibbelt an den Fingernägeln, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	.36	.74	.55	.41	75.7
2.38...vermeidet soziale Veranstaltungen (Geburtstagsparties, Kino etc.).	.16	.56	.31	.29	90.1
<b>GESAMT</b>	<b>.50</b>	<b>.31</b>	<b>.10</b>	<b>.93</b>	<b>-</b>

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, V = Varianz, r = part-whole korrigierte Item-Total Korrelation, P = Anteil Antworten „gar nicht zutreffend“ in Prozent, *kursiv gedruckt*: inverse Items

Anhand der Mittelwerte zeigt sich, dass die inversen Items (2.6, 2.11, 2.25, 2.36) nicht durchgehend positiver beantwortet wurden als die anderen. Nach der Umpolung zeigen diese Items noch einen geringfügig höheren Mittelwert und eine höhere Varianz als die anderen Items. Die Korrelationen zum Gesamtwert sind ebenfalls gering. Drei inverse Items und vier weitere Items zeigen eine nach Fisseni (1997) geringe Item-Total Korrelation von  $r < .30$ .



Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den beiden gewählten Itemformaten im ersten bzw. zweiten Teil des Fragebogens wird pro Teil ein Mittelwert gebildet. Im T-Test (siehe Tabelle 4) zeigt sich, dass die Eltern bei den direkten Aussagen des Kindes signifikant weniger zustimmende Antworten geben als bei den anderen Items.

**Tabelle 4:** T-Test der Mittelwerte  
von Teil 1 und Teil 2 des ESAK

<i>Itemformat</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Teil 1 (Aussagen des Kindes)	.34	.40	-9.16	168	.000
Teil 2 (Feststellungen)	.57	.33			

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, T = T-Wert des T-Test für gepaarte Stichproben, p = Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)

Ein noch deutlicheres Ergebnis zeigt sich, wenn die Aussagen des Kindes ausschließlich mit den Items des zweiten Teils verglichen werden, die ebenfalls Kognitionen erfassen (Tabelle 5).

**Tabelle 5:** T-Test der Mittelwerte von Teil 1  
und den kognitiven Items des Teils 2

<i>Items</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p &lt;</i>
Teil 1 (Aussagen des Kindes)	.34	.40	-20.18	168	.001
Teil 2 (Feststellungen, nur kognitive Items)	.97	.45			

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, T = T-Wert des T-Test für gepaarte Stichproben, p = Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)

Zudem zeigt sich eine Veränderung in der Antworttendenz, welche v.a. innerhalb des ersten Teils nicht auf Ermüdungserscheinungen zurückzuführen sein kann. Vergleicht man die Mittelwerte der ersten Hälfte und die der zweiten Hälfte beider Teile so ergibt sich wiederum eine signifikanter Unterschied (Tabelle 6).

**Tabelle 6:** T-Test der Mittelwerte beider Hälften der Teile 1 und 2

<i>Fragebogen</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p &lt;</i>
Teil 1					
1. Hälfte	.48	.51	10.58	169	.001
2. Hälfte	.17	.35			
Teil 2					
1. Hälfte	.58	.33	2.50	171	.013
2. Hälfte	.54	.36			

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung,  
T = T-Wert des T-Test bei gepaarten Stichproben,  
p = Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)

Die beiden Hälften des zweiten Teils korrelieren zudem höher ( $r = .81$ ) als die beiden Hälften des ersten Teils ( $r = .65$ ).

### **Fazit und Ausblick**

Die geringe Varianz in den Daten und die Zurückhaltung der Eltern höhere Werte anzukreuzen zeigen, dass die Items in dieser Form zu spezifisch formuliert sind, um soziale Ängste in einer Stichprobe unauffälliger Kinder zu messen. Gerade die typisch sozialphobischen körperlichen Symptome wie Zittern, Schwitzen, Schwindelgefühle, Angst zu erbrechen oder der Drang zur Toilette zu gehen werden von fast allen Befragten als nicht zutreffend angegeben und haben dementsprechend einen sehr hohen Schwierigkeitsindex. Es handelt sich hierbei wahrscheinlich um einen Bodeneffekt. Möglicherweise treten diese spezifischen Beschwerden v.a. bei subklinischen Ängsten seltener oder weniger offensichtlich auf. Eine Alternative zur Erhebung von körperlichen Anzeichen der Angst mittels Items zu den einzelnen Symptomen wären allgemeinere Umschreibungen wie z.B. „Mein Kind ist aufgeregt“, „...angespannt“, „...nervös“ oder „...unruhig“. Diese Beschreibungen sind leicht verständlich und implizieren die Anwesenheit unangenehmer, körperlicher Symptome ohne diese näher zu definieren. Zudem haben sie eine weniger pathologische Konnotation, sodass Eltern weniger Scheu haben könnten, diese zu berichten.

Im Vergleich der zwei unterschiedlichen Itemformate zeigt sich anhand der Mittelwertsunterschiede, dass sich die zurückhaltende Beantwortung des gesamten Fragebogens insbesondere bei den direkten Aussagen des Kindes deutlich wird. Ein weiterer wichtiger Befund ist die Veränderung der Antworttendenz über den Frage-

bogen hin, gemessen an den Mittelwertsunterschieden zwischen den Hälften beider Teile des Fragebogens. Im ersten Teil ist dieser Unterschied auf dem Niveau von  $p < .01$  signifikant, im zweiten Teil auf dem Niveau von  $p < .05$ , obwohl dieser Teil des Fragebogen erheblich länger (38 vs. 15 Items) ist und eventuelle Ermüdungerscheinungen oder Antwortschemata (z.B. einfach immer die erste Antwort ankreuzen) demnach einen größeren Einfluss auf Unterschiede in den Mittelwerten ausüben müssten. Dies ist ein Anzeichen dafür, dass es für den Mittelwertsunterschied innerhalb des ersten Teils andere Gründe geben muss. Unterschiede in den Inhalten der Items sind ebenfalls ausgeschlossen, da diese in einer zufälligen Reihenfolge angeboten wurden. Die Rohwerte zeigen, dass im Verlauf des zweiten Teils leicht zustimmender geantwortet wurden (von  $M_{1.Hälfte} = .53$  zu  $M_{2.Hälfte} = .57$ ) während innerhalb des ersten Teils die Antworten gegen Ende deutlich ablehnender werden (von  $M_{1.Hälfte} = .48$  zu  $M_{2.Hälfte} = .17$ ). Eine mögliche Erklärung, könnte sein, dass die Eltern zunächst im Sinne der sozialen Erwünschtheit den Untersuchern gegenüber „wohlwollende Antworten“ gegeben haben, d.h. davon ausgegangen sind, dass in einer Untersuchung zu sozialen Ängste ein Bericht selbiger erwünscht ist. Nach dem Lesen und Beantworten der ersten Items jedoch entwickelten die Eltern einen differenzierteren Eindruck von der Symptomatik, auf die der Fragebogen Bezug nimmt, und stellten eventuell fest, dass es sich um durchaus abweichendes und auffälliges Verhalten handelt, welches bei ihrem Kind höchstwahrscheinlich nicht zu beobachten ist. Dann wich das sozusagen angepasste und höfliche Antwortverhalten einer Beantwortung der Items, der eine realistischere Einschätzung des Kindes zugrunde liegt. Demzufolge läge der Mittelwert des ersten Teiles ohne diese „Höflichkeitsantworten“ noch unter dem berechneten Mittelwert und die Mittelwertsunterschiede zwischen beiden Antwortformaten wären noch erheblicher. Ein weiterer Beleg hierfür ist der Unterschied der Split-half-Korrelation beider Fragebogenteile ( $r = .65$  vs.  $r = .81$ ).

Aufgrund dieser Befunde scheint die Darbietung von direkten Aussagen des Kindes zur Erhebung von kognitiven Komponenten der sozialen Angst aus der Sicht der Eltern als wenig geeignet und eine indirekte Erfragung der Kognitionen des Kindes erscheint nötig.

Der Versuch, durch eine Änderung der Fragerichtung einiger Items bestimmten Antworttendenzen und Ermüdungserscheinungen zuvor zu kommen, ist zudem gescheitert. Nach der Umpolung der Items erreichten die Eltern höhere Mittelwert als auf den anderen Items, was eine niedrige Item-Total Korrelation der inversen Items zur Folge hatte. Dies und die ebenfalls höhere Varianz dieser Items deutet darauf hin, dass die Umkehrung der Fragerichtung nur von einem Teil der Eltern bemerkt und dementsprechend berücksichtigt wurde.

### 7.3. Studie 2: Revision des Elternfragebogens

#### **Fragestellung**

In der vorherigen Studie zeigte sich, dass eine Messung körperlicher Anzeichen der Angst mittels Items zu spezifischen und typisch sozialphobischen physiologischen Symptomen in einem Elternfragebogen zu sozialen Ängsten unangebracht ist. Deshalb soll in der zweiten Studie eine indirekte Herangehensweise untersucht werden. Die körperliche Angstreaktion des Kindes soll diesmal mit allgemeineren Zuständen (Aufregung, Nervosität, Anspannung und Unruhe) umschrieben werden. Die Frage dabei ist, ob eine solche Formulierung zu mehr Zustimmung und mehr Varianz in den Antworten der Eltern führt.

Weitere Ergebnisse der vorangegangenen Studie sind die Vorteile einer indirekten Erhebung kognitiver Aspekte der Angst, sodass in der folgenden Datenerhebung kein Item mehr als wörtliche Aussage des Kindes formuliert wird. Dadurch erhält der Fragebogen, dessen Items nun ausschließlich als Feststellungen präsentiert werden, eine homogene Struktur. Anhand der Rohwerte soll geprüft werden, ob die Umformulierung der Items zu höheren Rohwerten führt.

Zudem wird in dieser Studie erstmals nach Hinweisen gesucht, in den vorhandenen Daten die Kernsymptomatik der sozialen Angst gemäß ihrer theoretischen Konstellation kognitiver, behavioraler und physiologischer Symptome zu erkennen. Dies soll anhand von Trennschärfen und einer ersten faktoranalytischen Untersuchung erfolgen.

Die erste Studie zeigte, dass eine Variation der Fragerichtung nicht die erwarteten Effekte erzielt, deshalb wird die Fragerichtung der Items in dieser Studie vereinheitlicht. Ein letztes Ziel der zweiten Studie besteht darin, eventuelle Einflüsse des Antwortformats auf die Beantwortung der Items zu untersuchen. Zu diesem Zweck werden zwei parallele Versionen des überarbeiteten Fragebogens getestet: eine mit vierstufigem („gar nicht“, „etwas“, „eher“, „sehr“ zutreffend) und eine mit dichotomem („Ja“, „Nein“) Antwortformat.

Die überarbeitete Version des ESAK umfasst letztendlich 25 Items.

Als zusätzliche Möglichkeit zur Erfassung der Reaktion der Eltern auf den Fragebogen wird nach Beantwortung des ESAK speziell nach Anmerkungen oder Verbesserungsvorschlägen gefragt und Raum zu ausführlichen Antworten gelassen. Zudem werden die Eltern um ihre Meinung gebeten, für wie geeignet sie den Fragebogen halten, um die elterliche Einschätzung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen zu messen. Dies kann anhand einer vierstufigen Skala („nicht geeignet“ bis „sehr geeignet“) angegeben werden. Ein Ziel der Erfassung dieses Meinungsbildes ist es, zu ermitteln, ob eine Version aufgrund ihres Antwortformats zu mehr Zustimmung unter den Eltern führt als die andere.

### **Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Erhebung**

Die Datenerhebung der Studie 2 findet in einer Realschule im Siegerland statt. In Absprache mit der Schulleitung besuchen drei Mitarbeiterinnen der Forschungsgruppe die Schule und teilen den Schülern der Jahrgangsstufen 5 bis 10 klassenweise Umschläge mit dem Elternfragebogen und einem begleitenden Brief zur Weiterleitung an die Eltern aus. Den Schülern werden die Hintergründe der Studie erläutert und der Ablauf erklärt. Es bleibt den Eltern eine Zeitspanne von einer Woche, um den Fragebogen auszufüllen und in der Schule abzugeben. Zur Steigerung der Motivation können die Schüler an einer Verlosung attraktiver Sachpreise teilnehmen.

### **Beschreibung der Stichproben**

Es nehmen  $N_{\text{GESAMT}} = 306$  Eltern an der Studie teil, damit beträgt der Rücklauf 61.2%. Darunter sind 253 Mütter und 31 Väter, 16 Elternpaare füllen den Fragebogen gemeinsam aus und 6 machen dazu keine Angabe. Das Alter der Schüler beträgt 8.6 - 17.8 Jahre ( $M_{\text{Alter}} = 12.8$  Jahre). Der überwiegende Teil der Schüler besucht die Klassen 5 bis 7 (70.9%). Es nehmen 162 Mädchen und 183 Jungen teil. Die vierstufige Version 1 wird von 162, die zweistufige Version 2 von 144 Eltern ausgefüllt.

### **Ergebnisse**

Zunächst wird wiederum die Anzahl fehlender Werte überprüft um zu ermitteln, ob diese mit dem Antwortformat zusammenhängen könnte. Es zeigt sich in Tabelle 7,

dass auch diesmal keines der Items systematisch ausgelassen wurde. Die Anzahl fehlender Werte fällt für die zweistufige Version leicht höher aus als für den ESAK mit dem vierstufigen Antwortformat.

**Tabelle 7: Übersicht fehlender Werte**

<i>Anzahl</i>	<i>Prozent</i>	<i>Items</i>	
		<i>Version 1 vierstufig</i>	<i>Version 2 zweistufig</i>
1	.3	3	1, 3, 8, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25
2	.7	10, 13, 19	11
3	1.0		2, 4

Die Anzahl der kritischen Schwierigkeitsindizes ( $P > 80\%$ ) reduziert sich in der vierstufigen Version auf nur vier Items, in der zweistufigen Version auf sieben Items. (siehe Tabelle 8).

**Tabelle 8: Schwierigkeitsindizes des ESAK**  
mit vier- bzw. zweistufigem Antwortformat der Studie 2

<i>Schwierigkeits- index</i>	<i>Items</i>	
	<i>Version1 Vierstufig</i>	<i>Version2 zweistufig</i>
P > 70%	23	4, 5, 7, 9, 16, 17
P > 80%	14, 20	11, 13
P > 90%	3, 6	3, 6, 14, 20, 23

Ein Blick auf die Itemkennwerte (Tabelle 9) zeigt, dass die Varianz der Rohwerte bei der vierstufigen Version bereits höher ist als in der vorherigen Studie. Auch die Rohwerte selber liegen deutlich höher.

Tabelle 9: Itemkennwerte beider Versionen des ESAK Studie 2

Item	Version1 vierstufig			Version2 zweistufig		
	M	SD	V	M	SD	V
1. ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	1.10	.75	.56	.45	.50	.25
2. befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	1.14	.97	.94	.45	.50	.25
3. weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus	.15	.50	.25	.04	.20	.04
4. wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.65	.68	.46	.21	.41	.17
5. befürchtet, von Lehrern für dumm gehalten zu werden	.57	.79	.62	.20	.40	.16
6. meidet Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.10	.37	.14	.04	.18	.03
7. fürchtet, von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden	.58	.77	.59	.26	.44	.19
8. ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.80	.74	.55	.33	.47	.22
9. weicht Gesprächen mit fremden Erwachsenen aus	.71	.81	.66	.27	.44	.19
10. fürchtet, einen dummen Fehler zu machen	1.06	.87	.76	.44	.50	.25
11. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.51	.78	.61	.16	.37	.14
12. befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.81	.82	.67	.33	.47	.22
13. ist unruhig, wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist	.47	.64	.41	.15	.36	.13
14. meidet wenn möglich Familienfeiern	.22	.57	.32	.10	.30	.09
15. fürchtet, etwas peinliches zu tun	.99	.92	.85	.45	.50	.25
16. umgeht die Teilnahme an Schulaufführungen	.78	1.02	1.04	.22	.41	.17
17. wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.86	.69	.48	.30	.46	.21
18. befürchtet, vor der Klasse dumm dazustehen	1.04	.93	.86	.47	.50	.25
19. wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.89	.73	.53	.32	.47	.22
20. meidet Telefonate	.19	.60	.36	.05	.22	.05
21. befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	1.06	.90	.81	.44	.50	.25
22. ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.98	.79	.62	.48	.50	.25
23. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.23	.51	.26	.08	.27	.07
24. fürchtet, ausgelacht zu werden	.99	.89	.79	.52	.50	.25
25. wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat	1.17	.72	.52	.56	.50	.25
GESAMT	.72	.44	.19	.29	.22	.05

M = arithmetisches Mittel (Hinweis: der Mittelwert der zweistufigen Version setzt sich aus Rohwerten zwischen 0 und 1, der Mittelwert der vierstufigen Version aus Rohwerten zwischen 0 und 4 zusammen), SD = Standardabweichung, V = Varianz

Um eine erste faktoranalytischen Untersuchung an den Daten vorzunehmen, wird deren Eignung diesbezüglich geprüft. Der KMO-Koeffizient liegt mit .88 bzw. .83 im guten Bereich (Bühner, 2004) und der Bartlett-Test auf Sphärität wird signifikant ( $\chi^2 = 1894.86$ ,  $df = 300$ ,  $p < .001$ , bzw.  $\chi^2 = 1286.61$ ,  $df = 300$ ,  $p < .001$ ). Die MSA-Koeffizienten der Anti-Image-Matrizen liegen lediglich in zwei bzw. acht Fällen unter .80. Damit sind die Voraussetzungen zu einer explorativen Faktoranalyse in beiden Datensätzen gegeben.

Es wird zunächst der Scree-Test nach Cattell (1966) sowie eine Parallelanalyse nach Horn (1965) ausgeführt, um die Anzahl der Faktoren zu bestimmen. Hier zeigt



sich bei beiden Versionen eine dreifaktorielle Lösung (siehe Abbildung 2 und Abbildung 3).

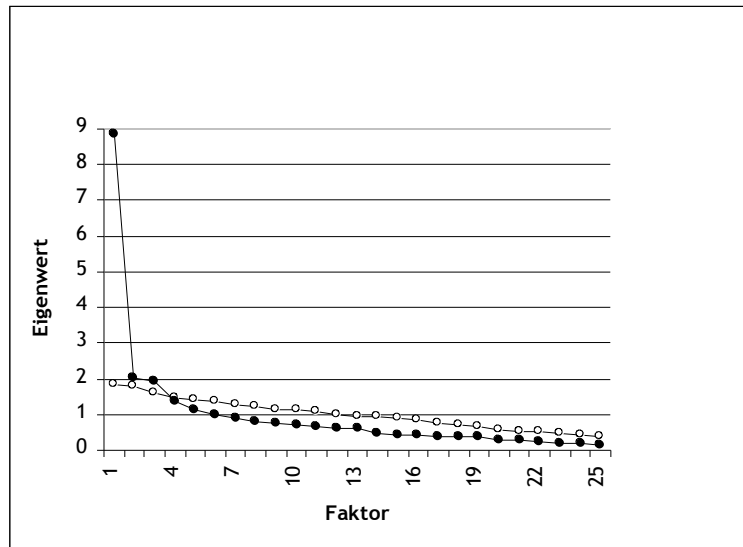


Abbildung 2: Screeplot des ESAK1 und einer Zufallsvariable

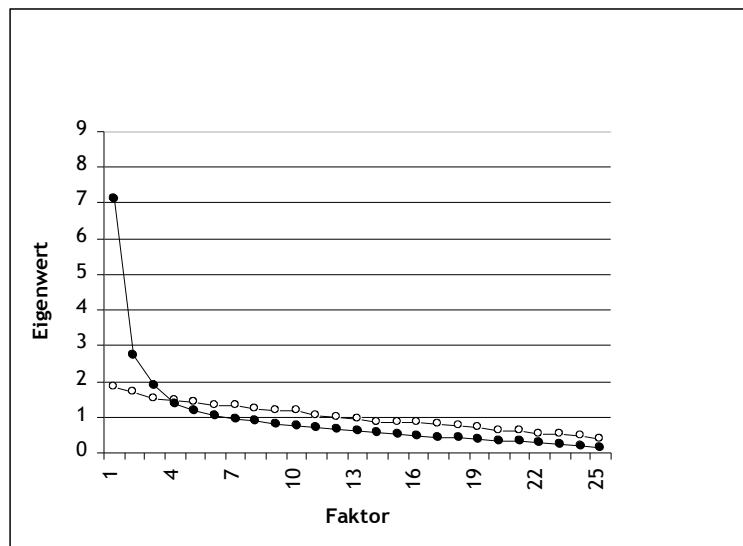


Abbildung 3: Screeplot des ESAK2 und einer Zufallsvariable

Bei der zweistufigen Version zeigt sich in einer Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation und Kaiser Normalisierung eine sechsfaktorielle Datenstruktur und eine Varianzaufklärung von insgesamt 61.2%.

Die Faktorenanalyse der vierstufigen Version liefert fünf Komponenten welche zusammen 61.1% der Varianz in den Rohwerten erklären. Zudem ist diese Faktorlösung besser zu interpretieren. Der stärkste Faktor mit 35.5% Varianzaufklärung beinhaltet ausschließlich Items zu Kognitionen. Der zweitstärkste Faktor klärt weitere 8.1% der Varianz auf. Auf diesem laden Items zur körperlichen Erregung sowie ein behaviorales Item („weicht Gesprächen mit fremden Erwachsenen aus“). Die letzten drei Faktoren erklären 7.7%, 5.4% und 4.4% der Varianz. Hierzu gehören die restlichen behavioralen Items sowie ein Item zu körperlicher Erregung („ist unruhig wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist“). Überprüft man die einzelnen Komponenten getrennt voneinander in einer Faktorenanalyse zeigen sich eine einfaktorielle Struktur bei der kognitiven und der physiologischen Komponente und eine dreifaktorielle Struktur bei den behavioralen Items.

Um zu überprüfen, in wie weit die Umformulierung der Items zu körperlichen Anzeichen der Angst von der Symptomebene zu allgemeineren Umschreibungen von unangenehmen Zuständen mit dem Antwortverhalten der Eltern zusammenhängt, werden die Items inhaltlich gruppiert, um einen Mittelwert für jede der theoretisch angenommen Komponenten der sozialen Angst zu erhalten. Diese Mittelwerte sind für beide Fragebogenversionen der Studie 2 in Tabelle 10 aufgeführt. Es zeigt sich deutlich weniger Zurückhaltung bei der Zustimmung der Items bezüglich körperlicher Anzeichen der Angst bei den Eltern als noch in der ersten Studie.

**Tabelle 10:** Kennwerte der Komponenten des ESAK mit vier- bzw. zweistufigem Antwortformat der Studie 2

<i>Komponente</i>	<i>Version1 Vierstufig</i>			<i>Version2 Zweistufig</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>V</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>V</i>
Kognitive Komponente	.92	.66	.44	.40	.35	.12
Behaviorale Komponente	.36	.38	.14	.12	.17	.03
Physiologische Komponente	.86	.49	.24	.35	.29	.09
Gesamt	.72	.44	.19	.29	.22	.05

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, V = Varianz

Zudem zeigen beide Versionen ein vergleichbares Muster in den Antworten: am meisten Zustimmungen finden sich hinsichtlich der Kognitionen, etwas weniger bei den körperlichen Zuständen und am wenigsten für das Vermeidungsverhalten.

Um zu überprüfen, in wie weit die theoretisch abgeleiteten Komponenten der sozialen Angst sich im Datensatz darstellen lassen und sich später als Skaleneinteilung für den Fragebogen eignen, wurde ebenfalls eine Reliabilitätsanalyse für beide Versionen des ESAK ausgeführt. Die korrigierten Trennschärfen pro Komponente sind in Tabelle 11 zu finden. In beiden Versionen erreichen die Items der kognitiven Komponente die höchste ( $\alpha = .91$  bzw.  $.89$ ) und die behavioralen Items die niedrigste ( $\alpha = .70$  bzw.  $.63$ ) interne Konsistenz. Der ESAK mit dem vierstufigen Antwortformat erreicht auf allen drei Komponenten und im Gesamtwert einen höheren Cronbach's alpha Wert als die zweistufige Version. Ferner zeigen sich in dieser Version bei vier Items zum Vermeidungsverhalten sehr geringe Korrelationen ( $r < .30$ ) zwischen Item und Komponente.

**Tabelle 11:** Korrelationen zwischen Items und Komponente für den ESAK mit vier- bzw. zweistufigem Antwortformat der Studie 2

<i>Item</i>	<i>Item-Total-Korrelation pro Komponente</i>	
	<i>Version1 vierstufig</i>	<i>Version2 zweistufig</i>
<b><i>Kognitive Komponente</i></b>		
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.70	.63
-befürchtet, von Lehrern für dumm gehalten zu werden	.57	.46
-fürchtet, von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden	.64	.60
-fürchtet, einen dummen Fehler zu machen	.72	.63
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.64	.64
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.60	.60
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.80	.75
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.78	.78
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.76	.68
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.91</b>	<b>.89</b>
<b><i>Behaviorale Komponente</i></b>		
-weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus	.39	.36
-meidet Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.43	.16
-weicht Gesprächen mit fremden Erwachsenen aus	.37	.23
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.47	.46

-meidet wenn möglich Familienfeiern	.33	.27
-umgeht die Teilnahmen an Schulaufführungen	.52	.29
-meidet Telefonate	.36	.48
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.40	.53
<b>GESAMT alpha</b>	<b>.70</b>	<b>.63</b>
<b>Physiologische Komponente</b>		
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.57	.38
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.55	.43
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.52	.53
-ist unruhig, wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist	.45	.37
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.68	.63
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.71	.66
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.44	.60
-wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat	.59	.50
<b>GESAMT alpha</b>	<b>.83</b>	<b>.80</b>
<b>GESAMT alpha ESAK</b>	<b>.92</b>	<b>.89</b>

Schließlich erfolgt eine Auswertung der Meinungen der Eltern über Eignung des Fragebogens zur Erfassung der Einschätzung sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht der Eltern. Wie aus Tabelle 12 ersichtlich wird, erreicht die vierstufige Version des ESAK eine leicht positivere Beurteilung durch die Eltern als die zweistufige Version. Dieser geringe Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

**Tabelle 12:** T-Test der Mittelwerte der Meinung zum ESAK

<i>Version</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
vierstufig	2.60	.73	.59	284	.56
zweistufig	2.55	.71			

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, T = T-Wert des T-Tests für unabhängige Stichproben, p = Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)

Die qualitativen Angaben der Eltern sind sehr spärlich. Die meistgenannten Anregungen beziehen sich auf zu große Ähnlichkeiten in der Formulierung der Items und die Schwierigkeit, als Elternteil zu diesem Thema überhaupt Auskunft geben zu können.

### ***Fazit und Ausblick***

Die Ergebnisse der 2. Studie zeigen, dass die indirekte Erfragung körperlicher Anzeichen von Angst durch die Umschreibung unangenehmer Zustände und die in-

direkte Erhebung kognitiver Aspekte durch Befürchtungen anstelle von wörtlichen Aussagen des Kindes besser geeignet sind, um die elterliche Einschätzung der sozialen Ängste von Kindern und Jugendlichen zu erfassen. Durch die Umformulierungen wurden für beide Komponenten erhöhte Rohwerte und Varianzen im Vergleich zur Studie 1 gefunden. Daher sollte dieses Itemformat auch in den weiteren Studien beibehalten werden.

Anhand der ersten faktoranalytischen Untersuchung sowie der Berechnung von Trennschärfen zeigte sich, dass sich das angenommene Konzept der sozialen Angst basierend auf dem kognitiv-behavioralen Modell als Grundlage für den Fragebogen eignet und im Datensatz bereits erkennbar wird. Es sind jedoch noch Veränderungen nötig, um die Zusammenstellung der Items so zu gestalten, dass die angenommenen Komponenten eine eindeutige Skalenstruktur bilden. Um die Komponenten zu homogenisieren sollten zwei Items, die sehr spezifische Situationen beschreiben („meidet Telefonate“ / „meidet Familienfeiern“) und zudem hohe Schwierigkeitsindizes erreichten, entfernt werden und eventuell durch neue Items ersetzt werden, die sich auf typischere Situationen beziehen. Zudem sollte die Itemanzahl der Komponenten vereinheitlicht werden, z.B. indem das kognitive Item mit der geringste Trennschärfe entfernt wird.

Der Einsatz eines dichotomen Antwortformats im Vergleich zur bisher eingesetzten vierstufigen Likert-Skala erbrachte keine Vorteile. Die zweistufige Version erbrachte mehr fehlende Werte, mehr kritische Schwierigkeitsindizes, weniger Varianz und eine niedrigere interne Konsistenz. Dies bestätigte die anfängliche Wahl eines vierstufigen Antwortformats, auch wenn die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Beantwortung keinen Zusammenhang mit der subjektiven Meinung der Eltern zum Fragebogen zeigte.

## 7.4. Studie 3: Revision des Elternfragebogens

### **Fragestellung**

In der vorangegangenen Studie zeigte sich die Überlegenheit der indirekten Informationserhebung gegenüber der Darbietung einzelner Selbstverbalisationen des Kindes bzw. konkreter physiologischer Symptome. Dementsprechend wird die Itemformulierung der Studie 2 sowie das bewährte vierstufige Antwortformat beibehalten.

Da sich die theoretisch angenommene Grundstruktur des Dreikomponentenmodells bereits in Studie 2 abgezeichnet hat, soll in dieser Studie weiter überprüft werden, ob der Fragebogen in der Lage ist, die einzelnen Komponenten des kognitiv-behavioralen Modells der sozialen Phobie als unabhängige Skalen abzubilden. Anhand der Komponenten werden die Skalen „Negative Kognitionen“, „Vermeidungsverhalten“ und „Körperliche Erregung“ gebildet. Solange die theoriebasierte a-priori Skaleneinteilung nicht faktoranalytisch bestätigt wurde, soll diese als Arbeitshypothese gelten.

Es werden gegenüber der Vorläuferversion aufgrund der Faktorenanalyse sowie der Reliabilitätsanalyse zwei Items entfernt und durch die Items („weicht Gesprächen mit Gleichaltrigen aus“ und „umgeht Gespräche mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts“) ersetzt. Zudem wird das kognitive Item mit der geringsten Trennschärfe entfernt, um die Itemanzahl der Komponenten zu vereinheitlichen. Der Fragebogen hat damit insgesamt 24 Items.

In der vorangegangene Studie wurden die Items zur Verbesserung der Lesbarkeit und Verständlichkeit hinsichtlich ihrer Satzstruktur weitestgehend einheitlich präsentiert. Um zu überprüfen, in wie weit die Formulierung der Items von Einfluss ist auf das Antwortverhalten der Eltern werden auch in dieser Erhebung zwei Versionen getestet. Dazu werden die Inhalte von vier Items der behavioralen Komponente in einer zweiten Version neu umschrieben und als eine sprachliche Alternative dargeboten.

### **Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung der Studie 3 findet in einer Gesamtschule im Siegerland statt. In Absprache mit der Schulleitung besuchen drei Mitarbeiterinnen der Forschungsgruppe die Schule und teilen den Schülern der Jahrgangsstufen 5 bis 13 klassenweise Umschläge mit dem Elternfragebogen und einem begleitenden Brief an die Eltern aus. Der weitere Ablauf ist identisch zur Studie 2.

### **Beschreibung der Stichproben**

Es nehmen diesmal  $N_{\text{GESAMT}} = 321$  Eltern an der Studie teil; damit beträgt der Rücklauf 45.8%. Darunter sind 241 Mütter und 54 Väter, 18 Elternpaare füllen den Fragebogen gemeinsam aus und 8 Personen machen dazu keine Angabe. Das Alter der Schüler beträgt 10.0 - 20.4 Jahre ( $M_{\text{Alter}} = 13.9$  Jahre). Es nehmen 178 Mädchen und 129 Jungen teil. Die originale Version wird 165 mal ausgefüllt, die alternative Version 156 mal.

### **Ergebnisse**

Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass die Mittelwerte sowie die Varianz der Rohwerte wiederum leicht höher ausfallen als bei vorherigen Versionen des ESAK. Die Kennwerte beider Fragebogenversionen der Studie 3 sind in Tabelle 13 aufgeführt.

**Tabelle 13:** Itemkennwerte der originalen bzw. alternativen Version des ESAK der Studie 3

Skala	originale Version			alternative Version		
	M	SD	V	M	SD	V
1. ist aufgeregt wenn es im Mittelpunkt steht	1.15	.88	.77	1.07	.85	.72
2. befürchtet sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	1.28	1.02	1.04	1.37	.96	.92
3. umgeht die Teilnahme an Schulaufführungen / vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.79	1.00	.99	.91	1.11	1.23
4. wirkt nervös wenn es mit Fremden spricht	.71	.85	.72	.73	.81	.65
5. umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.19	.59	.35	.29	.72	.52
6. fürchtet von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden	.82	.89	.79	.79	.81	.66
7. ist unruhig wenn es von anderen beobachtet wird	1.08	.85	.72	1.02	.82	.66
8. weicht Gesprächen mit Erwachsenen aus / vermeidet es, vor Erwachsenen zu sprechen	.40	.76	.58	.55	.73	.54
9. fürchtet einen dummen Fehler zu machen	1.20	.92	.84	1.30	.87	.75
10. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.64	.87	.75	.60	.85	.72
11. befürchtet von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.91	.88	.78	.89	.86	.78
12. ist unruhig wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist	.51	.67	.45	.53	.67	.45
13. umgeht Gespräche mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts / vermeidet, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.52	.78	.60	.44	.71	.50
14. fürchtet etwas peinliches zu tun	1.35	1.00	.99	1.28	.96	.91
15. weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus	.14	.49	.24	.20	.61	.37
16. wirkt angespannt wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.93	.86	.75	.84	.78	.61
17. befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen	1.32	1.02	1.05	1.10	.95	.91
18. wirkt nervös wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.80	.81	.65	.79	.77	.59
19. weicht Gesprächen mit Gleichaltrigen aus / vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.09	.31	.10	.54	.78	.59
20. befürchtet sich vor der Klasse lächerlich zu machen	1.33	.97	.94	1.15	.99	.79
21. ist aufgeregt wenn es vor anderen spricht	1.07	.93	.86	.93	.85	.72
22. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.30	.66	.43	.36	.68	.56
23. fürchtet ausgelacht zu werden	1.24	1.00	.99	1.07	.91	.83
24. wirkt angespannt wenn es sich ungeschickt verhalten hat	1.32	.89	.79	1.17	.79	.63
Gesamt	.84	.51	.26	.83	.47	.22

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, V = Varianz

Auch die Anzahl der kritischen Schwierigkeitsindizes verringert sich. So findet sich bei der originalen Version bei drei Items ein P von über 80%, in der alternativen Version nur bei zwei Items. Die neue Formulierung von vier Items zur behavioralen Komponente führte dabei in zwei Fällen zu einem deutlich niedrigeren Schwierigkeitsindex ( $P_{\text{Item 8}} = 72\%$  vs.  $57\%$ ,  $P_{\text{Item 19}} = 91\%$  vs.  $60\%$ ). Aufgrund dieser Ergebnisse beschränkt sich die faktoranalytische Auswertung auf den Fragebogen mit der alternativen Formulierung.



Es wird wiederum zunächst die Eignung des Datensatzes zur faktoranalytischen Untersuchung geprüft. Der KMO-Koeffizient liegt mit .86 im guten Bereich (Bühner, 2004) und der Bartlett-Test auf Sphärität wird signifikant ( $\chi^2 = 1602.21$ ,  $df = 276$ ,  $p < .001$ ). Die MSA-Koeffizienten der Anti-Image-Matrizen liegen lediglich in vier Fällen knapp unter .80. Damit sind die Voraussetzungen zu einer explorativen Faktoranalyse im Datensatz gegeben.

Es wird zunächst ein Scree Test nach Cattell (1966) und eine Parallelanalyse nach Horn (1965) durchgeführt, um die Anzahl der Faktoren zu bestimmen. Hier zeigt sich eine dreifaktorielle Struktur.

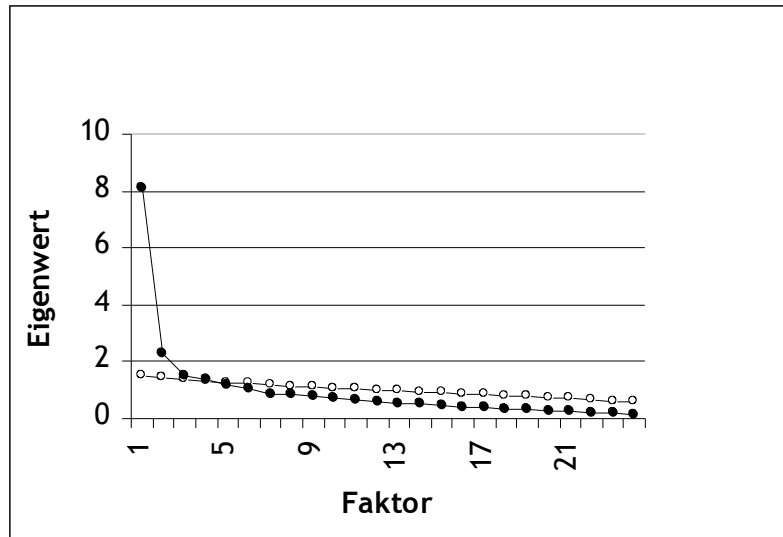


Abbildung 4: Screeplot des alternativen ESAK und einer Zufallsvariable

In der faktoranalytischen Untersuchung zeigt sich dagegen in einer Hauptkomponentenanalyse und Promax Rotation mit Kaiser-Normalisierung nun eine sechs-faktorielle Datenstruktur. Der erste Faktor mit 33.8% Varianzaufklärung beinhaltet ausschließlich Items der kognitiven Komponente sowie ein Item zur körperlichen Erregung. Der zweite Faktor klärt weitere 9.5 % der Varianz auf. Auf diesem laden die Items der physiologischen Komponente und Items zum Vermeidungsverhalten. Die letzten vier Faktoren erklären 6.3 %, 5.8 %, 4.9 % und 4.2 % der Varianz, wobei der dritte Faktor überwiegend durch die körperlichen Anzei-

chen der Angst und der 4. und 5. Faktor überwiegend durch die Items zum Vermeidungsverhalten repräsentiert wird. Überprüft man die einzelnen Komponenten getrennt voneinander in einer Faktorenanalyse zeigen sich eine einfaktorielle Struktur bei den negativen Kognitionen und der körperlichen Erregung und eine zweifaktorielle Struktur bei der behavioralen Komponente. Um die Anzahl extrahierter Faktoren zu reduzieren werden mehrfach ladende Items schrittweise von der Analyse ausgeschlossen. Mit nun 18 Items zeigt sich eine vierfaktorielle Datenstruktur wie in Tabelle 14 beschrieben, mit einem kognitiven und einem körperlichen Faktor, sowie zwei Faktoren zum Vermeidungsverhalten. Bis auf ein Item zur körperlichen Erregung laden alle Items auf der inhaltlich passenden Komponente.

**Tabelle 14:** Faktorenstruktur des gekürzten ESAK Studie 3 mit alternativer Formulierung nach einer Hauptkomponentenanalyse nach Promax Kriterium rotiert

<i>Items</i>	<i>Komponente</i>			
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.93			
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.84			
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.79			
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.77			
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.70			
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.68			
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.93			
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.87			
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.54			
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.53	.31		
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.52		.31	
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht			.68	
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen		.90		
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen		.76		
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus		.48	.38	
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen			.89	
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen			.50	
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger		.42	.49	

Um die interne Konsistenz zu berechnen wurde eine Reliabilitätsanalyse für beide Versionen des ESAK ausgeführt. Die korrigierten Trennschärfen pro theoretisch angenommener Komponente sind in Tabelle 15 zu finden. Wie in Studie 2 erreicht in beiden Versionen die kognitive Komponente die höchste ( $\alpha = .93$  bzw.  $.88$ ) und die behaviorale Komponente die niedrigste ( $\alpha = .65$  bzw.  $.75$ ) interne Konsistenz.

Der ESAK mit der alternativen Formulierung erreicht im Gegensatz zur originalen Variante auf allen drei Komponenten und im Gesamtwert einen zufriedenstellenden Cronbach's alpha Wert.

**Tabelle 15:** Korrelationen<sup>1</sup> zwischen Items und Komponente für den ESAK mit originaler bzw. alternativer Formulierung der Studie 3

<i>Item</i>	<i>Item-Total-Korrelation<sup>1</sup> pro Komponente</i>	
	<i>originale Version</i>	<i>alternative Version</i>
<b><i>Kognitive Komponente</i></b>		
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.76	.66
-fürchtet, von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden	.68	.51
-fürchtet, einen dummen Fehler zu machen	.67	.53
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.71	.61
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.73	.67
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.83	.74
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.82	.74
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.85	.75
<b><i>GESAMT alpha kognitive Komponente</i></b>	<b>.93</b>	<b>.88</b>
<b><i>Behaviorale Komponente</i></b>		
-weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus	.26	.28
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.35	.33
-weicht Gesprächen mit Erwachsenen aus / vermeidet es, vor Erwachsenen zu sprechen	.25	.48
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.43	.61
-umgeht Gespräche mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts / vermeidet, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.40	.41
-umgeht die Teilnahmen an Schulaufführungen / vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.28	.38
-weicht Gesprächen mit Gleichaltrigen aus / vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.41	.53
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.59	.63
<b><i>GESAMT alpha behaviorale Komponente</i></b>	<b>.65</b>	<b>.75</b>
<b><i>Physiologische Komponente</i></b>		
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.60	.52
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.57	.46
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.69	.58
-ist unruhig, wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist	.49	.48
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.69	.57
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.68	.60
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.56	.50
-wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat	.67	.43
<b><i>GESAMT alpha physiologische Komponente</i></b>	<b>.87</b>	<b>.80</b>
<b><i>GESAMT ESAK</i></b>	<b>.92</b>	<b>.91</b>

<sup>1</sup> part-whole-korrigierte Korrelation

In Tabelle 16 ist die interne Konsistenz jeder Komponente nach Ausschluss des jeweiligen Items zu sehen. Es zeigt sich, dass bei keinem der Items ein Ausschluss zu einem erhöhten Cronbach's alpha Wert führen würde.

**Tabelle 16:** Interne Konsistenz (Cronbach's alpha) der Skalen des ESAK sowie interne Konsistenz nach Itemausschluss

<i>Item</i>	<i>Interne Konsistenz<sup>1</sup></i>	
	<i>originale Version</i>	<i>alternative Version</i>
<b><i>Kognitive Komponente</i></b>		
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.92	.87
-fürchtet, von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden	.93	.88
-fürchtet, einen dummen Fehler zu machen	.93	.88
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.92	.87
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.92	.87
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.92	.86
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.92	.86
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.91	.86
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.93</b>	<b>.88</b>
<b><i>Behaviorale Komponente</i></b>		
-weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus	.64	.75
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.63	.75
-weicht Gesprächen mit Erwachsenen aus / vermeidet es, vor Erwachsenen zu sprechen	.65	.72
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.60	.69
-umgeht Gespräche mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts / vermeidet, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.61	.73
-umgeht die Teilnahmen an Schulaufführungen / vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.66	.75
-weicht Gesprächen mit Gleichaltrigen aus / vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.63	.71
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.56	.70
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.65</b>	<b>.75</b>
<b><i>Physiologische Komponente</i></b>		
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.85	.78
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.86	.79
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.84	.77
-ist unruhig, wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist	.86	.79
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.84	.78
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.84	.77
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.86	.79
-wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat	.84	.80
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.87</b>	<b>.80</b>
<b><i>GESAMT ESAK</i></b>	<b>.92</b>	<b>.91</b>

<sup>1</sup> nach Itemausschluss

Aufgrund der Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse erscheint die alternativ formulierte Version des ESAK gegenüber der originalen Version wiederum als besser geeignet. Im folgenden werden daher die Werte für diese Version aufgeführt.

Eine Übersicht der konvergenten und divergenten Trennschärfen (Produkt-Moment-Korrelationen) ist in Tabelle 17 gegeben. Es zeigt sich, dass alle Items am höchsten mit der theoretisch angenommenen Komponente korrelieren. Diese Werte liegen für die Kognitionen bei Korrelationen zwischen  $r = .61$  und  $r = .82$ , für das Vermeidungsverhalten zwischen  $r = .42$  und  $r = .74$  und für die Körperliche Erregung zwischen  $r = .58$  und  $r = .71$ .

**Tabelle 17:** Konvergente und divergente Trennschärfekoeffizienten der Items des ESAK

<i>Items</i>	<i>Komponenten</i>			
	<i>K</i>	<i>B</i>	<i>PH</i>	<i>GW</i>
<b><i>Kognitive Komponente</i></b>	-	.41**	.67**	.75**
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.76**	.33**	.49**	.66**
-fürchtet, von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden	.61**	.12	.42**	.50**
-fürchtet, einen dummen Fehler zu machen	.65**	.27**	.50**	.59**
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.69**	.17*	.41**	.55**
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.76**	.44**	.53**	.71**
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.82**	.32**	.45**	.67**
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.82**	.41**	.56**	.74**
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.82**	.32**	.62**	.73**
<b><i>Behaviorale Komponente</i></b>	.41**	-	.60**	.87**
-weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus	.16*	.42**	.20*	.29**
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.13	.49**	.19*	.30**
-vermeidet es, vor Erwachsenen zu sprechen	.22*	.63**	.49**	.50**
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.36**	.74**	.45**	.59**
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.27**	.56**	.35**	.45**
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.17**	.62**	.28*	.39**
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.37	.66**	.52**	.59**
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.34**	.73**	.47**	.59**
<b><i>Physiologische Komponente</i></b>	.67**	.60**	-	.89**
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.44**	.34**	.66**	.57**
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.34**	.40**	.60**	.52**
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.43**	.32**	.70**	.57**
-ist unruhig, wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist	.43**	.46**	.60**	.58**
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.44**	.29**	.69**	.56**
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.45**	.45**	.71**	.63**
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.41**	.53**	.65**	.61**
-wirkt angespannt wenn es sich ungeschickt verhalten hat	.52**	.32**	.58**	.57**

K = Kognitive Komponente, B = Behaviorale Komponente, PH = Physiologische Komponente, GW = Gesamtwert

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

### ***Fazit und Ausblick***

Die erhöhten Rohwerte und Varianzen sowie die verringerte Anzahl kritischer Schwierigkeitsindizes spricht für die vorgenommenen Veränderungen in der Itemzusammenstellung des Fragebogens.

Hinsichtlich der theoretischen Grundlage des Fragebogens konnte die theoretisch angenommene Skaleneinteilung in den erhobenen Daten durch die Befunde der Reliabilitätsanalyse und die faktorielle Untersuchung zu großen Teilen bestätigt werden. Es zeigte sich hierbei zudem, dass die bisher eingesetzte Version des ESAK noch von der neuen, alternativ formulierten Version übertroffen wurde. Daher sollten diese Formulierungen in weiteren Untersuchungen beibehalten werden.

Die faktoranalytischen Untersuchungen legten eine weitere Reduktion der Items nahe, um eine eindeutigere Trennung der Komponenten zu gewährleisten. Nach dem Ausschluss zweier Items pro Skala stellte sich eine den Komponenten entsprechend deutlichere Faktorenstruktur dar. Eine weitere Datenerhebung sollte zeigen, ob die Befunde an einer anderen Stichprobe repliziert werden können.

## 7.5. Studie 4: Revision des Elternfragebogens

### **Fragestellung**

Die vorangegangene Studie konnte belegen, dass die theoretisch abgeleiteten abgeleiteten Komponenten der sozialen Angst grundsätzlich geeignet sind, um als Skaleneinteilung des Elternfragebogens zu dienen. In dieser Datenerhebung soll nun überprüft werden, ob die durch nachträgliche Itemreduktion erhaltene Faktorenstruktur repliziert werden kann. Dazu werden zwei verschiedene 18-Item Versionen des ESAK, die sich lediglich in einem Item der Skala „Körperliche Erregung“ unterscheiden (Version 1: „wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat“, Version 2: „ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht“), getestet.

### **Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung der Studie 4 findet in einem Gymnasium im Siegerland statt. In Absprache mit der Schulleitung besuchen drei Mitarbeiterinnen der Forschungsgruppe die Schule und teilen den Schülern der Jahrgangsstufen 5 bis 13 klassenweise Umschläge mit dem Elternfragebogen und einem begleitenden Brief an die Eltern aus. Der weitere Ablauf ist identisch zu den vorherigen Studien.

### **Beschreibung der Stichproben**

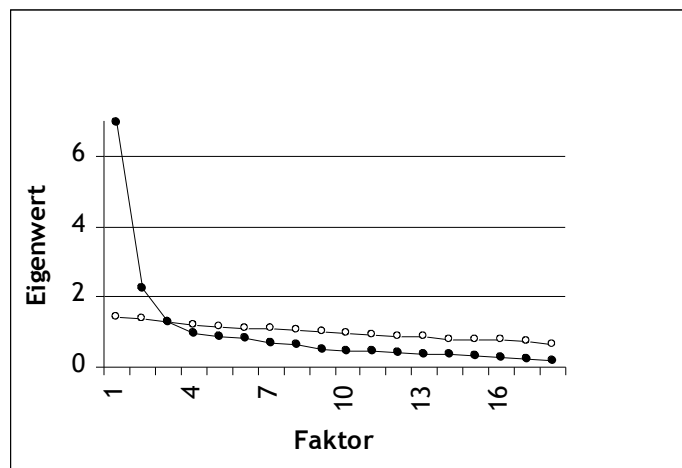
Es nehmen diesmal  $N_{\text{GESAMT}} = 367$  Eltern an der Studie teil, damit beträgt der Rücklauf 60.2 %. Darunter sind 291 Mütter und 49 Väter, 18 Elternpaare füllen den Fragebogen gemeinsam aus und 9 Personen machen dazu keine Angabe. Das Alter der Schüler beträgt 10.2 - 19.7 Jahre ( $M_{\text{Alter}} = 14.2$  Jahre). Es nehmen 215 Mädchen und 147 Jungen der Klassen 5 bis 13 teil ( $M_{\text{Klasse}} = 7.8$ ). Die Version 1 wird 152 mal, Version 2 wird 215 mal ausgefüllt.

### **Ergebnisse**

Die Schwierigkeitsindexe liegen weiterhin bei zwei Items („umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen“ und „umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger“) über 80%. Dies manifestiert sich in beiden Versionen des Fragebogens.

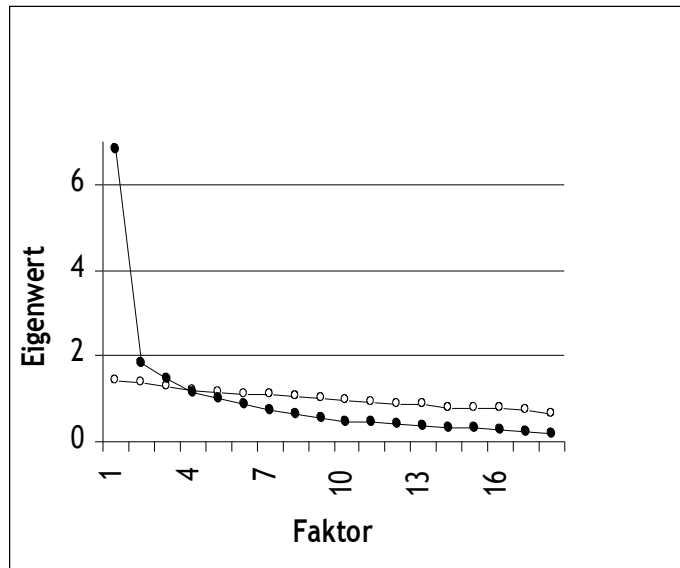
Die Eignung der Daten zur faktoranalytischen Untersuchung ist wiederum in beiden Stichproben gegeben. Der KMO-Koeffizient liegt mit .87 bzw. .88 im guten Bereich (Bühner, 2004) und der Bartlett-Test auf Spharizität wird signifikant ( $\chi^2 = 1215.24$ ,  $df = 153$ ,  $p < .001$  bzw.  $\chi^2 = 1839.29$ ,  $df = 153$ ,  $p < .001$ ). Die MSA-Koeffizienten der Anti-Image-Matrizen liegen lediglich bei zwei bzw. drei Items knapp unter .80.

Es wird zunächst ein Scree-Test nach Cattell (1966) und eine Parallelanalyse nach Horn (1965) durchgeführt, um die Anzahl der Faktoren zu bestimmen. Hier zeigen sich in beiden Datensätzen dreifaktorielle Strukturen (siehe Abbildung 5 und 6)



**Abbildung 5: Screeplot des ESAK 1  
und einer Zufallsvariable**





**Abbildung 6:** Screeplot des ESAK 2  
und einer Zufallsvariable

In der faktoranalytischen Untersuchung zeigt sich bei ESAK 1 in einer Hauptkomponentenanalyse und Promax Rotation mit Kaiser-Normalisierung eine dreifaktorielle Datenstruktur, mit insgesamt 58.5% Varianzaufklärung. Für ESAK 2 werden vier Komponenten extrahiert, die gemeinsam 62.5% der Varianz in den Rohwerten erklären.

Betrachtet man gezielt das Item zur behavioralen Komponente, in welchem sich beide Versionen unterscheiden, so zeigt sich, dass die Aussage „wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat“ in Version 1 stärker auf einem gemeinsamen Faktor mit den Items zu negativen Kognitionen lädt als auf dem Faktor der anderen physiologischen Items (.56 vs. .27). Dagegen lädt das Item der Version 2 („ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht“) deutlich auf einem den physiologischen Items gemeinsamen Faktor (.82) und nur äußerst gering auf den anderen (.09, .05, .00). Daher wird die faktoranalytische Auswertung der Version 2 im Folgenden ausführlicher betrachtet.

Der erste Faktor beinhaltet mit 37.9% Varianzaufklärung alle Items zu negativen Kognitionen und eines zur körperlichen Erregung. Der zweitstärkste Faktor klärt weitere 10.1% der Varianz auf. Auf diesem laden Items der körperlichen Komponente sowie ein Item zum Vermeidungsverhalten. Der dritte und vierte Fak-

tor erklärt 8.1% bzw. 6.4% der Varianz und beinhaltet die Items der behavioralen Komponente. In Tabelle 18 ist die Faktorenstruktur dargestellt.

**Tabelle 18:** Faktorenstruktur des ESAK 1 Studie 4 nach einer Hauptkomponentenanalyse nach Promax Kriterium rotiert

<i>Items</i>	<i>Komponente</i>			
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.90			
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.87			
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.79			
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.79			
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.76			
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.42		.38	
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.51	.34		
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht		.84		
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht		.82		
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht		.77		
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht		.64		
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.35	.48		
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen		.57	.46	
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger			.84	
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen			.79	
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus			.64	
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen				.82
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen			.30	.63

Die Kennwerte beider Fragebogenversionen der Studie 4 sind in Tabelle 19 aufgeführt.

**Tabelle 19:** Kennwerte des ESAK 1 und ESAK 2 der Studie 4

<i>Skala</i>	<i>ESAK 1</i>			<i>ESAK 2</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>V</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>V</i>
Kognitive Komponente	.93	.69	.47	1.02	.73	.53
Behaviorale Komponente	.37	.39	.19	.41	.47	.22
Physiologische Komponente	.67	.51	.26	.81	.52	.27
Gesamt	.66	.46	.21	.75	.47	.23

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, V = Varianz

Um die interne Konsistenz zu berechnen wurde eine Reliabilitätsanalyse für beide Versionen des ESAK ausgeführt. Die korrigierten Trennschärfen pro Komponente sind in Tabelle 20 zu finden. Wie in den Studien 2 und 3 erreicht in beiden Versionen die kognitive Komponente die höchste ( $\alpha = .88$  bzw.  $.90$ ) und die behaviorale Komponente die niedrigste interne Konsistenz ( $\alpha = .68$  bzw.  $.72$ ).

**Tabelle 20:** Korrelationen<sup>1</sup> zwischen Items und Komponente für Version 1 und 2 des ESAK der Studie 4

<i>Item</i>	<i>Item-Total-Korrelation<sup>1</sup> pro Komponente</i>	
	<i>Version 1</i>	<i>Version 2</i>
<b><i>Kognitive Komponente</i></b>		
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.71	.75
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.49	.64
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.69	.66
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.75	.77
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.76	.78
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.76	.79
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.88</b>	<b>.90</b>
<b><i>Behaviorale Komponente</i></b>		
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.40	.41
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.51	.41
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.52	.54
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.24	.41
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.42	.54
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.60	.60
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.68</b>	<b>.72</b>
<b><i>Physiologische Komponente</i></b>		
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.61	.58
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.58	.52
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.51	.60
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.72	.67
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.69	.70
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht / wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat	.63	.54
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.84</b>	<b>.83</b>
<b><i>GESAMT ESAK</i></b>	<b>.89</b>	<b>.90</b>

<sup>1</sup> part-whole-korrigierte Korrelation

In Tabelle 21 ist die interne Konsistenz jeder Komponente nach Ausschluss des jeweiligen Items zu sehen. In dieser Stichprobe erhöht sich in drei Fällen nach einem Itemausschluss die interne Konsistenz geringfügig.

**Tabelle 21:** Interne Konsistenz (Cronbach's alpha) der Komponenten des ESAK sowie interne Konsistenz nach Itemausschluss des ESAK 3 und ESAK 4 der Studie 4

<i>Item</i>	<i>Interne Konsistenz</i> <sup>1</sup>	
	<i>ESAK 1</i>	<i>ESAK 2</i>
<b><i>Kognitive Komponente</i></b>		
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.86	.88
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.89	.90
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.86	.89
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.85	.88
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.85	.88
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.85	.87
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.88</b>	<b>.90</b>
<b><i>Behaviorale Komponente</i></b>		
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.68	.73
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.63	.70
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.60	.65
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.69	.70
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.64	.66
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.61	.66
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.68</b>	<b>.72</b>
<b><i>Physiologische Komponente</i></b>		
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.82	.81
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.82	.82
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.84	.80
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.80	.79
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.80	.78
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht / wirkt angespannt, wenn es sich ungeschickt verhalten hat	.82	.81
<b><i>GESAMT alpha</i></b>	<b>.84</b>	<b>.83</b>
<b><i>GESAMT ESAK</i></b>	<b>.89</b>	<b>.90</b>

<sup>1</sup> nach Itemausschluss

Aufgrund der Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse erscheinen beide ESAK Versionen gleich geeignet. Im Folgenden werden allerdings ausschließlich die Werte für Version 1 aufgeführt, da diese sich in der faktoranalytischen Untersuchung als überlegen herausstellte.

Eine Übersicht der konvergenten und divergenten Trennschärfen (Produkt-Moment-Korrelationen) der Version 1 ist in Tabelle 22 gegeben. Es zeigt sich, dass bis auf ein Item zur Vermeidung alle Items am höchsten mit der eigenen Komponente korrelieren. Diese Werte liegen für die negative Kognitionen bei Korrelationen zwischen  $r = .61$  und  $r = .82$ , für das Vermeidungsverhalten zwischen  $r = .42$  und  $r = .74$  und für die körperliche Erregung zwischen  $r = .58$  und  $r = .71$ .

**Tabelle 22:** Konvergente und divergente Trennschärfekoeffizienten  
der Items des ESAK

<i>Items</i>	<i>Komponenten</i>			
	<i>K</i>	<i>B</i>	<i>PH</i>	<i>GW</i>
<b><i>Kognitive Komponente</i></b>	-	.45**	.64**	.89**
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.81**	.27**	.52**	.76**
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.63**	.39**	.39**	.58**
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.80**	.32**	.53**	.69**
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.84**	.15	.56**	.75**
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.84**	.33**	.47**	.71**
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.84**	.35**	.39**	.72**
<b><i>Behaviorale Komponente</i></b>	.45**	-	.50**	.74**
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.40**	.72**	.33**	.47**
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.34**	.64**	.39**	.52**
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.33**	.70**	.24**	.52**
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.39**	.44**	.48**	.28**
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.34**	.62**	.44**	.56**
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.36**	.71**	.46**	.53**
<b><i>Physiologische Komponente</i></b>	.64**	.50**	-	.85**
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.60**	.27**	.73**	.64**
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.41**	.32**	.70**	.58**
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.49**	.35**	.66**	.59**
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.54**	.18*	.82**	.74**
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.51**	.49**	.97**	.64**
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.47**	.33**	.76**	.63**

K = Kognitive Komponente, B = Behaviorale Komponente, PH = Physiologische Komponente, GW = Gesamtwert

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

### **Fazit und Ausblick**

Das Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, in wie weit sich die in Studie 3 gefundene Faktorenstruktur des auf 18 Items reduzierten Fragebogens an einer anderen Stichprobe replizieren lässt. Dazu wurden zwei unterschiedliche Itemkombinationen getestet. Die Berechnungen der internen Konsistenzen ergaben ein nahezu einheitliches Bild, welches den Befunden früherer Datenerhebungen entspricht. Für Version 1 wurden ebenfalls divergente und konvergente Trennschärfen ermittelt. Es zeigte sich lediglich ein Item, welches mit einer anderen Komponente leicht höher korrelierte als mit der eigenen ( $r = .48$  vs.  $r = .44$ ). Ansonsten ergaben sich für alle Items zufriedenstellende Korrelationen.

In der faktoranalytischen Untersuchung konnte die vierfaktorielle Lösung der vorherigen Studie repliziert werden. Das Vermeidungsverhalten teilte sich weiterhin in zwei Komponenten auf, wobei die zweite Komponente aus lediglich zwei Items („vermeidet es mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen“ und „vermeidet es an Schulaufführungen teilzunehmen“) bestand. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass gerade diese beiden Items spezifischer sind als die anderen Items zum Vermeidungsverhalten, da sie konkrete Situationen nennen und daher weniger eine allgemeine soziale Angst als vielmehr sozialphobisches Verhalten messen.

Es sprechen allerdings einige Anzeichen dafür, dass diese Faktorenstruktur teilweise durch die Zusammensetzung der Stichprobe bedingt ist und somit die Gültigkeit des Dreikomponentenmodells nicht per se in Frage stellt. Die Datenerhebung der Studie 3 fand in einer Gesamtschule im Stadtbereich statt, welche per Definition von einer Vielzahl unterschiedlicher Schüler besucht wird und somit bezüglich Intelligenz, Bildungsstand und sozialer Herkunft der Schüler unter den weiterführenden Schulen wohl die höchste Heterogenität aufweist. Demgegenüber wurden in Studie 4 die Eltern von Schülern eines dörflich gelegenen Gymnasiums befragt. Diese eher homogene Stichprobe erzielte insgesamt niedriger Rohwerte ( $M_{\text{Studie3}} = .83 / V_{\text{Studie3}} = .22$  vs.  $M_{\text{Studie4}} = .66 / V_{\text{Studie4}} = .21$ ) als die Gesamtschule und wird demnach von Eltern als weniger auffällig eingeschätzt. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass eine potenziell gegebene dreifaktorielle Struktur in einer erheblich größeren und heterogeneren Stichprobe unter Umständen die Möglichkeit hat, sich deutlicher zu manifestieren.

## 7.6. Studie 5: Psychometrische Evaluation an einer größeren Normalstichprobe

### ***Fragestellung***

Aufgrund der gezeigten Ergebnisse werden die Items der Version 1 auch in dieser Studie in identischer Form übernommen. Die beiden Items, deren Schwierigkeitsindex in Studie 4 über 80% liegt, werden aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz ebenfalls beibehalten. Diese Items sind in der Lage, im Extrembereich des zu messenden Konstrukts zwischen Personen zu differenzieren (Mummendey, 2003) und können somit wichtige Informationen hinsichtlich einer eher sozialphobischen Symptomatik liefern.

Das erste Ziel der folgenden Datenerhebungen ist es, durch den größeren Umfang der Stichprobe eine Manifestation der dreifaktoriellen Struktur zu ermöglichen und somit die Gültigkeit des kognitiv-behavioralen Konzepts der Angst für einen Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen zu prüfen. Hierzu wird die theoriebasierte Skaleneinteilung im Vergleich zu einer empirisch gewonnenen Itemzuordnung mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse auf ihre Modellpassung hin untersucht.

Ein weiteres Anliegen dieser Studie ist die Untersuchung der Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen des ESAK und den Befunden anderer etablierter Fragebogenverfahren für Eltern wie auch ein Vergleich zwischen der elterlichen Einschätzung der Angst auf dem ESAK und der eigenen Einschätzung des Kindes.

Ebenso soll die zeitliche Stabilität der Elternaussagen auf dem ESAK überprüft werden.

Zudem sollen Faktoren, die mit der elterliche Einschätzung der Ängste des Kindes sowie auf den Grad der Übereinstimmung zwischen Eltern und Kind in Zusammenhang stehen, bestimmt werden.

Als letztes Ziel soll bei zufriedenstellenden Ergebnissen bezüglich der internen Konsistenz, der faktoriellen, konvergenten und diskriminanten Validität sowie zur

Test-Retest Reliabilität anhand der ermittelten Rohdaten eine Normierung des ESAK vorgenommen werden.

### **Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung**

In der vorliegenden Studie werden die Daten einer kombinierten Stichprobe verwendet. Diese besteht aus den 152 Eltern der Studie 4, die bereits die Version 1 des ESAK ausfüllten und 1949 neu kontaktierten Eltern. Die Datenerhebung der Studie 5 umfasst damit Schüler von 12 Schulen (fünf Grundschulen, zwei Hauptschulen, einer Gesamtschule, einer Realschule und drei Gymnasien) aus dem Siegerland und vom Niederrhein. Der Ablauf ist weitestgehend identisch mit dem der vorherigen Studien. Im Rahmen der Validierung werden an einer Schule zusätzlich zu den Umschlägen für die Eltern auch Umschläge für die Schüler verteilt; diese beinhalten die self-report Fragebögen für die Kinder. Durch die beidseitige Teilnahme können die Kinder ihre Chancen bei der Verlosung verdoppeln. Darüber hinaus wird an einer weiteren Schule zur Überprüfung der Test-Retest Reliabilität im Abstand von sechs Wochen eine Nacherhebung durchgeführt.

### **Beschreibung der Stichproben**

Die Stichprobe der Studie 5 besteht aus  $N_{\text{GESAMT}} = 2101$  Eltern, darunter sind 1671 Mütter und 237 Väter, 113 Elternpaare füllen den Fragebogen gemeinsam aus und 80 Personen machen dazu keine Angabe. Das Alter der Schüler beträgt 8.0 - 19.4 Jahre ( $M_{\text{Alter}} = 13.1$  Jahre). Es nehmen 1132 Mädchen und 915 Jungen der Klassen 3 bis 13 teil ( $M_{\text{Klasse}} = 6.6$ ). Die Schulformen sind wie folgt vertreten:  $N_{\text{Grundschule}} = 336$ ,  $N_{\text{Hauptschule}} = 421$ ,  $N_{\text{Gesamtschule}} = 210$ ,  $N_{\text{Realschule}} = 385$ ,  $N_{\text{Gymnasium}} = 749$ .

### **Erhebungsinstrumente**

#### **Social Anxiety Scale for Children- Revised (SASC-R)**

Die *Social Anxiety Scale for Children* (La Greca & Stone, 1993) wurde als kindgerechtes Messinstrument auf Grundlage der für die Diagnostik Erwachsener in amerikanischen Sprachraum üblichen Skalen „*Fear of Negative Evaluation*“ (FNE; Watson & Friend, 1969) und „*Social Avoidance and Distress Scale*“ (SAD; Watson & Friend, 1969) entwickelt. Die Skala wurde von Melfsen und Florin (1997) aus dem



Amerikanischen ins Deutsche übersetzt und kann bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-16 Jahren eingesetzt werden. Sie setzt sich zusammen aus zwei Skalen: *Furcht vor negativer Bewertung* (10 Items), ausgedrückt durch Gedanken über Anerkennung bzw. Ablehnung durch andere (Bsp.: „*Ich habe Angst, dass andere Jungen und Mädchen mich nicht mögen*“) und *Vermeidung von und Belastung durch soziale Situationen* (8 Items), welche Situationen beschreibt, die vermieden werden oder Angst auslösen (Bsp.: „*Ich habe Angst, andere zu mir nach Hause einzuladen, weil sie ablehnen könnten*“). Zur Beantwortung dient eine fünfstufige Likert-Skala („*nie*“, „*selten*“, „*manchmal*“, „*meistens*“, „*immer*“), mittels derer der Proband die Häufigkeiten einschätzen kann.

In einer psychometrischen Überprüfung (Melfsen und Florin, 1997; Melfsen 1998) bestätigte sich die Skalenaufteilung in der Faktorenanalyse. Die interne Konsistenz erwies sich als gut (Cronbach's alpha  $\alpha = .83$  bzw.  $.71$ ; Test-Retest Reliabilität  $r = .84$  bzw.  $.74$ ). Eine gute konvergente Validität wurde durch signifikante Korrelationen zu anderen Testverfahren belegt. So korrelieren der Fragebogen zur Erfassung der sozialen Phobie (SPAI-C; Beidel, Turner & Morris, 1995), der Angstfragebogen für Schüler-Unterskala zur Manifesten Angst (AFS-MA, Wiecerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1974) und der Kinder-Angst-Test (KAT, Thurner & Tewes, 1975) mit der SASC in einem Bereich zwischen  $r = .45$  und  $r = .66$ . Es liegen Normen für die deutsche Version vor.

#### State-Trait Anxiety Inventory, Kinderversion (STAIC)

Das State-Trait Angstinventar für Kinder (Spielberger, 1973) ist ein Instrument zur Erhebung allgemeiner Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8-16 Jahren. Es ist in eine Trait-Skala und eine State-Skala aufgeteilt. Erstere erhebt die Angst als Persönlichkeitsmerkmal, letztere Angst als einen momentanen Zustand. In dieser Studie wurde ausschließlich die Trait-Skala eingesetzt. Traitangst wird definiert als ein differenzialpsychologischer Faktor, der die interindividuell variable, aber reiz- und situationsunspezifische und überdauernde Neigung zu Angstreaktionen beschreibt (Joormann & Unnewehr, 2003). Die Skala besteht aus 20 Items, die mit Hilfe einer dreistufigen Likert-Skala („*fast nie*“, „*manchmal*“ oder „*oft*“) beantwortet werden können. In der Instruktion wird der Proband gebe-

ten anzugeben, wie er sich „im Allgemeinen“ fühlt (Bsp.: „Ich mache mir zuviel Sorgen“). Es wurde die deutsche Übersetzung von Unnewehr und Mitarbeitern (1992) eingesetzt. Diese zeigte in einer ersten psychometrischen Untersuchung in Übereinstimmung mit der amerikanischen Originalversion gute bis zufriedenstellende Itemkennwerte. Eine faktoranalytische Überprüfung wurde lediglich mit einer Teilstichprobe vorgenommen ( $n = 30$ ) und lieferte uneinheitliche Ergebnisse. Die interne Konsistenz ist gut (Cronbach's alpha  $\alpha = .81$ ; Test-Retest Reliabilität  $r = .64$ ). Ebenfalls konnte anhand des *Kinder-Angst-Tests* eine gute konvergente Validität ( $r = .71$ ) nachgewiesen werden. Bislang liegen keine Norm- und Grenzwerte für die deutsche Fassung vor.

#### Child Behavior Checklist (CBCL), deutsche Bearbeitung

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1989) ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist von Achenbach (1991a). Den Eltern wurde der zweite Teil des Fragebogens, der 120 Items beinhaltet, vorgelegt. Hier können problematische Verhaltensweisen und Einzelsymptome anhand einer dreistufigen Likert-Skala („nicht zutreffend“, „etwas oder manchmal zutreffend“ oder „genau oder häufig zutreffend“) in Hinblick auf die letzten sechs Monate beurteilt werden. Zur Auswertung können die Subskalen *Sozialer Rückzug*, *Körperliche Beschwerden* und *Angst / Depressivität* zur Skala *Internalisierendes Verhalten* und die Subskalen *Dissoziales* und *Aggressives Verhalten* zur Skala *Externalisierendes Verhalten* zusammengefasst werden. Diese und die weiteren Skalen *Soziale Probleme*, *Schizoid / Zwanghaft* und *Aufmerksamkeitsstörungen* sowie zusätzliche 33 Items, die keiner Skala zugeordnet sind, ergeben einen umfassenden Gesamtauffälligkeitswert. Der Fragebogen ist für Eltern von 4-18 jährigen Kindern geeignet.

Eine empirische Prüfung der Skalen ergab interne Konsistenzen zwischen  $\alpha = .58$  und  $\alpha = .92$ . Lediglich die Skala *Schizoid / Zwanghaft* erreichte keine zufriedenstellende Reliabilität. In einer Kontrastgruppenvalidierung konnte die CBCL hochsignifikant zwischen Kindern mit und ohne psychischen Störungen unterscheiden. Im Vergleich mit der inhaltlich analogen Selbsteinschätzung der Kinder im *Youth Self Report* (Achenbach & Edelbrock, 1987) spiegelten die Korrelationen einen mittel-

starken Zusammenhang zwischen Eltern- und Kindurteil wider. Zur faktoriellen Überprüfung der Skalen liegen uneinheitliche Ergebnisse vor. Es liegen ausführliche Normen für die deutsche Fassung vor.

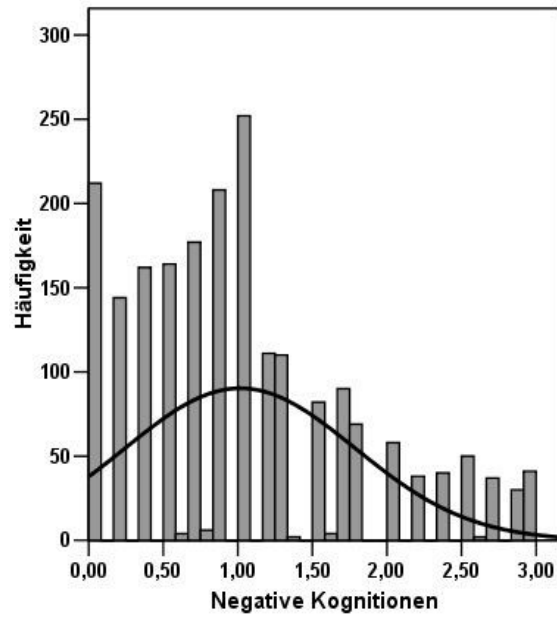
### Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK)

Es wurde die bereits in Studie 4 angewandte Version 1 des ESAK gewählt. Diese besteht aus insgesamt 18 Items, welche drei Skalen „Negative Kognitionen“ (6 Items), „Körperliche Erregung“ (6 Items) und „Vermeidungsverhalten“ (6 Items) zugeordnet sind. Die Items bestehen aus Aussagen über Verhalten und Befürchtungen des Kindes, die mittels einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden können. Mutter oder Vater werden gebeten anzugeben, in wie weit die jeweilige Aussage auf ihr Kind in den letzten sechs Monaten zutreffend sind (0 = „gar nicht“, 1 = „etwas“, 2 = „eher“, 3 = „sehr“). Zur Auswertung wird ein Mittelwert pro Skala und ein Gesamtmittelwert errechnet.

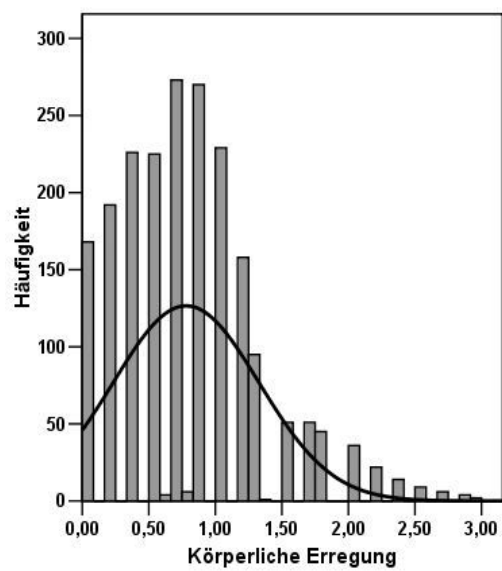
## Ergebnisse

### Rohwerteverteilung

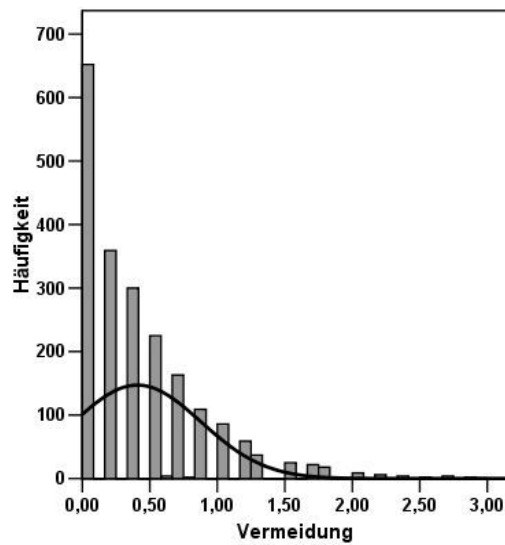
Zur Überprüfung der Normalverteilungshypothese wird in Abbildung 7 bis Abbildung 10 die Verteilung der Rohwerte der einzelnen Skalen sowie des Gesamtwertes dargestellt.



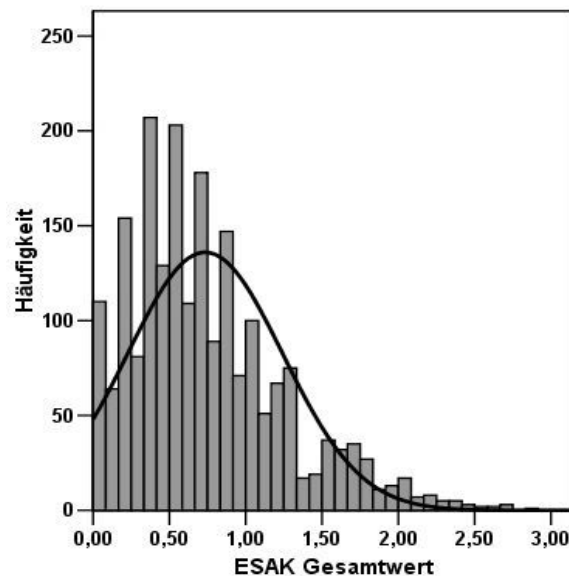
**Abbildung 7:** Rohwerteverteilung des Skalenwertes „Negative Kognitionen“



**Abbildung 8:** Rohwerteverteilung des Skalenwertes „Körperliche Erregung“



**Abbildung 9:** Rohwertverteilung des Skalenwertes „Vermeidungsverhalten“

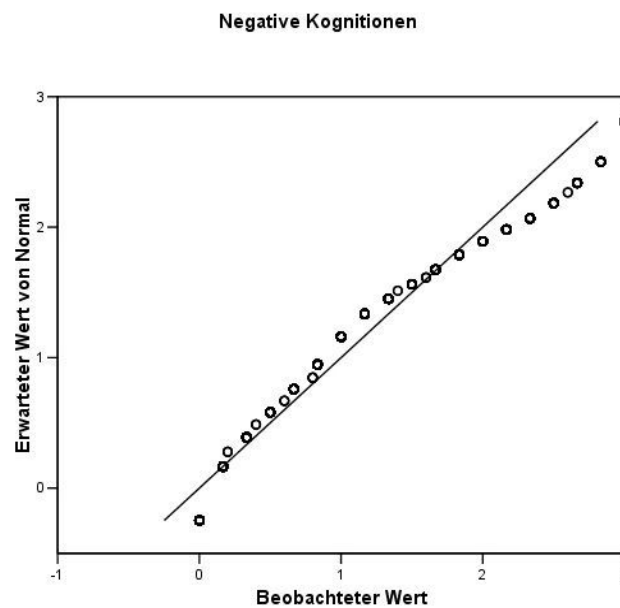


**Abbildung 10:** Rohwertverteilung des ESAK Gesamtwertes

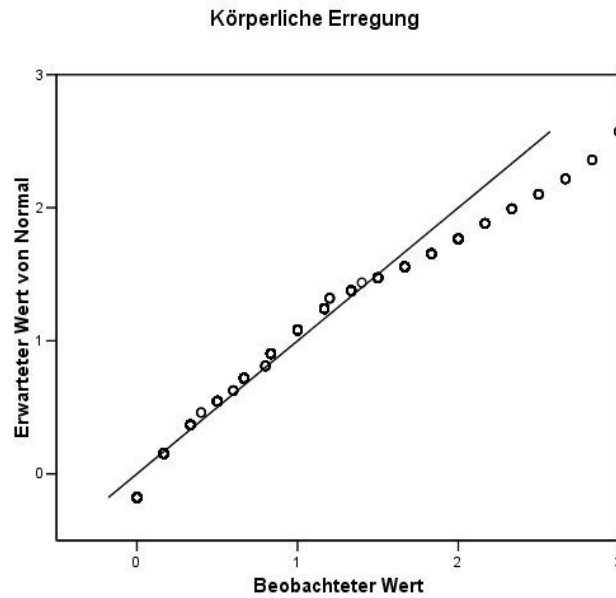
Es folgen Q-Q Diagramme, welche die Quantile der Verteilung der Variable gegen die Quantile einer beliebigen Anzahl von zu testenden Verteilungen auftragen, um festzustellen, ob die Verteilung der Variablen einer gegebenen Verteilung (hier der

Normalverteilung) entspricht. Wenn die ausgewählte Variable der zu testenden Verteilung entspricht, sind die Punkte um eine Gerade herum gruppiert.

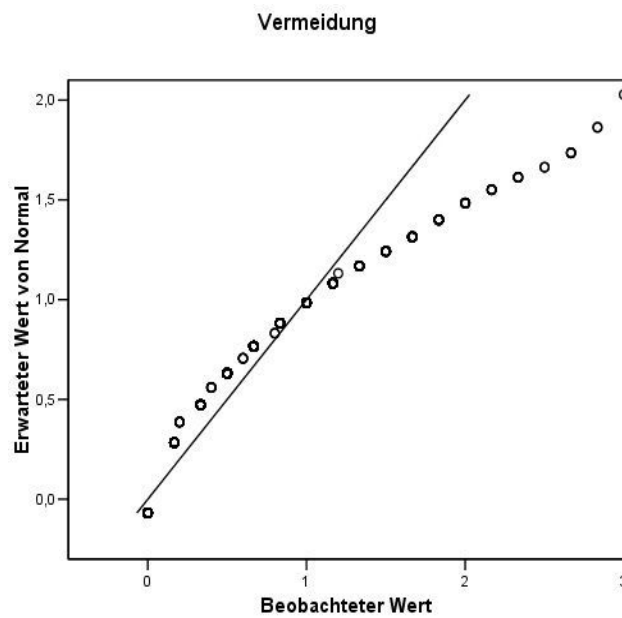
Wie in Abbildung 11 bis Abbildung 14 deutlich wird, sind die Skalen- und der Gesamtwert des ESAK nicht normal verteilt sondern linksschief. Das Muster der Grafiken legt die Vermutung nahe, dass die beobachteten Werte systematisch von der Normalverteilung abweichen.



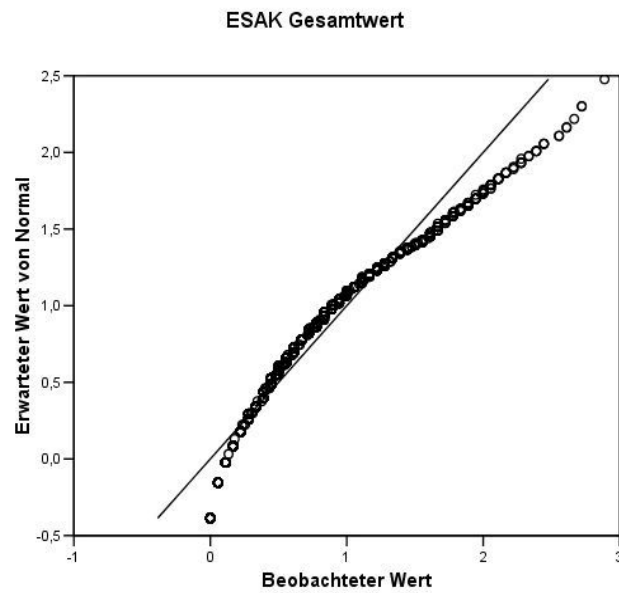
**Abbildung 11: Q-Q Diagramm**  
für den Skalenwert „Negative Kognitionen“



**Abbildung 12: Q-Q Diagramm  
für den Skalenwert „Körperliche Erregung“**



**Abbildung 13: Q-Q Diagramm  
für den Skalenwert „Vermeidungsverhalten“**



**Abbildung 14: Q-Q Diagramm**  
für den Gesamtwert des ESAK

Tabelle 23 bestätigt diese Vermutung. Die Items des ESAK, sowie die Skalen- und der Gesamtwert weichen auch nach dem Kolmogorov-Smirnov Test signifikant von einer Normalverteilung ab. Es sind jedoch bis auf drei Items alle Items sowie die drei Skalen und der Gesamtwert innerhalb der nach West, Curran und Finch (1995) geforderten Standards.



**Tabelle 23:** Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests  
für die Items des ESAK, die Skalenwerte und den Gesamtwert

<i>Item</i>	<i>S</i>	<i>S<sub>s</sub></i>	<i>Ex</i>	<i>Z</i>	<i>p &lt;</i>
ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.70	.6	.48	14.46	.001
efürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.56	.6	-.59	11.53	.001
vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	1.03	.6	-.27	15.22	.001
wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	1.17	.6	1.07	14.57	.001
umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	3.39	.6	11.48	23.10	.001
ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.93	.6	1.15	11.62	.001
weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	1.78	.6	2.44	19.18	.001
befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	1.03	.6	.29	12.45	.001
vermeidet, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	2.28	.6	5.26	20.03	.001
fürchtet, etwas peinliches zu tun	.64	.6	-.19	13.01	.001
wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.84	.6	.56	11.34	.001
befürchtet, vor der Klasse dumm dazustehen	.64	.6	-.52	11.65	.001
wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.85	.6	.60	11.30	.001
vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	1.54	.6	1.73	17.75	.001
befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.67	.6	-.38	11.99	.001
ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.88	.6	.65	12.04	.001
umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	2.65	.6	7.05	21.63	.001
fürchtet, ausgelacht zu werden	.72	.6	-.29	12.63	.001
Skala „Negative Kognitionen“	.77	.6	-.10	6.53	.001
Skala „Körperliche Erregung“	.89	.6	.87	5.25	.001
Skala „Vermeidungsverhalten“	1.72	.6	3.60	8.85	.001
ESAK Gesamtwert	1.01	.6	.90	4.95	.001

S = Schiefe, S<sub>s</sub> = Standardfehler der Schiefe, Ex = Exzess, Z = Kolmogorov-Smirnov-Z Wert, p = Asymptotische Signifikanz (2-seitig)

Wenn in den folgenden Analysen teilweise dennoch parametrische Verfahren zum Einsatz kommen, so ist dies bei der vorliegenden Stichprobengröße durch das zentrale Grenzwerttheorem gerechtfertigt (Döring & Bortz, 1993).

### Faktorielle Validität

Um zunächst eine explorative faktoranalytische Untersuchung an den Daten vorzunehmen, wird deren Eignung diesbezüglich geprüft. Der KMO-Koeffizient liegt mit .94 im sehr guten Bereich (Bühner, 2004) und der Bartlett-Test auf Sphärität wird signifikant ( $\chi^2 = 16794.93$ ,  $df = 153$ ,  $p < .001$ ). Die MSA-Koeffizienten der Anti-Image-Matrizen liegen alle über dem Grenzwert von .80. Damit sind die Voraussetzungen zu einer explorativen Faktoranalyse in diesem Datensatz gegeben.

Es wird eine Hauptkomponentenanalyse mit Promax Rotation und Kaiser-Normalisierung durchgeführt. Anhand des Scree-Tests nach Cattell (1966) und der Parallelanalyse nach Horn (1965, siehe Abbildung 15) zeigt sich eine dreifaktorielle Faktorenstruktur. Der Eigenwerteverlauf der Zufallsfaktoren schneidet den des ESAK nach der dritten Komponente.

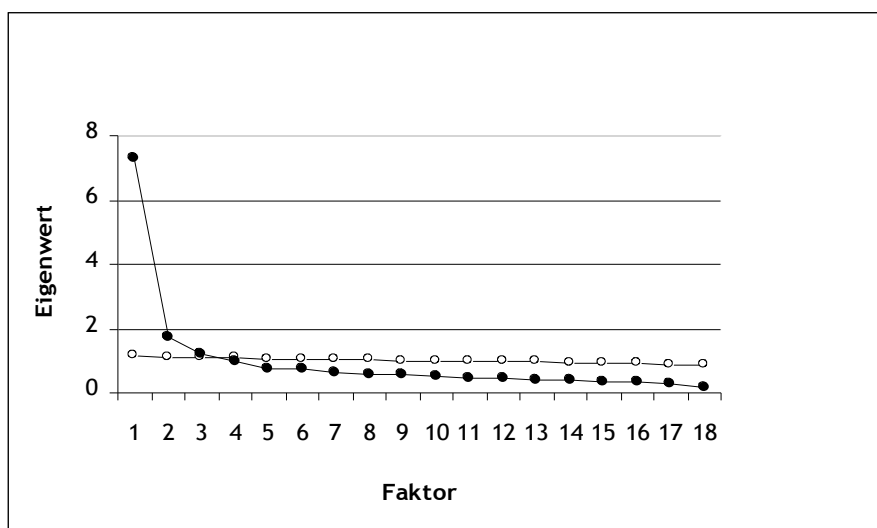


Abbildung 15: Scree-Plot des ESAK und einer Zufallsvariable

Auch nach dem Kaiser-Guttman Eigenwertkriterium zeigt sich eine dreifaktorielle Lösung. Es werden demzufolge auch drei Faktoren extrahiert. Die rotierte Lösung erklärt insgesamt 57,24% der Varianz, weitere Angaben sind in Tabelle 24 zu finden.

Tabelle 24: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse nach Promax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung des ESAK

Komponente	Eigenwert	Varianzaufklärung	kumulierte Varianzaufklärung
1	7.33	40.71	40.71
2	1.74	9.69	50.40
3	1.23	6.84	57.24

Die rotierte Faktorlösung ist in Tabelle 25 dargestellt. Es zeigt sich im Wesentlichen eine um einen Faktor reduzierte Replikation der Faktorenstruktur der Studie 4.

**Tabelle 25:** Rotierte Komponentenmatrix des ESAK

<i>Items</i>	<i>Komponente</i>		
	1	2	3
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.90		
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.89		
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.87		
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.81		
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.78		
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.75		
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht		.79	
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht		.79	
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht		.73	
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht		.68	
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht		.63	
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird		.38	
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen		.60	
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen		.55	
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen			.87
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger			.80
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus			.65
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen		.30	.34

In diesem Datensatz laden die zwei Items der Skala „Vermeidungsverhalten“ nicht mehr auf einem vierten Faktor sondern auf der Komponente der Skala „Körperliche Erregung“. Ihre Ladungen auf der behavioralen Komponente sind mit .12 bzw. .16 relativ gering. Beide Items korrelieren dennoch höher mit der Vermeidungsskala als mit der Skala Körperliche Erregung ( $r = .69$  vs.  $r = .40$  bzw.  $r = .67$  vs.  $r = .53$ ). Die höchsten Inter-Item Korrelationen beider Items („vermeidet es vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen“, „vermeidet es an Schulaufführungen teilzunehmen“) besteht untereinander ( $r = .37$ ) und mit dem Item „ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht“ ( $r = .32$  bzw.  $r = .56$ ). Hier zeigt sich scheinbar ein gemeinsamer, eher spezifisch sozial ängstlicher Faktor, den man im allgemeinen als „Redeangst“ bezeichnen könnte. Inhaltlich lassen sich die Items der Skala Vermeidungsverhalten damit in zwei unterschiedliche Bereiche einteilen: eher gesellige Situationen, in

denen Interaktion gefordert ist (Geburtstagsfeiern, Gruppenaktivitäten) und einen eher formellen Kontext, in dem eine Präsentation gefordert ist (vor Gruppe sprechen, Schulaufführungen). Die Anzeichen körperlicher Erregung scheinen folglich v.a. in letztgenannten Situationen eine entscheidende Rolle zu spielen.

Um die theoretisch angenommene a-priori Skaleneinteilung mit den empirisch abgeleiteten Komponenten zu vergleichen werden zusätzlich konfirmatorische Faktorenanalysen gerechnet. Die Faktorladungen beider Modelle sind in Tabelle 26 aufgeführt.

**Tabelle 26:** Faktorladungen in der konfirmatorischen Faktoranalyse<sup>1</sup> für die a-priori Skaleneinteilung<sup>a</sup> und die empirisch abgeleiteten Komponenten<sup>b</sup>

<i>Items</i>	<i>Ladung<sup>a</sup></i>	<i>Ladung<sup>b</sup></i>
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.89	.89
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.86	.86
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.85	.85
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.76	.76
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.73	.73
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.68	.68
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.79	.77
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.77	.75
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.64	.66
-ist unruhig ,wenn es von anderen beobachtet wird	.63	.62
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.62	.61
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.59	.59
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.71	.80
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.65	.67
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.60	.60
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.50	.44
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.49	.59
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.45	.41

<sup>1</sup> Ergebnisse basieren auf Maximum-Likelihood Methode, ausgeführt mit Mplus (Muthén & Muthén, 2004)

Zur Bestimmung der Modellanpassung werden neben dem  $\chi^2$  -Tests, welcher bei großen Stichproben bereits aufgrund geringer Abweichungen von der Korrelations- oder Kovarianzmatrix vom getesteten Modell zur Ablehnung des Modells führt (Bühner, 2004), weitere Indizes zur Beurteilung der Modellgüte herangezogen. Hu und Bentler (1999) schlagen bei Anwendung der Maximum-Likelihood-Methode eine Kombination aus zwei Kennwerten vor. So soll der Standardized-Root-Mean-Square-Residual (SRMR) mit z.B. dem Comparative-Fit-Index (CFI), dem Tucker-Lewis-Index (TLI) oder dem Root-Mean-Square-Error-of-Approximation (RMSEA) ergänzt werden.

Zur Vollständigkeit wird in Tabelle 27 daher für beide Analysen neben dem SRMR jeweils ein Typ-2 und ein Typ-3 Index der komparativen Fit-Indizes (TLI bzw. CFI) sowie ein weiterer absoluter Fit-Index (RMSEA) mit dem entsprechendem Cut-off Wert dargestellt.

**Tabelle 27:** Modelltestung für die a-priori Skalen und die empirisch abgeleiteten Komponenten

		<i>a-priori-Skalen</i>	<i>empirisch abgeleitete Komponenten</i>	<i>Cut-off<sup>1</sup></i>
Test of Model Fit	$\chi^2$	1376.030	1208.387	
	df	132	132	
	p	< .001	< .001	
Test of Model Fit for the Baseline Model	$\chi^2$	16860.870	16860.870	
	df	153	153	
	p	< .001	< .001	
Fit Indizes	CFI	.926	.936	≈ .95
	TLI	.914	.925	≈ .95
	RMSEA	.069	.064	< .06
	SRMR	.052	.051	≤ .11

<sup>1</sup> nach Hu und Bentler (1999)

Der  $\chi^2$ -Test wird wie erwartet bei beiden getesteten Modellen signifikant. Es liegen allerdings alle Fit-Indizes sehr nahe an dem vorgeschlagenen Cut-off-Wert, wobei das empirisch abgeleitete Modell diesem Wert noch geringfügig näher kommt. Es handelt sich hierbei aber um äußerst geringe Unterschiede, welche dementsprechend nicht sehr aussagefähig sind. Insgesamt sprechen die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktoranalyse demnach nicht für eine Überlegenheit des empirisch abgeleiteten Modells gegenüber der theoretisch angenommenen a-priori-Skaleneinteilung in Hinsicht auf die Übereinstimmung mit den beobachteten Korrelationen in der Stichprobe. Im Folgenden wird daher dem theoriebasierten Modell der Vorzug gegeben und die vorgenommene Skaleneinteilung beibehalten.

Um zu untersuchen, in wie weit die Auswertung eines Gesamtwerts als Mittelwert der drei Skalen, gerechtfertigt ist, wird eine Faktorenanalyse zweiter Ordnung vorgenommen. Bei der Hauptkomponentenanalyse zeigt sich, dass die Mittelwerte der einzelnen Skalen zu einer gemeinsamen Komponente zusammengefasst

werden, die insgesamt 71.7% der Varianz erklärt. Die einzelnen Faktorladungen liegen mit .89, .84 und .81 recht dicht beieinander. Dies ermöglicht neben der skalenbasierten Auswertung eine Einschätzung des Gesamtwerts sozialer Ängste.

### Reliabilität

In einer Reliabilitätsanalyse zeigt sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von  $\alpha = .91$  und eine mittlere Inter-Item-Korrelation von  $r_{ii} = .36$ . Diese liegt damit in dem von Briggs und Cheek (1986) vorgeschlagenen Akzeptanzbereich von .20 bis .40.

**Tabelle 28:** Itemkennwerte, Item-Total-Korrelationen und interne Konsistenz nach Itemausschluss für den ESAK

<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r<sub>it</sub></i>	<i>Interne Konsistenz<sup>1</sup></i>
ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	1.03	.78	.53	.91
befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	1.10	.95	.69	.90
vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.77	1.01	.38	.91
wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.61	.75	.50	.91
umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.19	.57	.29	.91
ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.72	.71	.56	.91
weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.43	.75	.48	.91
befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.78	.89	.60	.90
vermeidet, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.30	.62	.42	.91
fürchtet, etwas peinliches zu tun	1.07	.89	.65	.90
wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.76	.75	.66	.90
befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen	1.06	.96	.72	.90
wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.74	.74	.67	.90
vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.49	.76	.57	.91
befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	1.04	.94	.75	.90
ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.82	.79	.60	.91
umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.27	.62	.50	.91
fürchtet, ausgelacht zu werden	1.04	.94	.72	.90

<sup>1</sup> nach Itemausschluss,  $r_{it}$  - Item-Total-Korrelation

Es werden ebenfalls Reliabilitätsanalysen für die einzelnen Skalen getrennt ausgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 29 zu finden.

**Tabelle 29:** Item-Total-Korrelationen und Interne Konsistenz nach Itemausschluss für die Skalen des ESAK

Skalen	$r_{it}$	Interne Konsistenz <sup>1</sup>
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.72	.90
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.65	.91
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.69	.90
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.81	.89
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.83	.88
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.80	.89
<b>Skala „Negative Kognitionen“</b>	<b>.63<sup>a</sup></b>	<b>.91<sup>b</sup></b>
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.58	.80
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.54	.81
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.55	.81
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.67	.78
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.70	.78
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.56	.81
<b>Skala „Körperliche Erregung“</b>	<b>.45<sup>a</sup></b>	<b>.83<sup>b</sup></b>
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.39	.72
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.41	.69
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.50	.66
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.41	.69
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.48	.67
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.59	.64
<b>Skala „Vermeidungsverhalten“</b>	<b>.32<sup>a</sup></b>	<b>.72<sup>b</sup></b>

<sup>a</sup>= mittlere Inter-Item-Korrelation pro Skala, <sup>b</sup>= Cronbach's alpha pro Skala,  $r_{it}$  = Item-Total-Korrelation, <sup>1</sup>nach Itemausschluss

Die Schwierigkeitsindexe liegen wie in der vorherigen Studie bei zwei Items („umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen“ und „umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger“) über 80%.

Die Skalen des ESAK erreichen eine mittlere Inter-Skalen-Korrelation von  $r_{ss} = 0.57$ . Die jeweiligen Interkorrelationen der Subskalen sowie die Korrelationen zwischen Skala und ESAK Gesamtwert sind in Tabelle 30 aufgelistet.

**Tabelle 30:** Interkorrelationen<sup>1</sup> der Skalen des ESAK und Korrelation<sup>1</sup> mit dem Gesamtwert

	NK	KE	V
<i>Negative Kognitionen</i>	1.00	.62**	.46**
<i>Körperliche Erregung</i>	.62**	1.00	.55**
<i>Vermeidungsverhalten</i>	.46**	.55**	1.00
<i>ESAK Gesamtwert</i>	.89**	.85**	.72**

NK = Negative Kognitionen, V = Vermeidungsverhalten, KE = Körperliche Erregung

<sup>1</sup>nach Spearman-Rho

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Um die zeitliche Stabilität der Ergebnisse des ESAK zu prüfen wird anhand eines Teils der Stichprobe (N = 13) über ein Zeitintervall von sechs Wochen ebenfalls eine Test-Retest-Reliabilität berechnet. Es zeigt sich für alle Subskalen sowie für den ESAK Gesamtwert eine signifikante, hohe Übereinstimmung (siehe Tabelle 31).

**Tabelle 31:** Test-Retest-Reliabilität<sup>1</sup> des ESAK

	<i>NK</i>	<i>KE</i>	<i>V</i>	<i>GW</i>
<i>Negative Kognitionen</i>	.82**	.67*	.75**	.80**
<i>Körperliche Erregung</i>	.58*	.85**	.72**	.78**
<i>Vermeidungsverhalten</i>	.80**	.69**	.82**	.80**
<b><i>ESAK Gesamtwert</i></b>	<b>.80**</b>	<b>.82**</b>	<b>.83**</b>	<b>.86**</b>

NK = Negative Kognitionen, V = Vermeidungsverhalten, KE = Körperliche Erregung, GW = Gesamtwert, <sup>1</sup>nach Spearman-Rho

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Itemkennwerte

In Tabelle 32 sind die Kennwerte des Gesamtwerts des ESAK aufgeführt. Zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede wird ein Kruskal-Wallis-Test sowie eine univariate Varianzanalyse ausgeführt. Hier zeigt sich alleine der Faktor „Schulform“ als signifikant unterschiedlich. Ein Besuch des Gymnasiums oder der Grundschule ist demnach mit einem geringeren ESAK Gesamtwert verbunden als z.B. ein Besuch der Hauptschule.

**Tabelle 32:** Kennwerte des Gesamtwertes des ESAK  
sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	1122	.72	.50	1.179	1	.181	2.30	.129
	männlich	904	.76	.52					
Schulform	Grundschule	334	.69	.50	26.51	4	<.001	6.14	<.001
	Hauptschule	415	.80	.53					
	Gesamtschule	207	.77	.48					
	Realschule	383	.79	.53					
	Gymnasium	740	.68	.49					
Elternteil	Mutter	1653	.75	.51	2.820	2	.245	1.47	.230
	Vater	234	.69	.49					
	Mutter und Vater	113	.70	.50					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung



Für die Skala „Negative Kognitionen“ wird ebenfalls eine Überprüfung der Gruppenunterschiede vorgenommen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 33 zu sehen und sprechen teilweise für einen signifikanten Zusammenhang mit der besuchten Schulform.

**Tabelle 33:** Kennwerte der Skala „Negative Kognitionen“ sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	1129	1.03	.77	.287	1	.592	.32	.572
	männlich	911	1.01	.76					
Schulform	Grundschule	335	.98	.79	5.619	3	.132	3.27	<.05
	Hauptschule	420	1.09	.82					
	Gesamtschule	208	1.03	.77					
	Realschule	384	1.08	.79					
	Gymnasium	745	.95	.72					
Elternteil	Mutter	1664	1.03	.78	2.543	2	.280	1.80	.165
	Vater	237	.93	.70					
	Mutter und Vater	113	1.03	.77					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Eine Überprüfung der Gruppenunterschiede für die Skala „Körperliche Erregung“ ergibt folgende Werte (Tabelle 34).

**Tabelle 34:** Kennwerte der Skala „Körperliche Erregung“ sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	1125	.79	.55	.29	1	.588	.079	.779
	männlich	909	.78	.55					
Schulform	Grundschule	335	.78	.56	3.40	3	.334	1.34	.258
	Hauptschule	420	.83	.57				4	
	Gesamtschule	209	.84	.55					
	Realschule	384	.84	.54					
	Gymnasium	745	.71	.53					
Elternteil	Mutter	1659	.79	.55	3.93	2	.140	1.55	.211
	Vater	236	.74	.55				5	
	Mutter und Vater	113	.72	.52					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Tabelle 35 zeigt gruppenspezifische Unterschiede der Skala „Vermeidungsverhalten“. Hier werden signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Mädchen und Jungen sowie wiederum Schülern der unterschiedlichen Schulformen deutlich. Eine Berechnung der Wechselwirkung zwischen beiden Faktoren zeigte sich als nichtsignifikant ( $F = .51, p < .706$ ).

**Tabelle 35:** Kennwerte der Skala „Vermeidungsverhalten“ sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	1127	.35	.43	36.135	1	<.001	37.74	<.001
	männlich	909	.48	.51					
Schulform	Grundschule	334	.33	.44	35.193	4	<.001	7.045	<.001
	Hauptschule	417	.48	.50					
	Gesamtschule	207	.43	.42					
	Realschule	385	.46	.52					
	Gymnasium	740	.37	.45					
Elternteil	Mutter	1662	.42	.48	3.753	2	.153	.893	.409
	Vater	235	.40	.44					
	Mutter und Vater	113	.36	.51					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Die Berechnung der Korrelation zwischen dem Alter der Schüler und der Ausprägung der Angst nach Pearson bzw. Spearman-Rho erzielt lediglich für die Skala „Vermeidungsverhalten“ ein signifikantes Ergebnis ( $r = .09, p < .001$  bzw.  $r = .11, p < .001$ ), deren Werte mit dem Alter leicht zunehmen.

#### Diskriminante und konvergente Validität

Zur Überprüfung der diskriminanten und konvergenten Validität des ESAK wird von einem Teil der Eltern ( $N = 273$ ) ebenfalls die CBCL ausgefüllt. In Bezug auf die konvergente Validität zeigt sich eine hohe Korrelation des ESAK Gesamtwerts zu der Subskala „Ängstlich / Depressiv“ und zu der übergeordneten Skala „Internalisierende Skalen“. Die diskriminante Validität zeigt sich in den niedrigen Korrelationen zu den Subskalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“

und zur übergeordneten Skala „Externalisierende Skalen“. Ein Test der Korrelationskoeffizienten ergibt, dass der ESAK Gesamtwert signifikant höher mit den internalisierenden Skalen als mit den externalisierenden Skalen des CBCL korreliert ( $z = 6.37$ ,  $p < .001$ ). Eine ausführliche Übersicht der Korrelationen ist in Tabelle 36 zu finden.

**Tabelle 36:** Korrelationen<sup>1</sup> zwischen dem ESAK Gesamtwert und seinen Subskalen mit der CBCL

<i>Skala</i>	<i>Korrelationskoeffizient</i>			
	<i>NK</i>	<i>KE</i>	<i>V</i>	<i>GW</i>
CBCL Ängstlich / Depressiv	.56**	.59**	.40**	.62**
CBCL Soziale Rückzug	.48**	.53**	.47**	.57**
CBCL Körperliche Beschwerden	.30**	.28**	.17**	.33**
CBCL Aufmerksamkeitsprobleme	.39**	.40**	.35**	.45**
CBCL Soziale Probleme	.42**	.39**	.38**	.46**
CBCL Schizoid / Zwanghaft	.36**	.38**	.20**	.37**
CBCL Dissoziales Verhalten	.18*	.23**	.26**	.25**
CBCL Aggressives Verhalten	.31**	.31**	.26**	.35**
CBCL Internalisierende Skalen	.55**	.57**	.43**	.62**
CBCL Externalisierende Skalen	.28**	.30**	.28**	.34**
CBCL Gesamtwert	.47**	.49**	.42**	.55**

NK = Negative Kognitionen, V = Vermeidungsverhalten, KE = Körperliche Erregung, GW = ESAK Gesamtwert

<sup>1</sup> nach Spearman-Rho

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Darüber hinaus werden zur Überprüfung der Validität an einem Teil der Stichprobe (N= 260) ebenfalls Selbstbeurteilungsfragebögen bei den Kindern eingesetzt. Hier finden sich niedrige Übereinstimmungen zwischen Eltern- und Kindurteil (siehe Tabelle 37). Die höchste Korrelation zeigen die Skalen SASC „Furcht vor negativer Bewertung“ und ESAK „Negative Kognitionen“, welche auch inhaltlich am stärksten übereinstimmen. Ein Test für Korrelationsdifferenzen zeigt darüberhinaus, dass das Selbsturteil des Kindes hinsichtlich seiner Furcht vor negativer Bewertung signifikant höher mit der Annahme negativer Kognitionen aus Sicht der Eltern korreliert als der Beurteilung des Vermeidungsverhaltens durch die Eltern ( $z = 3.53$ ,  $p < .001$ ).

**Tabelle 37:** Korrelationen<sup>1</sup> zwischen dem ESAK Gesamtwert und seinen Subskalen mit STAIC und SASC

<i>Skala</i>	<i>Korrelationskoeffizient</i>			
	<i>NK</i>	<i>KE</i>	<i>V</i>	<i>GW</i>
STAIC Gesamtwert	.30**	.25**	.21**	.29**
SASC	.37**	.21**	.15*	.31**
Furcht vor negativer Bewertung				
SASC Vermeidung von und Belastung durch soziale Situationen	.28**	.29**	.29**	.32**

NK = Negative Kognitionen, V = Vermeidungsverhalten, KE = Körperliche Erregung, GW = Gesamtwert

<sup>1</sup> nach Spearman-Rho

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Um zu überprüfen, welche Faktoren mit dem Grad der Übereinstimmung zwischen Eltern und Kind in Zusammenhang stehen, werden für die Faktoren Geschlecht des Kindes, Geschlecht des Elternteils, Alter und Ausmaß an sozialer Angst im Kind- bzw. Elternurteil getrennte Korrelationskoeffizienten berechnet. Es werden in Tabelle 38 die Übereinstimmungen zwischen dem Gesamtwert des ESAK und einem Gesamtwert des SASC dargestellt. Zudem wird eine Transformation der Korrelationskoeffizienten in Fishers Z-Werte vorgenommen, um einen Test auf Korrelationsdifferenzen durchzuführen. Die untersuchten Faktoren liegen mit Effektgröße von  $q = .03$  bis  $q = .19$  im Bereich eines kleinen Effektes (Bortz & Döring, 1995). Die Z-Werte erreichen in keinem der Fälle den kritischen Wert von  $z_{5\%} = 1.96$ .

**Tabelle 38:** Vergleich der Korrelationen<sup>1</sup> zwischen den Gesamtwerten des ESAK und SASC

<i>Faktor</i>	<i>Korrelationskoeffizient</i>	<i>q</i>	<i>z</i>
<i>Geschlecht des Kindes</i>			
Mädchen vs. Jungen	.41** vs. .36**	.06	.461
<i>Geschlecht des Elternteils</i>			
Mütter vs. Väter	.37** vs. .52**	.19	1.234
<i>Alter des Kindes</i>			
10-12 Jahre vs. 13-17 Jahre	.31** vs. .40**	.13	.821
<i>Elternurteil</i> <sup>2</sup>			
über- vs. unterdurchschnittlich	.20* vs. .24**	.04	.326
<i>Kindurteil</i> <sup>2</sup>			
über- vs. unterdurchschnittlich	.20* vs. .25**	.05	.412

<sup>1</sup> nach Spearman-Rho, <sup>2</sup> als Cut-off Wert wurde jeweils der Mittelwert der Gesamtwerte der Teilstichprobe auf ESAK bzw. SASC genommen,  $q$  = Effektgröße für Test auf Korrelationsdifferenzen

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Eine Kombination der Geschlechter bezüglich der Korrelationskoeffizienten zeigt Tabelle 39.

**Tabelle 39:** Kombination der Geschlechter von Kind und Eltern bzgl. der Übereinstimmung<sup>1</sup>

	<i>Tochter</i>	<i>Sohn</i>
<i>Mutter</i>	.34** (N= 129)	.48** (N = 72)
<i>Vater</i>	.70** (N = 20)	n.s. (N = 9)

<sup>1</sup> Korrelation nach Spearman-Rho, n.s. = nicht signifikant

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

In einem Signifikanztest zeigt sich die Übereinstimmung zwischen Vater und Tochter als nicht signifikant höher als die zwischen Mutter Tochter ( $z = .354$ ), gleiches gilt für den Vergleich zwischen Mutter-Tochter und Mutter-Sohn ( $z = .441$ ). Leider finden sich in der Teilstichprobe lediglich neun Väter, die ihre Söhne beurteilen. Deshalb sind die Vergleiche der Paarungen nur beschränkt möglich.

### Normierung

Da die empirische Verteilung der Kennwerte signifikant von der Normalverteilung abweicht (siehe Tabelle 23) werden zur Normierung des ESAK Prozenträge für die Skalen und den Gesamtwert berechnet, welche nicht auf einer linearen, sondern einer Flächentransformation der Rohwerteverteilung basieren.

Bei der Überprüfung gruppenspezifischer Unterschiede in den Rohwerten zeigen sich für den ESAK Gesamtwert lediglich in Bezug auf den Faktor „Schulform“, für die Skala Vermeidungsverhalten auf die Faktoren „Schulform“, „Geschlecht“ und „Alter“ signifikante Unterschiede. Es wird jedoch auf eine für die Schulformen separate Normierung verzichtet, da diese im Falle der Gesamt- und der Realschule auf Rohwerten einer einzigen Schule basieren würden. Für die Skala „Vermeidungsverhalten“ werden altersspezifische Normen für Mädchen und Jungen berichtet. Die Prozentrangnormen sind in Tabelle 40 zu sehen.

**Tabelle 40:** Prozentrangnormen des ESAK Gesamtwerts und der Skalenwerte für Schüler

PR	GW	NK	KE	V				GESAMT (N = 2089)
	(N = 2079)	(N = 2093)	(N = 2087)	M 8-12 (N = 384)	M 13-19 (N = 597)	J 8-12 (N = 348)	J 13-19 (N = 424)	
1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10	0.17	0.00	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15	0.22	0.17	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
20	0.33	0.33	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
25	0.39	0.50	0.33	0.00	0.00	0.00	0.17	0.00
30	0.44	0.50	0.50	0.00	0.00	0.00	0.17	0.00
35	0.44	0.67	0.50	0.00	0.17	0.17	0.33	0.17
40	0.50	0.67	0.67	0.17	0.17	0.17	0.33	0.17
45	0.56	0.83	0.67	0.17	0.17	0.17	0.33	0.17
50	0.61	0.83	0.67	0.17	0.33	0.33	0.33	0.33
55	0.67	1.00	0.83	0.17	0.33	0.33	0.50	0.33
60	0.78	1.00	0.83	0.33	0.33	0.33	0.50	0.33
65	0.83	1.17	0.83	0.33	0.50	0.50	0.50	0.50
70	0.89	1.33	1.00	0.33	0.50	0.50	0.67	0.50
75	1.00	1.50	1.00	0.50	0.67	0.67	0.83	0.67
80	1.11	1.67	1.17	0.50	0.67	0.67	1.00	0.67
85	1.28	1.83	1.33	0.67	0.83	0.83	1.17	0.83
90	1.50	2.17	1.50	0.83	1.05	1.00	1.33	1.00
95	1.77	2.67	1.83	1.17	1.33	1.17	1.67	1.33
100	2.89	3.00	3.00	2.67	3.00	2.67	2.83	3.00

NK = Negative Kognitionen, V = Vermeidungsverhalten, KE = Körperliche Erregung, GW = Gesamtwert, M = Mädchen, J = Jungen, PR = Prozentrang

### **Fazit und Ausblick**

Das erste Ziel der oben beschriebenen Datenerhebungen war eine Darstellung der dreifaktoriellen Struktur, um somit einen Beleg der Gültigkeit des kognitiv-behavioralen Konzepts der Angst für einen Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kinder und Jugendlichen zu liefern. Die explorative Faktoranalyse erbrachte die erwünschte dreifaktorielle Lösung. Die zwei Items, welche in den vorangegangenen Analysen zu einem zweiten Vermeidungsfaktor führten, luden nun auf der physiologischen Komponente. Eine inhaltliche Betrachtung der Items erbrachte eine Gruppierung rund um einen allgemeinen Faktor „Redeangst“, welcher von einigen der physiologischen und eben diesen beiden behavioralen Symptomen repräsentiert wird. Somit lassen sich die Items zum Vermeidungsverhalten thematisch in zwei

Bereiche einordnen: sozial-interaktionelle Situationen (Geburtstagsfeiern, Gruppenaktivitäten etc.) und Leistungs- und Bewertungssituationen (Schulaufführungen, vor anderen sprechen). Diese Einteilung entspricht dem Erscheinungsbild sozialer Ängste nach „performance-type“ und „interaction-type“ (siehe Kapitel 1.1) sowie der Auffassung einiger Persönlichkeitspsychologen (Buss, 1980; Leary, 1983) von zwei Subtypen der sozialer Angst. Ein Typus ist demnach die Schüchternheit, welche sich in Befürchtungen und Hemmungen vor bzw. während dyadischer oder Gruppensituationen, in denen Interaktion erfordert ist, manifestiert. Ein zweiter Typus ist die Publikums- oder Redeangst, die in erster Linie in formellen Situationen von Bedeutung ist. Beide Formen der sozialen Angst werden dabei als voneinander unabhängige Konzepte dargestellt.

Das Item „vermeidet es mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen“ fiel in dieser Datenerhebung mit Faktorladungen von .30 und .34 „zwischen“ beide Bereiche. Im Gegensatz zu den durch die anderen Items aufgeführten Gruppensituationen beschreibt es als einziges Item ausdrücklich dyadische Interaktionen. Die Befunde der faktoranalytischen Untersuchung legen daher die Vermutung nahe, dass es sich insbesondere auf der behavioralen Ebene der Angst um ein vielschichtiges Phänomen handelt, welches eine differenziertere Einschätzung durch die Eltern erfordert.

Der faktoranalytischen Untersuchung zufolge sind die körperlichen Anzeichen der Angst insbesondere mit den eher formellen Situationen assoziiert. Die Nähe der Leistungs- und Bewertungssituationen zur körperlichen Erregung ist ein Hinweis auf größere Gemeinsamkeiten zwischen diesen Items im Vergleich zu den sozialen Interaktionssituationen. Die Mehrzahl der Items zu physiologischen Anzeichen der Angst beinhalten das Sprechen vor anderen oder eine Art der Aufmerksamkeitslenkung auf die Person. Beides ist in den beschriebenen Leistungs- und Bewertungssituationen impliziert, jedoch nicht unbedingt in den sozial-interaktionellen Situationen. Hier können auch andere Aspekte der Situation (Notwendigkeit von Durchsetzungsvermögen, Fertigkeiten zum „small talk“ etc.) angstrelevant sein. Der gemeinsame Faktor dieser Items könnte demnach die Rolle des Aufmerksamkeitsfokus für das Ausmaß der Angst sein. In diversen Studien wurde bereits aufgezeigt, dass soziale ängstliche Personen - im Gegensatz zu Personen ohne ausgeprägte Ängste in

sozialen Situationen - die Sichtbarkeit ihrer Ängste überschätzen (Alden & Wallace, 1995; Halford & Foddy, 1982; Stopa & Clark, 1993). Eine Studie von McEwan und Devins (1983) konnte darüber hinaus belegen, dass dieses Phänomen insbesondere bei den Versuchspersonen mit überdurchschnittlich ausgeprägten physiologischen Angstkorrelaten zu konstatieren ist. Eine Assoziation zwischen der Ausprägung körperlicher Symptome und der Vermeidung von Situationen, in denen die Aufmerksamkeit anderer per definitionem auf die Person gelenkt wird, liegt daher nahe.

In einem Vergleich der konfirmatorischen Faktoranalysen stellte sich die theoriebasierte Skaleneinteilung gegenüber dem empirisch abgeleiteten Modell als nicht unterlegen heraus, sodass die hypothetisierten Skalen nunmehr als für den Elternfragebogen geeignet angesehen werden können.

Bei der Auswertung der Rohdaten wurde deutlich, dass die Eltern von Grundschulkindern und Gymnasiasten signifikant weniger soziale Ängste bei ihren Kindern angeben, als die Eltern anderer Schüler. Hinsichtlich des Vermeidungsverhaltens zeigten sich bei Mädchen und jüngeren Schülern weniger Auffälligkeiten aus der Sicht der Eltern.

Ein weiteres Anliegen dieser Studie war die Untersuchung der Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen des ESAK und den Befunden anderen etablierter Fragebogenverfahren für Eltern wie auch ein Vergleich zwischen der elterlichen Einschätzung der Angst auf dem ESAK und der eigenen Einschätzung des Kindes. Auf der Ebene des Elternurteils zeigten sich wie erwartet signifikante, hohe positive Korrelationen zur „ängstlich/ depressiv“ Skala sowie zu den internalisierenden Skalen des CBCL und nur mittlere Korrelationen zu den inhaltlich abweichenden Skalen „dissoziales“ und „aggressives Verhalten“ sowie zu den gesamten externalisierenden Skalen des CBCL. Zudem war die Übereinstimmung zwischen ESAK und internalisierenden Skalen signifikant höher als die zwischen ESAK und externalisierenden Skalen.

Hinsichtlich der Übereinstimmung zu Aussagen des Kindes zeigten sich wie in der Literatur beschrieben niedrige Korrelationen. Die höchste Korrelation erreichten die Skalen SASC „Furcht vor negativer Bewertung“ und ESAK „Negative Kognitionen“, welche auch inhaltlich am stärksten übereinstimmen. Der Befund, dass die kognitive Komponente des Kindurteils mit der kognitiven Komponente des



Fremdurteils signifikant höher korreliert als mit den anderen Komponenten, weist darauf hin, dass es eine Erhebung negativer Kognitionen des Kindes mittels Aussagen der Eltern durchaus möglich ist.

Es wurden höhere Korrelationen bei der Konstellation Vater-Kind und Eltern-Tochter sowie bei den älteren Kindern und ihren Eltern gefunden. Bei den im Eltern- oder Kindurteil unterdurchschnittlicheren Kindern war die Übereinstimmung ebenfalls höher. Die Unterschiede in den Korrelationen erreichten allerdings lediglich geringe Effektgrößen und zeigten sich im Test der Korrelationskoeffizienten als nicht signifikant. Insgesamt belegen mittelstarke Zusammenhänge zu den bestehenden diagnostischen Eltern- und Kindverfahren eine gute konvergente und diskriminante Validität des ESAK.

Ebenso zeigte sich mit einer Test-Retest-Reliabilität von  $r = .86$  ( $p < .001$ ) eine gute zeitliche Stabilität der Elternaussagen des ESAK.

Als letztes Ziel wurde anhand der ermittelten Rohdaten eine Normierung des ESAK vorgenommen. Für die Skala „Vermeidungsverhalten“ wurden alters- und geschlechtsspezifische Normen, für den Gesamtwert des ESAK sowie die anderen Skalen gemeinsame Normen angegeben.

Die Daten der vorangegangenen Studie wurden an einer unauffälligen Stichprobe gewonnen. Es wäre wünschenswert zu überprüfen, wie sich die psychometrischen Eigenschaften des ESAK in einer klinischen Stichprobe gestalten. Zudem könnte ein Vergleich beider Stichproben Aufschluss darüber geben, inwiefern der ESAK in der Lage ist, zwischen klinisch auffälligen und unauffälligen Personen zu diskriminieren und somit Kriteriumsvalidität beweist.

Eine Erstellung von Normen speziell für psychiatrische Patienten für diagnostische Zwecke erscheint ebenfalls sinnvoll.

## 7.7. Studie 6: Psychometrische Evaluation an einer klinischen Stichprobe

### **Fragestellung**

In der vorangegangenen Studie konnten die Reliabilität sowie die faktorielle, konvergente und diskriminante Validität des Elternfragebogens zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen an einer unauffälligen Stichprobe belegt werden. Eine psychometrische Überprüfung der Gütekriterien an einer klinischen Stichprobe steht noch aus. Deswegen werden in der folgenden Studie die Fragebogenwerte der Eltern von Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen ausgewertet. Das Ziel dieser Studie ist es zu überprüfen, inwiefern sich die bisherigen Befunde zum ESAK auf eine Gruppe Eltern psychisch auffälliger Kinder übertragen lassen.

Ein weiteres Ziel ist es zu untersuchen, ob der ESAK in der Lage ist, zwischen Kindern mit einer psychischen Störung und psychisch gesunden Kindern zu diskriminieren. Hierzu soll im Sinne der Kriteriumsvalidität untersucht werden, ob die Gruppe der Eltern von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten signifikant höhere Gesamtwerte auf dem Fragebogen erzielt als die Eltern der Schüler in Studie 5. Weitere Vergleiche sollen zwischen Gruppen unterschiedlicher Angstaussprägungen, Behandlungsformen und Diagnosen stattfinden.

Ein letztes Ziel ist die Erstellung spezieller Normen für psychiatrische Patienten.

### **Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Datenerhebung**

Die Datenerhebung findet an acht kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Nordrhein Westfalen statt. Der Fragebogen wird im Rahmen der vor Ort üblichen Eingangsdiagnostik den Eltern aller neuangemeldeten Kinder und Jugendlichen ausgehändigt. Die Eltern erhalten Informationen zum Ziel und Ablauf des Forschungsprojektes sowie zum Datenschutz. Die Teilnahme ist für die Eltern freiwillig und es gibt keine Aufwandsentschädigung. Mit Einverständnis der Eltern füllt der zuständige Therapeut den Diagnosebogen aus.

### **Beschreibung der Stichproben**

Die Stichprobe der Studie 6 besteht aus  $N_{\text{GESAMT}} = 92$  Eltern. Das Alter der Patienten beträgt 6.0 bis 19.7 Jahre mit einem Mittelwert von  $M_{\text{Alter}} = 12.3$  Jahre. Weitere Angaben sind in Tabelle 41 aufgelistet.

**Tabelle 41: Angaben zur Stichprobe**

		<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
ausgefüllt durch	Mutter	73	79.3
	Vater	9	9.8
	gemeinsam	8	8.7
	k.A.	2	2.2
Geschlecht des Kindes	weiblich	32	34.8
	männlich	59	64.1
	k.A.	1	1.1
Patientenstatus	ambulant	43	46.7
	teilstationär	22	23.9
	stationär	27	29.3
Anzahl Nebendiagnosen	keine	46	50.0
	1	38	41.3
	2	8	8.7
Angstsymptomatik	Hauptsymptom	26	28.3
	Nebensymptom	27	29.3
	kein Symptom	38	41.3
	k.A.	1	1.1

k.A. = Keine Angaben

Die Haupt- und Nebendiagnosen, die durch den behandelnden Therapeuten für jeden der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten auf dem Diagnosebogen notiert wurden, sind in Tabelle 42 wiedergegeben. Zur einfacheren Handhabung werden die spezifischen Diagnosen in die jeweilige nach ICD-10 übergeordnete Störungskategorie eingeteilt.

Tabelle 42: Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10

Diagnose	Hauptdiagnose		1. Nebendiagnose		2. Nebendiagnose	
	N	P	N	P	N	P
F90 Hyperkinetische Störungen	27	29.35	10	10.87	-	-
F40 Angststörungen	18	19.57	2	2.17	1	1.09
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	15	16.30	5	5.43	-	-
F92 Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	11	11.96	4	4.35	-	-
F91 Störungen des Sozialverhaltens	4	4.35	1	1.09	-	-
F98 Sonstige Störungen mit Beginn in Kindheit oder Jugend	4	4.35	1	1.09	-	-
F30 Affektive Störungen	3	3.26	5	5.43	1	1.09
F20 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3	3.26	-	-	-	-
F10 Störungen durch psychotrope Substanzen	3	3.26	2	2.17	-	-
F80 Entwicklungsstörungen	2	2.17	6	6.52	5	5.43
F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend	1	1.09	4	4.35	-	-
F50 Essstörungen	1	1.09	2	2.17	-	-
F51 Schlafstörungen	-	-	1	1.09	-	-
F95 Ticstörungen	-	-	1	1.09	-	-
F70 Intelligenzminderungen	-	-	1	1.09	-	-
F45 Somatoforme Störungen	-	-	-	-	1	1.09

P = Prozentsatz in Gesamtstichprobe

Für die nachfolgenden Analysen werden die Patienten darüber hinaus in eine Gruppe mit Angststörungen und eine Gruppe mit sonstigen Störungen eingeteilt. Die erstgenannte Gruppe (N = 33) umfasst die Patienten mit den Hauptdiagnosen der Angststörungen aus dem F40 Bereich sowie den Diagnosen Trennungsangst und soziale Ängstlichkeit der Kategorie F93. Alle anderen Patienten (N = 59) gehören damit zur Gruppe „sonstige Störungen“.

### Erhebungsinstrumente

#### Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes- und Jugendalter (ESAK)

Eine ausführliche Beschreibung des Fragebogens wird in Kapitel 7.6 gegeben.

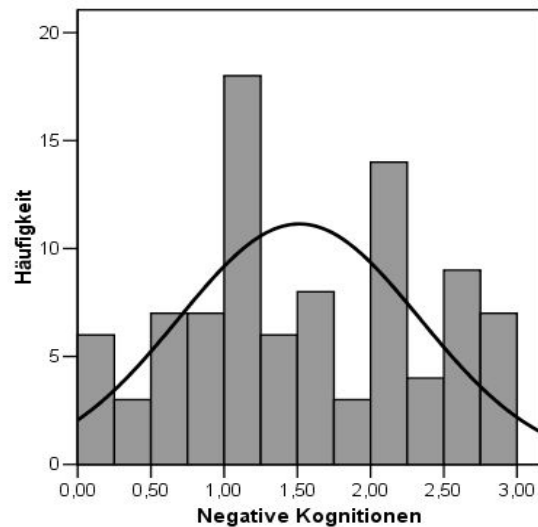
#### Diagnosebogen

Auf dem Diagnosebogen kann der Therapeut die Hauptdiagnose sowie zwei Nebendiagnosen nach ICD-10 kodieren. Zudem gibt er eine Einschätzung darüber ab, ob bei dem Patienten allgemeine oder spezifische Ängste die Hauptsymptomatik darstellen, ein Nebensymptom sind oder aber nicht beobachtet wurden.

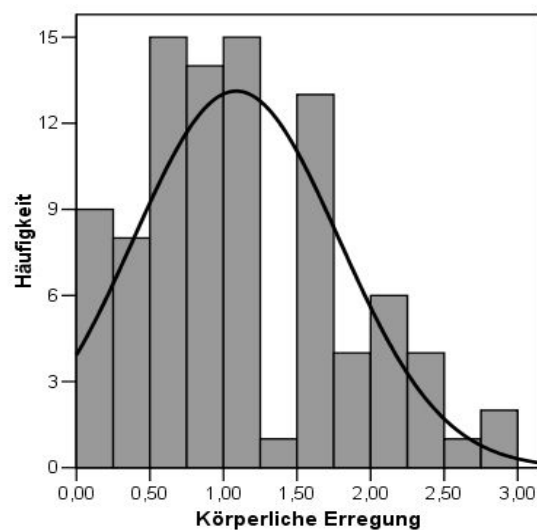
## Ergebnisse

### Rohwertverteilung

Zur Überprüfung der Normalverteilungshypothese wird in Abbildung 16 bis Abbildung 19 die Verteilung der Rohwerte der einzelnen Skalen sowie des Gesamtwertes dargestellt.



**Abbildung 16:** Rohwertverteilung des Skalenwertes „Negative Kognitionen“



**Abbildung 17:** Rohwertverteilung des Skalenwertes „Körperliche Erregung“

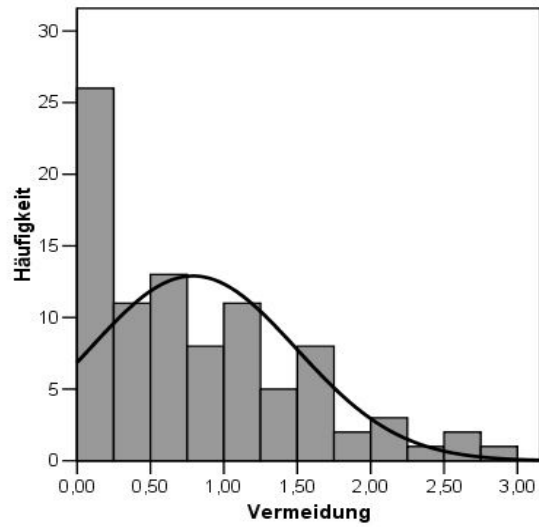


Abbildung 18: Rohwertverteilung des Skalenwertes „Vermeidung“

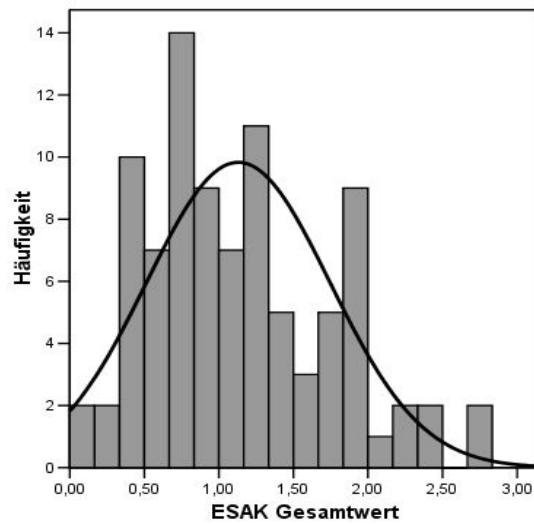


Abbildung 19: Rohwertverteilung des ESAK Gesamtwerts

Wie in Abbildung 20 und Abbildung 22 deutlich wird, sind die Skalen- und der Gesamtwert des ESAK nicht normal verteilt. Das Muster der Grafiken legt die Vermutung nahe, dass die beobachteten Werte systematisch von der Normalverteilung abweichen.

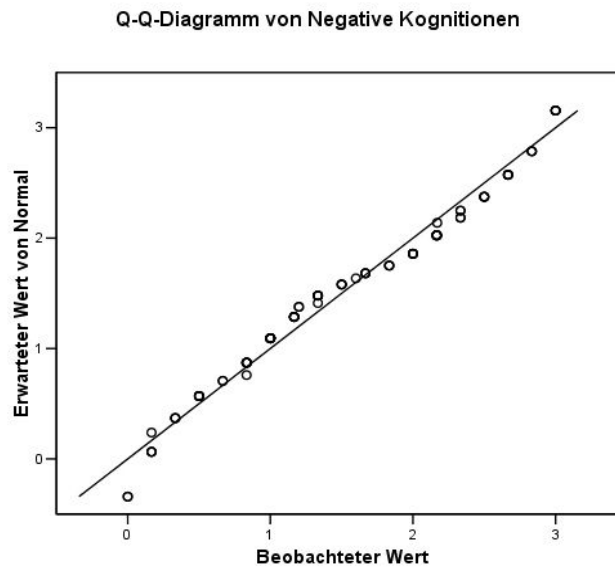


Abbildung 20: Q-Q Diagramm für die Skala „Negative Kognitionen“

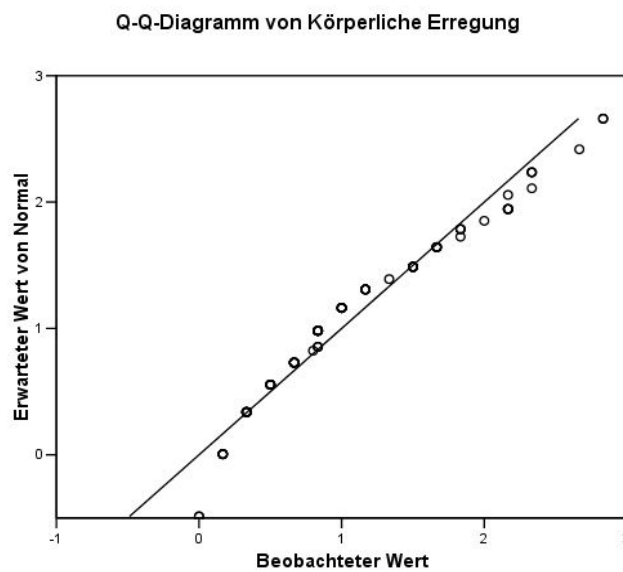


Abbildung 21: Q-Q Diagramm für die Skala „Körperliche Erregung“

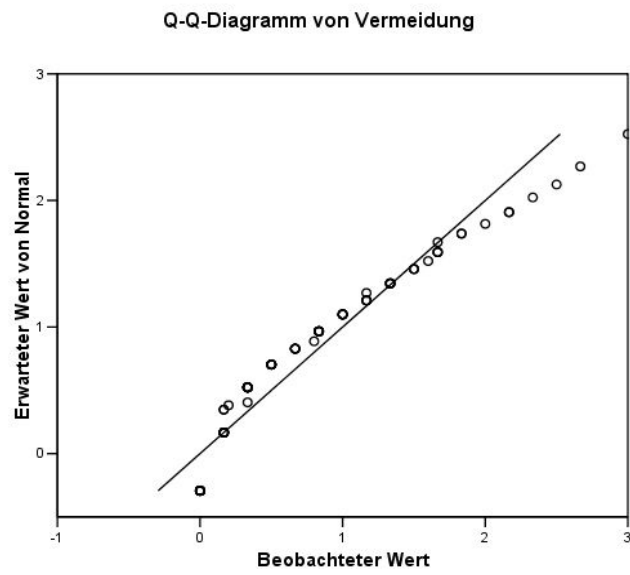


Abbildung 22: Q-Q Diagramm für die Skala „Vermeidungsverhalten“

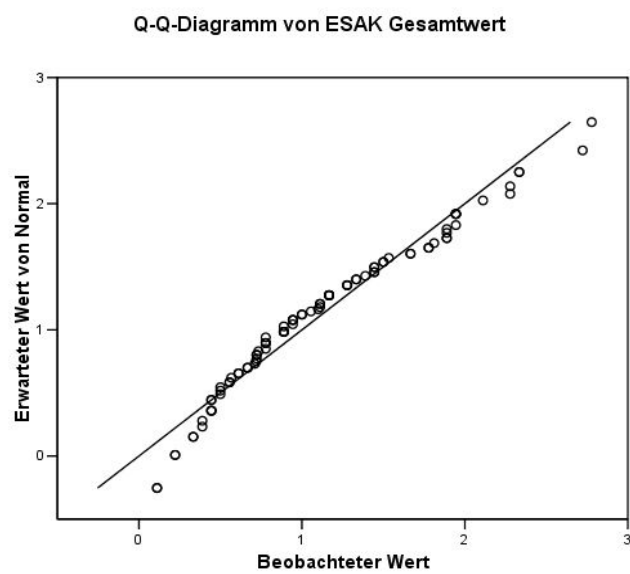


Abbildung 23: Q-Q Diagramm für den Gesamtwert des ESAK



Die Items und die Skalenwerte bzw. der Gesamtwert des ESAK (siehe Tabelle 43) liegen jedoch noch innerhalb der von West, Finch und Curran (1955) geforderten Standards (Schiefe < 2 und Exzess < 7).

Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test weicht die Verteilung der einzelnen Items sowie die der Skala „Vermeidungsverhalten“ signifikant von einer Normalverteilung ab.

**Tabelle 43:** Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests für die Items des ESAK, die Skalenwerte und den Gesamtwert

<i>Item</i>	<i>S</i>	<i>S<sub>s</sub></i>	<i>Ex</i>	<i>Z</i>	<i>p &lt;</i>
ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.57	.25	-.60	3.20	.001
befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	-.03	.25	-1.16	1.84	.003
vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.47	.25	-1.16	2.30	.001
wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	1.05	.25	.25	2.68	.001
umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	1.87	.25	2.37	4.12	.001
ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.53	.25	.68	2.26	.001
weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.88	.25	-.49	2.83	.001
befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.06	.25	-1.41	2.22	.001
vermeidet, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	1.54	.25	1.73	3.53	.001
fürchtet, etwas peinliches zu tun	.34	.25	-1.06	2.09	.001
wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.70	.25	-.21	2.51	.001
befürchtet, vor der Klasse dumm dazustehen	.05	.25	-1.29	2.07	.001
wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.56	.25	-.43	2.25	.001
vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.60	.25	-.49	2.28	.001
befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.04	.25	-1.10	1.96	.002
ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.43	.25	-.63	2.57	.001
umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	1.12	.25	-.01	3.41	.001
fürchtet, ausgelacht zu werden	.06	.25	-1.27	2.42	.001
Skala „Negative Kognitionen“	.09	.25	-1.01	.93	.352
Skala „Körperliche Erregung“	.62	.25	-.37	1.36	.051
Skala „Vermeidungsverhalten“	.99	.25	.45	1.48	.027
ESAK Gesamtwert	.60	.25	-.28	.98	.297

S = Schiefe, S<sub>s</sub> = Standardfehler der Schiefe, Ex = Exzess, Z = Kolmogorov-Smirnov-Z Wert, p = Asymptotische Signifikanz (2-seitig)

Aufgrund der von Bortz und Döring (1995) gemachten Angabe, nach der ab einer Stichprobengröße von  $N \geq 30$  eine Mittelwertverteilung auch für extrem von der Normalität abweichende Grundgesamtheiten hinreichend normal ist, kommen in den folgenden Analysen weiterhin teilweise parametrische Verfahren zum Einsatz.

Reliabilität

In einer Reliabilitätsanalyse zeigt sich eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von  $\alpha = .91$  und eine mittlere Inter-Item-Korrelation von  $r_{ii} = .37$ . Sie liegt damit auch in diesem Datensatz in dem von Briggs und Cheek (1986) vorgeschlagenen Akzeptanzbereich von .20 bis .40.

**Tabelle 44:** Itemkennwerte, Item-Total-Korrelationen und interne Konsistenz nach Itemausschluss für den ESAK

<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r<sub>it</sub></i>	<i>Interne Konsistenz<sup>1</sup></i>
ist aufgeregt ,wenn es im Mittelpunkt steht	1.39	.92	.52	.91
befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	1.54	1.05	.70	.90
vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	1.14	1.11	.45	.91
wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.72	.90	.58	.91
umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.49	.90	.39	.91
ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	1.13	.99	.66	.91
weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.88	1.02	.60	.91
befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	1.57	1.14	.43	.91
vermeidet mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.55	.80	.49	.91
fürchtet, etwas peinliches zu tun	1.29	1.08	.54	.91
wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	1.01	.92	.70	.90
befürchtet, vor der Klasse dumm dazustehen	1.59	1.11	.71	.90
wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	1.01	.90	.71	.90
vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	1.05	.96	.66	.91
befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	1.57	1.03	.62	.91
ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	1.22	.94	.56	.91
umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.71	.96	.53	.91
fürchtet, ausgelacht zu werden	1.64	1.07	.57	.91

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung ,  $r_{it}$  = Item-Total-Korrelation, <sup>1</sup>nach Itemausschluss

Es werden ebenfalls Reliabilitätsanalysen für die einzelnen Skalen getrennt ausgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 45 zu finden.

**Tabelle 45: Item-Total-Korrelationen und interne Konsistenz nach Itemausschluss für die Skalen des ESAK**

<i>Skalen</i>	<i>Item-Total-Korrelation</i>	<i>Interne Konsistenz<sup>1</sup></i>
-befürchtet, vor der Klasse dumm da zu stehen	.82	.84
-befürchtet, sich vor der Klasse lächerlich zu machen	.76	.85
-fürchtet, ausgelacht zu werden	.74	.85
-befürchtet, sich vor Gleichaltrigen zu blamieren	.72	.86
-fürchtet, etwas peinliches zu tun	.57	.88
-befürchtet, von Mitschülern nicht gemocht zu werden	.55	.88
<b>Skala „Negative Kognitionen“</b>	<b>.55<sup>a</sup></b>	<b>.88<sup>b</sup></b>
-ist unruhig, wenn es von anderen beobachtet wird	.71	.81
-wirkt nervös, wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht	.69	.82
-wirkt angespannt, wenn es die Blicke anderer auf sich zieht	.67	.82
-ist aufgeregt, wenn es im Mittelpunkt steht	.64	.83
-ist aufgeregt, wenn es vor anderen spricht	.57	.84
-wirkt nervös, wenn es mit Fremden spricht	.54	.84
<b>Skala „Körperliche Erregung“</b>	<b>.49<sup>a</sup></b>	<b>.85<sup>b</sup></b>
-umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger	.72	.78
-weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus	.70	.79
-vermeidet es, vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen	.64	.80
-umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen	.57	.81
-vermeidet es, an Schulaufführungen teilzunehmen	.56	.82
-vermeidet es, mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts zu sprechen	.47	.83
<b>Skala „Vermeidungsverhalten“</b>	<b>.46<sup>a</sup></b>	<b>.83<sup>b</sup></b>

a = mittlere Inter-Item-Korrelation pro Skala, b = Cronbach's alpha pro Skala, <sup>1</sup>nach Itemausschluss

Es zeigt sich in diesem Datensatz, dass keines der Items mehr einen kritischen Schwierigkeitsindex von  $P > 80$  erreicht. Dies bestätigt die Entscheidung, nach den Befunden der vorangegangenen Studien die zwei schwierigsten Items („umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen“ und „umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger“) beizubehalten. Sie erreichen in der klinischen Gesamtstichprobe einen Schwierigkeitsindex von  $P = 73$  bzw.  $69$ , in der Untergruppe der Patienten mit Angstsymptomatik  $P = 46$  bzw.  $42$ .

Die Skalen des ESAK erreichen eine mittlere Inter-Skalen-Korrelation von  $r_{ss} = .53$ . Die jeweiligen Interkorrelationen der Subskalen sowie die Korrelationen zwischen Skala und ESAK Gesamtwert sind in Tabelle 46 aufgelistet.

**Tabelle 46:** Interkorrelationen<sup>1</sup> der Skalen des ESAK und Korrelation<sup>1</sup> mit dem Gesamtwert

	<i>NK</i>	<i>KE</i>	<i>V</i>
Negative Kognitionen	-	.59** <sup>1</sup> / .57** <sup>2</sup>	.40** <sup>1</sup> / .35** <sup>2</sup>
Körperliche Erregung	.59** <sup>1</sup> / .57** <sup>2</sup>	-	.59** <sup>1</sup> / .58** <sup>2</sup>
Vermeidungsverhalten	.40** <sup>1</sup> / .35** <sup>2</sup>	.59** <sup>1</sup> / .58** <sup>2</sup>	-
<b>ESAK Gesamtwert</b>	<b>.83**<sup>1</sup> / .82**<sup>2</sup></b>	<b>.87**<sup>1</sup> / .85**<sup>2</sup></b>	<b>.79**<sup>1</sup> / .74**<sup>2</sup></b>

NK = Negative Kognitionen, V = Vermeidungsverhalten, KE = Körperliche Erregung

<sup>1</sup> Pearson Produkt Moment Korrelationen, <sup>2</sup>nicht-parametrische Korrelationen nach Spearman-Rho,

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

### Itemkennwerte

In Tabelle 47 sind die Kennwerte des Gesamtwertes des ESAK aufgeführt. Zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede wird ein Kruskal-Wallis-Test sowie eine univariate Varianzanalyse ausgeführt. Hier zeigen sich bei den Faktoren „Patientenstatus“ und „Angstsymptomatik“ signifikante Mittelwertsunterschiede. Eine Berechnung der Wechselwirkung zwischen beiden Faktoren ergab keinen signifikanten Interaktionseffekt ( $F = .59$ ,  $p < .669$ ).

**Tabelle 47:** Kennwerte des Gesamtwertes des ESAK sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	32	1.20	.72	.12	1	.729	.69	.409
	männlich	59	1.09	.56					
Patientenstatus	ambulant	42	1.27	.66	7.14	2	<b>.028</b>	4.42	<b>.015</b>
	teilstationär	22	.81	.41					
	stationär	27	1.16	.60					
Angstsymptomatik	Hauptsymptom	26	1.38	.66	7.83	2	<b>.020</b>	5.10	<b>.008</b>
	Nebensymptom	26	1.19	.71					
	kein Symptom	38	.91	.43					
Komorbidität	komorbide Störung	46	1.14	.58	.122	1	.727	.01	.919
	keine komorbide Störung	46	1.12	.65					
Hauptdiagnose	Angststörung	33	1.23	.68	.97	1	.326	1.45	.232
	andere Störung	58	1.07	.57					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Für die Skala „Negative Kognitionen“ wird ebenfalls eine Überprüfung der Gruppenunterschiede vorgenommen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 48 zu sehen.

**Tabelle 48:** Kennwerte der Skala „Negative Kognitionen“ sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	32	1.61	.86	.56	1	.454	.60	.442
	männlich	59	1.47	.81					
Patientenstatus	ambulant	42	1.53	.79	4.10	2	.129	2.29	.107
	teilstationär	22	1.22	.73					
	stationär	27	1.73	.90					
Angstsymptomatik	Hauptsymptom	26	1.67	.82	4.21	2	.122	1.84	.166
	Nebensymptom	26	1.62	.90					
	kein Symptom	38	1.31	.76					
Komorbidität	komorbide Störung	46	1.62	.86	1.59	1	.208	1.45	.231
	keine komorbide Störung	46	1.51	.78					
Hauptdiagnose	Angststörung	33	1.57	.86	.40	1	.527	.26	.610
	andere Störung	59	1.48	.81					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Eine Überprüfung der Gruppenunterschiede für die Skala „Körperliche Erregung“ ergibt einen signifikanten Effekt des Patientenstatus (Tabelle 49).

**Tabelle 49:** Kennwerte der Skala „Körperliche Erregung“ sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	32	1.12	.84	.00	1	.990	.17	.677
	männlich	59	1.06	.62					
Patientenstatus	ambulant	42	1.27	.73	9.53	2	.009	5.40	.006
	teilstationär	22	.70	.46					
	stationär	27	1.11	.70					
Angstsymptomatik	Hauptsymptom	26	1.23	.74	3.05	2	.217	1.99	.143
	Nebensymptom	26	1.18	.80					
	kein Symptom	38	.91	.57					
Komorbidität	komorbide Störung	46	1.10	.71	.023	1	.879	.04	.840
	keine komorbide Störung	46	1.07	.70					
Hauptdiagnose	Angststörung	33	1.10	.79	.02	1	.899	.02	.892
	andere Störung	59	1.08	.65					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Die Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede der Skala „Vermeidungsverhalten“ liefert signifikante Mittelwertsunterschiede für den Patientenstatus, die Angstsymptomatik und die Hauptdiagnose (siehe Tabelle 50). Demnach sind erhöhte Werte eher im ambulanten Bereich, bei Patienten mit vordergründiger Angstsymptomatik und mit der Hauptdiagnose einer Angststörung zu messen. Eine Berechnung der Wechselwirkung zwischen beiden Faktoren ergab keinen signifikanten Interaktionseffekt ( $F = .52, p < .725$ ).

**Tabelle 50:** Kennwerte der Skala „Vermeidungsverhalten“ sowie statistische Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

Faktoren		N	M	SD	Kruskal-Wallis Test			ANOVA	
					$\chi^2$	df	p	F	p
Geschlecht des Kindes	weiblich	32	.87	.78	.285	1	.594	.71	.401
	männlich	59	.74	.67					
Patientenstatus	ambulant	42	1.02	.79	6.97	2	<.05	4.56	<.05
	teilstationär	22	.52	.40					
	stationär	27	.66	.66					
Angstsymptomatik	Hauptsymptom	26	1.24	.78	15.58	2	<.001	10.15	<.001
	Nebensymptom	26	.77	.69					
	kein Symptom	38	.50	.49					
Komorbidität	komorbide Störung	46	.69	.61	1.35	1	.246	1.79	.184
	keine komorbide Störung	46	.89	.78					
Hauptdiagnose	Angststörung	33	1.03	.78	5.43	1	<.05	6.09	<.05
	andere Störung	58	.66	.63					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Eine Berechnung des Zusammenhangs (Korrelation nach Pearson bzw. Spearman-Rho) zwischen dem Alter der Patienten und der Ausprägung der Angstsymptomatik erzielt ausschließlich für die Skala „Vermeidung“ ein signifikantes Ergebnis ( $r = .28, p < .01$  bzw.  $r = .21, p < .05$ ). Es zeigt sich ein leichter Anstieg in der Häufigkeit von Vermeidungsverhalten mit dem Heranwachsen.

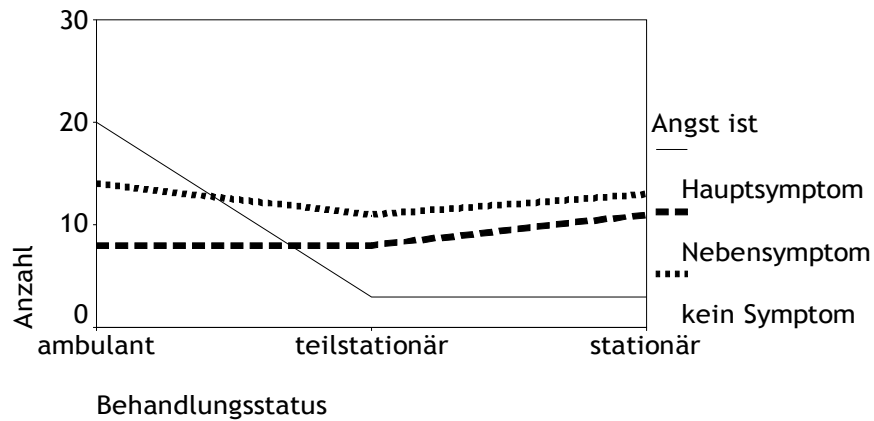
### Kriteriumsvalidität

Die Zuordnung der Patienten in die Symptomgruppen „Angst ist Hauptsymptom“, „Angst ist Nebensymptom“ und „Angst ist kein Symptom“ durch den behandelnden Therapeuten ermöglicht eine Schätzung der Kriteriumsvalidität der Werte des

ESAK. Die stärkste Ausprägung der Angst auf allen Skalen- und dem Gesamtwert zeigt sich in der Hauptsymptomgruppe und die geringste in der Gruppe ohne Angstsymptome (siehe Tabelle 47 bis Tabelle 50). Dies bedeutet, dass die Werte des ESAK der subjektiven Einschätzung der Angst durch den Behandler entsprechen.

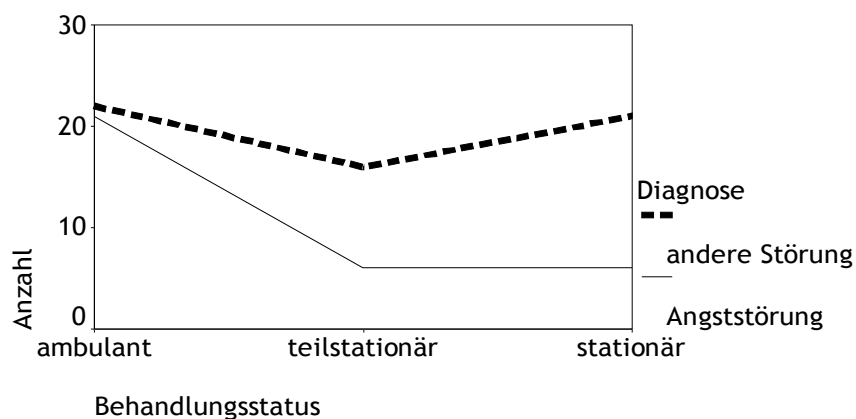
Eine spezifische Zuordnung der Werte des ESAK zur Diagnose des Patienten ist lediglich aufgrund der Skala „Vermeidungsverhalten“ möglich, welche signifikant zwischen Kindern und Jugendlichen mit einer diagnostizierten Angststörung und denen mit andersartigen Diagnosen unterscheidet (siehe Tabelle 50). Sozial ängstliche Kognitionen und körperliche Erregung in sozialen Situationen scheinen demnach eher allgemein psychiatrische Phänomene zu sein im Gegensatz zu dem sozialängstlichen Vermeidungsverhalten, welches scheinbar spezifischer assoziiert ist mit der Gruppe der Angststörungen. Unterstützt wird diese Annahme zusätzlich von der unterschiedlichen Ausprägung der Skalenwerte der in Studie 5 beschriebenen Normalstichprobe. Dort lag der Mittelwert der Vermeidungsskala deutlich unterhalb derer der anderen Skalen.

Der Behandlungsstatus zeigt einen signifikanten Zusammenhang zum ESAK Gesamtwert sowie zur Skala „Vermeidungsverhalten“. Im ambulanten Bereich ist also ein sehr hoher ESAK Gesamtwert und gehäuftes Vermeidungsverhalten zu finden, im teilstationären Setting fällt beides dagegen ausgesprochen niedrig aus. Abbildung 24 zeigt, dass sich dieser Trend auch bezüglich der vom Therapeuten gemachten Symptomgruppenzuordnung widerspiegelt.



**Abbildung 24:** Verteilung der Patientengruppen bzgl. Behandlungsstatus und Angstsymptomatik

Patienten, bei denen die Angstsymptomatik im Vordergrund steht, scheinen bevorzugt ambulant und nur selten stationär behandelt zu werden. Diese Vermutung entspricht auch dem therapeutischen Eindruck und wird durch Abbildung 25 bestätigt. Während sich die Patienten mit anderen Diagnosen beinahe gleichstark auf den ambulanten, teilstationären und stationären Sektor verteilen, befinden sich die Angstpatienten mehr als doppelt so häufig in ambulanter Therapie.

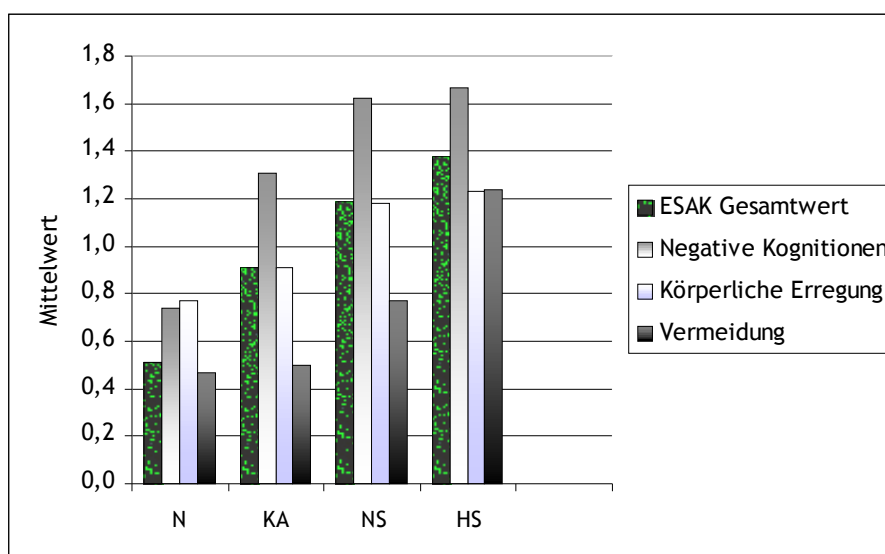


**Abbildung 25:** Verteilung der Patientengruppen bzgl. Behandlungsstatus und Diagnose



Somit kann in den signifikanten Mittelwertsunterschieden des ESAK Gesamtwertes und der Vermeidungsskala in Hinsicht auf die Diagnose und den Behandlungsstatus ein weiterer Hinweis auf die Kriteriumsvalidität des Fragebogens gesehen werden.

Als letzten Beleg der Kriteriumsvalidität wird der Vergleich mit der Normalstichprobe hinzugezogen. Abbildung 26 stellt die Mittelwertsunterschiede der drei Symptomgruppen sowie den der Normalstichprobe graphisch dar.



**Abbildung 26:** Ergebnisse von Normalstichprobe (N) und klinischer Stichprobe (KA = keine Angstsymptome, NS = Angst Nebensymptom, HS = Angst Hauptsymptom)

Um zu überprüfen, ob die Skalen des ESAK sowie sein Gesamtwert in der Lage sind zwischen den kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten und den Schülern der Normalstichprobe zu differenzieren, ist in Tabelle 51 die Untersuchung gruppenspezifischer Unterschiede dargestellt.

**Tabelle 51:** Kennwerte der Klinischen Stichprobe und Normalstichprobe sowie statistische Prüfung der Unterschiede

<i>Skala</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i> <	<i>F</i>	<i>p</i> <
Negative Kognitionen	Klinische Stichprobe	2093	1.51	.82	33.28	1	.001	26.56	.001
	Normalstichprobe	92	1.01	.77					
Körperliche Erregung	Klinische Stichprobe	2087	1.09	.70	16.47	1	.001	28.57	.001
	Normalstichprobe	92	.78	.55					
Vermeidungsverhalten	Klinische Stichprobe	2089	.79	.70	32.53	1	.001	54.52	.001
	Normalstichprobe	91	.41	.47					
Gesamtwert	Klinische Stichprobe	2079	1.13	.62	40.08	1	.001	51.81	.001
	Normalstichprobe	91	.73	.51					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung

Der Vergleich der beiden Stichproben liefert für alle Skalen und den Gesamtwert des ESAK hochsignifikante Mittelwertsunterschiede und erbringt damit den letzten Beleg einer hohen Kriteriumsvalidität.

### Normierung

Da die empirische Verteilung der Kennwerte in der klinischen Stichprobe ebenfalls signifikant von der Normalverteilung abweicht (siehe Tabelle 43), werden zur Berechnung der Normen des ESAK Prozenträge für die Skalen und den Gesamtwert berechnet, welche nicht auf einer linearen, sondern einer Flächentransformation der Rohwerteverteilung basieren.

Bei der Überprüfung gruppenspezifischer Unterschiede in den Rohwerten zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem ESAK Gesamtwert und den Faktoren „Behandlungsstatus“ und „Angstsymptomatik“, zwischen der Skala Körperliche Erregung und dem „Behandlungsstatus“ und zwischen dem Vermeidungsverhalten und den Faktoren „Behandlungsstatus“, „Angstsymptomatik“ und „Alter“. Es wird dementsprechend für den ESAK Gesamtwert eine separate Normierung für ambulant, teilstationär und stationär behandelte Patienten vorgenommen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit und praktischen Anwendbarkeit sowie in Anbetracht der im Vergleich zu der vorherigen Studie geringen Stichprobengröße wird auf eine weitere Spezifizierung verzichtet. Die Prozentrangnormen sind in Tabelle 52 zu sehen.

**Tabelle 52: Prozentrangnormen des ESAK Gesamtwerts  
und der Skalenwerte für psychiatrische Patienten**

PR	NK (N = 92)	KE (N = 92)	V (N = 92)	GW			GESAMT (N = 92)
				ambulant (N = 42)	teilstationär (N = 22)	stationär (N = 27)	
1	0.00	0.00	0.00	0.11	0.11	0.39	0.11
5	0.17	0.17	0.00	0.35	0.13	0.39	0.29
10	0.38	0.22	0.00	0.52	0.22	0.43	0.44
15	0.50	0.33	0.17	0.64	0.27	0.44	0.49
20	0.83	0.50	0.17	0.72	0.40	0.48	0.56
25	0.88	0.50	0.17	0.73	0.49	0.72	0.67
30	1.00	0.67	0.33	0.78	0.55	0.74	0.72
35	1.00	0.74	0.33	0.78	0.57	0.78	0.78
40	1.17	0.83	0.33	0.96	0.62	0.90	0.89
45	1.31	0.83	0.50	1.04	0.74	0.94	0.94
50	1.33	0.92	0.67	1.17	0.89	1.11	1.00
55	1.52	1.00	0.75	1.24	0.89	1.13	1.11
60	1.80	1.17	0.83	1.42	0.93	1.17	1.17
65	2.00	1.17	1.00	1.44	1.05	1.50	1.28
70	2.17	1.50	1.07	1.78	1.11	1.60	1.44
75	2.17	1.50	1.17	1.89	1.19	1.67	1.50
80	2.33	1.67	1.33	1.94	1.28	1.84	1.78
85	2.50	1.84	1.61	1.94	1.31	1.89	1.89
90	2.67	2.17	1.80	2.27	1.37	2.01	1.94
95	2.89	2.33	2.23	2.66	1.44	2.28	2.30
100	3.00	2.83	3.00	2.78	1.44	2.28	2.78

NK = Negative Kognitionen, V = Vermeidungsverhalten, KE = Körperliche Erregung, GW = Gesamtwert, PR = Prozentrang

### **Fazit und Ausblick**

Das allgemeine Ziel der Studie 6 war eine Prüfung der Übertragbarkeit der bisherigen Befunde zum ESAK auf eine klinische Stichprobe.

Nach der in der Faktoranalyse der Studie 5 zum Ausdruck gekommenen inhaltlichen Vielschichtigkeit der Items zum Vermeidungsverhalten zeigte diese Skala in Studie 6 ihre außerordentliche Bedeutung im Verlauf der Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede. Sie ist als einzige in der Lage, zwischen Patienten mit einer Angststörung und Patienten mit anderen Störungen zu unterscheiden. Der Gesamtwert des ESAK sowie alle seine Skalen weisen lediglich Diskriminationsfähigkeit im Hinblick auf die Zugehörigkeit zur Normal- bzw. klinischen Stichprobe auf. Demnach scheint eine gewisse Ausprägung allgemeiner sozialer Ängste generell typischer für kinder-

und jugendpsychiatrische Patienten als für Schüler zu sein, es scheint dagegen primär das Vermeidungsverhalten mit der konkreten Diagnose einer Angststörung verbunden zu sein. Diese Annahme entspricht der von Melfsen (2003) beschriebenen Abgrenzung zwischen sozialer Phobie und Schüchternheit. Danach bestehen zwischen diesen beiden Konstrukten „insbesondere zwischen den physiologischen Reaktionen und den Kognitionen in sozialen Situationen Übereinstimmungen“. Es gebe aber Hinweise darauf, dass „Sozialphobiker häufiger Vermeidungsverhalten zeigen als Schüchterne“. Zu derselben Einschätzung gelangen auch Bruch und Cheek (1995) und Turner, Beidel und Townsley (1990). In diesem Sinne erfüllt die Skala zum Vermeidungsverhalten die wichtige Aufgabe, gerade im klinisch auffälligem Bereich genauer zu differenzieren. Eine Untersuchung mit einer rein sozialphobischen Stichprobe wäre für zukünftige Studien wünschenswert um zu belegen, dass mittels des ESAK diese darüberhinaus auch von Patienten mit anderen Angststörungen abgegrenzt werden können.

Die Diskriminationsfähigkeit des gesamten ESAK und seiner Skalen wurde als Zeichen seiner Kriteriumsvalidität operationalisiert. Es ist in dieser Datenerhebung gelungen, signifikante Unterschiede zwischen Schülern und psychiatrischen Patienten, zwischen ambulanten, teilstationär und stationär behandelten Patienten sowie zwischen Patienten mit vorwiegend ängstlicher, mit sowohl ängstlicher als auch mit andersartiger und mit nicht-ängstlicher Symptomatik zu belegen.

Schließlich zeigte der ESAK auch in diesem Datensatz eine gute interne Konsistenz, sodass wie geplant eine Normierung für psychiatrische Patienten anhand von Prozenträngen vorgenommen werden konnte. Eine spezielle Normierung für sozialphobische Patienten im Rahmen zukünftiger Studien wäre wünschenswert.

## **8. Übersetzung, Validierung und Normierung des STAIC-PTd**

### **Übersetzung**

Der von Cyd Strauss 1987 auf Grundlage des State-Trait Angstinventars entwickelte Elternfragebogen wird im Rahmen dieser Studie zunächst übersetzt. Da er inhaltlich exakt dem parallelen Kindfragebogen STAIC entspricht, welcher bereits von Unnewehr und Mitarbeitern (1992) ins Deutsche übersetzt wurde, kann die vorhandene Übersetzung übernommen werden und lediglich die grammatikalische Form („Er / Sie...“ anstelle von „Ich“) angepasst werden. Die sechs Zusatzitems zu körperlichen Beschwerden (siehe Anhang) werden eigenständig ins Deutsche übersetzt.

### **8.1. Studie 7: Psychometrische Evaluation an einer Normalstichprobe**

#### **Fragestellung**

Der Elternfragebogen zum State-Trait Angst Inventar für Kinder (STAIC-PT) wurde analog seiner Kindversion in Deutsche übersetzt und wird in der folgenden Datenerhebung erstmalig einer deutschsprachigen Stichprobe vorgelegt. Hierbei soll überprüft werden, inwiefern das deutsche STAIC-PTd hinsichtlich seiner psychometrischen Eigenschaften der englischsprachigen Originalversion entspricht. Auch soll das eindimensionale Konzept der Trait-Angst in einer faktoranalytischen Untersuchung überprüft werden.

Zudem sollen zur Validierung Kennwerte mit denen anderer Studien verglichen werden und Beziehungen zu bereits bestehenden Verfahren untersucht, sowie eine Normierung für den deutschsprachigen Raum vorgenommen werden.

Eine weiteres Anliegen dieser Studie ist die Untersuchung von Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen den Elternaussagen und denen des Kindes zu den Items des STAIC-PTd bzw. STAIC. Dazu wird der Zusammenhang des Geschlechts des

Kindes, des Geschlechts des Elternteils, der Kombination beider, des Alters und der Ausprägung der Ängste laut Eltern- bzw. Kindurteil zur Übereinstimmung bzw. Diskrepanz in den Aussagen ermittelt.

### **Rekrutierung der Stichproben und Ablauf der Datenerhebung**

Die Stichprobe besteht aus den Stichproben der bereits beschriebenen Studien 2-5, da der übersetzte STAIC-PTd im Rahmen der Datenerhebungen zur Entwicklung, Validierung und Normierung des ESAK verteilt wurde. Es nehmen damit Schüler von 14 Schulen (fünf Grundschulen, zwei Hauptschulen, zwei Gesamtschulen, zwei Realschulen und drei Gymnasien) teil.

### **Beschreibung der Stichprobe**

Der STAIC-PTd wird von  $N_{\text{GESAMT}} = 2943$  Eltern ausgefüllt. Das Alter der Kinder beträgt 7.6 bis 20.4 mit einem Mittelwert von  $M_{\text{Alter}} = 13.2$  Jahre, sie besuchen die 3. bis 13. Klasse ( $M_{\text{Klasse}} = 6.8$ ). Die soziodemographischen Angaben sind in Tabelle 53 aufgelistet.

**Tabelle 53:** Soziodemographische Angaben zur Stichprobe

		<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
ausgefüllt durch	Mutter	2335	79.3
	Vater	348	11.8
	gemeinsam	161	5.5
	k.A.	99	3.4
Geschlecht des Kindes	weiblich	1610	54.7
	männlich	1264	42.9
	k.A.	69	2.3
Schultyp	Grundschule	336	11.4
	Hauptschule	421	14.3
	Gesamtschule	531	18.0
	Realschule	691	23.5
	Gymnasium	964	32.8

k.A. = Keine Angaben

### **Erhebungsinstrumente**

#### **State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version, Parent Form, deutsch (STAIC-PTd)**

Hier handelt es sich um eine Adaptation des oben genannten State-Trait Angstinventars für Kinder. Die Adaption von Strauss (1987) soll als Fremdbeurteilungsinstrument die Sicht der Eltern erheben. Die Items wurden umformuliert, sodass die Perspektive der Eltern beschrieben wird (Bsp.: „*Mein Kind macht sich zuviel Sorgen*“). Zu den 20 Items der Trait Version wurden von Strauss sechs zusätzliche Items bezüglich angstbezogener physiologischer Reaktionen (u.a. Übelkeit, Nervosität) angefügt. Ein Rating der Aussagen in Hinsicht auf die Auftretenshäufigkeit ist wie in der Kinderversion durch die bekannte Likert-Skala möglich. Southam-Gerow und Mitarbeiter (2002) untersuchten die amerikanische Version hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften an einer klinischen Stichprobe. Es zeigte sich eine gute interne Konsistenz (Cronbach's alpha zwischen  $\alpha = .84$  und  $\alpha = .91$ ) und hohe Test-Retest Reliabilitäten (zwischen  $r = .71$  und  $r = .75$ ). Die Validität wurde mittels weiterer diagnostischer Instrumente für Eltern, Lehrer und Kind untersucht. Die konvergente Validität zeigte sich in mittleren Korrelationen mit den internalisierenden Skalen der *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991a;  $r = .21$  bis  $r = .65$ ) und geringen bis mittleren Korrelationen mit der entsprechenden Kindversion des *State-Trait Angstinventars* ( $r = .13$  bis  $r = .21$ ) und der *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1985;  $r = .10$  bis  $r = .19$ ). Die Korrelationen mit dem *Fear Survey Schedule for Children- Revised* (FSSC-R; Ollendick, 1983) wurden nicht signifikant. Hinsichtlich der Lehreraussagen der *Teacher Rating Form* (TRF; Achenbach, 1991b) konnten keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Die Überprüfung der diskriminanten Validität ergab mittlere Korrelationen zu den externalisierenden Skalen der CBCL. Eine faktoranalytische Untersuchung und eine Normierung fanden nicht statt.

#### **State-Trait Anxiety Inventory, Kinderversion (STAIC)**

Eine ausführliche Beschreibung des Fragebogens wird in Kapitel 7.6 gegeben.

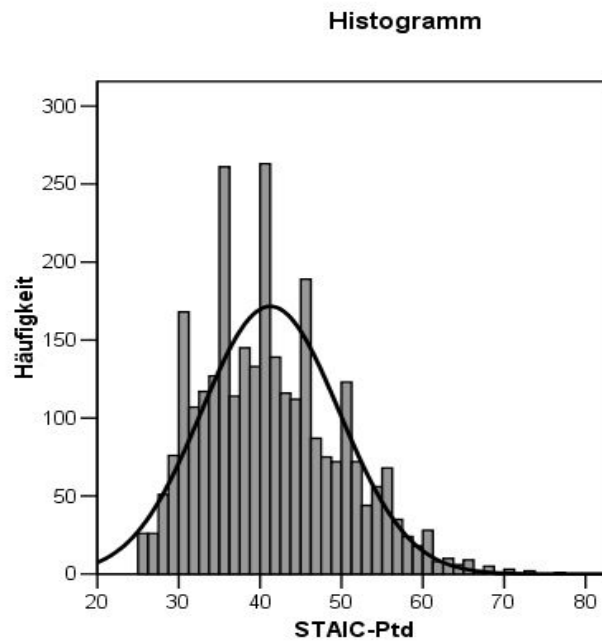
#### **Child Behavior Checklist (CBCL), deutsche Bearbeitung**

Eine ausführliche Beschreibung des Fragebogens wird in Kapitel 7.6 gegeben.

## Ergebnisse

### Rohwerteverteilung

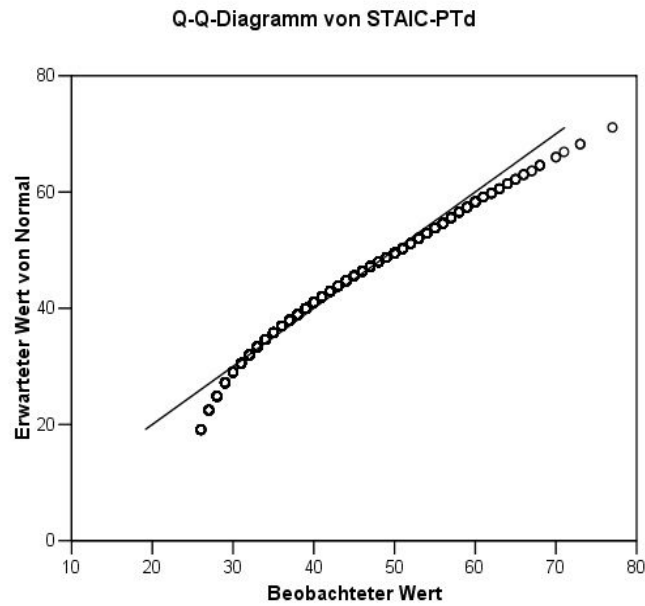
Zur Überprüfung der Normalverteilungshypothese wird in Abbildung 27 die Verteilung der Rohwerte dargestellt.



**Abbildung 27:** Verteilung des Gesamtwerts  
des STAIC-PTd in der Stichprobe

Wie in Abbildung 28 deutlich wird, ist der Gesamtwert des STAIC-PTd nicht normal verteilt. Das Muster der Grafik lässt den Schluss zu, dass die beobachteten Werte systematisch von der Normalverteilung abweichen.





**Abbildung 28:** Q-Q-Diagramm des Gesamtwerts des STAIC-PTd

Dieser Eindruck wird durch die Ergebnisse der Kolmogorov-Smirnov Tests (Tabelle 54) bestätigt. Es liegen dennoch 24 der 26 Items innerhalb der von West, Curran und Finch (1995) geforderten Standards.

**Tabelle 54:** Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests  
für die Items des STAIC-PTd und den Gesamtwert

<i>Item</i>	<i>S</i>	<i>S<sub>s</sub></i>	<i>Ex</i>	<i>Z</i>	<i>p &lt;</i>
Er/Sie hat Angst, Fehler zu machen	.04	.05	-.24	18.42	.01
Ihm/Ihr ist zum weinen zumute	.60	.05	-.57	17.59	.01
Er/Sie fühlt sich unglücklich	.62	.05	-.59	18.46	.01
Es fällt ihm/ihr schwer, sich zu entscheiden	.18	.05	-.81	15.04	.01
Es fällt meinem Kind schwer, seine Probleme anzupacken	.35	.05	-.95	13.52	.01
Er/Sie macht sich zuviel Sorgen	.45	.05	-.95	14.80	.01
Er/Sie regt sich zuhause auf	-.00	.05	-.89	14.16	.01
Er/Sie ist schüchtern	.83	.05	-.39	18.64	.01
Er/Sie ist beunruhigt	.71	.05	-.50	19.17	.01
Unwichtige Gedanken gehen meinem Kind durch den Kopf und stören es	.60	.05	-.81	16.28	.01
Er/Sie macht sich Sorgen über die Schule	.32	.05	-.84	14.11	.01
Er/Sie hat Schwierigkeiten zu entscheiden, was er/sie tun soll	.33	.05	-.77	14.80	.01
Er/Sie merkt, dass sein/ihr Herz schneller schlägt	.75	.05	-.42	18.90	.01
Er/Sie fürchtet sich heimlich	.96	.05	-.08	2.76	.01
Er/Sie macht sich Sorgen um seine/ihre Eltern	.48	.05	-.78	15.14	.01
Er/Sie bekommt feuchte Hände	1.60	.05	1.63	24.36	.01
Er/Sie macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten	.29	.05	-.74	15.26	.01
Es fällt ihm/ihr schwer, abends einzuschlafen	.79	.05	-.68	18.31	.01
Er/Sie hat ein komisches Gefühl im Magen	.70	.05	-.50	18.85	.01
Er/Sie grübelt darüber nach, was andere Personen von ihm/ihr denken	.45	.05	-.80	14.70	.01
Er/Sie wird nervös	.54	.05	-.62	16.64	.01
Er/Sie hat Kopfschmerzen	.78	.05	-.49	18.19	.01
Seine/Ihre Hände werden drinnen kalt	2.25	.05	4.06	26.33	.01
Ihm/Ihr ist übel	1.62	.05	1.74	24.56	.01
Er/Sie bekommt einen trockenen Mund	2.68	.05	6.80	27.71	.01
Er/Sie wird müde	.73	.05	-.49	17.96	.01
<b>STAIC-PTd Gesamtwert</b>	<b>.55</b>	<b>.05</b>	<b>.00</b>	<b>3.86</b>	<b>.01</b>

S = Schiefe; S<sub>s</sub> = Standardfehler der Schiefe; Ex = Exzess, Z = Kolmogorov-Smirnov-Z Wert; p = Asymptotische Signifikanz (2-seitig)

### Faktorielle Validität

Um eine erste faktoranalytischen Untersuchung an den Daten vorzunehmen, wird deren Eignung diesbezüglich geprüft. Der KMO-Koeffizient liegt mit .94 im sehr guten Bereich (Bühner, 2004) und der Bartlett-Test auf Sphärität wird signifikant ( $\chi^2 = 18244.25$ ,  $df = 325$ ,  $p < .001$ ). Die MSA-Koeffizienten der Anti-Image-Matrizen liegen alle über .80. Damit sind die Voraussetzungen zu einer explorativen Faktoranalyse in diesem Datensatz gegeben.

Anhand des Scree-Tests nach Cattell (1966) zeigt sich bei der unrotierten Lösung eine starker erster Faktor (siehe Abbildung 29). Eine Parallelanalyse nach Horn (1965) hingegen spricht für eine vierfaktorielle Datenstruktur.

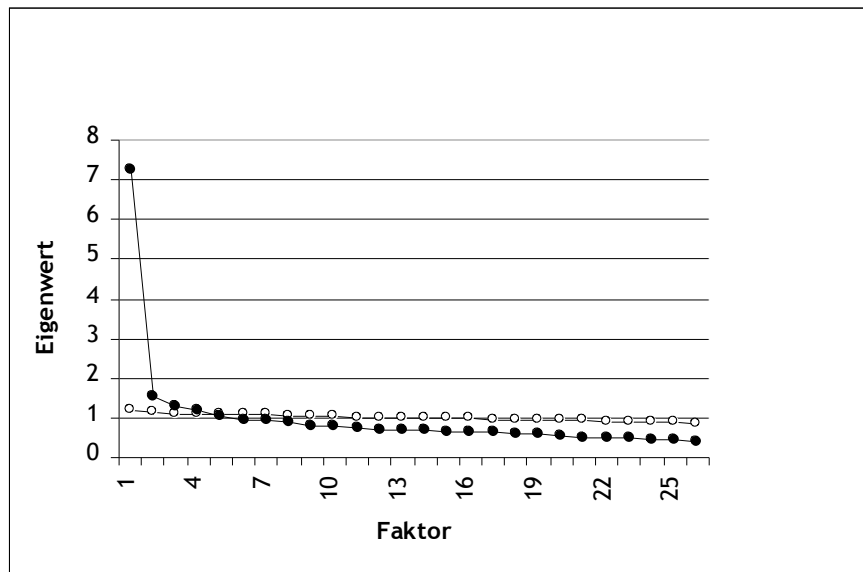


Abbildung 29: Scree-Plot des STAIC-PTd und einer Zufallsvariable

Es wird eine Hauptkomponentenanalyse vorgenommen, um das eindimensionale Konzept der Traitangst zu überprüfen. Zur Vollständigkeit wird die Faktorenlösung zudem mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung wiederholt. Dabei werden fünf Faktoren extrahiert. Die Eigenwerte und die Angaben zur Varianzaufklärung sind in Tabelle 55 wiedergegeben.

Tabelle 55: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse des STAIC-PTd mit und ohne Varimax Rotation und Kaiser-Normalisierung

<i>Komponente</i>	<i>Eigenwert</i>	<i>Varianz-aufklärung</i>	<i>kumulierte Varianzaufklärung</i>
1	7.27 (3,07)	27.97 (11,81)	27.97 (11,81)
2	1.53 (2,94)	5.90 (11,31)	33.87 (23,12)
3	1.30 (2,29)	5.00 (8,83)	38.87 (31,95)
4	1.17 (2,16)	4.49 (8,32)	43.37 (40,27)
5	1.02 (1,83)	3.92 (7,02)	47.29 (47,29)

in Klammern= Werte der rotierten Faktorenlösung

Inhaltlich zeigen sich nach Rotation einige schlüssige Faktorenzusammenordnungen. So laden z.B. die Items „macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten“,

„macht sich Sorgen um seine/ihre Eltern“, „macht sich zuviel Sorgen“, „macht sich Sorgen über die Schule“ auf einem gemeinsamen Faktor (Komponente 2). Darüber hinaus laden fünf der sechs Items zu körperlichen Anzeichen der Angst, die dem Elternfragebogen gegenüber der Kinderversion hinzugefügt wurden, ebenfalls auf demselben Faktor (Komponente 3).

**Tabelle 56:** Rotierte Komponentenmatrix des STAIC-PTd

<i>Item</i>	<i>Komponente</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Er/Sie fühlt sich unglücklich	.63				
Es fällt ihm/ihr schwer, abends einzuschlafen	.59				
Ihm/Ihr ist zum weinen zumute	.58				
Er/Sie hat ein komisches Gefühl im Magen	.52		.35		
Unwichtige Gedanken gehen meinem Kind durch den Kopf und stören es	.46			.38	
Er/Sie fürchtet sich heimlich	.44	.31			.36
Er/Sie regt sich zuhause auf	.42				
Er/Sie macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten		.72			
Er/Sie macht sich Sorgen um seine/ihre Eltern		.70			
Er/Sie macht sich zuviel Sorgen	.39	.61			
Er/Sie macht sich Sorgen über die Schule		.52			
Er/Sie grübelt darüber nach, was andere Personen von ihm/ihr denken		.45			
Er/Sie ist beunruhigt	.41	.42			
Ihm/Ihr ist übel	.38		.61		
Er/Sie hat Kopfschmerzen	.32		.60		
Er/Sie wird müde			.59		
Er/Sie bekommt einen trockenen Mund			.54		
Seine/Ihre Hände werden drinnen kalt			.52		
Er/Sie merkt, dass sein/ihr Herz schneller schlägt		.31	.33		
Es fällt ihm/ihr schwer, sich zu entscheiden				.80	
Er/Sie hat Schwierigkeiten zu entscheiden, was er/sie tun soll				.78	
Es fällt meinem Kind schwer, seine Probleme anzupacken	.42			.55	
Er/Sie ist schüchtern					.71
Er/Sie bekommt feuchte Hände			.33		.49
Er/Sie hat Angst, Fehler zu machen	.34	.37			.41
Er/Sie wird nervös	.32				.40

### Reliabilität

Die Items des STAIC-PTd erreichen mit Ausnahme von zwei Items („Seine / Ihre Hände werden drinnen kalt“ und „Er / Sie bekommt einen trockenen Mund“) einen nach Fisseni (1997) zufriedenstellenden Schwierigkeitsindex von unter 80%.

In einer Reliabilitätsanalyse zeigt sich eine mittlere Inter-Item-Korrelation von  $r_{ii} = .24$ , welche somit in dem von Briggs und Cheek (1986) vorgeschlagenen Akzep-

tanzbereich von .20 bis .40 liegt, und eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von  $\alpha = 0.89$ . Weitere Ergebnisse sind in Tabelle 57 gezeigt.

**Tabelle 57:** Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des STAIC-PTd

<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r<sub>it</sub></i>	<i>Interne Konsistenz<sup>1</sup></i>
Er/Sie hat Angst, Fehler zu machen	1.88	.59	.55	.89
Ihm/Ihr ist zum weinen zumute	1.55	.61	.50	.89
Er/Sie fühlt sich unglücklich	1.51	.58	.56	.89
Es fällt ihm/ihr schwer, sich zu entscheiden	1.85	.67	.41	.89
Es fällt meinem Kind schwer, seine Probleme anzupacken	1.77	.70	.52	.89
Er/Sie macht sich zuviel Sorgen	1.73	.71	.61	.88
Er/Sie regt sich zuhause auf	2.00	.70	.40	.89
Er/Sie ist schüchtern	1.53	.65	.30	.89
Er/Sie ist beunruhigt	1.48	.57	.62	.89
Unwichtige Gedanken gehen meinem Kind durch den Kopf und stören es	1.65	.70	.52	.89
Er/Sie macht sich Sorgen über die Schule	1.77	.68	.49	.89
Er/Sie hat Schwierigkeiten zu entscheiden, was er/sie tun soll	1.75	.66	.52	.89
Er/Sie merkt, dass sein/ihr Herz schneller schlägt	1.50	.60	.45	.89
Er/Sie fürchtet sich heimlich	1.43	.58	.53	.89
Er/Sie macht sich Sorgen um seine/ihre Eltern	1.68	.67	.42	.89
Er/Sie bekommt feuchte Hände	1.30	.53	.35	.89
Er/Sie macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten	1.76	.65	.51	.89
Es fällt ihm/ihr schwer, abends einzuschlafen	1.59	.72	.36	.89
Er/Sie hat ein komisches Gefühl im Magen	1.49	.58	.55	.89
Er/Sie grübelt darüber nach, was andere Personen von ihm/ihr denken	1.70	.68	.53	.89
Er/Sie wird nervös	1.59	.62	.57	.89
Er/Sie hat Kopfschmerzen	1.56	.66	.35	.89
Seine/Ihre Hände werden drinnen kalt	1.23	.53	.32	.89
Ihm/Ihr ist übel	1.28	.51	.41	.89
Er/Sie bekommt einen trockenen Mund	1.14	.38	.35	.89
Er/Sie wird müde	1.55	.64	.39	.89
<b>STAIC-PTd Gesamtwert</b>	<b>41.28</b>	<b>8.46</b>	<b>-</b>	<b>.89</b>

$r_{it}$  = Item-Total-Korrelation, <sup>1</sup> nach Itemausschluss

Um die zeitliche Stabilität zu überprüfen, wird an einem Teil der Stichprobe (N = 15) eine zweite Datenerhebung vorgenommen. Das Zeitintervall zwischen der ersten und zweiten Messung besteht aus sechs Wochen. Die Korrelation nach Spearman-Rho beträgt  $r = .83$  ( $p < .001$ ).

### Itemkennwerte

Zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede im Gesamtwert des STAIC-PTd werden univariate Varianzanalysen sowie Kruskal-Wallis-Tests durchgeführt. Wie in Tabelle 58 zu sehen ist, gibt es signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts des Kindes und der Schulform. Ein erhöhter Gesamtwert im STAIC-PTd ist somit mit dem weiblichen Geschlecht und dem Gesamt- oder Hauptschulbesuch assoziiert. Der Gesamtwert korreliert zudem signifikant - wenn auch in geringer Höhe - mit dem Alter der Schüler ( $r = .06$ ,  $p < .01$  nach Pearson und Spearman-Rho). Die Unterschiede zwischen Fragebögen, die durch den Vater und denen, die durch die Mutter ausgefüllt sind, sind lediglich in der Varianzanalyse statistisch signifikant. Eine Berechnung der Wechselwirkung zwischen der Schulform und dem Geschlecht des Kindes ergab keinen signifikanten Interaktionseffekt ( $F = 1.70$ ,  $p < .148$ ).

**Tabelle 58:** Kruskal-Wallis Test und univariate Varianzanalyse zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	1589	41.85	8.56	18.4	1	<.001	16.88	<.001
	männlich	1251	40.54	8.38					
Schulform	Grundschule	335	40.63	8.37	78.9	4	<.001	18.91	<.001
	Hauptschule	417	42.22	8.48					
	Gesamtschule	527	43.32	8.56					
	Realschule	684	41.64	8.33					
	Gymnasium	955	39.66	8.27					
ausgefüllt durch	Mutter	2316	41.44	8.61	3.37	2	.186	3.23	<.05
	Vater	346	40.46	7.97					
	Mutter und Vater	158	40.41	7.81					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, p = Asymptotische Signifikanz (2-seitig)

### Diskriminante und konvergente Validität

Zur Überprüfung der Validität des STAIC-PTd wird von einem Teil der Eltern (N = 273) ebenfalls die CBCL ausgefüllt. In Bezug auf die konvergente Validität zeigt sich eine hohe Korrelation zu der Subskala „Ängstlich / Depressiv“, zu der übergeordneten Kategorie „Internalisierende Skalen“ und zum CBCL-Gesamtwert. Die diskriminante Validität zeigt sich in den niedrigeren Korrelationen zu den Subska-

len „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“ und zur übergeordneten Kategorie „Externalisierende Skalen“. Ein Test für Korrelationskoeffizienten nach Fisher ergibt, dass der Zusammenhang zwischen dem Gesamtwert des STAIC-PTd mit den internalisierenden Skalen des CBCL signifikant größer ist als mit den externalisierenden Skalen ( $z = -6.11$ ,  $p < .001$ ). Eine ausführliche Übersicht der Korrelationen ist in Tabelle 59 zu finden.

**Tabelle 59:** Korrelationen<sup>1</sup> zwischen dem STAIC-PTd Gesamtwert und der CBCL

Skala	Korrelationskoeffizient	
	<i>r</i>	<i>p</i> <
CBCL Ängstlich / Depressiv	.70	.001
CBCL Körperliche Beschwerden	.54	.001
CBCL Sozialer Rückzug	.58	.001
CBCL Soziale Probleme	.42	.001
CBCL Schizoid / Zwanghaft	.61	.001
CBCL Aufmerksamkeitsprobleme	.61	.001
CBCL Dissoziales Verhalten	.41	.001
CBCL Aggressives Verhalten	.49	.001
CBCL Internalisierende Skalen	.73	.001
CBCL Externalisierende Skalen	.50	.001
CBCL Gesamtwert	.71	.001

<sup>1</sup>nach Spearman-Rho

Darüber hinaus wird zur Überprüfung der Validität an einem Teil der Stichprobe ( $N = 228$ ) ebenfalls die parallele Kinderversion des STAIC eingesetzt. Es wurden hier Mittelwerte von  $M_{\text{Mädchen}} = 34.76$  bzw.  $M_{\text{Jungen}} = 32.29$  erreicht, welche vergleichbar sind mit denen der Stichprobe von Unnewehr (1992). Es zeigt sich nach Spearman Rho eine Korrelation von  $r = .48$  ( $p < .001$ ) zur Elterneinschätzung. Ausführliche Angaben zu den Korrelationen zeigt Tabelle 60.

**Tabelle 60:** Übereinstimmung<sup>1</sup> STAIC-PTd und STAIC

	Mädchen	Jungen	Gesamt
Mutter	.52** (N = 127)	.47** (N = 72)	.49** (N = 200)
Vater	.48* (N = 20)	n.s. (N = 8)	.38* (N = 28)
Gesamt	.54** (N = 153)	.39** (N = 93)	.48** (N = 228)

<sup>1</sup> nach Spearman-Rho

Um zu überprüfen, welche Faktoren mit dem Grad der Übereinstimmung zwischen Eltern und Kind im Zusammenhang stehen, werden für die Faktoren Geschlecht des Kindes, Geschlecht des Elternteils, Alter und Ausprägung der Angst im Kind- bzw. Elternurteil getrennte Korrelationskoeffizienten berechnet (Tabelle 61). Es wird eine Transformation der Korrelationskoeffizienten in Fishers Z-Werte vorgenommen um einen Test auf Korrelationsdifferenzen durchzuführen. Die untersuchten Faktoren liegen mit Effektgrößen von  $q = .01$  bis  $q = .19$  im Bereich eines kleinen Effektes (siehe Bortz & Döring, 1995). In keinem der Fälle wird der kritische Wert von  $z_{5\%} = 1.65$  erreicht.

**Tabelle 61:** Vergleich der Korrelationen<sup>1</sup> zwischen den Gesamtwerten des STAIC-PTd und STAIC

<i>Faktor</i>	<i>Korrelationskoeffizient</i>	<i>q</i>	<i>z</i>
<i>Geschlecht des Kindes</i>			
Mädchen vs. Jungen	.54** vs. .39**	.19	1.440
<i>Geschlecht des Elternteils</i>			
Mütter vs. Väter	.49** vs. .38**	.14	.641
<i>Alter des Kindes</i>			
10-12 Jahre vs. 13-19 Jahre	.53** vs. .45**	.11	.762
<i>Elternurteil<sup>2</sup></i>			
über- vs. unterdurchschnittlich	.26** vs. .27**	.01	.757
<i>Kindurteil<sup>2</sup></i>			
über- vs. unterdurchschnittlich	.28** vs. .41**	.15	1.165

<sup>1</sup>nach Spearman-Rho, <sup>2</sup> als Cut-off Wert wurde jeweils der arithmetische Mittelwert der Gesamtwerte der Teilstichprobe auf STAIC-PTd bzw. STAIC genommen,  $q$  = Effektgröße für Test auf Korrelationsdifferenzen, \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

Zudem wird aus dem Gesamtwert der Kindversion des STAIC und dem Gesamtwert der Elternversion ohne die sechs Zusatzitems zu körperlichen Beschwerden ein Differenzwert gebildet, dessen Mittelwert von  $-.76$  ( $SD = 7.47$ ) insgesamt für eine geringfügige Unterschätzung der Ängste durch die Eltern im Vergleich zu den Aussagen des Kindes sprechen. Um zu überprüfen, ob die oben aufgeführten Faktoren signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen in den Diskrepanzen hervorrufen zeigt Tabelle 62 die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests sowie des T-Tests für unabhängige Stichproben.



**Tabelle 62:** Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede in den Diskrepanzen zwischen STAIC-PTd und STAIC

Faktoren					Kruskal-Wallis Test			T-Test	
		N	M	SD	$\chi^2$	df	p	T	p
Geschlecht des Kindes	Mädchen	155	-1.68	6.67	6.89	1	<.05	-2.72	<.05
	Jungen	94	0.96	8.39					
Geschlecht des Elternteils	Mütter	199	-0.29	7.32	0.68	1	.794	0.57	.569
	Väter	28	-1.14	7.86					
Alter des Kindes	10-12 Jahre	129	0.12	7.41	3.15	1	.076	1.90	.059
	13-19 Jahre	127	-1.65	7.45					
Elternurteil <sup>1</sup>	überdurchschnittlich	131	1.67	7.60	27.05	1	<.001	-5.64	<.001
	unterdurchschnittlich	125	-3.30	6.43					
Kindurteil <sup>1</sup>	überdurchschnittlich	128	-4.04	7.64	52.99	1	<.001	7.81	<.001
	unterdurchschnittlich	128	2.52	5.65					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, p = Asymptotische Signifikanz (2-seitig), <sup>1</sup>als Cut-off-Wert wurde jeweils der Mittelwert der Gesamtwerte der Teilstichprobe auf STAIC-PTd bzw. STAIC genommen

Es wird deutlich, dass die Unterschiede zwischen den Aussagen der Eltern und denen der Töchter signifikant größer sind als die zwischen Eltern und Söhnen. Die Mädchen schätzen dabei ihre Angst höher ein als die Eltern, während die Jungen sie niedriger einschätzen. Eine Berechnung der Wechselwirkung zwischen beiden Urteilen ergab keinen signifikanten Interaktionseffekt ( $F = .65$ ,  $p < .421$ ).

Das Alter des Kindes sowie das Geschlecht des Elternteils ergeben keine signifikanten Unterschiede in den Diskrepanzen der Beurteilungen. Dagegen ist der Unterschied zu den Eltern hinsichtlich der Einschätzung der Angst signifikant größer bei den Kindern, die selber viele Ängste angeben und bei denen, die von ihren Eltern als unterdurchschnittlich eingeschätzt werden. Tabelle 63 zeigt eine Verteilung in überdurchschnittliche und unterdurchschnittliche Beurteilungen aus Sicht der Eltern und des Kindes.

**Tabelle 63:** Kreuztabelle der über- und unterdurchschnittlichen<sup>1</sup> Beurteilungen in STAIC-PTd und STAIC

Elternurteil	Kindurteil		GESAMT
	unterdurchschnittlich	überdurchschnittlich	
unterdurchschnittlich	85	41	126
überdurchschnittlich	44	87	131
GESAMT	129	128	257

<sup>1</sup>als Cut-off Wert wurde jeweils der Mittelwert der Gesamtwerte der Teilstichprobe auf STAIC-PTd bzw. STAIC genommen

Der Chi-Quadrat-Test nach Pearson zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Einteilung aufgrund des Kindurteils und der Einteilung aufgrund des Elternurteils ( $\chi^2 = 29.48$ ,  $p < .001$ ). Es wird nach Cohen (1960) ein geringer Kappa-Wert der Übereinstimmung von  $\kappa = .34$  ( $p < .001$ ) berechnet.

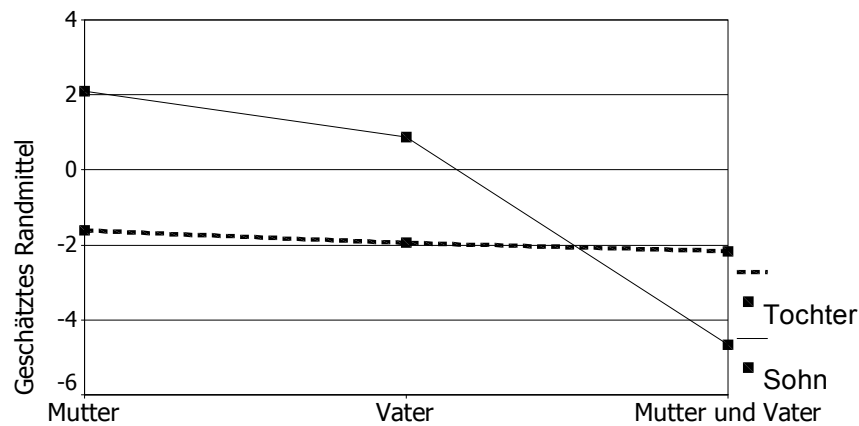
Betrachtet man die Diskrepanzen zwischen den Aussagen des Kindes und denen der Eltern auf Itemebene, zeigen sich absolute Mittelwerte zwischen  $M = .03$  und  $M = .27$ . Die geringste Diskrepanz erreichen beide Beobachter auf den Items „...fühlt sich unglücklich“ und „...regt sich zuhause auf“, wobei die Eltern jeweils leicht höhere Werte angeben als die Kinder. Größere Unterschiede werden auf den Items „...macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten“ und „...macht sich Sorgen über die Schule“ deutlich. Hier geben die Kinder im Durchschnitt höhere Werte an als ihre Eltern.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Diskrepanzen zwischen Eltern- und Kindurteil getrennt nach Geschlechterkombinationen zeigt Tabelle 64.

**Tabelle 64:** Mittelwerte und Standardabweichungen der Diskrepanz zwischen STAIC-PTd und STAIC

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>	<i>Mutter und Vater</i>
<i>Tochter</i>	-1.62 ± 6.58 (N = 121)	-1.95 ± 8.12 (N = 15)	-2.17 ± 3.19 (N = 6)
<i>Sohn</i>	2.10 ± 8.01 (N = 68)	0.88 ± 7.28 (N = 7)	-4.67 ± 8.79 (N = 9)

Die Kombination zwischen Elternteil und Kind bezüglich der Geschlechter erbrachte in einer univariaten Varianzanalyse keinen signifikanten Interaktionseffekt. Abbildung 30 legt durch den Einbezug der Elternpaare, die den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, dennoch die Anwesenheit eines Interaktionseffekts nahe, welcher allerdings aufgrund der geringen Teilstichprobengrößen nicht die Signifikanzgrenze erreicht.



**Abbildung 30:** Interaktion zwischen Geschlecht des Kindes und Elternteils

Es zeigt sich, dass das gemeinsame Ausfüllen des Fragebogens nur geringe Unterschiede zu den Einzelbeurteilungen der Töchter bezüglich der Diskrepanz ausmacht. Jedoch kommt es bei der Beurteilung der Söhne im Vergleich zur Einschätzung des Kindes zu einer starken Unterschätzung der Angst, während diese im Einzelurteil eher überschätzt wird.

### Normierung

Da die empirische Verteilung der Kennwerte signifikant von der Normalverteilung abweicht (siehe Tabelle 54), werden zur Normierung des STAIC-PTd Prozentränge für die Skalen und den Gesamtwert berechnet, welche nicht auf einer linearen, sondern einer Flächentransformation der Rohwerteverteilung basieren.

Bei der Überprüfung gruppenspezifischer Unterschiede in den Rohwerten zeigte sich für den STAIC-PTd Gesamtwert die Faktoren „Schulform“, „Geschlecht“ und „Alter“ als signifikant unterschiedlich in den Subgruppen. Es werden daher altersspezifische Normen für Mädchen und Jungen der unterschiedlichen Schulzugehörigkeiten berichtet. Die Prozentrangnormen sind in Tabelle 65 bis Tabelle 67 zu sehen.

**Tabelle 65:** Prozentrangnormen des STAIC-PTd Gesamtwerts für Schüler der Grund- und Hauptschule

PR	Grundschule		Hauptschule			
	M 7-12 (N = 166)	J 7-12 (N = 166)	M 10-13 (N = 104)	M 14-19 (N = 99)	J 10-13 (N = 110)	J 14-19 (N = 96)
1	26	26	26	26	26	26
5	29	29	28	32	29	29
10	30	31	31	34	30	31
15	32	32	32	36	33	32
20	34	33	33	37	35	33
25	35	34	35	38	36	35
30	36	35	36	39	37	36
35	37	36	36	40	38	37
40	38	37	38	40	39	38
45	39	38	40	41	40	39
50	40	39	41	43	41	40
55	41	40	42	44	43	42
60	42	41	44	45	44	43
65	43	43	46	47	45	44
70	46	44	49	48	45	44
75	47	46	51	49	46	47
80	49	48	52	50	48	50
85	52	50	54	54	53	51
90	53	52	54	54	54	52
95	57	55	59	56	57	55
100	65	64	68	62	64	65

PR = Prozentrang, M = Mädchen, J = Jungen

**Tabelle 66:** Prozentrangnormen des STAIC-PTd Gesamtwerts für Schüler der Gesamt- und Realschule

PR	Gesamtschule				Realschule			
	M 10-13 (N = 150)	M 14-19 (N = 138)	J 10-13 (N = 148)	J 14-19 (N = 84)	M 10-13 (N = 253)	M 14-19 (N = 133)	J 10-13 (N = 200)	J 14-19 (N = 87)
1	28	29	26	28	28	29	28	29
5	31	33	30	29	30	30	30	30
10	33	35	32	31	31	32	31	32
15	33	38	34	32	33	33	32	33
20	35	39	34	33	34	34	33	34
25	36	40	36	33	36	35	34	35
30	38	40	37	35	37	37	36	37
35	39	41	39	37	38	38	36	38
40	40	42	40	38	39	40	37	40
45	42	44	41	39	41	41	38	41
50	44	45	42	40	41	42	39	42

55	45	46	42	41	43	43	40	43
60	46	47	44	42	44	44	42	44
65	48	47	45	43	44	45	43	45
70	49	49	47	45	46	47	45	47
75	51	51	47	46	48	47	47	47
80	52	53	49	49	49	49	48	49
85	55	54	51	52	52	51	51	51
90	58	55	52	56	53	53	53	53
95	60	58	56	58	57	56	56	56
100	68	67	62	68	73	70	73	70

PR = Prozentrang, M = Mädchen, J = Jungen

**Tabelle 67:** Prozentrangnormen des STAIC-PTd Gesamtwerts für Schüler des Gymnasiums

PR	Gymnasium			
	M 10-13 (N = 298)	M 14-19 (N = 269)	J 10-13 (N = 231)	J 14-19 (N = 142)
1	26	26	27	26
5	28	28	29	27
10	29	30	30	29
15	31	32	31	31
20	32	33	32	32
25	33	34	33	33
30	34	35	34	34
35	35	36	35	36
40	36	37	36	37
45	37	38	37	37
50	39	40	38	38
55	40	41	39	39
60	40	42	40	40
65	42	43	41	41
70	42	44	42	42
75	44	46	44	43
80	45	48	47	45
85	47	51	49	46
90	49	54	51	49
95	52	57	55	57
100	68	70	67	63

PR = Prozentrang, M = Mädchen, J = Jungen

### ***Fazit und Ausblick***

Der Elternfragebogen zum State-Trait Angst Inventar für Kinder (STAIC-PT) wurde analog seiner Kindversion in Deutsche übersetzt und in der oben beschriebenen Datenerhebung erstmalig einer deutschsprachigen Stichprobe vorgelegt. Es zeigte sich, dass das deutsche STAIC-PTd hinsichtlich seiner psychometrischen Eigen-

schaften weitgehend der englischsprachigen Originalversion entspricht und diese teilweise übertrifft.

In dieser Studie wurde erstmalig an einem Elternfragebogen das eindimensionale Konzept der Trait-Angst in einer faktoranalytischen Untersuchung überprüft. Eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung extrahierte zwar fünf Faktoren, der Scree-Test legte jedoch die gemäß der Theorie postulierte einfaktorielle Lösung nahe. Da hinsichtlich der englischsprachigen Originalversion STAIC-PT bislang keine Daten zu einer faktoranalytischen Untersuchung publiziert wurden, können diese Ergebnisse lediglich mit den Befunden zur deutschsprachigen parallelen Kinderversion STAIK verglichen werden. Hier erbrachte eine Hauptkomponentenanalyse sogar sechs Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$ , wobei der Scree-Test ebenfalls eine einfaktorielle Lösung (Varianzaufklärung 25.3%) nahelegte (Joorman & Unnewehr, 2003).

Ein Blick auf die Rohwerteverteilung zeigte, dass Eltern signifikant weniger Ängste bei Jungen sowie bei Grundschulern und Gymnasiasten berichten.

Im Vergleich zu den Studien zur englischsprachigen Originalversion mit Angstpatienten ähnelte sich das Urteil beider Vätergruppen. Lediglich die Mittelwerte der Mütter lagen in dieser Studie niedriger ( $M = 41.44$ ,  $SD = 8.59$ ) als die der Mütter der von Southam-Gerow und Mitarbeitern (2002) untersuchten Angstpatienten ( $M = 53.18$ ,  $SD 7.63$ ). Sie unterschieden sich jedoch kaum von den Aussagen der Mütter ( $M = 42.94$ ,  $SD = 6.25$ ) in der Studie von Krain & Kendall (2000). Ob es sich hierbei um eine generell positivere Antworttendenz bei der deutschsprachigen Version handelt oder aber ob dieser fehlende Mittelwertsunterschied zwischen normalen und klinischen Stichproben ein Zeichen dafür ist, dass der STAIC-PTd nicht fähig ist, zwischen angstauffälligen und unauffälligen Personen zu diskriminieren, wird eine Datenerhebung an einer klinischen Stichprobe zeigen müssen. Ein Einsatz der Originalversion des Fragebogens an einer Normalstichprobe, wie er hier beschrieben wurde, scheint bislang noch nicht durchgeführt worden zu sein, sodass diese Frage auch bezüglich der englischsprachigen Version mit dem aktuellen Stand der Forschung nicht zu beantworten ist.

Die interne Reliabilität des STAIC-PTd lag exakt im Bereich der englischsprachigen Originalversion. Die hier berechnete Test-Retest-Reliabilität über sechs Wochen lag

geringfügig höher als die von Southam-Gerow und Mitarbeitern (2002) berichtete Korrelation von  $r = .71$  bzw.  $r = .75$ , welche über einen Zeitraum von acht Wochen ermittelt wurde.

Eine hohe konvergente und diskriminante Validität wurde mittels Korrelationen des STAIC-PTd zu dem bereits bestehenden Elternfragebogen CBCL und dem parallelen Kindfragebogen STAIC belegt. So ergaben die internalisierenden Skalen des CBCL eine hohe Korrelation, während die externalisierenden Skalen lediglich in mittelstarkem Maß mit dem STAIC-PTd korrelierten. Ein Vergleich der Korrelationskoeffizienten zeigte die Signifikanz dieses Unterschieds an. Im Vergleich zur Validierungsstudie von Southam-Gerow und Mitarbeitern (2002) erreichte die deutsche Stichprobe etwas höhere Korrelationen auf den Maßen der konvergenten Validität, aber ebenfalls höhere Korrelationen bei den Maßen der diskriminanten Validität. Der Vergleich von Korrelationen, welche in unterschiedlichen Studien ermittelt wurden, sollte nur vorsichtig interpretiert. Eine mögliche Erklärung dieses Unterschieds könnte sein, dass bei den psychiatrischen Patienten die Verhaltensauffälligkeiten auf einen bestimmten Bereich konzentriert sind, der dafür aber so stark ausgeprägt ist, dass eine Behandlung eingeleitet wird. Die Eltern könnten daher andere Bereiche, in denen -falls überhaupt- nur subklinisch ausgeprägte Auffälligkeiten bestehen, bei der Beurteilung ihres Kindes außer Acht lassen, da es sich dabei in ihren Augen lediglich um „Nebenschauplätze“ handelt. Dementsprechend würden sich deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung der diversen Symptomgruppen zeigen. Dahingegen ist davon auszugehen, dass unter den Schülern meist mehrere Problembereiche eine Rolle spielen, doch keiner davon so ausgeprägt ist, dass er unmittelbar im Vordergrund steht und andere überlagert. In diesem Fall könnten Eltern von unauffälligen Kindern zu annähernd jeder Gruppe von Symptomen einige zustimmende Aussagen treffen, ohne dass sich zwischen den Bereichen deutliche Unterschiede in der Ausprägung hervortun, was zu höheren Korrelationen innerhalb der Symptomgruppen führt. Ein Vergleich des Zusammenhangs zwischen dem Wert des STAIC-PTd und den Skalen des CBCL anhand von Daten psychiatrisch aufgenommener Patienten könnte in dieser Frage Aufschluss geben.

Einen weiteren Beleg der Validität lieferte der Vergleich zwischen dem Elternurteil des STAIC-PTd und dem parallelen Kindurteil des STAIC. Zu den Aussagen des Kindes zeigte sich im Gegensatz zur Studie von Southam-Gerow und Mitarbeitern (2002) sogar ein mittelstarker Zusammenhang (Mutter-Kind:  $r = .49$  vs.  $r = .21$ , Vater- Kind:  $r = .38$  vs.  $r = .13$ ).

In dieser Studie wurde zudem eine nähere Untersuchung von Übereinstimmungen und Diskrepanzen zwischen den Elternaussagen und denen des Kindes vorgenommen. Bezüglich der Übereinstimmungen wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Geschlecht des Elternteils bzw. des Kindes, dem Alter und der Ausprägung der Angst im Kind- bzw- Elternurteil gefunden.

Dahingegen zeigte sich, dass die Unterschiede zwischen den Aussagen der Eltern und denen der Töchter signifikant größer sind als die zwischen Eltern und Söhnen. Die Mädchen schätzen dabei ihre Angst höher ein als die Eltern während die Jungen sie niedriger einschätzen.

Weiter traten signifikant größere Diskrepanzen bei den Kindern auf, die selber viele Ängste angeben und bei denen, die von ihren Eltern als unterdurchschnittlich eingeschätzt werden. Das Alter des Kindes sowie das Geschlecht des Elternteils dagegen standen in keinem signifikanten Zusammenhang mit dem Unterschied in den Beurteilungen. Es zeigte sich jedoch ein aufgrund zu geringer Teilstichprobengrößen nichtsignifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Geschlecht des Kindes und dem elterlichen Beurteiler, bezieht man die Elternpaare mit ein, welche den Fragebogen gemeinsam ausgefüllt haben. Ging es um die Tochter, hatte die gemeinsame Beantwortung des STAIC-PTd durch das Elternpaar kaum Veränderungen bezüglich der Diskrepanz zum Kindurteil zur Folge. Aus Sicht des Kindes wurde die Angst weiterhin unterschätzt, wenn auch nun etwas stärker. Wurde allerdings die Angst des Sohnes beurteilt, welche aus dessen Sicht durch Vater und Mutter getrennt eher überschätzt wurde, so fiel eine gemeinsame Entscheidung genau gegensätzlich aus. Die Angst wurde im gemeinsamen Urteil der Eltern als deutlich geringer angegeben als im Selbsturteil des Sohnes. Dieses Phänomen könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Eltern, wenn sie gemeinsam zu einer Einschätzung der Angst ihres Kindes kommen sollen, gegenüber dem Partner eventuell bestehende Auffälligkeiten des Kindes herunterspielen oder verbergen.



Gründe hierfür könnten soziale Erwünschtheit, familiäre Normen („unser Kind hat keine Angst“) oder befürchtete Schuldzuweisungen sein. Dies würde auch erklären, warum dieser Effekt gerade bei der Beurteilung der Söhne verstärkt auftritt, da die genannten Gründe in der westlichen Kultur bei Jungen eine größere Rolle spielen als bei Mädchen, bei denen ängstliches Verhalten allgemein eher als zulässig angesehen wird. Sowohl Rapee (1995) als auch Bruch und Cheek (1995) thematisierten bereits den Zusammenhang der geschlechtsspezifischen Sozialisation mit der Bewertung von Anzeichen sozialer Ängste. Aufgrund bestehender Stereotypen sei ihrer Meinung nach Schüchternheit bei Mädchen eher akzeptiert und könnte dazu führen, dass diese von Eltern und Gleichaltrigen bei Jungen negativer bewertet wird.

Eine weitere Frage hierbei ist die, welche Elternpaare sich von sich aus dazu entschließen, den Fragebogen gemeinsam auszufüllen. Diese Entscheidung könnte bereits ein Hinweis auf bestimmte Eigenschaften der Eltern (z.B. sehr enge emotionale Bindung, Unsicherheit in Erziehungsfragen etc.) sein, welche wiederum von Einfluß sein können auf das Kind und seine tatsächliche Angstsymptomatik.

Da sich diese Überlegungen auf kleine Teilstichproben beziehen, bleiben sie von spekulativer Natur. Eine genauere Untersuchung dieser Frage wäre allerdings hochinteressant und nicht zuletzt für den klinischen Alltag außerordentlich relevant. Sollte sich ein ähnlicher Interaktionseffekt bei einer Stichprobe von ausreichendem Umfang nach einer randomisierten Gruppenzuweisung als signifikant herausstellen, so spräche dies für eine Urteilsverzerrung während des gemeinsamen Entscheidungsprozesses was nahe legen würde, in Zukunft sowohl diagnostische Fragebögen als auch strukturierte Interviews mit den Eltern getrennt durchzuführen oder aber sich auf die Aussagen nur eines Elternteils zu konzentrieren.

Insgesamt zeigte die deutsche Version des STAIC-PT gute psychometrische Eigenschaften und konnte die Ergebnisse der Studien zur englischsprachigen Originalversion replizieren bzw. teilweise sogar übertreffen. Eine Datenerhebung an einer psychiatrischen Stichprobe wäre wünschenswert um offene Fragen zur Diskriminationsfähigkeit des STAIC-PTd zu beantworten.

Anhand der ermittelten Rohdaten konnte pro Schulform eine geschlechts- und altersspezifische Normierung für den deutschsprachigen Raum vorgenommen werden. Eine Normierung für eine klinische Stichprobe steht noch aus.

## 8.2. Studie 8: Psychometrische Evaluation an einer klinischen Stichprobe

### **Fragestellung**

In der vorangegangenen Studie konnten die Reliabilität sowie die konvergente und diskriminante Validität der deutschen Übersetzung des Elternfragebogens zum State-Trait Angst Inventars für Kinder (STAIC-PTd) an einer umfangreichen, unauffälligen Stichprobe belegt werden. Eine psychometrische Überprüfung der Gütekriterien an einer klinischen Stichprobe steht noch aus. Deswegen werden in der folgenden Studie die Fragebogenwerte der Eltern von Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen ausgewertet. Ziel dieser Studie ist es zu überprüfen, inwiefern sich die bisherigen Befunde zum STAIC-PTd auf eine Gruppe von Eltern psychisch auffälliger Kinder übertragen lassen.

Ein weiteres Anliegen ist es zu untersuchen, ob der STAIC-PTd in der Lage ist, zwischen Kindern mit einer psychischen Störung und psychisch gesunden Kindern zu diskriminieren. Hierzu soll untersucht werden, ob die Gruppe der Eltern von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten signifikant höhere Gesamtwerte auf dem Fragebogen erzielt als die Eltern der Schüler in Studie 7.

Ein letztes Ziel ist die Erstellung von speziellen Normen für psychiatrische Patienten.

### **Rekrutierung der Stichprobe und Ablauf der Datenerhebung**

Es handelt sich hierbei um die bereits in Studie 6 (siehe Kapitel 7.7) beschriebene Datenerhebung, welche an acht kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen stattfand.

### **Beschreibung der Stichprobe**

Die Stichprobe der Studie 8 ist identisch zur Stichprobe der Studie 6 und wurde in Kapitel 7.7. bereits beschrieben.

### **Erhebungsinstrumente**

#### **State-Trait Anxiety Inventory, Trait Version, Parent Form, deutsch (STAIC-PTd)**

Eine ausführliche Beschreibung des STAIC-PTd wird in Kapitel 8.1. gegeben.

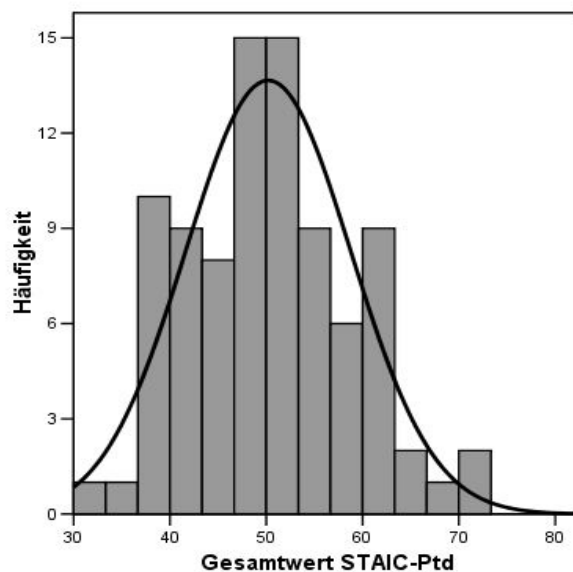
#### **Diagnosebogen**

Eine ausführliche Beschreibung des Diagnosebogens wird in Kapitel 7.7 gegeben.

### **Ergebnisse**

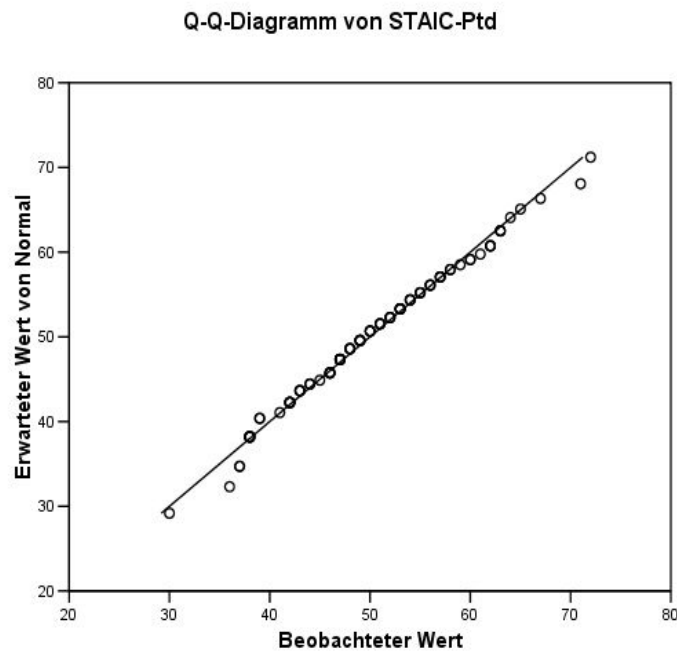
#### **Rohwerteverteilung**

Zur Überprüfung der Normalverteilungshypothese wird in Abbildung 31 die Verteilung der Rohwerte dargestellt.



**Abbildung 31:** Verteilung des Gesamtwerts des STAIC-PTd in der Stichprobe

Wie in Abbildung 32 deutlich wird, ist der Gesamtwert des STAIC-PTd nicht normal verteilt. Das Muster der Grafik lässt den Schluss zu, dass die beobachteten Werte systematisch von der Normalverteilung abweichen.



**Abbildung 32:** Q-Q-Diagramm des Gesamtwerts des STAIC-PTd

Die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov Tests (Tabelle 68) bestätigen diesen Eindruck. Die Verteilung der einzelnen Items des STAIC-PTd weichen signifikant von der Normalverteilung ab. Dahingegen ist der Gesamtwert des Fragebogens nach diesem Verfahren als normalverteilt anzusehen.

**Tabelle 68:** Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests  
für die Items des STAIC-PTd und den Gesamtwert

<i>Item</i>	<i>S</i>	<i>S<sub>s</sub></i>	<i>Ex</i>	<i>Z</i>	<i>p &lt;</i>
Er/Sie hat Angst, Fehler zu machen	-.31	.25	-.65	2.80	.001
Ihm/Ihr ist zum weinen zumute	-.01	.25	-.24	3.06	.001
Er/Sie fühlt sich unglücklich	-.06	.26	-.48	2.89	.001
Es fällt ihm/ihr schwer, sich zu entscheiden	-.67	.25	-.64	2.99	.001
Es fällt meinem Kind schwer, seine Probleme anzupacken	-.99	.25	.01	3.64	.001
Er/Sie macht sich zuviel Sorgen	-.25	.25	-1.13	2.23	.001
Er/Sie regt sich zuhause auf	-.64	.25	-.71	2.96	.001
Er/Sie ist schüchtern	.59	.25	-.79	2.85	.001
Er/Sie ist beunruhigt	-.01	.25	-.38	2.91	.001
Unwichtige Gedanken gehen meinem Kind durch den Kopf und stören es	-.11	.26	-1.22	2.04	.001
Er/Sie macht sich Sorgen über die Schule	.26	.25	-1.27	2.31	.001
Er/Sie hat Schwierigkeiten zu entscheiden, was er/sie tun soll	-.32	.25	-.63	2.80	.001
Er/Sie merkt, dass sein/ihr Herz schneller schlägt	.60	.26	-.66	2.81	.001
Er/Sie fürchtet sich heimlich	.28	.26	-.96	2.30	.001
Er/Sie macht sich Sorgen um seine/ihre Eltern	.13	.25	-1.26	2.06	.001
Er/Sie bekommt feuchte Hände	1.24	.25	.14	3.86	.001
Er/Sie macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten	-.06	.25	-1.26	2.04	.001
Es fällt ihm/ihr schwer, abends einzuschlafen	-.16	.25	-1.39	2.24	.001
Er/Sie hat ein komisches Gefühl im Magen	.19	.25	-.54	2.97	.001
Er/Sie grübelt darüber nach, was andere Personen von ihm/ihr denken	.05	.25	-.80	2.60	.001
Er/Sie wird nervös	-.35	.25	-.84	2.46	.001
Er/Sie hat Kopfschmerzen	.24	.25	-.82	2.56	.001
Seine/Ihre Hände werden drinnen kalt	1.80	.26	2.05	4.34	.001
Ihm/Ihr ist übel	.57	.25	-.70	2.81	.001
Er/Sie bekommt einen trockenen Mund	1.96	.26	2.98	4.38	.001
Er/Sie wird müde	.38	.25	-1.09	2.48	.001
<b>STAIC-PTd Gesamtwert</b>	<b>.24</b>	<b>.26</b>	<b>-.25</b>	<b>.52</b>	<b>.950</b>

*S* = Schiefe, *S<sub>s</sub>* = Standardfehler der Schiefe, *Ex* = Exzess, *Z* = Kolmogorov-Smirnov-Z Wert, *p* = Asymptotische Signifikanz (2-seitig)

### Reliabilität

Die Items des STAIC-PTd erreichen in dieser Stichprobe ausnahmslos einen Schwierigkeitsindex von unter 80%.

In einer Reliabilitätsanalyse zeigt sich eine mittlere Inter-Item-Korrelation von  $r_{ii} = .20$ , welche weiterhin in dem von Briggs und Cheek (1986) vorgeschlagenen Akzeptanzbereich von .20 bis .40. liegt, und eine interne Konsistenz (Cronbach's alpha) von  $\alpha = .86$ . Weitere Ergebnisse sind in Tabelle 69 gezeigt.

**Tabelle 69:** Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse des STAIC-PTd

<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r<sub>it</sub></i>	<i>Interne Konsistenz<sup>1</sup></i>
Er/Sie hat Angst, Fehler zu machen	2.26	.63	.43	.86
Ihm/Ihr ist zum weinen zumute	2.00	.59	.48	.86
Er/Sie fühlt sich unglücklich	2.07	.64	.44	.86
Es fällt ihm/ihr schwer, sich zu entscheiden	2.43	.69	.37	.86
Es fällt meinem Kind schwer, seine Probleme anzupacken	2.56	.61	.27	.86
Er/Sie macht sich zuviel Sorgen	2.16	.75	.54	.86
Er/Sie regt sich zuhause auf	2.36	.68	.24	.86
Er/Sie ist schüchtern	1.63	.68	.14	.87
Er/Sie ist beunruhigt	1.99	.65	.58	.86
Unwichtige Gedanken gehen meinem Kind durch den Kopf und stören es	2.13	.74	.37	.86
Er/Sie macht sich Sorgen über die Schule	1.83	.80	.42	.86
Er/Sie hat Schwierigkeiten zu entscheiden, was er/sie tun soll	2.39	.60	.43	.86
Er/Sie merkt, dass sein/ihr Herz schneller schlägt	1.63	.64	.44	.86
Er/Sie fürchtet sich heimlich	1.84	.69	.32	.86
Er/Sie macht sich Sorgen um seine/ihre Eltern	1.93	.77	.55	.86
Er/Sie bekommt feuchte Hände	1.42	.65	.48	.86
Er/Sie macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten	2.09	.78	.56	.85
Es fällt ihm/ihr schwer, abends einzuschlafen	2.01	.81	.47	.86
Er/Sie hat ein komisches Gefühl im Magen	1.77	.62	.72	.85
Er/Sie grübelt darüber nach, was andere Personen von ihm/ihr denken	2.00	.68	.47	.86
Er/Sie wird nervös	2.23	.71	.51	.86
Er/Sie hat Kopfschmerzen	1.76	.65	.36	.86
Seine/Ihre Hände werden drinnen kalt	1.27	.54	.14	.87
Ihm/Ihr ist übel	1.61	.69	.45	.86
Er/Sie bekommt einen trockenen Mund	1.30	.57	.19	.87
Er/Sie wird müde	1.80	.75	.34	.86
STAIC-PTd Gesamtwert	50.19	8.45	-	.86

*r<sub>it</sub>* = Item-Total-Korrelation, <sup>1</sup>nach Itemausschluss

### Itemkennwerte

Zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede im Gesamtwert des STAIC-PTd innerhalb der klinischen Stichprobe werden univariate Varianzanalysen sowie Kruskal-Wallis-Tests durchgeführt. Wie in Tabelle 70 zu sehen ist, gibt es signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts des Kindes. Ein erhöhter Gesamtwert im STAIC-PTd ist demnach assoziiert mit dem weiblichen Geschlecht. Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Alter der Patienten und der Ausprägung der Angstsymptomatik zeigte sich als nicht signifikant. Aufgrund der geringen Be-

teiligung der Väter (N = 9, entspricht 9.8%) wurde auf eine Prüfung signifikanter Mittelwertsunterschiede hinsichtlich des auskunftgebenden Elternteils verzichtet.

**Tabelle 70:** Kruskal-Wallis Test und T-Test zur Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede

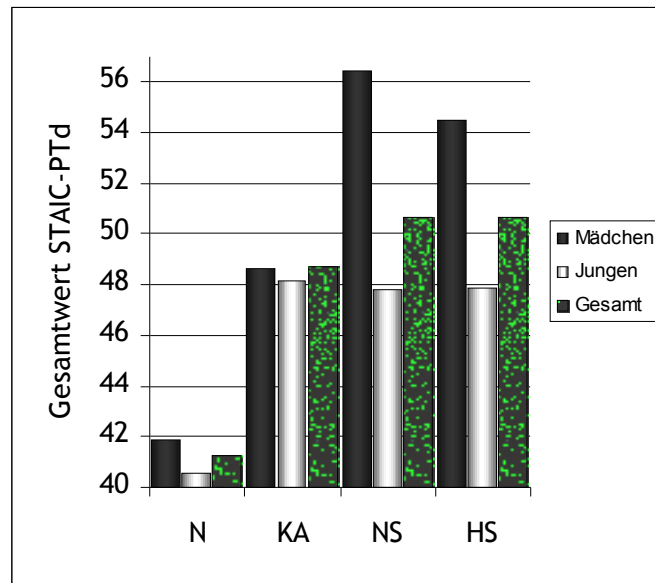
<i>Faktoren</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Kruskal-Wallis Test</i>			<i>ANOVA</i>	
					$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Geschlecht des Kindes	weiblich	30	53.47	8.69	4.74	1	<.05	8.02	<.05
	männlich	57	48.25	7.90					
Patientenstatus	ambulant	42	50.79	8.65	4.70	2	.096	2.64	.078
	teilstationär	21	46.67	8.50					
	stationär	25	52.16	7.91					
Angstsymptomatik	Hauptsymptom	26	50.63	8.90	.90	2	.638	.55	.581
	Nebensymptom	25	50.67	9.64					
	kein Symptom	36	48,69	7.05					
Komorbidität	komorbide Störung	45	51.27	8.55	.68	1	.408	1.40	.239
	keine komorbide Störung	46	49.11	8.54					
Diagnose	Angststörung	32	51.00	9.30	.25	1	.618	.44	.507
	andere Störung	56	49.73	8.17					

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung, p = Asymptotische Signifikanz (2-seitig)

### Kriteriumsvalidität

Abbildung 33 stellt die Unterschiede im Gesamtwert des STAIC-PTd von Normalstichprobe und klinischer Stichprobe, unterteilt in Patienten, denen durch ihren Therapeuten keine Angstsymptomatik, Angst als Nebensymptom und Angst als Hauptsymptom diagnostiziert wurden, graphisch dar. Da sich bezüglich des Geschlechts des Patienten sowohl in der univariaten Varianzanalyse sowie im Kruskal-Wallis-Test signifikante Gruppenunterschiede abbildeten, wird zusätzlich eine Spezifizierung nach dem Geschlecht vorgenommen.





**Abbildung 33:** Gesamtwert des STAIC-PTd in Normal- (N) und klinischer Stichprobe (KA= keine Angstsymptome, NS= Angst Nebensymptom, HS= Angst Hauptsymptom)

In Tabelle 71 sind die Kennwerte für den STAIC-PTd dargestellt. Es zeigt sich in einer univariaten Varianzanalyse, dass der Gesamtwert des STAIC-PTd signifikant zwischen den Vertretern der Normalstichprobe (Studie 7) und der klinischen Stichprobe (Studie 8) unterscheiden kann ( $F = 94.95$ ,  $df = 1$ ,  $p < .001$ ).

**Tabelle 71:** Kennwerte des STAIC-PTd im Vergleich zum STAIC-PT

	<i>STAIC-PTd</i> <sup>N</sup>		<i>STAIC-PTd</i> <sup>K</sup>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mutter	41.44	8.59	51.03	8.77
Vater	40.45	7.96	45.25	6.02
GESAMT	41.28	8.46	50.19	8.45

M = arithmetisches Mittel, SD = Standardabweichung,

<sup>N</sup> Normalstichprobe Studie 7, <sup>K</sup> Klinische Stichprobe Studie 8

Dies wird als Hinweis auf eine ausreichende Kriteriumsvalidität des STAIC-PTd gewertet.

### Normierung

Da die empirische Verteilung der Kennwerte auch in dieser Stichprobe signifikant von der Normalverteilung abweicht, werden zur Normierung des STAIC-PTd Prozentränge berechnet.

Bei der Prüfung gruppenspezifischer Unterschiede trat ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlechts und dem STAIC-PTd Gesamtwert hervor. Es werden daher in Tabelle 72 sowohl allgemeine als auch geschlechtsspezifische Normen berichtet.

**Tabelle 72:** Normen für kinder- und jugendpsychiatrische Patienten

<i>PR</i>	<i>GESAMT (N = 92)</i>	<i>Mädchen (N = 30)</i>	<i>Jungen (N = 57)</i>
1	30	41	30
5	37	42	37
10	38	44	38
15	41	46	38
20	42	46	39
25	44	46	42
30	46	47	43
35	47	48	45
40	47	49	47
45	49	50	47
50	50	51	49
55	51	53	50
60	52	54	51
65	53	55	52
70	54	60	53
75	56	62	55
80	57	63	56
85	60	63	57
90	62	67	58
95	65	71	61
100	72	72	65

### **Fazit und Ausblick**

Das Anliegen dieser Studie war es zu überprüfen, inwieweit die bisherigen Befunde zur deutschen Übersetzung des STAIC-PT auf eine klinische Stichprobe übertragbar sind. Dazu wurden Elternfragebögen von 92 kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten ausgewertet.

Ein Vergleich der Itemkennwerte zeigte, dass es auch unter kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten einen signifikanten Geschlechterunterschied gibt, wobei die Mädchen durchgehend höhere Werte erreichen.

Zur Ermittlung der Kriteriumsvalidität wurden die Werte der Patienten mit Angst als Hauptsymptomatik, Angst als Nebensymptomatik und ohne Angstsymptomatik, der Patienten mit und ohne Angststörung, der ambulant, teilstationär und stationär behandelten Patienten, der Patienten mit und ohne komorbide Störung sowie der gesamten Stichprobe psychiatrischer Patienten mit denen der Schüler der Studie 7 verglichen. Hier wies der STAIC-PTd lediglich im Vergleich der klinischen Stichprobe zur Normalstichprobe Diskriminationsfähigkeit auf. Mittelwertsunterschiede bezüglich der Diagnose einer Angststörung, der vorhandenen Komorbidität und der Einschätzung von Angst als Haupt- oder Nebensymptom zeigten zwar die erwartete Richtung, ihr Ausmaß erreichte jedoch nicht die Signifikanzgrenze. Dies deutet darauf hin, dass die durch den STAIC-PTd erhobene Traitangst nur bedingt einen Teil der Symptomatik von Angststörungen klinischer Relevanz ausmacht. Sie scheint vielmehr ein allgemeine Eigenschaft zu sein, die z.B. im Sinne eines Risikofaktors oder Markers bei diversen psychischen Auffälligkeiten begleitend in Erscheinung tritt. Da Spielbergers Konzept der dem Fragebogen zugrunde liegenden State-Trait Angst nicht die Diagnose ICD-10 oder DSM-IV kompatibler psychischer Erkrankungen impliziert, ist die Fähigkeit zu einer störungsspezifischen Abgrenzung für den STAIC-PTd nicht zwingend erforderlich. Folglich kann dank seiner Diskriminationsfähigkeit zwischen unauffälligen und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen die Kriteriumsvalidität dennoch als gut angesehen werden.

Schließlich zeigte der STAIC-PTd auch in diesem Datensatz eine gute interne Konsistenz, sodass wie geplant eine spezielle Normierung für psychiatrische Patienten anhand von Prozenträngen vorgenommen werden konnte.



## 9. Diskussion

### Entwicklung, Validierung und Normierung des Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen (ESAK)

Der Elternfragebogen zu sozialen Ängsten im Kindes und Jugendalter (ESAK) wurde zur Erfassung speziell sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter entwickelt, um in diesem Bereich eine umfassende und detaillierte Diagnostik, die auch die Fremddiagnostik durch die Eltern mit einschließt, erstmalig zu gewährleisten. Er soll bei Vorliegen einer klinisch bedeutsamen Ausprägung der Angst eine frühe Intervention ermöglichen, um diverse Beeinträchtigungen im schulischen Bereich und in Familie und Freizeit sowie Störungen der kindlichen Entwicklung zu vermeiden.

Um die Grundlagen der Entwicklung dieses neuen diagnostischen Instruments zu verdeutlichen wurde im Vorgegangenen zunächst auf die theoretischen Hintergründe sozialer Ängste bei Kindern und Jugendlichen eingegangen. Hier standen neben klinischem Erscheinungsbild, Klassifikation und Epidemiologie auch diagnostisch relevante Aspekte der Entstehung und Aufrechterhaltung sozialer und allgemeiner Ängste im Vordergrund. Im Anschluss wurde ein Überblick über die bestehenden diagnostischen Verfahren gegeben sowie empirische Befunde zum Verhältnis der Aussagen unterschiedlicher Informanten präsentiert und diskutiert. Nachfolgend wurde die Entwicklung und Revision des ESAK anhand von vier Studien dargestellt. Basierend auf dem kognitiv-behavioralen Modell zur Aufrechterhaltung sozialer Ängste von Rapee und Heimberg (1997) wurden drei Komponenten der Angst abgeleitet, welche die Grundstruktur des Fragebogens bilden sollten. Es zeigte sich, dass sowohl die kognitive als auch die physiologische Komponente durch eine indirekte Erfragung besser zu erheben ist als durch die Angabe von Häufigkeiten direkter Aussagen des Kindes bzw. konkret beschriebener körperlicher Anzeichen der Angst. So wurden die negativen Kognitionen mit Hilfe von Befürchtungen und die körperliche Erregung mittels allgemeiner Zustände wie Anspannung oder Nervosität operationalisiert. Auch musste das Spektrum der erfragten Angst angepasst werden, sodass der Schwerpunkt weniger auf sozialphobischer Symptomatik als vielmehr auf sozialängstlichen Verhaltensweisen, Gedanken und körperlichen

Zuständen lag. Es wurden darüber hinaus unterschiedliche Fragerichtungen, Item- und Antwortformate getestet, bis sich die Darbietung von Feststellungen mit einheitlicher Fragerichtung und einer vierstufigen Likert-Skala als vorteilhafteste Variante herausstellte.

Der Verlauf der Studien 1 bis 4 ermöglichte darüber hinaus eine Reduktion der Items von anfänglich 53 bis letztendlich 18 Items. Die endgültige Version wurde zuletzt an einer umfangreichen Normalstichprobe und einer klinischen Stichprobe validiert und normiert.

In der Normalstichprobe wurde die faktorielle Validität durch eine Hauptkomponentenanalyse mit Promax-Rotation und Kaiser-Normalisierung bzw. einer konfirmatorischen Faktorenanalyse untersucht. Es zeigte sich eine dreifaktorielle Struktur, welche der theoriebasierten Skaleneinteilung nahezu entsprach. Lediglich die Skala zum Vermeidungsverhalten zeigte uneinheitliche Faktorladungen, welche eine inhaltliche Gliederung in zwei Bereiche nahelegte: sozial-interaktionelle Situationen und Leistung- und Bewertungssituationen. Letztere zeigten mit dem Aspekt der Aufmerksamkeitsfokussierung einen gemeinsamen Faktor mit der Skala zur körperlichen Erregung. Dies wurde als Hinweis auf die Vielschichtigkeit der Manifestation von Angstsymptomen auf behavioraler Ebene gesehen. Für die praktische Anwendung des ESAK im therapeutischen Alltag ist es daher gerade bei der Vermeidungsskala anzuraten, neben der skalenbasierten Auswertung die Aussagen der Eltern zusätzlich auf Itemebene zu betrachten, um diese spezifischen Informationen im Hinblick auf den jeweils angstrelevanten Situationstypus zu erfassen.

In Studie 5 wurden zudem die konvergente und die diskriminante Validität des ESAK untersucht. Dazu wurde bei den Eltern einer Teilstichprobe zusätzlich die Child Behavior Checklist abgenommen. Hier wurden signifikant höhere Korrelationen zu verwandten Konstrukten als zu abweichenden Konstrukten erreicht. Einen weiteren Hinweis auf die konvergente Validität lieferte der Vergleich zu den Werten des Selbstbeschreibungsfragebogen SASC, der bei den Kindern und Jugendlichen einer zweiten Teilstichprobe eingesetzt wurde. Es zeigten sich wie in der Literatur beschrieben niedrige Korrelationen zwischen Eltern- und Kindurteil (siehe Kapitel 5.2). Allerdings erreichten die Skalen SASC „Furcht vor negativer Bewertung“ und ESAK „Negative Kognitionen“, welche auch inhaltlich am stärksten

übereinstimmen, die höchste Korrelation. Alles in allem wurden damit Belege für eine gute konvergente und diskriminante Validität gefunden.

Mit Hilfe der Daten aus Studie 6 konnte außerdem die kriteriumsbezogene Validität des ESAK untersucht werden. Hier stellte der Gesamtwert des ESAK eine gute Diskriminationsfähigkeit bezüglich ambulant, teilstationär und stationär behandelter Patienten und Patienten mit primärer Angstsymptomatik, gemischter Symptomatik und ohne Angstsymptomatik unter Beweis. Zudem waren der Gesamtwert sowie alle Skalen des ESAK in der Lage, zwischen den Schülern der Studie 5 und den Patienten der Studie 6 zu unterscheiden. Doch einzig die Vermeidungsskala vermochte zwischen den Patienten mit Diagnose einer Angststörung und denen mit anderen Störungsbildern zu differenzieren. Während die kognitiven und physiologischen Aspekte sozialer Angst scheinbar unspezifische Zeichen allgemeiner Ängste sind, die vermehrt unter Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen, ambulanten Patienten und denen mit einzelnen Angstsymptomen zu erheben sind, ist das Vermeidungsverhalten offenbar primär mit dem konkreten Vorhandensein einer klinisch bedeutsamen und diagnostizierbaren Angststörung verbunden. Der besondere Stellenwert des Vermeidungsverhaltens in Abgrenzung von allgemeiner Schüchternheit und subklinischen Ängsten zu klinisch relevanten Symptombildern, speziell der sozialen Phobie, wird auch in der Literatur betont (Melfsen, 2002; Turner, Beidel & Townsley, 1990). In diesem Sinne erfüllt die Skala zum Vermeidungsverhalten die wichtige Aufgabe, gerade im klinisch auffälligen Bereich klarer zu differenzieren.

Zur Bestimmung der Reliabilität des Fragebogens wurden die interne Konsistenz und die zeitliche Stabilität ermittelt. Der ESAK erreichte einen hohen Cronbach's alpha Wert in Normalstichprobe und klinischer Stichprobe. Die einzelnen Skalen zeigten ebenso eine gute interne Konsistenz. Die zeitliche Stabilität des ESAK wurde über eine Zeitspanne von sechs Wochen ermittelt und erreichte für den Gesamtwert und für die Skalenwerte gute Ergebnisse. Der ESAK zeichnet sich demzufolge durch eine gute Reliabilität aus.

Aufgrund der positiven Befunde in Bezug auf die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens konnte eine separate Normierung nach Prozenträngen für Schüler und Patienten erfolgen.

Die erste Hypothese, die dieser Arbeit zugrunde lag, war die Annahme, dass der *Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen* (ESAK) sich eignet, um die Elterneinschätzung der sozialen Angst ihres Kindes hinsichtlich aller drei Komponenten der Angstsymptomatik (Kognition, Physiologie, Verhalten) zu erfassen. Angesichts der guten konvergenten, diskriminanten und kriteriumsbezogenen Validität, der faktoranalytischen Bestätigung des theoretischen Modells, und der guten internen Konsistenz und zeitlichen Reliabilität kann die Hypothese als bestätigt und der ESAK als geeignet angesehen werden.

Die einzelnen Ebenen zeigten sich durch die faktoranalytische Gliederung als durchaus eigenständige Angstkomponenten. Durch die Faktorenanalyse zweiter Ordnung wurde zudem deutlich, dass alle drei Komponenten eine übergeordnete Dimension beschreiben. Dies zeigte sich ebenfalls an der hohen Skaleninterkorrelation und der guten internen Konsistenz des Gesamtfragebogens.

In diesem Sinne stehen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen. So gaben schon Essau, Conradt und Petermann (1998, 2000) im Rahmen der von ihnen durchgeführten Bremer Jugendstudie Hinweise auf die Gültigkeit des Dreikomponentenmodells der Angst für soziale Ängste bei Kindern und Jugendlichen. Von den 1035 untersuchten Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren identifizierten sie 17 (1.6%) als sozial-phobisch und 489 (47.2%) als sozial-ängstlich. Diese berichteten sowohl negative Kognitionen (z.B. Angst, etwas Peinliches könnte geschehen oder als dumm / schwach beurteilt zu werden), als auch Vermeidungsverhalten (v.a. in Bezug auf Prüfungen, Sprechen vor Anderen) sowie begleitende körperliche Symptome (u.a. Herzklopfen, Schwitzen). Ähnliche Befunde erzielten Beidel, Turner und Dancu (1985) mit erwachsenen Personen.

Darüber hinaus konnten die drei Ebenen der Angst von Storch, Masia-Warner und Brassard (2003) bereits psychometrisch dargestellt werden. Dazu beantworteten 383 Schüler im Alter von 13 bis 16 Jahren die Fragebögen Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A; La Greca & Lopez, 1998), Social Phobia Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; Beidel, Turner & Morris, 1995) und Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March, 1998; March et al., 1997). Anschließend wurde eine gemeinsame explorative Faktorenanalyse über alle Items dieser drei Fragebögen



durchgeführt. Diese extrahierte drei Faktoren, die von den Autoren als Angst vor negativer Bewertung, körperliche Symptome und soziale Vermeidung interpretiert wurden. Damit kann die breite Akzeptanz des Dreikomponentenmodells, welche sich u.a. in der Beschreibung des Erscheinungsbildes sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter in Lehrbüchern und Übersichtsartikeln widerspiegelt (z.B. Beidel & Randall, 1994; Melfsen, 2002; Petermann & Petermann, 2000; Turner, Beidel & Townsley, 1990), als empirisch gestützt angesehen werden.

Neben der Bestätigung der Dreikomponentenmodells der Angst ist auch die Frage nach Grenzen und Möglichkeiten von Fremdbeurteilungen, vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Diskussion zur Validität von Aussagen, welche innere Prozesse anderer Personen widerspiegeln sollen, von großer Bedeutung.

Insbesondere die signifikant höhere Korrelation zwischen der kognitiven Komponente des Kindurteils und der kognitiven Komponente des Elternurteils im Vergleich zu den anderen Komponenten zeigt, dass eine Erhebung der Kognitionen des Kindes anhand von Aussagen der Eltern durchaus möglich ist. Im Falle des ESAK bestärkt dies die Entscheidung für die hier angewandte indirekte Erhebung negativer Kognitionen des Kindes mittels der Aussagen der Eltern zu den Befürchtungen ihres Kindes, welche gegenüber dem Anbieten von Selbstverbalisationen des Kindes Vorzug gegeben wurde.

### *Übersetzung, Validierung und Normierung des State-Trait Anxiety Inventory for Children, Parent Form, Trait Version (STAIC-PT)*

Da im deutschen Sprachraum bislang kein Fragebogenverfahren zu Erhebung allgemeiner Ängste im Kindes- und Jugendalter aus Sicht der Eltern vorlag, wurde in dieser Arbeit zur Weiterentwicklung der multimodalen und multimethodalen Diagnostik im Kindes- und Jugendalter das State-Trait Anxiety Inventory for Children, Parent Form, Trait Version (STAIC-PT) übersetzt und für den deutschen Sprachraum evaluiert. Die Übersetzung orientierte sich an der deutschsprachigen Kinderversion STAIC, von dem sich die Parent Form lediglich durch sechs Zusatzitems zu körperlichen Beschwerden unterscheidet. Die Grundlage beider Fragebögen ist Spielbergers konzeptuelle Trennung von Angst als Persönlichkeitseigenschaft (trait)

und Angst als situativ bedingtem Zustand (state). Die Traitangst ist somit ein differenzialpsychologischer Faktor, der die interindividuell variable aber situationsunspecifische und überdauernde Neigung zu Angstreaktionen beschreibt (Joormann & Unnwehr, 2003).

Die Gütekriterien des STAIC-PTd wurden an einer umfangreichen Normalstichprobe und einer klinischen Stichprobe psychometrisch untersucht.

Eine faktorielle Untersuchung der Datenstruktur konnte das postulierte Konzept der Traitangst als homogenes Konstrukt nur bedingt bestätigen. In Studie 7 zeigte sich in der Hauptkomponentenanalyse ein dominanter erster Faktor, durch eine Varimax Rotation und Kaiser-Normalisierung wurden schließlich fünf Faktoren extrahiert. Die fünf-faktorielle Lösung war größtenteils interpretierbar; so luden z.B. alle Items zum Thema „Sorgen“ und die meisten Items zu körperlichen Beschwerden jeweils auf einem der Faktoren. Ein Vergleich zur Faktorenstruktur der Originalversion ist leider nicht möglich, da diese bislang scheinbar nicht untersucht wurde. Die Untersuchungen zur deutschsprachigen Kindversion kommen zu ähnlich uneinheitlichen Ergebnissen (Joormann & Unnwehr, 2003). Unterschiedliche Studien zur ursprünglichen self-report Version für Erwachsene kamen ebenso zu gemischten Befunden. Während die grundlegende State-Trait Einteilung größtenteils nachgewiesen werden konnte (Barker, Barker & Wadsworth, 1977; Oei, Evans & Cook, 1990; Spielberger et al., 1980), zeigten sich häufig aber auch Faktorenstrukturen mit den folgenden vier Komponenten: „State Angst“, „keine State Angst“, „Trait Angst“ und „keine Trait Angst“ (Hishinuma et al., 2000; Iwata et al., 2000; Iwata et al., 1998). Wurde wie in der vorliegenden Arbeit die Traitangst Skala unabhängig von der Stateangst Skala eingesetzt und überprüft, zeigten sich zu meist mindestens zwei Komponenten, welche als depressive Stimmung bzw. affektive Aspekte der Angst und als Sorgen bzw. kognitive Aspekte der Angst bezeichnet werden können (Andrade et al., 2001, Caci et al., 2003). Diese Einteilung zeigte sich, wie bereits beschrieben, ansatzweise auch in Studie 7.

In Studie 7 wurden zudem konvergente und diskriminante Validität des STAIC-PTd untersucht. Dazu wurde bei den Eltern einer Teilstichprobe zusätzlich die Child Behavior Checklist abgenommen. Hier wurden signifikant höhere Korrelationen zu verwandten Konstrukten als zu abweichenden Konstrukten erreicht. Einen weiteren

Hinweis auf konvergente Validität lieferte der Vergleich zu den Werten der Kinderversion STAIC, die bei den Kindern und Jugendlichen einer zweiten Teilstichprobe eingesetzt wurde. Es zeigte sich eine mittlere Korrelation zwischen Eltern- und Kindurteil. Insgesamt wurden Belege für eine gute konvergente und diskriminante Validität gefunden.

Durch den Vergleich der Daten aus den Studien 7 und 8 konnte außerdem die kriteriumsbezogene Validität untersucht werden. Hier war der Gesamtwert des STAIC-PTd in der Lage, zwischen den Schülern der Studie 7 und den Patienten der Studie 8 signifikant zu unterscheiden. Zu einer spezifischeren Zuordnung bezüglich ambulant, teilstationär und stationär behandelten Patienten, Patienten mit vordergründiger Angstsymptomatik, gemischter Symptomatik und ohne Angstsymptomatik, Patienten mit und ohne komorbide Erkrankung oder Patienten mit Diagnose einer Angststörung und denen mit anderen Störungsbildern ist der Fragebogen nicht in der Lage. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die durch den STAIC-PTd gemessene Traitangst tatsächlich -wie theoretisch angenommen- eine allgemeine Eigenschaft darstellt, die z.B. im Sinne eines Risikofaktors oder „markers“, bei diversen psychischen Auffälligkeiten begleitend in Erscheinung tritt. Folglich kann dank seiner Diskriminationsfähigkeit zwischen unauffälligen und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen die Kriteriumsvalidität als gut angesehen werden.

Zur Bestimmung der Reliabilität wurden die interne Konsistenz und die zeitliche Stabilität des Fragebogens ermittelt. Die Ergebnisse sind als Zeichen einer guten Reliabilität anzusehen.

Aufgrund der positiven Befunde in Bezug auf die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens konnte eine separate Normierung nach Prozenträngen für Schüler und Patienten erfolgen.

Die zweite Hypothese bezog sich auf die psychometrischen Eigenschaften der Übersetzung des *State-Trait Anxiety Inventory for Children, Parent Form, Trait Version* (STAIC-PTd) im Vergleich zur amerikanischen Originalfassung. Hier wurden ähnlich zufriedenstellende Ergebnisse hinsichtlich diskriminanter und konvergenter Validität und der Reliabilität erwartet. Es zeigte sich eine gute konvergente und diskriminante Validität sowie eine gute interne Konsistenz und zeitliche Reliabilität. Über die Untersuchungen der Studien zur Originalversion hinaus wurde die Kri-

teriumsvalidität untersucht, wobei der STAIC-PTd in der Lage war, zwischen den Schülern der Normalstichprobe und den Patienten der klinischen Stichprobe signifikant zu diskriminieren. In Anbetracht der berichteten Ergebnisse kann die zweite Hypothese als belegt und die psychometrischen Eigenschaften des STAIC-PTd im Vergleich zur amerikanischen Originalfassung als gleichermaßen zufriedenstellend angesehen werden.

### **Untersuchung der Übereinstimmung zwischen Eltern- und Kindaussagen bezüglich der Angstsymptomatik des Kindes**

Das Erscheinungsbild allgemeiner wie sozialer Ängste im Kindes- und Jugendalter manifestiert sich auf mehreren Ebenen und ist situationsabhängig. Dies erfordert eine umfassende multimodale und multimethodale Diagnostik. Wenn Eltern- und Kindurteil parallel erhoben werden, zeigen sich meist geringe oder mittlere Übereinstimmungen. Gründe hierfür liegen nach Waters und Stewart-Brown (2003), Tang (2002), Southam-Gerow, Flannery-Schroeder und Kendall (2002) sowie Alfano, Beidel und Turner (2002) u.a. in Faktoren wie der Situationsbedingtheit von Verhaltensweisen, den Unterschieden in Grundannahmen und Einstellungen, dem Einfluss sozialer Erwünschtheit und persönlicher Interessen, der Neigung zur Dissimulation und eingeschränkten verbalen, emotionalen und kognitiven Fähigkeiten des Kindes.

Empirische Befunde zeigen zudem, dass die Übereinstimmung bzw. die Diskrepanzen zwischen den Aussagen von Eltern und ihren Kindern in Zusammenhang steht mit Variablen wie Alter, Geschlecht, Symptomatik, Psychopathologie der Eltern und diversen Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung. Die Ergebnisse der hierzu durchgeführten Untersuchungen sind uneinheitlich (siehe Kapitel 5.2. bzw. 5.4.). Deswegen sollte in dieser Arbeit neben der psychometrischen Analyse auch eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema stattfinden. Dazu erfolgte eine Überprüfung der Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der Eltern und den Aussagen des Kindes zu sozialen Ängsten sowie des Grades der Übereinstimmung und der Höhe der Diskrepanzen der Aussagen in Bezug auf die allgemeinen Ängste. Es wurde ebenfalls der Zusammenhang dessen zu Faktoren wie Alter, Geschlecht der

Kindes, des Elternteils und der Kombination beider oder der Ausprägung der Angst überprüft.

Die Ausprägung der durch den ESAK gemessenen sozialen Angst zeigte sich in der Normalstichprobe als signifikant unterschiedlich für die diversen Schulformen. Erhöhte Werte zeigten die Schüler von Gesamt-, Real- und Hauptschule. Darüber hinaus schien das Vermeidungsverhalten bei Jungen und generell älteren Schülern stärker ausgeprägt zu sein. In der klinischen Stichprobe zeigte sich der genannte Alterseffekt ebenfalls, nicht jedoch der Geschlechterunterschied. Die Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kind konnten in der Normalstichprobe anhand von Daten des Selbstbeurteilungsfragebogens SASC korrelativ berechnet werden. Die Höhe der Korrelation entsprach den Befunden der Literatur (Chansky & Kendall, 1997; Langley et al., 2004). Die Übereinstimmungen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Geschlecht des Kindes bzw. Elternteils, dem Alter und dem Ausprägungsgrad der Angst im Kind- bzw. Elternurteil.

Die durch den STAIC-PTd erhobene allgemeine Ängstlichkeit zeigte gleichfalls einen Geschlechterunterschied; in diesem Fall lagen allerdings die Werte der Mädchen über denen der Jungen. Dieser Unterschied wurde in der klinischen Stichprobe besonders deutlich. Ein Alterseffekt machte sich nur in der Normalstichprobe bemerkbar und hatte dieselbe Richtung wie für die sozialen Ängste berichtet. Auch der Zusammenhang zur Schulform entsprach dem zuvor beschriebenen. Im Gegensatz zum ESAK erreichten die Fragebögen der Mütter signifikant höhere Werte als die der Väter.

Die Übereinstimmungen konnten hier durch den Vergleich mit der Kindversion STAIC ermittelt werden. Hier ergaben separate Berechnungen für Jungen und Mädchen, Mütter und Väter, ältere und jüngere Kinder sowie im Kind- bzw. Elternurteil über- und unterdurchschnittlich beurteilte Kinder keine signifikanten Unterschiede.

Was den STAIC-PTd betrifft war in der Normalstichprobe aufgrund der Parallelität beider Fragebögen zudem eine Berechnung der Diskrepanzen beider Urteile möglich. Hier stellte sich heraus, dass die Diskrepanzen zwischen den Aussagen der Eltern und denen der Töchter signifikant größer sind als die zwischen Eltern und Söhnen. Dabei schätzten die Mädchen ihre Angst höher ein als die Eltern, während

die Jungen sie geringfügig niedriger einschätzten. Dies entspricht in etwa den Beobachtungen von Plück, Döpfner und Lehmkuhl (2000), die im Rahmen der PAK-KID-Studie mit Hilfe der Child Behavior Checklist und des Youth Self-Report herausfanden, dass sich die Jugendlichen auffälliger einschätzen als die Eltern, wobei die Unterschiede bei den Töchtern signifikant ausgeprägter waren als bei den Jungen. Das Alter des Kindes sowie das Geschlecht des Elternteils dagegen zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Unterschied in den Beurteilungen aus.

Unterteilt man die Aussagen von Kind und Eltern in über- bzw. unterdurchschnittlich, ergeben sich ebenfalls signifikante Unterschiede in den Diskrepanzen. Diese sind signifikant größer bei den Kindern, die selber viele Ängste angeben und bei denen, die von ihren Eltern als unterdurchschnittlich eingeschätzt werden. Dennoch zeigt ein Chi-Quadrat Test nach Pearson einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Einteilung aufgrund des Kindurteils und der Einteilung aufgrund des Elternurteils.

Die Kombination zwischen Elternteil und Kind bezüglich der Geschlechter erbrachte in einer univariaten Varianzanalyse keinen signifikanten Interaktionseffekt. Bezieht man die Elternpaare mit ein, die den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, besteht dennoch ein Interaktionseffekt, welcher aufgrund geringer Teilstichprobengrößen nicht die Signifikanzgrenze erreicht. Das gemeinsame Ausfüllen des Fragebogens weist bezüglich der Diskrepanz kaum Unterschiede zu den Einzelbeurteilungen der Tochter auf. Bei der Beurteilung der Söhne jedoch kommt es im Vergleich zur Einschätzung des Kindes zu einer starken Unterschätzung der Angst. Im Einzelurteil des Vaters und der Mutter wurde diese dagegen eher überschätzt.

Diese Beobachtung könnte ein Hinweis auf den Urteilsprozess verzerrende Aspekte wie den Einfluss sozialer Erwünschtheit und familiärer Normen („unser Kind hat keine Angst“) oder befürchtete Schuldzuweisungen, welche innerhalb eines direkten Interaktionsprozesses mit dem Partner deutlicher hervortreten als in der Bildung des Einzelurteils. Eventuell bestehende Auffälligkeiten des Kindes könnten in diesem Sinne heruntergespielt oder verschwiegen werden. Da gewisse Normen und Erwartungen in der westlichen Kultur bei Jungen eine größere Rolle spielen als bei Mädchen, bei denen ängstliches Verhalten allgemein eher akzeptiert wird (Bruch &

Cheek, 1995; Rapee, 1995), ist es nachvollziehbar, dass dieser Effekt gerade bei der Beurteilung der Söhne verstärkt auftritt.

Insgesamt zeigten sich demnach geringe bis mittlere Übereinstimmungen zwischen Aussagen der Eltern und ihrer Kinder. Ein Zusammenhang mit der Schulform und dem Alter war durchgängig zu konstatieren. Die Effekte des Geschlechts des Kindes und des Elternteils sowie der Kombination beider waren uneinheitlich, ebenso die Rolle der Ausprägung der Angst.

In der dritten Hypothese ging es um die Übereinstimmung zwischen den Eltern und ihrem Kind hinsichtlich der Einschätzung der allgemeinen und sozialen Ängste des Kindes. Hier wurde ein geringer, aber signifikanter, positiver Zusammenhang vermutet. Die Werte des ESAK korrelierten in der Tat signifikant mit den Selbstbeschreibungsfragebögen SASC und STAIC. Dabei zeigten die stärker verwandten Konstrukte zudem eine höhere Korrelation auf als die anderen.

Der Gesamtwert des STAIC-PTd erreichte sogar einen mittelstarken Zusammenhang zu den Werten des parallelen Selbstbeschreibungsfragebogen STAIC. Es ergaben sich also durchgängig signifikante, geringe bis mittelstarke positive Zusammenhänge zwischen den Aussagen der Eltern und denen des Kindes. Damit kann auch Hypothese drei als belegt gelten.

Die vierte Hypothese nahm gleichermaßen Bezug auf die Gegenüberstellung von Eltern- und Kindaussagen und beschäftigte sich mit der Frage nach den Faktoren, die mit dem Grad der Übereinstimmung und die Höhe der Diskrepanzen zwischen Eltern- und Kindaussagen zu den sozialen und allgemeinen Ängsten des Kindes im Zusammenhang stehen. Sie sagte konkret aus, dass die Übereinstimmung höher und die Diskrepanz niedriger ist bei älteren Kindern, bei einer Einschätzung durch das gleichgeschlechtliche Elternteil und bei den Kindern und Jugendlichen mit einer überdurchschnittlich ausgeprägten Angst im Eltern- und Kindurteil.

Der postulierte Alterseffekt zeigte sich weder in der Übereinstimmung zwischen ESAK und SASC, noch zwischen STAIC-PTd und STAIC. Die Diskrepanz zwischen STAIC-PTd und STAIC zeigte ebenfalls keinen signifikanten Altersunterschied.

Hinsichtlich der Kombination der Geschlechter von Kind und Elternteil zeigten sich bei ESAK und STAIC-PTd geringe Unterschiede in den Übereinstimmungen, welche

die Signifikanzgrenze aber nicht erreichten. Nach Berechnung der Diskrepanzen zeigten sich ebenfalls kein Interaktionseffekt, der die Signifikanzgrenze erreicht. Aufgrund des geringen Anteils der Väter in der Teilstichprobe sollten diese Befunde nur vorsichtig interpretiert werden. Es spricht einiges dafür, dass es einen gewissen Zusammenhang zwischen der Kombination von dem Geschlecht des Kindes und dem des auskunftgebenden Elternteils und der Höhe der Übereinstimmung bzw. die Diskrepanz beider Urteile gibt; dieser lässt sich aber auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht belegen.

Die Ausprägung der sozialen Angst laut Aussagen der Eltern bzw. des Kindes zeigte lediglich einen geringen Zusammenhang mit der Übereinstimmung von ESAK und SASC. Tendenziell ergaben sich höhere Korrelationen bei den Kindern, die sich selbst unterdurchschnittlich beschrieben und denen, die von ihren Eltern als unterdurchschnittlich eingestuft wurden. Das Ausmaß an allgemeiner Angst folgte demselben Trend. Die Kinder, die selber überdurchschnittlichen hohe Ängste angaben, erreichten signifikant größere Diskrepanzen zwischen STAIC und STAIC-PTd, ebenso wie die Kinder, denen im Elternurteil eine unterdurchschnittliche Angstaussprägung zugeschrieben wurde. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies: halten Eltern ihr Kind für eher unauffällig, so führt das im Durchschnitt zu einem elterlichen Unterschätzen der Angst des Kindes, gibt das Kind selber vermehrt Ängste an, wird es im Elternurteil im Durchschnitt ebenfalls eher unterschätzt. Die Einteilung im Eltern- bzw. Kindurteil über- vs unterdurchschnittlich zeigt zwar einen signifikanten Zusammenhang, erreicht aber lediglich einen geringen Kappa Wert der Übereinstimmung.

Zusammenfassend zeigten sich also auch hier sehr uneinheitliche Ergebnisse zum Zusammenhang der untersuchten Faktoren mit der Übereinstimmung zwischen Eltern und Kind, welche denen der diversen in der Literatur beschriebenen Studien ähneln, sodass ein abschließendes Fazit nicht möglich ist. Demnach muss die vierte Hypothese vorläufig verworfen werden.



### **Abschließende Diskussion**

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Erweiterung der Fremddiagnostik von Ängsten im Kindes- und Jugendalter ein Elternfragebogen zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen (ESAK) auf Grundlage des kognitiv-behavioralen Modells von Rapee und Heimberg (1997) entwickelt, validiert und normiert. Ferner wurde der Elternfragebogen State-Trait Anxiety Inventory (STAIC-PT) zur Erhebung allgemeiner Traitangst ins Deutsche übersetzt und seine psychometrischen Eigenschaften überprüft. Schließlich erfolgte eine Gegenüberstellung von Aussagen der Eltern und denen des Kindes, um den Zusammenhang zwischen beiden Urteilen näher zu erläutern.

Grenzen der vorliegenden Arbeit liegen darin, dass die Teilnahme an der Untersuchung auf freiwilliger Basis stattfand und keine Randomisierung hinsichtlich des auskunftgebenden Elternteils bzw. bei Mehrkindfamilien des zu beurteilenden Kindes vorgenommen werden konnte. Dies impliziert eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch einen „Response Bias“. Es könnten z.B. bevorzugt Eltern teilgenommen haben, welche den Eindruck haben, gut über ihr Kind Bescheid zu wissen und sich dementsprechend in der Lage fühlten, adäquat Auskunft geben zu können. Demgegenüber könnten Eltern, denen die Einschätzung des Kindes schwerer fällt, von der Teilnahme abgesehen haben. Weiter ist denkbar, dass sich primär Eltern angesprochen fühlten, für die das Thema „Ängste“ aufgrund eigener Erfahrungen oder Erlebnisse mit dem Kind von größerer Relevanz ist.

Aufgrund des Ablaufs der Datenerhebung ist des Weiteren nicht auszuschließen, dass einige Elternfragebögen von Kindern eigenmächtig ausgefüllt. Es bestand zudem trotz ausführlicher Instruktion keine Möglichkeit, eine unabhängige Beantwortung der Eltern- und Kindfragebögen in der Teilstichprobe zur Validierung des ESAK und STAIC-PTd zu garantieren. Eine getrennte und beaufsichtigte Bearbeitung der Fragebögen wäre idealerweise geeignet gewesen, um diesem Phänomen zuvorzukommen, sie hätte sich aber nicht nur erheblich zeitaufwändiger gestaltet, sondern wäre aus organisatorischen Gründen nur mit kleineren Untergruppen (z.B. Besuchern beim Elternsprechtag) möglich gewesen. Da in der vorliegenden Arbeit dem Stichprobenumfang die höhere Priorität zugeschrieben wurde, fiel die Entscheidung gegen eine beaufsichtigte Bearbeitung. Um eine potentielle Verfä-

schung der Daten zu minimieren wurden deswegen einzelne Fragebögen, bei denen Täuschungsabsichten vermutet werden konnten, von der Analyse ausgeschlossen. Es ist dadurch gelungen, einen sehr großen Stichprobenumfang zu erreichen. Dies zeigte sich insbesondere während der Studien zur Entwicklung des ESAK und zur psychometrischen Untersuchung des ESAK und des STAIC-PTd in der Normalstichprobe als äußerst vorteilhaft, da es die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Befunde erhöht.

Die psychometrische Untersuchung beider Fragebogenverfahren erbrachte gute Ergebnisse. Weitere Studien an unterschiedlichen Stichproben wären sinnvoll um eine Replikation dieser zu erzielen. Ebenfalls wäre eine Untersuchung an einer homogenen, sozialphobischen bzw. angstgestörten Stichprobe von ausreichendem Umfang insbesondere hinsichtlich der faktoriellen Struktur beider Instrumente interessant. Ein weiterer Aspekt, den zukünftige Studien beantworten müssen, ist die Frage nach der Änderungssensitivität beider Fragebogenverfahren. Dies sollte in erster Linie zum Zwecke der Verlaufsmessung überprüft werden.

Die Untersuchung des Verhältnisses von Eltern- und Kindurteilen und von Faktoren, die hiermit zusammenhängen, lieferte interessante Ergebnisse. Ein Vergleich der Übereinstimmungen innerhalb der klinischen Stichprobe wäre darüberhinaus aufschlussreich gewesen, um zu überprüfen, inwieweit die Ausprägung der Symptomatik im Zusammenhang steht mit dem Verhältnis beider Aussagen.

Eine randomisierte Zuweisung hinsichtlich der Geschlechterkombination von Elternteil und Kind wäre allerdings sinnvoll gewesen um einen zahlenmäßig ausgeglichenen Datensatz zu erhalten und den Einfluss anderer Faktoren auszuschließen. Die Überprüfung des Effektes der Geschlechterkombination von Kind und Elternteil und der gemeinsamen Bearbeitung des Fragebogens durch die Eltern auf die Übereinstimmung mit dem Kind deutete auf eine Verzerrung der Elterneinschätzung bei gemeinschaftlicher Urteilsbildung hin. Eine Studie mit umfangreicheren und ausgeglicheneren Teilstichproben ist nötig, um dieses Phänomen statistisch zu belegen. Dabei wäre eine zusätzliche Erhebung der separaten Urteile beider Elternteile wichtig um die Richtung und Ausprägung einer möglichen Verzerrung darzulegen. Fall sich bei einem solchen Untersuchungsdesign tatsächlich eine systematische Verzerrung der Aussagen der Eltern durch die gemeinsame Urteilsbildung belegen

lässt, hätte dies Implikationen für die diagnostische Arbeit mit Eltern. Bei Interviews und anderen diagnostischen Verfahren wäre demnach eine separate Befragung der Elternteile oder aber eine einseitige Befragung nur eines Elternteils sinnvoll.

In der Literatur scheint diese Fragestellung bislang überhaupt keine Beachtung gefunden zu haben. Bei einem Großteil der hier aufgeführten Studien wurde nicht einmal angegeben, ob sich die Daten auf Aussagen der Mütter, der Väter oder beider Eltern beziehen. Es wird fast einheitlich lediglich von „parent(s)“ berichtet (u.a. Bell-Dolan & Allan, 1998; Birmaher et al., 1997, 1999; Halperin, McKay & Newcorn, 2002; Manz, Fatuzzo & McDermott, 1999; Plück, Döpfner & Lehmkuhl, 2000). Andere berichten die Geschlechterverteilung, jedoch ohne Kommentar zur Auswahl des beurteilenden Elternteils (u.a. Kotler & McMahon, 2002; Meade, Lumley & Casey, 2001; Waters & Stewart-Brown, 2003; Youngstrom, Findling et al., 2003; Youngstrom, Findling & Calabrese, 2003; Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000). Hier lag der Anteil der Mütter bei durchschnittlich 84%. Dies entspricht in etwa dem Anteil der Teilnehmerinnen in der vorliegenden Arbeit (83%).

In einigen Studien wurde sogar ausschließlich mit den Müttern gearbeitet, ohne jedoch eine inhaltliche Angabe zu dieser Entscheidung zu machen (z.B. Herjanic, 1997; Tobing & Glenwick, 2002; Yasnowksy et al., 2003; Youngstrom & Izard, 1999).

Wenige Studien beziehen sich auf den primären Bezugspartner des Kindes („primary caregiver“), was zumindest eine inhaltliche Begründung nahelegt, wenn diese auch in keiner der Studien explizit gegeben wurde (Langley, Bergman, McCracken & Piacentini, 2004; Meade, Lumley & Casey, 2001; Wood et al., 2002).

Doch es gibt auch Untersuchungen, die die Aussagen von beiden Elternteilen beinhalteten. Zumeist geschah dies, um die Übereinstimmungen untereinander zu ermitteln und die Übereinstimmung zum Kind zu vergleichen. In ihrer Meta-Analyse ermittelten Achenbach, McConaughy und Howell (1987) eine durchschnittliche Elternübereinstimmung von  $r = .59$ . Ähnliche Ergebnisse erzielten später Krain und Kendall (2000), March, Parker, Sullivan, Stallings und Conners (1997), Phares, Compas und Howell (1989), Seiffge-Krenke und Kollmar (1998), Southam-Gerow, Flannery-Schroeder und Kendall (2002) und Spinath (2000).

In verschiedenen Untersuchungen zum “interparental agreement” werden folgende Aspekte genannt, die zur Höhe der elterlichen Übereinstimmung in Zusammenhang stehen: die eigene Symptomatik beider Eltern und die Zeit, die die Mutter mit dem Kind verbringt (Treutler & Epkins, 2003), ein niedriger sozialer Status (Duhig, 2000) und ein durch Partnerschaftsprobleme oder kindliche Verhaltensauffälligkeiten erhöhter Stresslevel der Familie (Christensen, Margolin & Sullaway, 1992).

Dass eine gemeinsame Datenerhebung mit beiden Elternteilen durchaus gängige Praxis ist, zeigen zwei Studien, in denen explizit von Interviews eines einzelnen Elternteils und gemeinsamen Interviews berichtet wurde (Rapee, Barrett, Dadds & Evans, 1994; Grills & Ollendick, 2003). Leider wurde diese Unterteilung in der Auswertung der Interviews aber in keiner der Studien berücksichtigt.

Bei den bestehenden Interviewverfahren, die parallelen Eltern-Kind-Interviews ermöglichen, ist die Reihenfolge der Interview teilweise vorgeschrieben (z.B. ADIS, K-SADS) auch die Kombination der Diagnosen beider ist manchmal geregelt (ADIS). Es werden selbst Angaben dazu gemacht, ob die Informationen aus einem Interview beim dem nächsten Interview verwendet werden dürfen und Widersprüche angesprochen werden sollten. Zudem herrschen kontroverse Auffassungen über die Trennung von Eltern und Kind im Erstgespräch und Diagnostik (Esser, 2002) aber die Frage nach der Wahl des auskunftgebenden Elternteils und einer Trennung der Eltern wird in Übersichtsartikeln (Klein, 1991; Achenbach, McConaughy & Howell, 1987), Lehrbuchbeiträgen (Esser, 2002; Esser & Wyszkon, 2004; Goodman, Scott & Petermann, 1993; Remschmidt, 2000; Resch et al., 1999; Rothenberger, 2000; Steinhausen, 1996) sowie den Handanweisungen zu den jeweiligen diagnostischen Instrumenten (z.B. *Elternexplorationsbogen*; Petermann & Petermann, 2000; *Kinder-DIPS*, Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995; *CBCL*, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1989) nicht thematisiert. Zukünftige Studien sollten diesen interessanten Aspekt der Urteilsbildung bei der Fremddiagnostik von Kindern und Jugendlichen näher untersuchen.

Eine andere spannende Frage wirft das Verhältnis von Eltern- und Kindaussage zu der Einschätzung eines Therapeuten auf. Hier geht es um die Frage nach der „Wahrheit“, also die Entscheidung darüber, welchem Urteil im Zweifelsfall mehr Glauben geschenkt werden soll. In der vorliegenden Arbeit wurden Daten von

Kindern, zu denen Eltern- und Kindurteile vorlagen, und von Kindern, zu denen Eltern- und Therapeutenurteile vorlagen, ausgewertet. Im Rahmen weiterer Studien wäre ein Datensatz wertvoll, der alle drei Urteile beinhaltet.

Wenn bislang Fragebogenergebnisse von Eltern und Fragebogenergebnisse von Kindern und Jugendlichen mit einem klinischen Urteil verglichen wurden, basierte das auf einem gemeinschaftlichen Interview mit beiden Parteien und einer anschließenden „clinical team conference“ (Grills & Ollendick, 2003; Kotsopoulos & Walker, 1994). Im Idealfall sollte auch das klinische Urteil unabhängig von den Eltern- und Kindaussagen verfasst werden, was für den Therapeuten bedeuten würde, dass er sich bei der Urteilsbildung möglichst objektive Informationsquellen (Verhaltensbeobachtung, konkrete Zielkriterien etc.) als Grundlage wählt.

Untersuchungen zu anderen Informationsquellen wie Lehrern und Erziehern wären ebenso interessant, um auch diese Aussagen in Beziehung zueinander setzen zu können.

Die Neuentwicklung des Elternfragebogens zu sozialen Ängsten bei Kindern und Jugendlichen und die Übersetzung der Elternversion des State-Trait Angstinventars ermöglichen eine strukturierte und standardisierte Elterndiagnostik bei Patienten im Kindes- und Jugendalter mit Verdacht auf soziale und allgemeine Ängste. Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Erweiterung des diagnostischen Prozesses auf dem Weg zum Idealbild der multimodalen und multimethodalen Diagnostik. Die mittleren Übereinstimmungen zwischen Eltern und Kindern zeigen, dass beide Parteien unabhängig voneinander wertvolle Informationen einbringen können und nicht redundant sind. Signifikante Unterschiede zwischen den Symptom- und Diagnosegruppen belegten darüber hinaus, dass die Eltern in der Lage sind, eine Einschätzung abzugeben, welche mit dem Urteil des Therapeuten in Einklang steht. All dies spricht für eine routinemäßige Anwendung beider Verfahren zur Erhebung der Angstsymptomatik kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten.

Der Einsatzbereich der Fragebögen liegt jedoch nicht nur in der therapeutischen Praxis, innerhalb derer die Erfassung der aktuellen Symptomatik zur Indikationsstellung und individuellen Therapieplanung erfordert ist, sondern erstreckt sich auch auf das Gebiet der Forschung. Hier stellen beide Fragebögen eine finanziell, personell und zeitlich ökonomische Methode zur Datenerhebung dar. Es sollte je-

doch darauf hingewiesen werden, dass die Elternfragebögen die Informationsgewinnung mit Hilfe des direkt betroffenen Kindes nicht ersetzen können, sondern dieser als Erweiterung dienen sollten.

## 10. Literatur

- Abe, K. & Suzuki, T. (1986). Prevalence of some symptoms in adolescence and maturity: social phobias, anxiety symptoms, episodic illusions and ideas of reference. *Psychopathology*, 19, 200-205.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklists / 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Teacher Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self Report Form and Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H. & Howell, C.T. (1987). Child / adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Ahrens-Eipper, S. (2003). *Soziale Unsicherheit im Kindesalter: Indikation und Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Trainings*. Berlin: Dissertation.de Verlag.
- Alden, L.E. & Wallace, S.T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behavior Research and Therapy*, 33, 497-505.
- Alfano, C.A., Beidel, D.C. & Turner, S.M. (2002). Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1209-1238.
- American Psychiatric Association (ed.) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Amies, P.L., Gelder, M.G. & Shaw, P.M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira Filho, A.H., Tung, T.C. & Artes, R.(2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34, 367-374.

- Angold, A., Weissman, M.M., John, K., Merikangas, K.R., Prusoff, B.A., Wickramaratne, P., Gammon, G.D. & Warner, V. (1987). Parent and child reports of depressive symptoms in children at low and high risk of depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 901-915.
- Angst, J. (1997). Epidemiology of social phobia. *European Neuropsychopharmacology*, 7, 84-85.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1989). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL 4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*, bearbeitet von M.Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, B. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Asendorpf, J.B. (1990). Development of inhibition during childhood: evidence for situational specificity and a two-factor model. *Developmental Psychology*, 26, 721-730.
- Asendorpf, J.B. (1992). *Schüchternheitsskalen für Kinder*. Berlin: Humboldt-Universität, Institut für Psychologie.
- Asendorpf, J.B. (1994). The malleability of behavioral inhibition: a study of individual developmental functions. *Developmental Psychology*, 30, 912-919.
- Banerjee, R. & Henderson, L. (2001). Social-cognitive factors in childhood social anxiety: a preliminary investigation. *Social Development*, 10, 558-572.
- Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M. & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Beck, A.T., Emery G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- 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. (1998). Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 27-31.
- Beidel, D.C & Randall, J. (1994). Social Phobia. In Ollendick, King & Yule (Eds.) *International Handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press.



- Beidel, D.C. & Turner, S.M. (1998) *Shy children, phobic adults- nature and treatment of social phobia*. Washington: APA.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Dancu, C.V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (1995). A new inventory to assess childhood anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.
- Bell, C.J., Malizia, A.L. & Nutt, D.J. (1999). The neurobiology of social phobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 11-18.
- Bell-Dolan, D.J. & Allan, W.D. (1998). Assessing elementary school children's social skills: evaluation of the parent version of the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. *Psychological Assessment*, 10, 140-148.
- Bernstein, G.A., Crosby, R.D., Perwien, A.R. & Borchardt, C.M. (1996). Anxiety rating for children - revised: reliability and validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 97-114.
- Biedermann, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C. & Grossbard, J.R. (2004). How informative are parent reports of attention-deficit / hyperactivity disorder symptoms for assessing outcome in clinical trials of long-acting treatments? A pooled analysis of parents' and teachers' reports. *Pediatrics*, 113, 1667-1671.
- Birmaher, B. Brent, D.A., Chiapetta, L., Bridge, J., Monga, S. & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1230-1236.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., 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, 545-552.
- Bledsoe, J.C. & Wiggins, R.G. (1973). Congruence of adolescents' self-concept and parents' perceptions of adolescents' self-concepts. *Journal of Psychology*, 83, 131-136.

- Biesener, T. & Loesel, F. (1993). Verhaltensbeobachtung psychischer Auffälligkeiten in der Schule: Eine Studie zur Adaptation und Validierung der Direct Observation Form der Child Behavior Checklist. *Diagnostica*, 39, 138-150.
- Bögels, S.M., van Oosten, A., Muris, P. & Smulders, D. (1999). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 39, 273-287.
- Bögels, S.M. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205-211.
- Bokhorst, K., Goossens, F.A. & De Ruyter, P.A. (2001). Early detection of social anxiety: reliability and validity of a teacher questionnaire for the identification of social anxiety in young children. *Social Behavior and Personality*, 29, 787-798.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bouldin, P. & Pratt, C. (1998). Utilizing parent report to investigate young children's fears: A modification of the Fear Survey Schedule for Children-II, a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 271-277.
- Breslau, N., Davis, G.C. & Prabucki, K. (1988). Depressed mothers as informants in family history research - are they accurate? *Psychiatric Research*, 24, 345-359.
- Briggs, S.R. & Cheek, J.M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 106-148.
- Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S. & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child, and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 749-765.
- Broberg, A., Lamb, M.E. & Hwang, P. (1990). Inhibition: its stability and correlates in sixteen- to forty-month-old children. *Child Development*, 61, 1153-1163.
- Bruch, M.A. (1989). Familial and developmental antecedents of social phobia: issues and findings. *Clinical Psychology Review*, 9, 37-47.
- Bruch, M.A., Heimberg, R.G., Berger, P. & Collins, T.M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2, 57-65.

- Bruch, M.A. & Cheek, J.M. (1995). Developmental factors in childhood and adolescent shyness. In Heimberg, Liebowitz, Hope & Schneier (Eds.), *Social Phobia - Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Caci, H., Bayle, F.J., Dossios, C., Robert, P. & Boyer, P. (2003). The Spielberger Trait Anxiety Inventory measures more than anxiety. *European Psychiatry*, 18, 394-400.
- Cantwell, D.P., Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1997). Correspondance between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Chansky, T.E. & Kendall, P.C. (1997). Social expectancies and self-perceptions in anxiety disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 347-363.
- Christensen, A., Margolin, G. & Sullaway, M. (1992). Interparental agreement on child behavior problems. *Psychological Assessment*, 4, 419-425.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In Heimberg, Liebowitz, Hope & Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cooper, P.J. & Eke, M. (1999). Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. *British Journal of Psychiatry*, 174, 439-443.
- Crick, N.R. & Ladd, G.W. (1993). Children's perceptions of their peer experiences: attributions, loneliness, social anxiety and social avoidance. *Developmental Psychology*, 29, 244-254.
- Crocker, A.D. (1995). Inter-informant agreement and childhood depression. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences*, 56, 141.

- Dadds, M.R., Perrin, S. & Yule, W. (1998). Social desirability and self-reported anxiety in children: An analysis of the RCMAS Lie Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 311-317.
- Dam-Baggen, van, R., Kraaimaat, F. & Elal, G. (2003). Social anxiety in three western societies. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 673-686.
- Dibartolo, P.M. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220.
- Döpfner, M. (2000). Diagnostik und funktionale Analyse von Angst- und Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen- Ein Leitfaden. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 143-160.
- Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1994). *Handbuch: Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Teacher's Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döring, N. & Bortz, J. (1993). Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. *Diagnostica*, 39, 224-239.
- Duhig, A.M., Renk, K., Epstein, M.K. & Phares V. (2000). Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 435-453.
- Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Conover, N.C. & Kalas, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 181-190.
- Ehlers, B., Ehlers, T. & Markus, H. (1978). *Marburger Verhaltensliste (MVL)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ekselius, L. & Tillfors, M. (2001). Social phobia and avoidant personality disorder as related to parental history of social anxiety: a general population study. *Behavior Research and Therapy*, 39, 289-298.
- Epkins, C.C. (1996). Cognitive specificity and affective confounding in social anxiety and dysphoria in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 83-101.
- Epkins, C.C. & Meyers, A.W. (1994). Assessment of childhood depression, anxiety and aggression: convergent and discriminant validity of self-, parent-, teacher-, and peer-report measures. *Journal of Personality Assessment*, 62, 364-381.

- Erford, B.T. (1993). *Manual for the Disruptive Behavior Rating Scale*. East Aurora, New York: Slosson.
- Erford, B.T. (1998). Technical analysis of father responses to the Disruptive Behavior Rating Scale - Parent Version (DBRS-P). *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 30, 199-211.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1998). Häufigkeit und Komorbidität sozialer Ängste und sozialer Phobie bei Jugendlichen, Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 66, 524-530.
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Esser, G. (2002) Multimethodale Diagnostik. In Esser (Hrsg.) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart: Thieme.
- Esser, G. & Wyschkon, A. (2004). Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen. In Hiller, Leibing, Leichsenring & Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. I*. München: CIP Medien.
- Federer, M., Stüber, S., Margraf, J., Schneider, S. & Herrle, J. (2001). Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinderängstlichkeit. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 22, 194-205.
- Fisseni, H.J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Francis, G., Last, C.G. & Strauss, C.C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1086-1089.
- Fristad, M.A., Weller, R.A., Weller, E.B., Teare, M. & Preskorn, S.H. (1991). Comparison of the parent and child versions of the Children's Depression Inventory (CDI). *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 341-346.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P.-O., Martinsdottir, I., Gefvert, O. & Fredrikson, M. (1999). Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.
- Fydrich, T. & Bürgener, F. (1999). *Ratingskala für soziale Kompetenz. Soziale Kompetenz - Soziale Phobie*, Margraf J. & Rudolf, K. (Hrsg.). Hohengehrau: Schneider Verlag.

- Fyer, A.J., Manuzza, S., Chapman, T.F., Liebowitz, M.R. & Klein, D.F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 286-293.
- Gimpel, G.A. & Kuhn, B.R. (1998). Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child: Care, Health and Development*, 26, 163-179.
- Ginsburg, G.S. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175-185.
- Goodman, R., Scott, S. & Rothenberger, A. (2000). *Kinderpsychiatrie kompakt*. Darmstadt: Steinkopff.
- Gorman, J.M. & Gorman, L.F. (1987). Drug treatment of social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 13, 183-192.
- Gorsuch, R.L. (1983). Three methods for analyzing limited time-series (N of n1) data. *Behavioral Assessment*, 5, 141-154.
- Gottlieb, D. & Bronstein, P. (1996). Parents' perceptions of children's worries in a changing world. *Journal of Genetic Psychology*, 157, 104-118.
- Gracious, B.L., Youngstrom, E.A., Findling, R.L. & Calabrese, J.R. (2002). Discriminative validity of a parent version of the Young Mania Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1350-1359.
- Gresham, F.M. & Elliott, S.N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Grills, A.E. & Ollendick, T.H. (2003). Multiple informant agreement and the Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *Journal of the Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 42, 30-40.
- Halford, K. & Foddy, M. (1982). Cognitive and social skills correlates of social anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 17-28.
- Halperin, J.M., McKay, K.E. & Newcorn, J.H. (2002). Development, reliability and validity of the Children's Aggression Scale- Parent Version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 245-252.
- Harvey, A.G., Clark, D.M., Ehlers, A. & Rapee, R.M. (2000). Social anxiety and self-impression: cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183-1192.

- Hayward, C. (1998). Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1308-1316.
- Heimberg, R.G., Stein, M.B., Hiripi, E. & Kessler, R.C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15, 29-37.
- Herjanic, B. (1997). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 21-31.
- Higa, C.K., Daleiden, E.L. & Chorpita, B.F. (2002). Psychometric properties and clinical utility of the School Refusal Assessment Scale in a multiethnic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 247-258.
- Hinsch, R. & Pfingsten, U. (1998). Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), Grundlagen, Durchführung, Materialien. In *Materialien für die Klinische Praxis* (Hrsg. M. Hautzinger & F. Petermann). Weinheim: PVU.
- Hishinuma, E.S., Miyamoto, R.H., Nishimura, S.T., Nahulu, L.B., Andrade, L., Makini Jr, G.K., Yuen, N.Y., Johnson, R.C., Kim, S.P., Goebert, D.A. & Guerre, A.P. (2000). Psychometric properties of the State-Trait Anxiety Inventory for Asian/Pacific-islanders adolescents. *Assessment*, 7, 17-36.
- Hodges, K. Cools, J. & McKnew, D. (1998). Test-Retest Reliability of a clinical research interview for children: The Child Assessment Schedule. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 10, 173-189.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179- 185.
- Hu, L. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Humphreys, L.E. & Ciminero, A.R. (1979). Parent report measures of child behavior: A Review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 56-63.
- Huppert, J.D., Foa, E.B., Furr, J.M., Filip, J.C. & Mathews, A. (2003). Interpretation bias in social anxiety: a dimensional perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 569-577.
- Inderbitzen, H.M. & Hope, D.A. (1995). Relationship among adolescent reports of social anxiety, anxiety, and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 385-396.

- Inderbitzen-Nolan, H.M. & Walters, K.S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 29*, 360-371.
- Iwata, N., Mishima, N., Okabe, K., Kobayashi, N., Hashiguchi, E. & Egashira, N. (2000). Psychometric properties of the State-Trait Anxiety Inventory among Japanese clinical outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 793-806.
- Iwata, N., Mishima, N., Shimizu, T., Mizoue, T., Fukuhara, M., Hidano, T. & Spielberger, C.D. (1998). Positive and negative affect in the factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory for Japanese workers. *Psychology Report, 82*, 651-656.
- Jensen, P.S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H.R., Dulcan, M.K., Schwab-Stone, M.E. & Lahey, B.B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorders: are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1569-1579.
- Johnsons, W.G., Grieve, F.G., Adams, C.D. & Sandy, J. (1999). Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders, 26*, 301-314.
- Joiner, T.E., Schmidt, K.L. & Schmidt, N.B. (1996). Low-end specificity of childhood measures of emotional distress: differential effects for depression and anxiety. *Journal of Personality Assessment, 67*, 258-271.
- Joormann, J. & Unnewehr, S. (2003). State-Trait Angstinventar für Kinder (STAIK). In Hoyer, J. & Margraf, J. (Hrsg.) *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Springer: Berlin.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development, 58*, 1459-1473.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167-171.
- Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1990). The temperamental qualities of inhibition and lack of inhibition. In Lewis & Miller (Ed.) *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Kagan, J., Snidman, N., Julia-Sellers, M. & Johnson, M.O. (1991). Temperament and allergic symptoms. *Psychosomatic Medicine, 53*, 332-340.



- Kashani, J.H., Orvaschel, H., Burk, J.P. & Reid, J.C. (1985). Informant variance: The issue of parent-child disagreement. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 437-441.
- Kashdan, T.B. & Herbert, J.D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 37-61.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Kazdin, A.E., Colbus, D. & Rodgers, A. (1986). Assessment of depression and diagnosis of depressive disorder among psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 499-515.
- Kazdin, A.E., French, N.H., Unis, A.S. & Esveldt-Dawson, K. (1983). Assessment of childhood depression: correspondance of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 157-165.
- Kendall, P.C. & Chansky, T.E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167-185.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. & Eaves, L.J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Klein, R.G. (1991). Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 187-198.
- Klesges, L.M., Baranowski, T., Beech, B., Cullen, K., Murray, D.M., Rochon, J. & Pratt, C. (2004). Social desirability bias in self-reported dietary, physical activity and weight concerns measures in 8-10 year old African-American girls: results from the Girls health Enrichment Multisite Studies (GEMS). *Preventive Medicine*, 38, 78-87.
- Kline, P. (1997). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.
- Kotler, J.C. & McMahon, R.J. (2002). Differentiating anxious, aggressive, and socially competent preschool children: validation of the Social Competence and Behavior Evaluation-30 (parent version). *Behavior Research and Therapy*, 40, 947-959.

- Kotsopoulos, S. & Walker, S. (1994). Parent-rating and self-report measures in the psychiatric assessment of adolescents. *Adolescence*, 29, 653-664.
- Krain, A.L. & Kendall, P.C. (2000). The role of parental emotional distress in parent report of child anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 328-335.
- Kramer, T.L., Phillips, S.D., Hargis, M.B., Miller, T.L., Burns, B.J. & Robbins, J.M. (2004). Disagreement between parent and adolescent reports of functional impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 248-254.
- Krauth, J. (1995). *Testkonstruktion und Testtheorie*. Weinheim: PVU.
- La Freniere, P.J. (1990). *Social Competence and Behavior Evaluation-30* (preschool cd.) (parent version). Unveröffentlichtes Manuskript.
- La Greca, A.M., Dandes, S.K., Wick, P., Shaw, K. & Stone, P.L. (1988). Development of the social anxiety scale for children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91.
- La Greca, A.M. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.
- La Greca, A.M. & Stone, W.L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Langhinrichsen, J., Lichtenstein, E., Seeley, J.R. & Hops, H. (1990). Parent-adolescent congruence for adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 623-635.
- Langley, A.K., Bergman, R.L., McCracken, J. & Piacentini, J.C. (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: preliminary examination of the Child Anxiety Impact Scale-Parent Version. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14, 105-114.
- Leary, M.R. (1983). *Understanding social anxiety: social, personality, and clinical perspectives*. Beverly Hills: Sage.
- Le Coq, E.M., Boeke, A.J.P., Bezemer, P.D., Colland, V.T. & van Eijk, J.T.M. (2000). Which source should we use to measure quality of life in children with asthma: the children themselves or their parents? *Quality of Life Research*, 9, 625-636.
- Leon, G.R., Kendall, P.C. & Garber, J. (1980). Depression in children: parent, teacher, and child perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 221-235.

- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*, 6. Auflage. Weinheim: PVU.
- Magnusdottir, I. & Smari, J. (1999). Social anxiety in adolescents and appraisal of negative events: specificity or generality of bias? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 27, 223-230.
- Makris, G.S. & Heimberg, R.G. (1995). The scale of maladaptive self-consciousness: a valid and useful measure in the study of social phobia. *Personality and Individual Differences*, 19, 731-740.
- Mallet, P. & Rodriguez-Tonné, G. (1999). Social anxiety with peers in 9- to 14-year olds- developmental process and relations with self-consciousness and perceived peer acceptance. *European Journal of Psychology of Education*, 14, 387-402.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. & Menna, R. (1998). Child and parent reports of childhood anxiety: differences in coping styles. *Depression and Anxiety*, 6, 62-69.
- Mancini, C., van Ameringen, M., Szatmari, P., Fugere, C. & Boyle, M. (1996). A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1511-1517.
- Manz, P.H., Fantuzzo, J.W. & McDermott, P.A. (1999). The parent version of the Preschool Social Skills Rating Scale: An analysis of its use with low-income, ethnic minority children. *School Psychology Review*, 28, 493-504.
- March, J.S. (1998). *Multidimensional Anxiety Scale for Children*. North Tonawanda, New York: MHS.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stalings, P. & Conners, 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.
- Margraf, J. & Rudolf, K. (1999). Angst in sozialen Situationen: Das Konzept der Sozialphobie. In Margraf J. & Rudolf, K. (Hrsg.) *Soziale Kompetenz - Soziale Phobie*. Hohengehrau: Schneider Verlag.
- McCabe, R.E., Antony, M.M., Summerfeldt, L.J., Liss, A. & Swinson, R.P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 187-193.

- McClure, E.B. & Nowicki, S. (2001). Associations between social anxiety and non-verbal processing skills in preadolescent boys and girls. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25, 3-19.
- McEwan, K.L. & Devins, G.M. (1983). Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 417-421.
- Meade, J.A., Lumley, M.A. & Casey, R.J. (2001). Stress, emotional skill and illness in children: the importance of distinguishing between children's and parents' reports of illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 405-412.
- Melchior, L.A. & Cheek, J.M. (1990). Shyness and anxious self-preoccupation during a social interaction. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5, 117-130.
- 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.S. (1999). *Sozial ängstliche Kinder: Untersuchungen zum mimischen Ausdrucksverhalten und zur Emotionserkennung*. Marburg: Tectum Verlag.
- Melfsen, S. (2002). Soziale Phobie bei Kindern und Jugendlichen. In Stangier & Fydrich (Hrsg) *Soziale Phobie und Soziale Angststörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Melfsen, S. & Florin, I. (1997). Die Social Anxiety Scale for Children- Revised, Deutschsprachige Version (SASC-R-D), ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 224-229.
- Melfsen, S., Florin, I. & Walter, H.-J. (1999). Die deutsche Fassung des Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C-D): Psychometrische Eigenschaften und Normierung. *Diagnostica*, 45, 95-103.
- Melfsen, S., Florin, I. & Warnke, A. (2001). *Sozialphobie und Angstinventar für Kinder (SPAIK)*. Göttingen: Hogrefe Testzentrale.
- Melfsen, S., Osterlow, J. & Florin, I. (2000). Vorläufer- und Begleitsymptome der sozialen Ängste und sozialen Phobie aus der retropektiven Sicht von Müttern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 43-51.
- Merikangas, K.R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H. & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological Psychiatry*, 51, 81-91.
- Merikangas, K.R., Lieb, R., Wittchen, H.-U. & Avenevoli, S. (2003). Family and high-risk studies of social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 28-37.

- Montgomery, R.L., Haemmerlie, F.M. & Edwards, M. (1991). Social, personal, and interpersonal deficits in socially anxious people. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 859-872.
- Moretti, M.M., Fraser, S., Fine, S., Haley, G. & Marriage, K. (1985). Childhood and adolescent depression: Child report versus parent report information. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 298-302.
- Mummendey, H.D. (2003). *Die Fragebogen Methode* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Muris, P., Merckelbach, H. & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in non-referred, socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 348-359.
- Nauta, M.H., Scholing, A., Rapee, R.M., Abbott, M., Spence, S.H. & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behavior Research and Therapy*, 42, 813-839.
- Oei, T.P., Evans, L. & Crook, G.M. (1990). Utility and validity of the STAI with anxiety disordered patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 429-432.
- Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children. *Behavior Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Öhmann, A. (1986). Face the beats and fear the face: animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23, 123-145.
- Öst, L.-G. (1987). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Passarello, D.J., Hintze, J.M., Owen, S.V. & Gable, R.K. (1999). Exploratory factor analysis of parent ratings of child and adolescent anxiety: a preliminary investigation. *Psychology in the Schools*, 36, 89-102.
- Petermann, U. (1993). Angststörungen. In Steinhausen & von Aster (Hrsg.), *Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Petermann U. & Petermann F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Beltz.
- Phares, V., Compas, B.E. & Howell, D.C. (1989). Perspectives on child behavior problems: comparisons of children's self-reports with parent and teacher reports. *Psychological Assessment*, 1, 68-71.

- Piers, E.V. (1972). Parent prediction of children's self-concepts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 428-433.
- Pina, A.A., Silverman, W.K., Saavedra, L.M. & Weems, C.F. (2001). An analysis of the RCMAS Lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 443-457.
- Plück, J., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Epidemiologie, internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 133-142.
- Poulton, R., Trainor, P., Stanton, W., McGee, R., Davies, S. & Silva, P. (1997). The (in)stability of adolescent fears. *Behavior Research and Therapy*, 35, 159-163.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A. & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 461-468.
- Rapee, R.M. (1995): Descriptive psychopathology of social phobia. In Heimberg, Liebowitz, Hope & Schneier (Eds.), *Social Phobia - Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Rapee, R.M., Barrett, P.M., Dadds, M.R. & Evans, L. (1994). Reliability of the DSM-III-R childhood anxiety disorders using structured interview: interrater and parent-child agreement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 984-992.
- Rapee, R.M. & Hayman, K. (1996). The effects of video feedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects. *Behavior Research and Therapy*, 34, 315-322.
- Rapee, R.M. & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R.M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- Rapee, R.M. & Spence, S.H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Reich, W., Herjanic, B., Welner, Z. & Gandhi, P.R. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement on diagnosis comparing child and parent interviews. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 325-336.

- Reich, J.H. & Yates, W. (1988). Family history of psychiatric disorders in social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 72-75.
- Remschmidt, H. (2000). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Resch, F., Parzer, P., Brunner, R.M., Haffner, J., Koch, E., Oelkers, R., Schuch, B. & Strehlow, U. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: PVU.
- Reynolds, C.R. (1981). Long-term stability of scores on the Revised- Children's Manifest Anxiety Scale. *Perception and Motor Skills*, 53, 702.
- Reynolds, C.R. & Paget, K.D. (1981). Factor analysis of the Revised - Children's Manifest Anxiety Scale for blacks, whites, males and females with a national normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 352-359.
- Reynolds, C.R. & Richmond, B.O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS): manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Reynolds, C.R. & Richmond, B.O. (1979). What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child psychology*, 6, 271-280.
- Rheingold, A.A., Herbert, J.D. & Franklin, M.E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 639-655.
- Richters, J.E. (1992): Depressed mothers as informants about their children: a critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Röder, B. & Margraf, J. (1999). Kognitive Verzerrungen bei sozial ängstlichen Personen. In Margraf & Rudolf (Hrsg.) *Soziale Kompetenz - Soziale Phobie*. Hohengehrau: Schneider Verlag.
- Romano, B.A. & Nelson, R.O. (1988). Discriminant and concurrent validity of measures of children's depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 255-259.
- Schlenker, B.R. & Leary, M.R. (1982). Social anxiety and self presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schor, E.L., Stidley, C.A. & Malspeis, S. (1995). Behavioral correlates of differences between a child's assessment and the parents' assessment of the child's self-esteem. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 211-219.

- Schwartz, C.E., Snidman, N. & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Seiffge-Krenke, I. & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behavior: a longitudinal analysis of parent adolescent agreement on internalizing and externalizing problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 687-697.
- Silverman, W.K. & Albano, A.M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV -Child and Parent Versions*. San Antonio, Texas: Graywind Publications.
- Silverman, W.K. & Eisen, A.R. (1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 117-124.
- Slee, P.T. (1994). Situational and interpersonal correlates of anxiety associated with peer victimization. *Child Psychiatry and Human Development*, 25, 97-107.
- Smari, J., Petursdottir, G. & Porsteindottir, V. (2001). Social anxiety and depression in adolescents in relation to perceived competence and situational appraisal. *Journal of Adolescence*, 24, 199-207.
- Sourander, A., Helstelae, L. & Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 657-663.
- Southam-Gerow, M.A., Flannery-Schroeder, E.C. & Kendall, P.C. (2002). A psychometric evaluation of the parent report form of the State-Trait Anxiety Inventory for Children- Trait Version. *Journal of Anxiety Disorders*, 428, 1-20.
- Spence, S.H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 211-221.
- Spence, S.H. (1995). *Social Skills Training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor, Berkshire, England: NFER-NELSON.
- Spence, S.H. (2003). Social skills training with children and young people: theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 84-96.
- Spielberger, C.D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), Professional Manual*. Redwood City, CA: Mind Garden Inc.



- Spinath, F.M. (2000). Temperamentsmerkmale bei Kindern. Psychometrische Güte und verhaltensgenetische Befunde zum deutschen Emotionalitäts-Aktivitäts-Sozialitäts-Temperamentinventar (EAS) nach Buss und Plomin (1984). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 65-75.
- Stangier, U. & Heidenreich, T. (1999). Die Soziale Phobie aus kognitiv-behavioraler Perspektive. In Margraf & Rudolf (Hrsg.) *Soziale Kompetenz - Soziale Phobie*. Hohengehrau: Schneider Verlag.
- Steinhausen, H.-C. (1996). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen - Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stöckli, G. (1999). Schüchterne Kinder in der Schule. *Schweizer Schule*, 1/99.
- Stopa, L. & Clark, D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 3, 255-267.
- Storch, E.A., Masia-Warner, C.L. & Brassard, M.R. (2003). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescence. *Child Study Journal*, 33, 1-18.
- Strauss C. (1987). *Modification of trait portion of State-Trait Anxiety Inventory for Children- Parent Form*. Available from author. Gainesville, FL: University of Florida.
- Strauss, C.C. & Last, C.G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 141-152.
- Tang, J. (2002). Predicting factors of parent and child agreement on ratings of child emotional and behavioral problems. *Perspectives in Psychology*, 5, 12-19.
- Taylor, S. & Wald, J. (2003). Expectations and attributions in social anxiety disorder: diagnostic distinctions and relationship to general anxiety and depression. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 166-178.
- Theunissen, N.C.M., Vogels, T.G.C., Koopman, H.M., Verrips, G.H.W., Zwinderman, K.A.H., Verloove-Vanhorick, S.P. & Wit, J.M. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 75, 387-397.
- Thuppal, M., Carlson, G.A., Sprafkin, J. & Gadow, K.D. (2002). Correspondence between adolescent report, parent report and teacher report of manic symptoms. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 27-35.

- Thurner, F. & Tewes, U. (1975). *Der Kinder-Angst-Test K-A-T. Ein Fragebogen zur Erfassung des Ängstlichkeitsgrades von Kindern ab 9 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Tobing, L.E. & Glenwick, D.S. (2002). Relation of the Childhood Autism Rating Scale-Parent Version to diagnosis, stress, and age. *Research in Developmental Abilities, 23*, 211-223.
- Tran, G.Q. & Chambless, D.L. (1995). Psychopathology of social phobia: effects of subtype and of avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 489-501.
- Treutler, C.M. & Epkins, C.C. (2003). Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*, 13-27.
- Trower, P. & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*, 19-35.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V. & Stanley, M.A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 35-40.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Larkin, K.T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and non-clinic samples: physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 523-527.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R.M. (1990). Social phobia: relationship to shyness. *Behavior Research and Therapy, 28*, 497-505.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, R.M. (1992). Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326-331.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Wolff, P.L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders? *Clinical Psychology Review, 16*, 157-172.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Wolff, P.L., Spaulding, S. & Jacob, R.G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 795-804.
- Unnewehr, S. (1992). *Psychische Störungen und Angstintensivität bei Kindern von Patienten mit einem Paniksyndrom*. Psychologische Dissertation, Marburg (Basler).

- Unnewehr, S., Joormann, J., Schneider, S. & Margraf, J. (1992). *Deutsche Übersetzung des State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Waters, E. & Stewart-Brown, S. (2003). Original article agreement between adolescent self report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health & Development*, 29, 501-509.
- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wiecerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1974). *Angstfragebogen für Schüler*. Braunschweig: Westermann.
- Wilson, D., Chibaiwa, D., Majoni, C., Masukume, C. & Nkoma, E. (1990). Reliability and factor structure of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in Zimbabwe. *Personality and Individual Differences*, 11, 365-369.
- Winton, E.C., Clark, D.M. & Edelman, R.J. (1995). Social anxiety. Fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behavior Research and Therapy*, 33, 193-196.
- Wittchen, H.-U., Stein, M.B. & Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in an community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-323.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Bergman, R.L., McCracken, J. & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 335-342.
- Woody, S.R., Chambless, D.L. & Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 117-129.
- Woody, S.R. & Rodriguez, B.F. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 473-488.
- World Health Organisation (1991). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioral Disorders (including disorders of psychological development)*. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Genf: WHO.

- Yasnowsky, J., Araujo, K., King, M., Mason, M., Pavelski, R., Shaw, R. & Steiner, H. (2003). Defenses in school-age children: children's versus parent's report. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 307-323.
- Youngstrom, E.A., Findling, R.L. & Calabrese, J.R. (2003). Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 231-245.
- Youngstrom, E.A., Findling, R.L., Danielson, C.K. & Calabrese J.R. (2001). Discriminative validity of parent report of hypomanic and depressive symptoms on the General Behavior Inventory. *Psychological Assessment*, 13, 267-276.
- Youngstrom, E.A., Izard, C.E. & Ackerman, B.P.(1999). Dysphoria-related bias in maternal ratings of children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 905-916.
- Youngstrom, E.A., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male youth behavior ratings. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 1038-1052.
- Zwick, W.R. & Velicer, W.F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-442.

# Anhang



## Exemplare der Erhebungsinstrumente

- **Studie 1:** ESAK 1
- **Studie 2:** ESAK2.1. und ESAK2.2.
- **Studie 3:** ESAK3.1 und ESAK 3.2.
- **Studie 4.** ESAK4.1. und ESAK 4.2.
- **Studie 5:** STAIC, SASC, CBCL
- **Studie 6 und 8:** Diagnosebogen
- **Studie 7:** STAIC-PTd

## Erlahrung Selbstandigkeit und Erstvorlage





Datum: \_\_\_\_\_ ausgefüllt durch  Mutter /  Vater  
 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  
 Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_  
 Das Kind besucht zur Zeit die folgende Schule:  
 Grundschule  Gymnasium  Gesamtschule  Hauptschule  Realschule  
 sonstiges:

---

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die auf Ihr Kind zutreffen können oder nicht. Sie beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in **sozialen Situationen**. Dazu zählen Situationen, in denen das Kind mit anderen Menschen zusammen ist oder von anderen bewertet wird. Das kann im schulischen Bereich sein oder auch in der Familie sowie im Freundeskreis. In dem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung als Mutter oder Vater.

Zunächst geht es um die Gedanken und Gefühle Ihres Kindes, wenn es eine soziale Situation vor sich hat. Bitte geben Sie an, **wie oft Ihr Kind in den letzten sechs Monaten folgende Aussagen gemacht hat**. Dabei entsprechen die Zahlen folgenden Häufigkeiten:

gar nicht = 1      manchmal = 2      öfter = 3      sehr oft = 4

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. „Das ist mir peinlich.“  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. „Ich werde mich bestimmt blamieren.“   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. „Ich schäme mich dafür vor anderen.“   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. „Die Anderen lachen mich aus.“   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. „Die Anderen machen sich über mich lustig.“  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. „Die Anderen reden hinter meinem Rücken über mich.“                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. „Alle sehen, wie dumm ich mich anstelle.“  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. „Die Anderen sollen nicht sehen, wie aufgeregt ich bin.“                                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. „Alle sehen es, wenn ich rot werde.“   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. „Jeder sieht, dass ich Angst habe.“   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. „Alle merken doch, wie nervös ich dabei bin.“   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. „Wenn die Anderen sehen, wie ich schwitze, halten die mich für dumm.“                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. „Das wird peinlich, wenn ich wieder anfangen zu stottern oder mich zu verhaspeln.“      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. „Wenn ich vor der Klasse stehe, werde ich total aufgeregt sein und alle werden lachen.“ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. „Wenn mich alle angucken, wird mein Gesicht ganz rot und die gucken erst recht.“        | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nun geht es um das Verhalten Ihres Kindes.

Bitte geben Sie an, **wie stark diese Aussagen auf das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten zutreffen.**

Bitte kreuzen Sie so an: gar nicht = 1, etwas = 2, stark = 3, sehr stark = 4

**Mein Sohn / Meine Tochter ...**

1. hat im Vergleich zu Anderen wenig Kontakt zu Gleichaltrigen.	1	2	3	4
2. fängt an zu zittern, wenn andere ihn/sie beobachten.	1	2	3	4
3. wenn andere zuhören, spricht er/sie zu leise.	1	2	3	4
4. reagiert empfindlich auf Kritik.	1	2	3	4
5. ist angespannt, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	1	2	3	4
6. ist nach einer sozialen Situation mit sich zufrieden.	1	2	3	4
7. nestelt an der Kleidung, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	1	2	3	4
8. fängt an zu schwitzen, wenn andere ihn/sie beobachten.	1	2	3	4
9. lässt sich durch die Reaktionen anderer stark verunsichern.	1	2	3	4
10. verhält sich zurückhaltend in einer Gruppe Gleichaltriger.	1	2	3	4
11. kann soziale Situationen im Allgemeinen gut meistern.	1	2	3	4
12. hat Schwindelgefühle, wenn andere ihn/sie beobachten.	1	2	3	4
13. unterschätzt in einer sozialen Situation seine/ihre eigenen Fähigkeiten.	1	2	3	4
14. muss er/sie vor anderen sprechen, redet er/sie ganz schnell.	1	2	3	4
15. bekommt Bauchschmerzen, wenn er/sie von anderen bewertet wird.	1	2	3	4
16. zweifelt trotz positiver Rückmeldung an seinen/ihren eigenen Leistungen.	1	2	3	4
17. bekommt Kopfschmerzen, wenn er/sie von anderen bewertet wird.	1	2	3	4
18. spricht nicht viel, wenn andere dabei sind.	1	2	3	4
19. wird rot, wenn andere ihn/sie beobachten.	1	2	3	4
20. traut sich in einer sozialen Situation wenig zu.	1	2	3	4
21. bekommt Herzklopfen, wenn er/sie von anderen bewertet wird.	1	2	3	4
22. hat Angst zu erbrechen, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	1	2	3	4
23. wehrt sich nicht, wenn andere ihn/sie ärgern.	1	2	3	4
24. wenn er/sie in einer Gruppe spricht, verhaspelt er/sie sich.	1	2	3	4
25. lässt sich durch andere nicht so schnell verunsichern.	1	2	3	4
26. wird unruhig oder zappelig, wenn er/sie mit anderen zusammen ist.	1	2	3	4
27. ist nach einer sozialen Situation mit sich unzufrieden.	1	2	3	4
28. vermeidet es, vor anderen zu essen oder zu trinken.	1	2	3	4
29. vermeidet alltägliche Aufgaben, bei denen er/sie mit anderen in Kontakt kommt (einkaufen, telefonieren, Behörden etc.).	1	2	3	4
30. hat Schwierigkeiten, mit Fremden Gespräche zu beginnen oder aufrecht zu erhalten.	1	2	3	4
31. hat nach einer sozialen Situation etwas an seinem/ihrer Verhalten auszusetzen.	1	2	3	4
32. verhält sich noch unsicherer als vorher, nachdem er/sie ungeschickt war (z.B. ein Glas umgestoßen hat).	1	2	3	4
33. vermeidet es, Tätigkeiten (Theater, Sport, Musik etc.) vor anderen vorzuführen.	1	2	3	4
34. spürt den Drang zur Toilette zu gehen, wenn er /sie von anderen bewertet wird.	1	2	3	4
35. vermeidet es, mit Autoritätspersonen (Lehrer, Arzt, Polizist etc.) zu sprechen.	1	2	3	4
36. bleibt locker, auch wenn er/sie mal einen Fehler macht (z.B. sich verhaspelt, ein Wort vergisst, etwas fallen lässt).	1	2	3	4
37. kaut/knibbelt an den Fingernägeln, wenn er/sie mit anderen Menschen zusammen ist.	1	2	3	4
38. vermeidet soziale Veranstaltungen (Geburtstagsparties, Kino etc.).	1	2	3	4

Bitte schauen Sie noch nochmals nach, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Datum: \_\_\_\_\_ ausgefüllt durch  Mutter /  Vater  
 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  
 Grundschule  Gymnasium  Gesamtschule  Hauptschule  Realschule  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mehr oder weniger auf Ihr Kind zutreffen. Sie beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in **sozialen Situationen**. Dazu zählen Situationen, in denen es mit anderen Menschen zusammen ist, von ihnen beobachtet oder bewertet wird. Das kann im schulischen Bereich sein oder auch in der Familie sowie im Freundeskreis. In dem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung als Mutter oder Vater.

Bitte geben Sie an, **ob** diese Aussagen auf das **Verhalten Ihres Kindes** in den letzten **sechs Monaten zutreffend** sind.

**Mein Kind ...**

- 1. ist aufgeregt wenn es im Mittelpunkt steht.....  ja  nein
- 2. befürchtet sich vor Gleichaltrigen zu blamieren.....  ja  nein
- 3. weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus.....  ja  nein
- 4. wirkt nervös wenn es mit Fremden spricht.....  ja  nein
- 5. befürchtet von Lehrern für dumm gehalten zu werden.....  ja  nein
- 6. meidet Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen.....  ja  nein
- 7. fürchtet von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden.....  ja  nein
- 8. ist unruhig wenn es von anderen beobachtet wird.....  ja  nein
- 9. weicht Gesprächen mit fremden Erwachsenen aus.....  ja  nein
- 10. fürchtet einen dummen Fehler zu machen.....  ja  nein
- 11. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus.....  ja  nein
- 12. befürchtet von Mitschülern nicht gemocht zu werden.....  ja  nein
- 13. ist unruhig wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist.....  ja  nein
- 14. meidet wenn möglich Familienfeiern.....  ja  nein
- 15. fürchtet etwas peinliches zu tun.....  ja  nein
- 16. umgeht die Teilnahme an Schulaufführungen.....  ja  nein
- 17. wirkt angespannt wenn es die Blicke anderer auf sich zieht.....  ja  nein
- 18. befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen.....  ja  nein
- 19. wirkt nervös wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht.....  ja  nein
- 20. meidet Telefonate.....  ja  nein
- 21. befürchtet sich vor der Klasse lächerlich zu machen.....  ja  nein
- 22. ist aufgeregt wenn es vor anderen spricht.....  ja  nein
- 23. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger.....  ja  nein
- 24. fürchtet ausgelacht zu werden.....  ja  nein
- 25. wirkt angespannt wenn es sich ungeschickt verhalten hat.....  ja  nein

Haben Sie **Anmerkungen** zu diesem Fragebogen  
 (z.B. Formulierung der Fragen, Begriffe, Lesbarkeit etc.) oder **Verbesserungsvorschläge**?

---



---



---

Für **wie geeignet** halten Sie diesen Fragebogen, um die **elterliche Einschätzung sozialer Ängste** bei  
 Kindern und Jugendlichen zu erfassen?

nicht geeignet =     etwas geeignet =     geeignet =     sehr geeignet =

Datum: \_\_\_\_\_ ausgefüllt durch  Mutter /  Vater  
 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_  
 Grundschule  Gymnasium  Gesamtschule  
 sonstiges:

Geschlecht:  weiblich  männlich  
 Hauptschule  Realschule

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mehr oder weniger auf Ihr Kind zutreffen. Sie beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in **sozialen Situationen**. Dazu zählen Situationen, in denen es mit anderen Menschen zusammen ist, von ihnen beobachtet oder bewertet wird. Das kann im schulischen Bereich sein oder auch in der Familie sowie im Freundeskreis. In dem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung als Mutter oder Vater.

Bitte geben Sie an, **inwieweit** diese Aussagen auf das **Verhalten Ihres Kindes** in den letzten **sechs Monaten zutreffend** sind.

Bitte kreuzen Sie so an:

gar nicht zutreffend   
  etwas zutreffend   
  eher zutreffend   
  sehr zutreffend

**Mein Kind ...**

- |   |                                    |                                |                               |                               |
|---|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. ist aufgeregt wenn es im Mittelpunkt steht.....                      | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 2. befürchtet sich vor Gleichaltrigen zu blamieren.....                 | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 3. weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus.....           | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 4. wirkt nervös wenn es mit Fremden spricht.....                        | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 5. befürchtet von Lehrern für dumm gehalten zu werden.....              | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 6. meidet Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen.....         | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 7. fürchtet von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden.....                 | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 8. ist unruhig wenn es von anderen beobachtet wird.....                 | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 9. weicht Gesprächen mit fremden Erwachsenen aus.....                   | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 10. fürchtet einen dummen Fehler zu machen.....                         | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 11. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus.....              | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 12. befürchtet von Mitschülern nicht gemocht zu werden.....             | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 13. ist unruhig wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist.....    | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 14. meidet wenn möglich Familienfeiern.....                             | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 15. fürchtet etwas peinliches zu tun.....                               | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 16. umgeht die Teilnahme an Schulaufführungen.....                      | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 17. wirkt angespannt wenn es die Blicke anderer auf sich zieht.....     | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 18. befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen.....                      | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 19. wirkt nervös wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht..... | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 20. meidet Telefonate.....  | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 21. befürchtet sich vor der Klasse lächerlich zu machen.....            | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 22. ist aufgeregt wenn es vor anderen spricht.....                      | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 23. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger.....              | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 24. fürchtet ausgelacht zu werden.....                                  | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |
| 25. wirkt angespannt wenn es sich ungeschickt verhalten hat.....        | <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> eher | <input type="checkbox"/> sehr |

Haben Sie **Anmerkungen** zu diesem Fragebogen  
 (z.B. Formulierung der Fragen, Begriffe, Lesbarkeit etc.) oder **Verbesserungsvorschläge**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für **wie geeignet** halten Sie diesen Fragebogen, um die **elterliche Einschätzung sozialer Ängste** bei  
 Kindern und Jugendlichen zu erfassen?

nicht geeignet =    
 etwas geeignet =    
 geeignet =    
 sehr geeignet =

Datum: \_\_\_\_\_ ausgefüllt durch  Mutter /  Vater  
 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mehr oder weniger auf Ihr Kind zutreffen. Sie beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in **sozialen Situationen**. Dazu zählen Situationen, in denen es mit anderen Menschen zusammen ist, von ihnen beobachtet oder bewertet wird. Das kann im schulischen Bereich sein oder auch in der Familie sowie im Freundeskreis. In dem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung als Mutter oder Vater.

Bitte geben Sie an, **inwieweit** diese Aussagen auf das **Verhalten Ihres Kindes** in den letzten **sechs Monaten zutreffend** sind.

Bitte kreuzen Sie so an:

gar nicht zutreffend   
  etwas zutreffend   
  eher zutreffend   
  sehr zutreffend

**Mein Kind ...**

- 1. ist aufgeregt wenn es im Mittelpunkt steht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 2. befürchtet sich vor Gleichaltrigen zu blamieren.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 3. umgeht die Teilnahme an Schulaufführungen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 4. wirkt nervös wenn es mit Fremden spricht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 5. umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 6. fürchtet von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 7. ist unruhig wenn es von anderen beobachtet wird.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 8. weicht Gesprächen mit Erwachsenen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 9. fürchtet einen dummen Fehler zu machen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 10. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 11. befürchtet von Mitschülern nicht gemocht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 12. ist unruhig wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 13. umgeht Gespräche mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 14. fürchtet etwas peinliches zu tun.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 15. weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 16. wirkt angespannt wenn es die Blicke anderer auf sich zieht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 17. befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 18. wirkt nervös wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 19. weicht Gesprächen mit Gleichaltrigen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 20. befürchtet sich vor der Klasse lächerlich zu machen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 21. ist aufgeregt wenn es vor anderen spricht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 22. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 23. fürchtet ausgelacht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 24. wirkt angespannt wenn es sich ungeschickt verhalten hat.....  gar nicht  etwas  eher  sehr

Datum: \_\_\_\_\_ ausgefüllt durch  Mutter /  Vater  
 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mehr oder weniger auf Ihr Kind zutreffen. Sie beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in **sozialen Situationen**. Dazu zählen Situationen, in denen es mit anderen Menschen zusammen ist, von ihnen beobachtet oder bewertet wird. Das kann im schulischen Bereich sein oder auch in der Familie sowie im Freundeskreis. In dem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung als Mutter oder Vater.

Bitte geben Sie an, **inwieweit** diese Aussagen auf das **Verhalten Ihres Kindes** in den letzten **sechs Monaten zutreffend** sind.

Bitte kreuzen Sie so an:

gar nicht zutreffend   
  etwas zutreffend   
  eher zutreffend   
  sehr zutreffend

**Mein Kind ...**

- 1. ist aufgeregt wenn es im Mittelpunkt steht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 2. befürchtet sich vor Gleichaltrigen zu blamieren.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 3. vermeidet es an Schulaufführungen teilzunehmen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 4. wirkt nervös wenn es mit Fremden spricht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 5. umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 6. fürchtet von Gleichaltrigen abgelehnt zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 7. ist unruhig wenn es von anderen beobachtet wird.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 8. vermeidet es vor Erwachsenen zu sprechen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 9. fürchtet einen dummen Fehler zu machen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 10. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 11. befürchtet von Mitschülern nicht gemocht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 12. ist unruhig wenn es mit fremden Gleichaltrigen zusammen ist.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 13. vermeidet mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts  
zu sprechen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 14. fürchtet etwas peinliches zu tun.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 15. weicht wenn möglich Klassenfahrten oder Ausflügen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 16. wirkt angespannt wenn es die Blicke anderer auf sich zieht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 17. befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 18. wirkt nervös wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht...  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 19. vermeidet es vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 20. befürchtet sich vor der Klasse lächerlich zu machen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 21. ist aufgeregt wenn es vor anderen spricht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 22. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 23. fürchtet ausgelacht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 24. wirkt angespannt wenn es sich ungeschickt verhalten hat.....  gar nicht  etwas  eher  sehr

Datum: \_\_\_\_\_ ausgefüllt durch  Mutter /  Vater  
 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mehr oder weniger auf Ihr Kind zutreffen. Sie beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in **sozialen Situationen**. Dazu zählen Situationen, in denen es mit anderen Menschen zusammen ist, von ihnen beobachtet oder bewertet wird. Das kann im schulischen Bereich sein oder auch in der Familie sowie im Freundeskreis. In dem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung als Mutter oder Vater.

Bitte geben Sie an, **inwieweit** diese Aussagen auf das **Verhalten Ihres Kindes** in den letzten **sechs Monaten zutreffend** sind.

Bitte kreuzen Sie so an:

gar nicht zutreffend   
  etwas zutreffend   
  eher zutreffend   
  sehr zutreffend

**Mein Kind ...**

- 1. ist aufgeregt wenn es im Mittelpunkt steht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 2. befürchtet sich vor Gleichaltrigen zu blamieren.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 3. vermeidet es an Schulaufführungen teilzunehmen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 4. wirkt nervös wenn es mit Fremden spricht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 5. umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 6. ist unruhig wenn es von anderen beobachtet wird.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 7. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 8. befürchtet von Mitschülern nicht gemocht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 9. vermeidet mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts  
zu sprechen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 10. fürchtet etwas peinliches zu tun.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 11. wirkt angespannt wenn es die Blicke anderer auf sich zieht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 12. befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 13. wirkt nervös wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 14. vermeidet es vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 15. befürchtet sich vor der Klasse lächerlich zu machen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 16. ist aufgeregt wenn es vor anderen spricht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 17. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 18. fürchtet ausgelacht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr

Datum: \_\_\_\_\_ ausgefüllt durch  Mutter /  Vater  
 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, die mehr oder weniger auf Ihr Kind zutreffen. Sie beziehen sich auf Verhaltensweisen Ihres Kindes in **sozialen Situationen**. Dazu zählen Situationen, in denen es mit anderen Menschen zusammen ist, von ihnen beobachtet oder bewertet wird. Das kann im schulischen Bereich sein oder auch in der Familie sowie im Freundeskreis. In dem Fragebogen geht es um Ihre Einschätzung als Mutter oder Vater.

Bitte geben Sie an, **inwieweit** diese Aussagen auf das **Verhalten Ihres Kindes** in den letzten **sechs Monaten zutreffend** sind.

Bitte kreuzen Sie so an:

gar nicht zutreffend   
  etwas zutreffend   
  eher zutreffend   
  sehr zutreffend

**Mein Kind ...**

- 1. ist aufgeregt wenn es im Mittelpunkt steht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 2. befürchtet sich vor Gleichaltrigen zu blamieren.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 3. vermeidet es an Schulaufführungen teilzunehmen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 4. wirkt nervös wenn es mit Fremden spricht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 5. umgeht Geburtstagsfeiern und Parties mit Gleichaltrigen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 6. ist unruhig wenn es von anderen beobachtet wird.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 7. weicht Aktivitäten mit fremden Gleichaltrigen aus.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 8. befürchtet von Mitschülern nicht gemocht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 9. vermeidet mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts  
zu sprechen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 10. fürchtet etwas peinliches zu tun.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 11. wirkt angespannt wenn es die Blicke anderer auf sich zieht.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 12. befürchtet vor der Klasse dumm dazustehen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 13. wirkt nervös wenn es die Aufmerksamkeit anderer auf sich zieht  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 14. vermeidet es vor einer Gruppe Gleichaltriger zu sprechen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 15. befürchtet sich vor der Klasse lächerlich zu machen.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 16. umgeht Aktivitäten in einer Gruppe Gleichaltriger.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 17. fürchtet ausgelacht zu werden.....  gar nicht  etwas  eher  sehr
- 18. wirkt angespannt wenn es sich ungeschickt verhalten hat.....  gar nicht  etwas  eher  sehr



Im folgenden Fragebogen findest Du eine Reihe von Feststellungen, die Mädchen und Jungen benutzen, um sich selbst zu beschreiben. Lies Dir jede Feststellung durch und entscheiden Sie, ob sie fast nie, oder manchmal oder oft auf Dich zutrifft. Kreuze dann bitte für jede Feststellung das entsprechende Kästchen an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlege bitte nicht zu lange und denke daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Du Dich im Allgemeinen fühlst.

1. Ich habe Angst, Fehler zu machen.....  fast nie  manchmal  oft
2. Mir ist zum weinen zumute.....  fast nie  manchmal  oft
3. Ich fühle mich unglücklich.....  fast nie  manchmal  oft
4. Es fällt mir schwer, mich zu entscheiden.....  fast nie  manchmal  oft
5. Es fällt mir schwer, meine Probleme anzupacken.....  fast nie  manchmal  oft
6. Ich mache mir zuviel Sorgen.....  fast nie  manchmal  oft
7. Zu Hause rege ich mich auf.....  fast nie  manchmal  oft
8. Ich bin schüchtern.....  fast nie  manchmal  oft
9. Ich bin beunruhigt.....  fast nie  manchmal  oft
10. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf  
und stören mich.....  fast nie  manchmal  oft
11. Ich mache mir Sorgen über die Schule.....  fast nie  manchmal  oft
12. Ich habe Schwierigkeiten zu entscheiden, was ich tun soll.....  fast nie  manchmal  oft
13. Ich merke, dass mein Herz schneller schlägt.....  fast nie  manchmal  oft
14. Ich fürchte mich heimlich.....  fast nie  manchmal  oft
15. Ich mache mir Sorgen um meine Eltern.....  fast nie  manchmal  oft
16. Ich bekomme feuchte Hände.....  fast nie  manchmal  oft
17. Ich mache mir Sorgen über Dinge, die passieren könnten.....  fast nie  manchmal  oft
18. Es fällt mir schwer, abends einzuschlafen.....  fast nie  manchmal  oft
19. Ich habe ein komisches Gefühl im Magen.....  fast nie  manchmal  oft
20. Ich grübele darüber nach,  
was andere Personen von mir denken.....  fast nie  manchmal  oft

Im Folgenden findest du einige Aussagen. Versuche bitte, diese Sätze der Reihe nach so zu beantworten, wie es für dich zutrifft. Überlege dir, ob die Aussage überhaupt nicht stimmt, nur selten stimmt, manchmal stimmt, meistens stimmt oder immer stimmt. Mache in das zutreffende Kästchen bitte ein Kreuz.

Bitte beantworte alle Sätze ehrlich. Überlege bei den einzelnen Sätzen nicht zu lange und achte darauf, dass du keinen Satz auslässt. Dies ist keine Klassenarbeit. Du brauchst dich daher nicht zu beeilen. Manche brauchen zur Beantwortung etwas mehr Zeit, andere etwas weniger. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten.

21. Ich habe Angst davor, geärgert zu werden.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
22. Ich fühle mich unsicher, bei Jungen und Mädchen,  
die ich kenne.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
23. Ich glaube, dass andere Jungen und Mädchen  
hinter meinem Rücken über mich reden.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
24. Ich spreche nur mit Jungen und Mädchen  
die ich gut kenne.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
25. Ich mag nichts Neues vor anderen Jungen und  
Mädchen ausprobieren.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
26. Ich überlege mir, was andere Jungen und  
Mädchen von mir denken.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
27. Ich habe Angst, dass andere Jungen und  
Mädchen mich nicht mögen.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
28. Ich bin aufgeregt, wenn ich mit anderen Jungen  
und Mädchen rede, die ich nicht gut kenne.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
29. Ich mache mir Gedanken, was andere Jungen  
und Mädchen wohl über mich sagen.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
30. Wenn ich mit anderen Jungen und Mädchen rede,  
die neu in die Klasse gekommen sind,  
bin ich aufgeregt.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
31. Ich frage mich, ob andere Jungen und Mädchen  
mich wohl mögen.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
32. In einer Gruppe von Jungen und Mädchen  
bin ich ruhig und zurückhaltend.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
33. Ich glaube, dass andere Jungen und Mädchen  
sich über mich lustig machen.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
34. Wenn ich mich mit einem anderen Jungen oder  
Mädchen streite, habe ich Angst, dass er  
oder sie mich nicht mehr mögen wird.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
35. Ich habe Angst, andere zu mir nach Hause  
einzuladen, weil sie ablehnen könnten.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
36. Bei bestimmten Jungen und Mädchen  
bin ich aufgeregt.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
37. Ich fühle mich unsicher, selbst bei Jungen und  
Mädchen, die ich sehr gut kenne.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer
38. Es fällt mir schwer, andere Jungen und Mädchen  
zu fragen, ob sie mit mir spielen.....  nie  selten  manchmal  meistens  immer

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend

1 = etwas oder manchmal zutreffend

2 = genau oder häufig zutreffend

1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter.....	0 1 2	26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn er/sie sich schlecht benommen hat.....	0 1 2
2. Leidet unter Heuschnupfen oder anderen Allergien.....	0 1 2	27. Ist leicht eifersüchtig.....	0 1 2
3. Streitet oder widerspricht viel.....	0 1 2	28. Isst oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen oder trinken geeignet sind (keine Süßigkeiten angeben).....	0 1 2
4. Hat Asthma.....	0 1 2	29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen).....	0 1 2
5. Bei Jungen: Verhält sich wie ein Mädchen Bei Mädchen: Verhält sich wie ein Junge.....	0 1 2	30. Hat Angst, in die Schule zu gehen.....	0 1 2
6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette, kotet ein.....	0 1 2	31. Hat Angst, etwas schlimmes zu denken oder zu tun.....	0 1 2
7. Gibt an, schneidet auf.....	0 1 2	32. Glaubt, perfekt sein zu müssen.....	0 1 2
8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.....	0 1 2	33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand ihn/sie liebt.....	0 1 2
9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los.....	0 1 2	34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun.....	0 1 2
10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv.....	0 1 2	35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen.....	0 1 2
11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig.....	0 1 2	36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt zu Unfällen.....	0 1 2
12. Klagt über Einsamkeit.....	0 1 2	37. Gerät leicht in Raufereien.....	0 1 2
13. Ist verwirrt oder zerstreut.....	0 1 2	38. Wird viel gehänselt.....	0 1 2
14. Weint viel.....	0 1 2	39. Hat Umgang mit anderen, die in Schwierigkeiten geraten.....	0 1 2
15. Ist roh zu Tieren oder quält sie.....	0 1 2	40. Hört Geräusche oder Stimmen, die nicht da sind.....	0 1 2
16. Ist roh oder gemein zu anderen oder schüchtert sie ein.....	0 1 2	41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen.....	0 1 2
17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren.....	0 1 2	42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen.....	0 1 2
18. Verletzt sich absichtlich oder versucht Selbstmord.....	0 1 2	43. Lügt, betrügt oder schwindelt.....	0 1 2
19. Verlangt viel Beachtung.....	0 1 2	44. Kaut Fingernägel.....	0 1 2
20. Macht seine/ihre eigenen Sachen kaputt.....	0 1 2	45. Ist nervös oder angespannt.....	0 1 2
21. Macht Sachen kaputt, die den Eltern, Geschwistern oder anderen gehören.....	0 1 2	46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen (betrifft nicht die unter 10. erwähnte Zappeligkeit).....	0 1 2
22. Gehorcht nicht zuhause.....	0 1 2	47. Hat Alpträume.....	0 1 2
23. Gehorcht nicht in der Schule.....	0 1 2	48. Ist bei anderen Kinder / Jugendlichen nicht beliebt.....	0 1 2
24. Isst schlecht.....	0 1 2	49. Leidet an Verstopfung.....	0 1 2
25. Kommt mit anderen Kindern / Jugendlichen nicht aus.....	0 1 2		

50. Ist zu furchtsam oder ängstlich.....	0 1 2	77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen.....	0 1 2
51. Fühlt sich schwindelig.....	0 1 2	78. Schmiert oder spielt mit Kot.....	0 1 2
52. Hat zu starke Schuldgefühle.....	0 1 2	79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen.....	0 1 2
53. Isst zu viel.....	0 1 2	80. Starrt ins Leere.....	0 1 2
54. Ist immer müde.....	0 1 2	81. Stiehlt zu Hause.....	0 1 2
55. Hat Übergewicht.....	0 1 2	82. Stiehlt anderswo.....	0 1 2
56. hat folgende Beschwerden ohne bekannte körperliche Ursachen:		83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht.....	0 1 2
1. Schmerzen (außer Kopf- und Bauchschmerzen).....	0 1 2	84. Verhält sich seltsam oder eigenartig.....	0 1 2
2. Kopfschmerzen.....	0 1 2	85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen.....	0 1 2
3. Übelkeit.....	0 1 2	86. ist störrisch, mürrisch oder reizbar.....	0 1 2
4. Augenbeschwerden (außer solchen, die durch Brille korrigiert sind).....	0 1 2	87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel .....	0 1 2
5. Hautausschläge oder andere Hautprobleme.....	0 1 2	88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt.....	0 1 2
6. Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe.....	0 1 2	89. Ist misstrauisch.....	0 1 2
7. andere Beschwerden.....	0 1 2	90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter.....	0 1 2
57. Greift andere körperlich an.....	0 1 2	91. Spricht davon, sich umzubringen.....	0 1 2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen.....	0 1 2	92. Redet oder wandelt im Schlaf.....	0 1 2
59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen.....	0 1 2	93. Redet zuviel.....	0 1 2
60. Spielt zuviel an den eigenen Geschlechtsteilen.....	0 1 2	94. Hänzelt andere gern.....	0 1 2
61. Ist schlecht in der Schule.....	0 1 2	95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.....	0 1 2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....	0 1 2	96. Denkt zuviel an Sex.....	0 1 2
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0 1 2	97. Bedroht andere.....	0 1 2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0 1 2	98. Lutscht am Daumen.....	0 1 2
65. Weigert sich zu sprechen.....	0 1 2	99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht.....	0 1 2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang.....	0 1 2	100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen.....	0 1 2
67. Lläuft von zuhause weg.....	0 1 2	101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Stunden).....	0 1 2
68. Schreit viel.....	0 1 2	102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge.....	0 1 2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....	0 1 2	103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....	0 1 2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind.....	0 1 2	104. Ist ungewöhnlich laut.....	0 1 2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen.....	0 1 2	105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente.....	0 1 2
72. Zündelt gerne oder hat schon Feuer gelegt.....	0 1 2	106. Richtet mutwillig Zerstörung an.....	0 1 2
73. Hat sexuelle Probleme.....	0 1 2	107. Nässt bei Tag ein.....	0 1 2
74. Produziert sich gern, spielt den Clown.....	0 1 2	108. Nässt im Schlaf ein.....	0 1 2
75. Ist schüchtern oder zaghaft.....	0 1 2	109. Quengelt oder jammert.....	0 1 2
76. Schläft weniger als die meisten anderen Kinder.....	0 1 2	110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein.....	0 1 2
		111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf.....	0 1 2
		112. Macht sich zuviel Sorgen.....	0 1 2

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Angaben des Behandlers  
zu den Elternfragebögen ESAK und STAIC-P-Td

Patientencode:

Geburts- tag		Geburts- monat		Geburts- jahr	

- ambulant     teilstationär     stationär

Diagnostik

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

evtl. Nebendiagnose: \_\_\_\_\_

evtl. Nebendiagnose: \_\_\_\_\_

Bei diesem Kind / Jugendlichen ist Angst:

- das Hauptsymptom     ein Nebensymptom     kein Symptom

**Anlagen:**

- ESAK  
 STAIC-P-Td



Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, die Mädchen und Jungen benutzen, um sich selbst zu beschreiben. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und entscheiden Sie, ob sie fast nie, oder manchmal oder oft auf Ihr Kind zutrifft. Kreuzen Sie dann bitte für jede Feststellung das entsprechende Kästchen an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht zu lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie sich Ihr Kind im Allgemeinen im letzten Monat fühlte.

- |  |                                   |                                   |                              |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. Er/Sie hat Angst, Fehler zu machen.....                                     | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 2. Ihm/Ihr ist zum weinen zumute.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 3. Er/Sie fühlt sich unglücklich.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 4. Es fällt ihm/ihr schwer, sich zu entscheiden.....                           | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 5. Es fällt meinem Kind schwer, seine Probleme anzupacken.....                 | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 6. Er/Sie macht sich zuviel Sorgen.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 7. Er/Sie regt sich zuhause auf.....   | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 8. Er/Sie ist schüchtern.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 9. Er/Sie ist beunruhigt.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 10. Unwichtige Gedanken gehen meinem Kind durch den Kopf<br>und stören es..... | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 11. Er/Sie macht sich Sorgen über die Schule.....                              | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 12. Er/Sie hat Schwierigkeiten zu entscheiden, was er/sie tun soll.....        | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 13. Er/Sie merkt, dass sein/ihr Herz schneller schlägt.....                    | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 14. Er/Sie fürchtet sich heimlich.....   | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 15. Er/Sie macht sich Sorgen um seine/ihre Eltern.....                         | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 16. Er/Sie bekommt feuchte Hände.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 17. Er/Sie macht sich Sorgen über Dinge, die passieren könnten.....            | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 18. Es fällt ihm/ihr schwer, abends einzuschlafen.....                         | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 19. Er/Sie hat ein komisches Gefühl im Magen.....                              | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 20. Er/Sie grübelt darüber nach, was andere Personen von ihm/ihr denken.....   | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 21. Er/Sie wird nervös.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 22. Er/Sie hat Kopfschmerzen.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 23. Seine/Ihre Hände werden drinnen kalt.....                                  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 24. Ihm/Ihr ist übel.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 25. Er/Sie bekommt einen trockenen Mund.....                                   | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |
| 26. Er/Sie wird müde.....  | <input type="checkbox"/> fast nie | <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> oft |





## Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung nicht schon einer anderen Fakultät vorgelegen hat.

Desweiteren erkläre ich, dass sie von mir selbständig angefertigt wurde und dazu keine anderen als die angegebenen Quellen genutzt wurden.

Essen, im Juni 2005

Barbara Weinbrenner