Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttigen: Hogrefe.
Schütz, A. & Sellin, I. (2006). *Multidimensionale Selbstwertskala*. Göttingen: Hogrefe.
Schütz, A. (2003). *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart: Kohlhammer.
Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer und Schülermerkmalen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica, 40*, 105–123.
Segrin, C. (2001). *Interpersonal processes in psychological problems*. New York: Guilford.
Spies, K. & Hesse, F.W. (1986). Interaktion von Emotion und Kognition. *Psychologische Rundschau, 37*, 75–90.
Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1994). *Der Unsicherheitsfragebogen*. München: Pfeiffer.
Watson, D.C. & Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms. *International Journal of Stress Management, 15*, 222–234.
Webster-Stratton, C., Reid, J. & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 943–952.

Korrespondenzadresse: Dr. Nikola Stenzel, AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg; E-Mail: stenzeln@staff.uni-marburg.de

Neue Ansätze in der Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und deren Gütekriterien

Tina In-Albon[1], Kathrin Dubi[2], Carmen Adornetto[3], Judith Blatter-Meunier[1] und Silvia Schneider[4]

Zusammenfassung

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter werden im Hinblick auf ihre Häufigkeit, Verlauf und Folgen als wichtiges gesundheitspolitisches Thema besprochen. Die reliable und valide Diagnosestellung ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Daraus ergibt sich der dringende Bedarf an evaluierten, diagnostischen Verfahren für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter. Ziele und Schwierigkeiten der Diagnostik werden erläutert. Das praktische Vorgehen in der Diagnostik von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen sowie Empfehlungen zum Umgang mit unterschiedlichen Informantenangaben werden diskutiert. Des Weiteren werden Vorurteile zur Nichtanwendung von strukturierten Interviews kritisch hinterfragt. Neuere diagnostische Verfahren für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und Ergebnisse der Studien zur Überprüfung der Gütekriterien werden vorgestellt.

Schlüsselwörter

Diagnostik – Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen – diagnostistische Verfahren

Abstract

Assessment of anxiety disorders in children and adolescents: Novel approaches and their psychometric properties
Due to their frequency and negative outcomes, anxiety disorders are an important public health issue. This article provides an overview of where the field currently stands when it comes to having evidence-based methods and instruments available for use in assessing anxiety and its disorders in children and adolescents. The aims

1 Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Universität Basel
2 Lehrstuhl Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, Universität Basel
3 Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken, Universität Basel
4 Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Ruhr Universität Bochum

This study was supported by grant project (PP001-68701; 105311-116517/1) awarded to Silvia Schneider by the Swiss National Science Foundation. We appreciate the participants in this study, as well as the research assistants and graduate students on the project at Universität Basel for their assistance in data collection and management.

Klin. Diagnostik u. Evaluation, 4. Jg., 133–147, ISSN 1864-6050
© 2011 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

and difficulties of evidence-based assessment of anxiety will be discussed. Recommendation for clinical practice and handling of the disagreement between parent and child information will be provided. Prejudice of not using diagnostic instruments will be discussed. Furthermore, new diagnostic instruments and results of studies investigating their psychometric properties will be presented.

Keywords

Diagnostics – anxiety disorders in children and adolescents – diagnostic measures

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Es ist heute unumstritten, dass der Beginn von Angststörungen vorwiegend im Kindesalter liegt. Wichtige Daten hierzu liefert die National Comorbidity Survey Replication aus den USA (Kessler, Berglund, Demeler et al., 2005). Die retrospektive Befragung von 9282 Probanden ergab einen Median von 11 Jahren für das Erstauftretensalter von Angststörungen. Mit einem Erstauftretensalter von 7 Jahren waren die Störung mit Trennungsangst und die Spezifische Phobie die frühesten Angststörungen. In einem Überblick bezüglich der Häufigkeit von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (Ihle & Esser, 2002) liegt der Median für die in den Studien untersuchten Periodenprävalenzen (6-Monats- bis Lebenszeitprävalenzen) bei 10.4 %. Somit stellen die Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters dar. Schließlich zeigen mehrere Längsschnittstudien, dass Angststörungen einen bedeutsamen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter darstellen (z. B. Brückl et al., 2007; Goodwin & Gotlib, 2004; Woodward & Fergusson, 2001). Diese Befunde weisen darauf hin, dass das frühzeitige Erkennen, richtige diagnostizieren und die erfolgreiche Behandlung von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige gesundheitspolitische Herausforderung darstellen.

Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Ende der 1960er Jahre zeigten der englische Kinder- und Jugendpsychiater Rutter und seine Mitarbeiter, dass schon mit Kindern ab dem 7. Lebensjahr diagnostische Interviews durchgeführt werden können. Mit den „Isle of Wight"-Studien kamen sie zum Resultat, dass die Aussagen der Kinder wertvolle und reliable Ergänzungen zu den Elternangaben darstellen (Rutter & Graham, 1968). Es kann festgehalten werden, dass Diagnostik mit Kindern, mit Hilfe altersentsprechender Verfahren, möglich ist und die Kinder selbst wichtige Informanten darstellen.

Ziele und Herausforderungen in der Diagnostik von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

Übergeordnete Ziele der Diagnostik sind Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose und Evaluation. Dabei nimmt die Diagnostik einen wichtigen Stellenwert in der Planung einer effizienten Therapie ein. Um eine Behandlung angemessen zu planen und zielgerichtet durchzuführen, bedarf es vorab einer sorgfältigen Abklärung vorhandener Beschwerden und Schwierigkeiten, aber auch der Stärken des Kindes. Letztlich ist eine Psychotherapie immer nur so gut, wie ihre Diagnostik (Ehlert, 2007). Das diagnostische Vorgehen stellt vor allem im Kindes- und Jugendalter eine besondere Herausforderung dar. Viele Angstsymptome sind bei nahezu allen Kindern in bestimmten Entwicklungsphasen zu erkennen und für die jeweiligen Altersphasen als normal zu beurteilen. Eine sorgfältige Überprüfung der klinischen Relevanz dieser Symptome ist daher unbedingt erforderlich. Als klinisch relevant einzustufen sind Ängste, die über lange Zeit andauern, die normale Entwicklung des Kindes beeinträchtigen und Leiden und Beeinträchtigung beispielsweise in der Schule, Freizeit oder zu Hause mit der Familie hervorrufen. Aufgrund dieser Besonderheiten ist es unerlässlich, sowohl mehrere Informationsquellen (Eltern, Kind und ggf. weitere Bezugspersonen) als auch verschiedene und v. a. altersadäquate Verfahren in die Diagnostikphase mit einzubeziehen (vgl. hierzu auch Kraemer et al., 2003). Insbesondere erfordert eine seriöse Beurteilung der Beschwerden eines Kindes neben dem Selbst- und Fremdbericht die *klinische* Beurteilung der Beschwerden durch einen ausgebildeten Diagnostiker.

Während des diagnostischen Prozesses gilt es, primär die folgenden Fragen zu klären:

1. Was ist die primäre Störung des Kindes?
2. Liegen zusätzliche, komorbide Störungen vor?
3. Was sind die konkreten auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen für das Problemverhalten des Kindes?

Einbezug mehrerer Informanten

Die Erfassung von Beschwerden und Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter anhand mehrerer Informationsquellen (multi informant approach) ist notwendig, da die Beschwerden des Kindes im Kontext seines Bezugssystems betrachtet werden müssen. So kann es zum Beispiel vorkommen, dass das Problemverhalten nicht generell, sondern nur in bestimmten Situationen vorkommt (z. B. Schule, Familie) und somit beispielsweise nur vom Lehrer, nicht aber von den Eltern berichtet wird. Allerdings haben Kinder bzw. Jugendliche und ihre Eltern oftmals unterschiedliche Sichtweisen der Beschwerden oder des Problemverhaltens. Eine valide Diagnosestellung kann daher nur unter dem Einbezug unterschiedlicher Perspektiven gewährleistet werden (Kraemer, Measelle, Ablow et al., 2003; Silverman & Ollendick, 2005).

Auswahl diagnostischer Verfahren

Bei der Auswahl diagnostischer Verfahren ist zwischen Therapieindikationsstellung und Beratungssituationen, in denen für die Therapie weiter verwiesen wird, zu unterscheiden. Für die Diagnosestellung und Therapieindikation ist das fundierte klinische Urteil unerlässlich. Eine Diagnosestellung über Fragebogen, Verhaltensbeobachtung und Tagebücher allein ist nicht möglich. Für Beratungssituationen, in denen es zu keinem Therapieangebot kommt, ist der Einsatz von Screeningfragebogen (z. B. SBB-ANG; Döpfner & Lehmkuhl, 2000) gerechtfertigt.

Für die definitive Diagnosestellung müssen klinische Befragungen durch geschulte Diagnostiker durchgeführt werden. Hier gelten strukturierte oder standardisierte Interviews als Gold-Standard (Angold, 2002; Costello, Egger & Angold, 2005). Ein strukturiertes Interview für die wichtigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist das Kinder-DIPS (Schneider, Unnewehr & Margraf, 2009).

Bei der Diagnostik von Angststörungen sind darüber hinaus Fragebogenverfahren sehr hilfreich, da sie auf ökonomische Weise eine Übersicht über die Auffälligkeiten und Probleme des Kindes oder Jugendlichen geben und weil sie es ermöglichen, die Perspektiven verschiedener Beurteiler (Eltern, Erzieher, Lehrer, Kinder und Jugendliche selbst) miteinander zu vergleichen (vgl. Schneider & Döpfner, 2004). Wegen der hohen Komorbiditätsraten bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen mit anderen psychischen Störungen empfiehlt es sich, neben Fragebogen zur Erfassung von spezifischen Angststörungen auch Fragebogenverfahren einzusetzen, die ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten erfassen (z. B. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, CBCL 4–18; Fragebogen für Jugendliche, YSR; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist 1998a,b; Übersicht bei Döpfner & Lehmkuhl, 2000; Fragebogen zu Stärken und Schwächen, SDQ; Goodman, 1997, Fragebogen für Kind/ Jugendliche, Eltern und Lehrer, www.sdqinfo.com). Diese Breitbandverfahren dienen vorwiegend der Erfassung psychischer Häufigkeiten, jedoch weniger der Differenzierung der Angststörungen, beispielsweise werden beim CBCL Angst- und depressive Symptome zusammengefasst (Pauschardt et al., 2010).

Anhand obengenannter Empfehlung wird ersichtlich, dass sowohl die kategoriale als auch die dimensionale Diagnostik ihren Stellenwert haben. Die kategoriale Diagnostik ist dann von Bedeutung, wenn eine Störung mit Krankheitswert festgestellt werden muss, um eine Kostenträgerschaft für Interventionsmaßnahmen abzusichern. Eine dimensionale Diagnostik dagegen ist vor allem dann notwendig, wenn eine klassifikatorische Zuordnung nach ICD-10 oder DSM-IV nicht erfolgen kann oder wenn mildere Störungsausprägungen vorliegen. In der Praxis ist es sinnvoll, eine kategoriale Zuordnung vorzunehmen und diese durch eine dimensionale Beschreibung zu ergänzen (Heubrock & Petermann, 2005). Eine Kombination ist auch für die Verlaufsdiagnostik und Evaluation sehr hilfreich.

Empfehlungen zum Umgang bei Nichtübereinstimmung zwischen Kind- und Elternaussagen in der klinischen Befragung

Die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Informanten in der Beschreibung psychischer Beschwerden gilt als gering bis moderat (z. B. Grills & Ollendick, 2003; Nauta et al., 2004; Schneider, Suppiger, Adornetto et al., 2009), dies trifft über alle psychischen Störungen hinweg zu. Jedoch kann von der geringen Eltern-Kind Übereinstimmung nicht auf eine ungenügende Validität des verwendeten Verfahrens geschlossen werden. Die Nichtübereinstimmung sollte auch nicht in der Hinsicht missverstanden werden, dass einer der beiden Informanten falsche Angaben macht. Vielmehr weist dieser Befund auf die unterschiedlichen Sichtweisen oder Konstrukte von Eltern und Kindern bei der Beurteilung möglicher psychischer Beschwerden des Kindes hin. Es ist nicht ausreichend, lediglich die Eltern oder Erziehungspersonen über die Beschwerden des Kindes zu befragen. Dies würde einen Verlust wichtiger diagnostischer Informationen bedeuten. Eine Konsequenz muss daher sein, sowohl Eltern **und** Kinder zu den psychischen Beschwerden des Kindes zu befragen. Zum Umgang mit der Nichtübereinstimmung zwischen Kind und Elternaussagen hat man sich daher in der Diagnostik auf eine „sowohl als auch"-Regel geeinigt (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006). Diese besagt, dass es für die Diagnose einer psychischen Störung ausreicht, wenn eine Person (Kind oder Eltern) die Symptome derart schildert, sodass diese in den klinisch relevanten Bereich fallen. Somit werden alle Informanten gleichermaßen gewichtet. Bei unterschiedlich berichteten Symptomen von Kind und Eltern z. B. das Kind berichtet eine Trennungsangstsymptomatik, die Mutter eine soziale Ängstlichkeit, wäre eine Herangehensweise, dass nach der Auswertung in einem gemeinsamen Gespräch die unterschiedlichen Angaben besprochen werden. Falls noch weitere Informationen wie Fragebogen oder Angaben von Lehrpersonen vorliegen, können auch diese miteinbezogen werden. Klein beschrieb bereits 1991, dass man davon ausgehen könne, wenn von Seiten des Kindes positive Angaben gemacht werden, diese adäquat sind- eine Interpretation, die valide sein kann, aber nicht muss. Auch 20 Jahre nach dieser Aussage ist man leider nicht weiter, mit konkreteren empirisch überprüften Empfehlungen zum Umgang mit Nichtübereinstimmenden Aussagen.

Bislang wurden mehrere Prädiktoren für die Nichtübereinstimmung untersucht, es zeichnet sich jedoch noch kein eindeutiges Bild ab. Beispielsweise wurden Alter und Geschlecht des Kindes nur teilweise als Prädiktoren bestätigt (Choudhury et al., 2003; Grills & Ollendick, 2003). Ein Faktor, den es bei zukünftigen Studien zu berücksichtigen gilt, ist die Psychopathologie der Eltern. Es gibt Hinweise, dass eine depressive Symptomatik der Mutter ihre Wahrnehmung der Befindlichkeit des Kindes beeinflusst (Manassis et al., 2009; Mannstadt, 2009).

Weshalb wird die standardisierte Befragung oft vernachlässigt?

Im Gegensatz zu Fragebogen werden standardisierte klinische Befragungen selten eingesetzt. Ein häufiges Argument gegen eine ausführliche klinische Befragung ist der zeitliche Aufwand. Dass der diagnostische Prozess Zeit braucht, ist eine Tatsache. Bedenkt man jedoch, dass eine Psychotherapie in der Regel 25 Stunden oder länger dauert, scheint ein Aufwand von zwei bis vier Stunden für eine sorgfältige Diagnostik gerechtfertigt. Neben dem zeitlichen Aufwand wird als weiteres Argument gegen eine ausführliche Diagnostik angeführt, dass durch eine strukturierte Befragung die therapeutische Beziehung beeinträchtigt wird. Für den Bereich der Kinder konnten Herjanic et al. (1976) zeigen, dass die Befragung mit einem strukturierten Interview für die Kinder keine zusätzliche Belastung darstellt. In einer aktuell noch laufenden Untersuchung wird die Akzeptanz des Kinder-DIPS bei Kindern, Jugendlichen und deren Eltern erfasst. Bislang konnten 38 Kinder im Alter zwischen 7 und 18 Jahren und 36 Eltern erhoben werden. Dabei zeigte sich, dass die Kinder, nach der Zufriedenheit mit dem stattgefundenen Interview gefragt, auf einer Skala von 0 bis 100 (0 = gar nicht zufrieden, 100 = sehr zufrieden) einen Mittelwert von 83 (*SD* = 21), die Eltern einen Mittelwert von 89 (*SD* = 12) angaben (Neuschwander et al., in Vorbereitung; Bruchmüller et al., 2009). Diese ersten Hinweise zeigen, dass Kinder und Eltern die Durchführung des Kinder-DIPS als positiv bewerten. Ein weiterer Schritt wäre die Untersuchung, ob es einen Zusammenhang zwischen der Akzeptanz strukturierter Interviews und der therapeutischen Beziehung gibt.

Diagnostische Verfahren

Trotz der stetigen Weiterentwicklung diagnostischer Verfahren besteht noch immer Nachholbedarf an reliablen und validen Verfahren für die Diagnostik von Ängsten im Kindes- und Jugendalter. Da das Erstauftretensalter von Ängsten bereits im Vorschulalter liegen kann, ist es wichtig, Verfahren zur Verfügung zu haben, die bei Kindern eingesetzt werden können, welche über keine oder eingeschränkte Lesefertigkeiten verfügen.

Derzeit herrscht ein Mangel an störungsspezifischen Verfahren für die verschiedenen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (ausgenommen soziale Ängste).

Neue deutschsprachige diagnostische Verfahren und deren Gütekriterien

Die im Folgenden vorgestellten Verfahren haben zum Ziel, einige der im vorherigen Abschnitt genannten Lücken zu schließen. Zur Erfassung von Ängsten im Vorschulalter wird ein bildbasiertes Verfahren vorgestellt. Der Bilder-Angst-Test (BAT; Schneider, in Vorbereitung) erfasst Spezifische Phobien, Soziale Phobie, Trennungsangst und Generalisierte Angststörung. Als störungsspezifisches Verfahren für die Störung mit Trennungsangst, als eine der frühesten Angststörungen, wurde das Trennungsangst Inventar, (TAI; Schneider & In-Albon, 2003; In-Albon & Schneider, 2011) entwickelt. Ziel ist die Erfassung des Vermeidungsverhaltens in verschiedenen Trennungssituationen. Dafür liegt eine parallele Kind- und Elternversion vor. Ein Standardverfahren zur Erhebung der manifesten Angst des Kindes stellt der Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS, Reynolds & Richmond, 1978) dar. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Kind- und Elternaussagen wurde entsprechend der Kindversion eine Elternversion des RCMAS (RCMAS-E; Schneider, Adornetto, & Blatter, 2004) erarbeitet. Für die Erfassung der Beeinträchtigung und Belastung durch die Problematik wurde ein Beeinträchtigungs- und Belastungsrating (BEE/BEL; Schneider & In-Albon, 2003; In-Albon & Schneider, 2011) für die Bereiche Familie, Schule und Freizeit entwickelt. Auch dafür liegt eine Kind- und Elternversion vor. Die Gütekriterien für die genannten Verfahren wurden in verschiedenen Studien mit klinischen und gesunden Stichproben untersucht. Die Ergebnisse dieser Studien sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Gütekriterien der neuen deutschsprachigen diagnostischen Verfahren

	BAT	*TAI*		*RCMAS-E*	*BEE/BEL*	
	BAT (KK n = 37; KG n = 19)	TAI-K (TA n = 88; KG n = 42)	TAI-E (TA n = 182; KG n = 74)	RCMAS-E (KK n = 120; KG = 173)	BEE/BEL-K (TA n = 99; KG n = 44)	BEE/BEL-E (TA n = 104; KG n = 44)
	4–8 Jahre	5–16 Jahre			ab 5 Jahren	
Cronbach's α	KK: Angst = .73; Vermeidung = .74; KG: Angst = .63; Vermeidung = .71	TA= .71; KG= .84	TA= .71; KG = .84	Angst = .87; Lügen = .81	TA = .79; KG = .74	TA = .77; KG = .81
Test-Retest-Reliabilität	*r* = .49 (nach 4–6 Wochen)	*r* = .77 (nach 4 Wochen)	*r* = .92 (nach 4 Wochen)	*r* = .77 (nach 1 Woche)	*r* = .58 (nach 4–6 Wochen)	*r* = .76 (nach 4–6 Wochen)
Konvergente Validität (sign. Korrelationen)	TAI, RCMAS, CBCL-IS	RCMAS, SCAS	RCMAS-E, BEE/BEL	CBCL-IS, TAI	TAI-K, RCMAS, SCAS	TAI-E, RCMAS-E, ILK
Divergente Validität (sign. Korrelationen)	GAF (hoher BAT, tiefer GAF)	GAF, SWE	GAF	GAF	GAF, SWE	GAF
Differenzielle Validität (KK/TA vs. KG)	*d* = 1.05	*d* = 2.21	*d* = 3.00	*d* = 1.52	*d* = 1.45	*d* = 2.19
Veränderungssensitivität nach KVT	Angst *d* = .56; Vermeidung *d* = .71	*d* = .98	*d* = 1.31	*d* = 1.03	*d* = .79	*d* = 1.50

Anmerkungen: RCMAS = Revised Children's Manifest Anxiety Scale; RCMAS-E = Revised Children's Manifest Anxiety Scale-Elternverison; CBCL-IS = Child Behavior Checklist-Inter-

nalisierende Skala (Deutsche Arbeitsgruppe CBCL, 1993); SCAS = Spence Children's Anxiety Scale (Essau et al., 2002), GAF = Globales Funktionsniveau, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem & Schwarzer, 1981); BAT = Bilder-Angst-Test, TAI = Trennungsangst Inventar (Kind- und Elternversion); BEE/BEL = Beeinträchtigungs- und Belastungsrating (Kind- und Elternversion); ILK = Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern (Mattejat et al., 1998); *d* = Effektstärke nach Cohens d; KG = gesunde Kontrollgruppe; KK = Klinische Stichprobe; TA = Kinder mit einer Störung mit Trennungsangst

Statistische Analysen

Bis auf den BEE/BEL Fragebogen wurden zunächst für alle Verfahren die Gütekriterien in einer unselektierten Schulstichprobe erhoben. In einem zweiten Schritt wurden die Gütekriterien bei Kindern mit Angststörungen und Kindern ohne psychische Störungen untersucht. Die Faktorenstruktur des TAI, RCMAS und BAT wurde anhand einer explorativen Faktorenanalyse mittels rotierter Hauptkomponentenanalyse erhoben. Die interne Konsistenz wird anhand des Cronbach's-α-Koeffizienten beschrieben. Die Reliabilität wurde zudem anhand der Test-Retest-Reliabilität untersucht. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität (konvergente und divergente Validität) wurden Korrelationen zwischen verschiedenen Messinstrumenten gerechnet. Zur Prüfung der differenziellen Validität wurden die Werte der Kinder mit Angststörungen und Kinder ohne psychische Störungen verglichen. Schließlich wurde die Veränderungssensitivität der Verfahren nach durchgeführter kognitiver Verhaltenstherapie berechnet.

Bilder-Angst-Test (BAT)

Für die Erfassung von Ängsten im Vorschul- und Grundschulalter wurde ein bildbasiertes Verfahren, der Bilder-Angst-Test (BAT, Schneider, in Vorbereitung) neu entwickelt. Mit Hilfe von 21 kindgerechten Bildern werden die Angststörungen, welche für das Vor- und Grundschulalter relevant sind (Störung mit Trennungsangst, Spezifische Phobie, Soziale Phobie und Generalisierte Angststörungen), in Form einer standardisierten Befragung erhoben. Dimensional werden das Ausmaß der Angst und der Vermeidung bei Kindern zwischen vier und acht Jahren erfasst. Die Angst- und Vermeidung werden auf einer 4-Punkte Skala erfasst (von 0 = gar keine Angst/Vermeidung bis 3 = starke Angst/Vermeidung). Der BAT existiert in einer Jungen- und einer Mädchenversion. Der Test soll in Ergänzung zur strukturierten diagnostischen Befragung der Bezugspersonen des Kindes durchgeführt werden.

Zusätzlich zu den in Tabelle 2 aufgeführten Gütekriterien (Dubi & Schneider, 2009) wurde in einer unselektierten Stichprobe die Akzeptanz des BAT erfasst. Die Akzeptanz des BAT kann als sehr gut eingeschätzt werden. Die Mehrzahl der Kinder stuften die Bilder als schön ein und berichteten, sie würden die Bilder auch ein anderes mal wieder anschauen wollen (Dubi & Schneider, 2011).

Das Trennungsangst-Inventar (TAI)

Das Trennungsangst-Inventar (Schneider & In-Albon, 2003) erfasst den Schweregrad des Vermeidungsverhaltens von Kindern mit einer Trennungsangstsymptomatik. Das Vermeidungsverhalten gilt als zentraler aufrechterhaltender Faktor bei Angststörungen. Durch Vermeidung wird die Konfrontation mit angstauslösenden Reizen und eine angstabbauende Erfahrung verhindert (Mowrer, 1947). Kurzfristig führt die Vermeidung zwar zu einer Angstreduktion, langfristig aber trägt die Vermeidung zur Aufrechterhaltung der Angst bei. Vermeidung stellt somit einen wesentlichen Bestandteil von Angst dar und sollte bei der Diagnostik von Angststörungen berücksichtigt werden. Beim TAI handelt es sich um ein störungsspezifisches Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument, anhand dessen Kind und Eltern das kindliche Vermeidungsverhalten in Trennungsangstrelevanten Situationen beurteilen können. Die Items des TAI bilden Vermeidungssituationen ab, welche in Anlehnung an die im Kinder-DIPS (Schneider et al., 2009) gestellten Fragen zur Sektion „Störung mit Trennungsangst" und mit Hilfe von aus der Praxis gesammelten Erfahrungen gestaltet wurden. Das TAI besteht aus 16 Items und bezieht sich auf verschiedene Situationen, welche von den Kindern aus Angst vor der Trennung von Bezugspersonen vermieden werden können. 4 Items dieser 16 sind offene Fragen, falls weitere, nicht aufgeführte Situationen vermieden werden. Auf einer 5-stufigen Likert-Skala sollen die Kinder und Eltern angeben, wie häufig das Kind die beschriebenen Situationen vermeidet (0 = nie; 1 = selten; 2 = die Hälfte der Zeit; 3 = meistens; 4 = immer). Die aufgeführten Situationen sind beispielsweise: Ich vermeide …: (1) allein zuhause zu sein, (2) allein einzuschlafen, (3) im Dunkeln einzuschlafen, (4) allein in die Schule zu gehen. Einsatzmöglichkeiten für das TAI ist einerseits die Therapieplanung (Erstellung der Angsthierarchie) und andererseits die Erfassung des Therapieerfolges (Einsatz vor und nach einer Therapie).

Für die Gütekriterien der Schulstichprobe verweisen wir auf In-Albon und Schneider (2011). Zusätzlich zu den Gütekriterien in Tabelle 2 wurde für die klinische Stichprobe eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Die rotierte Hauptkomponentenanalyse der Stichprobe der Kinder legt den Schluss nahe, dass von 2 Faktoren ausgegangen werden kann, die jeweils 25 %, resp. 19 % der Varianz erklären. Der erste Faktor enthält Items, welche sich darauf beziehen, dass das Kind nicht alleine irgendwohin gehen kann und alleine zu Hause sein kann und der zweite Faktor enthält Items zum alleine schlafen. Die rotierte Hauptkomponentenanalyse der Stichprobe der Eltern legt ebenfalls den Schluss nahe, dass von 2 Faktoren ausgegangen werden kann, die jeweils 27 %, resp. 20 % der Varianz erklären. Der erste Faktor enthält wiederum Items, welche sich darauf beziehen, dass das Kind nicht alleine irgendwohin gehen und alleine zu Hause sein kann und der zweite Faktor enthält Items zum alleine schlafen.

Reynolds Child Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

Die Manifeste Angstskala für Kinder (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978) erfasst die chronische Ängstlichkeit. Die RCMAS besteht aus 28 Items, welche Ängstlichkeit im Sinne einer traitpsychologischen Ausprägung erfassen und 9 Lügenitems zur Überprüfung der sozialen Erwünschtheit. Die Items haben jeweils zwei Antwortkategorien (0 = „stimmt nicht", 1 = „stimmt"). Die Kind- und Elternversion enthalten die gleichen Items, wobei in der Elternversion „Ich" durch „Mein Kind" ersetzt wurde (Cole, Hoffmann, Tram et al., 2000; Kendall, 1994; Pina, Silverman, Saavedra et al., 2001; Strauss, Lease, Kazdin et al., 1989). Zusätzlich zu den aufgeführten Gütekriterien in Tabelle 2 wurde auch für den RCMAS-E eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Die rotierte Hauptkomponentenanalyse legt den Schluss nahe, dass von 5 Faktoren ausgegangen werden kann, die jeweils 13 %, 9 %, 7 %, 6 % resp. 7 % der Varianz erklären. Der erste Faktor enthält Items, die mit Besorgnis umschrieben werden können, der zweite Faktor enthält Items zur sozialen Erwünschtheit, der dritte Faktor Items zur Hypersensitivität, der vierte Faktor Items zur Physiologie (6 %) und der fünfte Faktor wiederum Items zur sozialen Erwünschtheit.

Beeinträchtigungs- und Belastungsrating (BEE/BEL)

Mit Hilfe des BEE/BEL (Schneider & In-Albon, 2003; modifiziert nach Sheehan, 1983) kann das Ausmaß der Beeinträchtigung und Belastung erfasst werden, welches wichtig ist für die Vergabe einer Diagnose, aber auch zur Verlaufsdiagnostik. Gemäß DSM-IV und ICD-10 muss für das Vergeben einer Diagnose eine deutliche Beeinträchtigung oder Belastung des Patienten in einem oder mehreren Bereichen vorhanden sein. Beeinträchtigung bezeichnet dabei den objektiven, von außen feststellbaren Aspekt, während Belastung die subjektive, vom Individuum erlebte Komponente darstellt. Das Ausmaß der Beeinträchtigung in den Bereichen Schule/Ausbildung, Freizeit/Freundeskreis und Familie kann mit dem BEE, Kind- und Elternversion erhoben werden. Auf einer 4-Punkte-Skala kann die Beeinträchtigung von 0 = gar nicht, 1 = etwas, 2 = schwer und 3 = sehr schwer eingeschätzt werden. Das BEE sollte zu Beginn und am Ende der Therapie von Kind und Eltern ausgefüllt werden. Das Ausmaß der Belastung in den Bereichen Schule/Ausbildung, Freizeit/Freundeskreis und Familie kann mit dem BEL, Kind- und Elternversion erhoben werden. Auf einer 4-Punkte-Skala kann die Belastung von 0 = gar nicht, 1 = etwas, 2 = schwer und 3 = sehr schwer eingeschätzt werden. Das BEL sollte ebenfalls zu Beginn und am Ende der Therapie von Kind und Eltern ausgefüllt werden.

Da Beeinträchtigungs- (BEE) und Belastungsratings (BEL) hoch korrelierten, wurde für die Berechnung der Gütekriterien der Gesamtmittelwert verwendet (siehe In-Albon & Schneider, 2011).

Diskussion und Schlussfolgerungen

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind häufig und gehen einher mit einem starken Leidensdruck und Beeinträchtigungen im täglichen Leben des betroffenen Kindes und der gesamten Familie. Unbehandelt stellen Angststörungen im Kindesalter einen wesentlichen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter dar. Eine angemessene Diagnostik, anhand derer Beschwerden und Schwierigkeiten, aber auch Ressourcen, erhoben werden, ist wie beschrieben ein erster und unabdingbarer Schritt für eine adäquate Behandlung des Kindes. Die vorgestellten diagnostischen Verfahren sind alle aus der Bestrebung entstanden, Lücken zu füllen, die bezüglich der Diagnostik von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen bestehen. Um den Mangel an kindgerechten Verfahren für das Vorschul- und frühe Schulalter zu beheben, wurde der BAT entwickelt. Als störungsspezifisches Instrument für die Erfassung der im Kindesalter sehr häufigen Trennungsangst wurde das TAI (Kind- und Elternversion) erarbeitet. Mit dem RCMAS-E, TAI (Kind und Elternversion) und BEE/BEL (Kind und Elternversion) liegen Verfahren vor, welche für die bessere Vergleichbarkeit von Eltern- und Kindaussagen in je einer Eltern- und Kinderversion existieren. Um das für DSM- und ICD-Diagnosen nötige Ausmaß der Belastung und Beeinträchtigung zu erheben, wurde das Beeinträchtigungs- und Belastungsrating (BEE/BEL) entwickelt. Die Ergebnisse der Studien zur Überprüfung der Gütekriterien weisen darauf hin, dass die Verfahren reliabel und valide sind. Es ist weiterhin zu hoffen, dass die erfreulichen Fortschritte in der Diagnostik von Kindern mit Angststörungen anhalten und die Verfahren auch in der Praxis eingesetzt werden. Wie erwähnt, sollten sowohl die betroffenen Kinder als auch deren Betreuungspersonen in den diagnostischen Prozess eingebunden werden. Die Forschung ist gefordert, klare Regeln für den Umgang mit der Diskrepanz von Eltern- und Kindangaben zu formulieren und mögliche Prädiktoren für die Nichtübereinstimmung zu erforschen. Ziel könnte beispielsweise ein kombiniertes Rating unterschiedlicher Informanten sein.

Neue Erkenntnisse bezüglich der Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden hoffentlich auch dazu führen, dass Vorurteile gegenüber dem Einsatz insbesondere standardisierter klinischer Befragungen abgebaut werden können, denn wie beschrieben werden beispielsweise strukturierte Interviews wie das Kinder-DIPS sowohl von Kindern als auch von Erwachsenen als deutlich positiver und hilfreicher bewertet als von Fachleuten angenommen. Dieser Befund ist bemerkenswert und wichtig, da strukturierte Interviews gemäß der aktuellen Forschungsliteratur für die Diagnosestellung einem Gold-Standard am nächsten kommen. Um den Einsatz strukturierter Interviews in der Praxis zu steigern, ist es wahrscheinlich sinnvoll, in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten frühzeitig Trainings mit Reliabilitätsprüfungen für die Durchführung solcher Inter-

views durchzuführen. Die Forschung zeigt, die Akzeptanz und Häufigkeit der Anwendung von standardisierten klinischen Befragungsinstrumenten steigt, je mehr Kenntnis über diese Verfahren vorliegt. Des Weiteren sollte es möglich sein, die Anzahl Stunden für die Diagnostik angemessen abrechnen zu können, d. h. gesundheitspolitische Richtlinien sollten angepasst werden. Es ist zu wünschen, dass diese Punkte umgesetzt werden und somit diagnostische Verfahren, insbesondere die standardisierte Befragung, in der klinischen Praxis routinemäßig eingesetzt werden.

Literatur

Angold, A. (2002). Diagnostic interviews with parents and children, in: M. Rutter & E. Taylor (Hg.), *Child and Adolescent Psychiatry (4th ed.)* (pp. 32–51). Oxford: Blackwell Science.

Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (1993). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung, bearbeitet von P. Melchers & M. Döpfner.* Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Bruchmüller, K., In- Albon, T., & Schneider, S. (Mai 2009). Beliebt oder Unbeliebt? Die Akzeptanz von Strukturierten Interviews unter Patienten und Therapeuten. Poster präsentiert am 27. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Zürich.

Brückl, T. M., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S., & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk for subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy & Psychosomatics, 76*, 47–56.

Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26,* 817–833.

Choudhury, M. S., Pimentel, S. S., & Kendall, P. C. (2003). Childhood anxiety disorders: parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychiatry, 42*(8), 957–964.

Cole, D. A., Hoffman, K., Tram, J. M., & Maxwell, S. E. (2000). Structural Differences in Parent and Child Reports of Children's Symptoms of Depression and Anxiety. *Psychological Assessment, 12*(2), 174–185.

Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-years research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44 (10),* 972–986.

Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2000). *DISYPS-KJ. Diagnostik- System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV.* (2., überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Dubi, K. & Schneider, S. (2009). *The Picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. Journal of Anxiety Disorders, 23,* 1148–1157.

Dubi, K. & Schneider, S. (2011). Bilder Angst-Test, in: C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 71–74). Göttingen: Hogrefe.

Ehlert, U. (2007). Eine Psychotherapie ist immer nur so gut wie ihre Diagnostik. *Verhaltenstherapie, 17,* 81–82.

Essau, C. A., Muris, P., & Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Specne Children's Anxiety Scale and the screen for child anxiety related emotional disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 33,* 1–18.

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38* (5), 581–586.

Goodwin, R. D.,& Gotlib, I. H., (2004). Panic attacks and psychopathology among youth. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109* (3), 216–221.

Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 42* (1), 30–40.

Herjanic, B., Hudson, R., & Kotloff, K. (1976). Does interviewing harm children? *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior, 1,* 523–531.

Heubrock, D., & Petermann, F. (2005). Diagnostik in der klinischen Kinderpsychologie, in: F. Petermann & H. Reinecker (Hg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 178–190). Göttingen: Hogrefe.

Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau, 53,* 159–169.

In-Albon, T. & Schneider, S. (2011). Beeinträchtigungs- und Belastungsrating. Verlaufsdiagnostik und Therapieevaluation, in: G. Meinlschmidt, S. Schneider, & J. Margraf (Hg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 4 (Kap. 54). Heidelberg: Springer.

In-Albon, T., & Schneider, S. (2011). Trennungsangst Inventar-Kind/Elternversion, in: C. Barkmann, M. Schulte-Markwort & E. Brähler (Hg.), *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (S. 458–461). Göttingen: Hogrefe.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1981). Fragebogen zur Erfassung von „Selbstwirksamkeit", in: R. Schwarzer (Hg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit.* Freie Universität, Berlin.

Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 100–110.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593–602.

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

Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1566–1577.

Manassis, K., Tannock, R., & Monga, S. (2009). Anxious by Maternal – versus Self-Report: Are they the same children? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 18*(2), 103–109.

Mannstadt, S. (2009). Who agrees, who disagrees?: Parent- child agreement on child and adolescent psychopathology assessed with a semistructured diagnostic interview. Unpublished master's thesis, Universität Basel, Basel, Schweiz.

Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nölkel, P., Schaff, C., Scholz, M., Schmidt, M. H., & Remschmidt, H.(1998). An inventory for assessing the quality of life of children and adolescents – a pilot study. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26* (3), 174–182.

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of „conditioning" and „problem solving". *Harvard Educational Review, 17*, 102–148.

Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Walters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child- report in a clinical and normal sample. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 813–839.

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. *Anxiety Disorders, 15*, 443–457.

Pauschardt, J., Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2010). Assessing child and adolescent anxiety in psychiatric samples with the Child Behavior Checklist. *Journal of Anxiety Disorders, 24* (5), 461–467.

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

Rutter, M., & Graham, P. (1968). The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child: I. Interview with the child. *British Journal of Psychiatry, 114*, 563–579.

Schneider, S. (in Vorbereitung). Bilder-Angst-Test. Pearson Assessment & Information Verlag, Frankfurt a. M.

Schneider, S., Adornetto, C., & Blatter, J. (2004). Revised Children's Manifest Anxiety Scale-Elternversion. Unpubliziertes Manuskript, Universität Basel.

Schneider, S., & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13* (2), 80–96.

Schneider, S. & In-Albon, T. (2003). Trennungsangst Inventar-Kind/Elternversion. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Basel.

Schneider, S. & In-Albon, T. (2003). Beeinträchtigungs- und Belastungsrating. Verlaufsdiagnostik und Therapieevaluation. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Basel.

Schneider, S., Suppiger, A., Adornetto, C., Unnewehr, S., & Margraf, J. (2009). Handbuch zum Kinder-DIPS, in: S. Schneider, S. Unnewehr und J. Margraf (Hg.), *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS).* Heidelberg: Springer.

Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (Hg.) (2009). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS).* Heidelberg: Springer.

Sheehan, D. V. (1983). *The Anxiety Disease*. New York: Scribner & Sons.

Silverman, K. W., & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 380–411.

Strauss, C. C., Lease, C. A., Kazdin, A. E., Dulcan, M. K., & Last, G. C. (1989). Multimethod assessment of social competence of children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*, 184–189.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 40*, 1086–1093.

Korrespondenzadresse: PD Dr. phil. Tina In-Albon, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel, Missionsstrasse 60/62, CH-4055 Basel; E-Mail: tina.in-albon@unibas.ch