

Weitkamp, Katharina / Romer, Georg / Rosenthal, Sandra / Wiegand-Grefe Silke und Daniels, Judith

Der deutsche Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Eltern- und Selbsturteil in einer klinischen Stichprobe 11- bis 18-Jähriger

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 10, S. 819-834

urn:nbn:de:bsz-psydok-52439

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Der deutsche Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Eltern- und Selbsturteil in einer klinischen Stichprobe 11- bis 18-Jähriger¹

Katharina Weitkamp, Georg Romer, Sandra Rosenthal, Silke Wiegand-Grefe und Judith Daniels

Summary

The German Version of the "Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders" (SCARED): Parent- and Self Report in a Clinical Sample

The psychometric properties and cross-informant agreement of the German version of the "Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders" (SCARED) were assessed in a clinical sample. 77 children and adolescents aged 11 to 18 years in outpatient psychotherapy and 66 parents filled out the SCARED and Youth Self Report (YSR) or Child Behavior Checklist (CBCL), respectively. In $n = 57$ cases both parent and self-report was available. The German SCARED is shown to have good convergent and divergent validity compared with YSR/CBCL scales. The total score discriminated between children with an anxiety disorder and children with another psychiatric disorder. Cross-informant agreement was moderate with children reporting more and more severe anxiety symptoms than their parents. In conclusion, both the parent and the child version of the German SCARED proved valid. In clinical settings the integration of data from both perspectives seems important.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 820-834

Keywords

anxiety disorder – children – screening – psychometric properties – cross-informant agreement

Zusammenfassung

Die Verwendbarkeit und psychometrischen Eigenschaften einer deutschen Version des *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED) wurden an einer klinischen Stichprobe mit heterogenen Störungsbildern überprüft. Darüber hinaus stellte sich die Frage, ob das Selbst- und Elternurteil in zufriedenstellendem Ausmaß übereinstimmen. 77 Kinder und

¹ Die Studie wurde in Kooperation mit der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten e. V. (VaKJP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik durchgeführt. Das Autorenteam dankt den teilnehmenden Therapeuten, den Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern für ihren Beitrag zur Studie.

Jugendliche im Alter von 11 bis 18 Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung sowie 66 Elternteile nahmen an der Studie teil. Für $n = 57$ Fälle lag sowohl das Eltern- als auch das Selbsturteil vor. Die Teilnehmer füllten zu Therapiebeginn den SCARED und die Child Behavior Checklist (CBCL) bzw. den Youth Self Report (YSR) aus. Der deutsche SCARED erwies sich als divergent, diskriminant und konvergent valide in Bezug auf den Youth Self Report (YSR/CBCL). Für den Gesamtwert zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Angststörung. Die Übereinstimmung des Selbsturteils mit dem Elternurteil lag im mittleren Bereich, wobei im Selbstbericht mehr und stärkere Angstsymptomatik angegeben wurde. Die Ergebnisse sprechen für die gute Verwendbarkeit der Eltern- und Kindversion des deutschen SCARED als Screening-Instrument im klinischen Setting, wobei es wichtig erscheint, sowohl die Kinder/Jugendlichen als auch deren Eltern zu befragen.

Schlagwörter

Angststörung – Kinder – Screening – Psychometrie – Inter-Rater Übereinstimmung

1 Hintergrund

Obwohl Angststörungen im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet sind, bleiben sie oftmals unterdiagnostiziert und unbehandelt. In einer repräsentativen deutschen Studie zeigte sich, dass weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit einer Angststörung zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung waren, obwohl die Angststörung einen deutlichen negativen Einfluss auf die Lebensqualität hatte (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, Erhart, 2007; Ravens-Sieberer et al., 2008). Um dieser Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen entgegenzuwirken, ist ein schnelles, ökonomisches Screening wichtig, welches das komplette Spektrum der Angststörungen abdeckt. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass Kinder bis zu einem gewissen Alter nicht als zuverlässige Informationsquellen anzusehen sind, Eltern jedoch die internalisierende Symptomatik schwer einschätzen können. Aus anderen Studien ist bekannt, dass die Übereinstimmung zwischen Beurteilerperspektiven bezogen auf emotionale und Verhaltensproblematik des Kindes eher gering ist, wobei ängstliche Kinder/Jugendliche tendenziell mehr Symptome von höherer Intensität berichten als ihre Eltern (Achenbach, McConaughy, Howell, 1987; De Los Reyes u. Kazdin, 2004; Wren, Bridge, Birmaher, 2004). Kinder und Jugendliche mit Sozialphobie hingegen tendieren dazu, aus Angst vor negativer Bewertung ihre Symptomatik herunterzuspielen. Hier scheint das Elternurteil valider zu sein (DiBartolo, Albano, Barlow, Heimberg, 1998). Diese Befunde legen nahe, dass Selbst- und auch Elternurteil für die Diagnose von Angststörungen im Kinder- und Jugendbereich gleichermaßen sinnvoll sind. Somit werden Screening-Instrumente benötigt, die sowohl eine Selbsteinschätzung als auch ein paralleles Elternurteil bieten. Ferner ist ein Instrument vorteilhaft, welches ökonomisch das

gesamte Spektrum der Angststörungen in einem abdeckt, sodass keine Reihe von Fragebögen benötigt wird.

Aktuell liegen im deutschen Sprachraum Screening-Fragebögen für spezifische Angststörungen vor, z. B. das *Sozialphobie und Angstinventar für Kinder* (SPAIK; Melfsen, Florin, Warnke, 2001), die *Social Anxiety Scale for Children* (SASC-R-D; Melfsen, 1998) und der *Phobie-Fragebogen für Kinder* (PHOKI; Döpfner, Schnabel, Goletz, Ollendick, 2006). Weitere Screening-Instrumente erfassen Ängstlichkeit global, sind jedoch reine Selbstbeurteilungsfragebögen, wie z. B. der *Kinder-Angst-Test* (KAT-II; Thurner u. Tewes, 2000) oder *Spence's Children Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1998).

Als Screening-Fragebogen übergreifend für das gesamte Spektrum der Angststörungen ist der *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1997, 1999) in deutscher Sprache verfügbar. Dieses Screening-Instrument liegt in einer Kind- und in einer Elternversion vor. Der Fragebogen wurde in Anlehnung an die Klassifikation der Angststörungen des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-IV; Saß, Wittchen, Zaudig, 2003) entwickelt. Die fünf Faktoren des Fragebogens repräsentieren die Hauptdiagnosen für den Kinder- und Jugendbereich: *Panikstörung* (13 Items, Spannbreite der Werte 0- 26; Beispiel: „Wenn ich Angst habe, kann ich schwer atmen“), *generalisierte Angststörung* (9 Items, Spannbreite der Werte 0-18; Beispiel: „Ich mache mir Sorgen, ob alles für mich gut ausgeht“), *Schulangst* (4 Items, Spannbreite der Werte 0- 8; Beispiel: „In der Schule bekomme ich Bauchschmerzen“), *Soziale Phobie* (7 Items, Spannbreite der Werte 0-14; Beispiel: „Ich bin nicht gern mit Menschen zusammen, die ich nicht gut kenne“) und *Trennungsangst* (8 Items, Spannbreite der Werte 0- 16; Beispiel: „Ich mag es nicht, weg von meiner Familie zu sein“). Eltern- und Kindversion verfügen über die gleiche Anzahl von Items und sind parallel formuliert (z. B. „Ich bin nervös“ – „Mein Kind ist nervös“). Ursprünglich bestand der SCARED aus 38 Items, in einer überarbeiteten Version wurden jedoch drei Items zur Skala *Soziale Phobie* hinzugefügt, um die psychometrischen Eigenschaften dieser Subskala zu verbessern. Jedes Item wird auf einer Skala von 0 = *trifft nicht zu* oder *trifft selten zu* bis 2 = *trifft genau zu* oder *trifft meistens zu* eingeschätzt. Die Skalenwerte und der Gesamtwert werden durch Summierung der jeweiligen Items gebildet. Höhere Werte stehen hierbei für eine stärkere Ausprägung der Angstsymptomatik. Birmaher und Kollegen ermittelten an einer Stichprobe von 190 Kindern in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung einen Cut-Off bei 25 Skalenpunkten, ab welchem die angegebene Angstsymptomatik als pathologisch angesehen werden kann (Birmaher et al., 1999). Bei diesem Cut-Off konnte der SCARED mit einer Sensitivität von 71 % und einer Spezifität von 67 % zwischen Angststörungen und anderen Störungen differenzieren (Angst vs. Depression: Spezifität 61 %, Angst vs. externalisierende Störungen: Spezifität 71 %; Birmaher et al., 1999). Der englische SCARED hat eine gute Retest-Reliabilität bei einem Intervall von durchschnittlich fünf Wochen (ICC=.86; bzw. zwischen .70 und .90 für die einzelnen Faktoren; Birmaher et al., 1997) sowie eine hohe interne Konsistenz (Cronbachs Alpha α = .90 ; Birmaher et al., 1999). In einer ersten Prüfung der deutschen Version an einer Feldstichprobe zeigten sich ebenfalls gute psychometrische Qualitäten: Die Kinderversion wurde an 556 Grundschulkindern

im Alter von 8 bis 12 Jahren validiert. Das Selbsturteil des SCARED wies eine gute interne Konsistenz auf (Gesamtwert: $\alpha = .91$, Subskalen: $\alpha = .66$ bis $\alpha = .81$; Essau, Muris, Ederer, 2002), ebenso das Elternurteil bei klinisch auffälligen Kindern und Jugendlichen (Gesamtwert: $\alpha = .90$, Subskalen: $\alpha = .80$ bis $\alpha = .92$; Weitkamp, Romer, Rosenthal, Wiegand-Grefe, Daniels, 2010). Lediglich die Skala Trennungsangst im Elternurteil hatte ein nicht zufriedenstellendes $\alpha = .51$. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die 5-Faktorenstruktur des englischen Originals (Essau et al., 2002). In einer explorativen Faktorenanalyse erwies sich eine 4-Faktorenstruktur als ebenfalls möglich (Plass et al., 2004). Der SCARED ist in weiteren Sprachen erhältlich und validiert (Hale III, Crocetti, Raaijmakers, Meeus, 2010), unter anderem auf Niederländisch (Muris, Merckelbach, Schmidt, Mayer, 1999), Italienisch (Crocetti, Hale, Fermani, Raaijmakers, Meeus, 2009), Spanisch (Vigil-Colet et al., 2009) und Chinesisch (Su, Wang, Fan, Su, Gao, 2008). Im Hinblick auf die Inter-Rater Übereinstimmung zeigten sich für die englische Version des SCARED moderate Korrelationen zwischen Eltern- und Selbsturteil ($r = .55$ für Gesamtwert; $r = .40$ bis $r = .58$ für die Subskalen; Wren et al., 2004). Im Durchschnitt berichteten die Jugendlichen mehr Angstsymptome als deren Eltern (SCARED Gesamtwert: $M = 18,12$ vs. $M = 14,43$), was hauptsächlich auf die Antworten zur Panikstörung und Trennungsangst zurückzuführen war (Wren et al., 2004).

Die Weitkamp et al. (2010) zugrundeliegende Stichprobe wurde für die vorliegende Publikation auf $n = 57$ Eltern-Kind-Paare erweitert sowie auf die Altersgruppe 11-18 Jahre beschränkt, um eine Übereinstimmung des Selbsturteils mit dem YSR zu ermöglichen. Betrachtet wird hier zudem die diskriminante Validität in der Differenzierung zwischen Angst- und anderen Störungsgruppen (nach ICD-10 Diagnose).

Ziel der vorliegenden Studie war die genauere Prüfung der konvergenten, diskriminanten und divergenten Validität sowie der Eltern-Kind Übereinstimmung des SCARED in einer klinischen Stichprobe. Im Einzelnen sollten folgende Fragestellungen bearbeitet werden: 1) erweist sich der SCARED als konvergent und divergent valide und 2) weisen Patienten mit Angststörungen höhere Werte im SCARED auf, als Patienten mit anderen Störungsbildern (diskriminante Validität); 3) ist die Übereinstimmung des Eltern- und Selbsturteils zufriedenstellend (d. h. vergleichbar mit der Übereinstimmung im mittleren Bereich der englischen Version)?

2 Methode

2.1 Durchführung

Die Datenerhebung fand im Rahmen einer naturalistischen Wirksamkeitsstudie zur ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen statt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf genehmigt. 25 ambulant arbeitende Psychotherapeut/innen im Raum Norddeutschland

nahmen an der Studie teil. Die Patient/innen² und deren Eltern wurden nach dem Erstkontakt mit ihrer/m Therapeutin/en zur Studienteilnahme aufgefordert. Die Altersgruppe wurde auf 11- bis 18-Jährige begrenzt, da einige der eingesetzten Instrumente lediglich für diesen Altersrange konstruiert und validiert sind.

173 Familien haben zwischen September 2007 und Juli 2010 eine Psychotherapie bei den teilnehmenden Therapeuten begonnen. 84 Familien haben sich zur Teilnahme bereit erklärt (48,6 %). Von den 89 Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen, erfüllten zwei Patienten die Ausschlusskriterien (psychotisch, suizidal oder mangelnde Deutschkenntnisse), 16 Familien wurden von den Therapeuten als zu belastet erlebt, weitere 71 Patienten und deren Familien lehnten die Teilnahme ab. Zwischen den Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich zentraler Parameter wie Alter, Gender, Störungsart, Ausmaß der Belastung, familiäres Funktionsniveau. Deskriptiv hatten die Nicht-Teilnehmer tendenziell mehr Anpassungs- und Belastungsstörungen und weniger affektive Störungen als die Teilnehmer.

Die teilnehmenden Familien erhielten ein Aufklärungsschreiben und gaben ihr Einverständnis. Die Fragebögen wurden den Familien postalisch zugestellt. Um die Kooperation zu erleichtern, wurden frankierte Rückumschläge beigelegt. Falls die Fragebögen innerhalb einer Frist von zwei Wochen nicht zurückgesandt wurden, erhielten die Familien bis zu zwei Erinnerungsschreiben samt Ersatzfragebögen im Abstand von zwei und vier Wochen. In einem beigelegten Anschreiben wurden die Studienteilnehmer gebeten, die Fragebögen jeweils allein auszufüllen, um mögliche Absprachen im Familienkreis zu vermeiden. Zur Diagnosestellung wurden halbstrukturierte diagnostische Interviews durchgeführt (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present Episode; K-SADS-P, Chambers et al., 1985). Hierzu wurden die Studienteilnehmer zu einem Termin ins Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eingeladen, wo zwei speziell geschulte Psychologinnen die Gespräche mit den Eltern und den Kindern/Jugendlichen führten.

2.2 Stichprobe

Befragt wurden 84 Kinder und Jugendliche und deren Eltern, die eine ambulante psychodynamische Psychotherapie begonnen hatten. 77 Patienten und 66 Elternteile (60 Mütter, 6 Väter) füllten Fragebögen aus. Für $n = 57$ Fälle lag sowohl das Selbst- als auch das Elternurteil vor. 18 Jugendliche lehnten die Teilnahme ihrer Eltern ab, für weitere 9 Patienten lag nur das Elternurteil vor.

Die Kinder und Jugendlichen waren zwischen 11 und 18 Jahren alt ($M = 14,8$ Jahre, $SD = 2,3$). Über zwei Drittel der Stichprobe war weiblich ($n = 59$; 70 %). Mehr als 48 % der Eltern lebten getrennt. Die Hälfte der befragten Elternteile hatte einen Real- bzw. Hauptschulabschluss (49 %), ein Fünftel hatte Abitur/Fachhochschulreife als höchsten

² Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird im Weiteren die männliche Form verwendet, gemeint sind jeweils Patienten beiderlei Geschlechts.

Bildungsabschluss (18 %). Um die 28 % der Eltern gaben an, einen Universitätsabschluss zu haben.

Bei 63 % der Stichprobe ($n = 53$) konnte das diagnostische Interview durchgeführt werden, in den anderen Fällen verweigerten die Jugendlichen die Teilnahme am Interview oder konnten aus anderen Gründen nicht befragt werden. Für die 25 % ohne diagnostisches Interview liegen die Diagnosen der behandelnden Therapeuten vor. Im diagnostischen Interview zeigte sich, dass alle befragten Patienten mindestens eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufwiesen. 31 Kinder/Jugendliche hatten eine affektive Störung (59 %), 25 eine Angststörung (47 %), elf eine externalisierende Störung (20 %) und weitere zehn eine Anpassungs- und Belastungsstörung (19 %). Von den 25 Patienten mit Angststörung zeigten zehn komorbid eine affektive Störung, weitere vier eine komorbide externalisierende Störung und ein Patient eine komorbide PTBS. Zehn Patienten wiesen ausschließlich eine Angststörung auf.

Tabelle 1: Übereinstimmung von Eltern- und Selbsturteil (Intraclass-Korrelationen) und Unterschiede im SCARED nach Angst- und anderen Störungsbildern getrennt für Selbst- und Elternurteil (Varianzanalyse)

| SCARED | Inter-Rater Übereinstimmung | Selbsturteil | | | Elternurteil | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------|--------------------------|----------------------------|---------|
| | | Angststörung | | | Angststörung | | |
| | | ja (MW, $n = 22$) | nein (MW, $n = 25$) | F | ja (MW, $n = 21$) | nein (MW, $n = 21$) | F |
| Gesamtwert | ,53** | 28,0 | 19,4 | 4,258* | 19,5 | 11,4 | 6,729* |
| Panikstörung | ,52** | 7,0 | 4,2 | 4,049* | 3,3 | 1,7 | 2,636 |
| Generalisierte Angst | ,46** | 8,2 | 7,2 | 0,408 | 5,9 | 4,5 | 0,945 |
| Trennungsangst | ,48** | 3,7 | 2,0 | 4,993* | 3,2 | 1,5 | 7,927** |
| Soziale Phobie | ,46** | 6,9 | 4,3 | 6,907* | 4,8 | 2,6 | 3,472 |
| Schulangst | ,57** | 2,3 | 1,7 | 0,765 | 2,4 | 1,1 | 3,458 |

Anmerkung: ICC = Intraclass-Korrelation; * $p \leq .05$ (einseitig); ** $p \leq .01$ (einseitig)

2.3 Instrumente

Die hier verwendeten Instrumente waren Teil einer umfassenderen Fragebogen-Batterie, welche im Rahmen der Evaluationsstudie eingesetzt wurde. Für den SCARED wurde die Übersetzung von Plass und Kollegen verwendet (Plass et al., 2004; siehe Abschnitt 1 für eine detaillierte Beschreibung, dt. Version von den Autoren erhältlich). Zusätzlich wurde zur Einschätzung der Symptomatik die Child Behavior Checklist (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) bzw. für Jugendliche der Youth Self Report (YSR; Döpfner, Berner, Lehmkuhl, 1994) eingesetzt.

Die CBCL/YSR besteht aus 118 Items zu spezifischen emotionalen und Verhaltensproblemen in Kindheit und Jugend. Die Versionen für Eltern und Kinder enthalten folgende parallele Syndromskalen: sozialer Rückzug, körperliche Be-

schwerden, ängstlich/Depressiv, soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten und aggressives Verhalten. Neben einem Gesamtwert zur Auffälligkeit lassen sich zwei übergeordnete Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Problemen berechnen. Die internalisierende Skala basiert auf den Syndromskalen sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und ängstlich/depressiv. Aggressives und dissoziales Verhalten sowie Aufmerksamkeitsprobleme bilden die externalisierende Skala. Jedes Item der CBCL/YSR entspricht einem spezifischen Problemverhalten und wird auf einer 3-stufigen Skala von 0 = *nicht zutreffend* bis 2 = *genau oder häufig zutreffend* eingeschätzt. Höhere Skalenwerte stehen für eine stärker ausgeprägte Pathologie. Reliabilität und Validität der weit verbreiteten CBCL/YSR wurden in einer Vielzahl von Studien bestätigt (vgl. Döpfner et al., 1994).

2.4 Auswertungen

Die Skalenwerte für SCARED und CBCL/YSR wurden gemäß den publizierten Anweisungen berechnet (Achenbach et al., 1987; Birmaher et al., 1997, 1999). Beim SCARED wurden zusätzlich fehlende Werte (bis zu 20 % Missings einer Skala bei jeweils einem Probanden) durch das Mittel der Skala ersetzt. Für einen Jugendlichen und $n = 2$ Elternteile konnten Einzelskalen aufgrund zu vieler Missings nicht berechnet werden. Für alle Auswertungsschritte wurden die jeweiligen Voraussetzungen vorab geprüft. Zur Bestimmung der konvergenten und divergenten Validität wurden Pearson Korrelationen mit einseitiger Testung bestimmt. Für die Frage, ob der SCARED zwischen Kindern mit einer Angstdiagnose und Kindern mit einem andere Störungsbild diskriminieren kann, wurden Varianzanalysen (GLM) mit dem Faktor Angst- vs. andere Störung jeweils getrennt für die Subskalen und den Gesamtscore sowie für Eltern und Kinder berechnet. Die Übereinstimmung des Eltern- und Selbsturteils wurde anhand von 1) Intraclass-Korrelationen mit einem Modell fester Effekte (McGraw u. Wong, 1996) zur Bestimmung der absoluten Übereinstimmung, sowie 2) Varianzanalysen (GLM) zur Betrachtung der absoluten Werte zwischen den Urteilen geprüft; 3) darüber hinaus wurden die Übereinstimmung der Auffälligkeit (Werte über dem cut-off) mittels Kreuztabellen betrachtet. Die Berechnungen wurden mit SPSS 15.0 durchgeführt.

3 Ergebnisse

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Skalen des SCARED sind in Abbildung 1 abgebildet, aufgeteilt nach Selbst- und Elternurteil. Unabhängig von der Perspektive wurden Symptome zu generalisierter Angst und Sozialphobie am häufigsten berichtet. Unterschiede zwischen den beiden Perspektiven werden in Abschnitt 3.1 detailliert betrachtet.

3.1 Übereinstimmung Selbst- und Elterneinschätzung

Die Übereinstimmung im Eltern- und Selbsturteil des SCARED wurde anhand von Intraclass-Korrelationen (einseitige Testung) geprüft. Es zeigen sich signifikante Intraclass-Korrelationen im mittleren Bereich (Cohen, 1969) für den Gesamtwert ($ICC = ,57$; $p \leq .001$) und alle Subskalen ($ICC = ,48$; $p \leq .001$ für Trennungsangst bis $ICC = ,74$ für Schulangst; $p \leq .001$; s. Tab. 1). Insgesamt korrelierten Selbst- und Elternurteil jeweils höher mit der zugehörigen Subskala als mit den restlichen Subskalen der anderen Perspektive (z. B. Elternurteil für Trennungsangst korreliert höher mit der Trennungsangst Skala im Selbsturteil als mit den anderen Skalen des Selbsturteils).

Übereinstimmungen hinsichtlich der Ausprägung der Symptomatik wurden per Mittelwertsvergleich analysiert. Abbildung 1 zeigt die mittleren Unterschiede zwischen Eltern- und Selbsturteil für die Subskalen des SCARED und den Gesamtwert. Die Kinder und Jugendlichen berichten signifikant mehr und intensivere Angstsymptomatik als die zugehörigen Eltern für den Gesamtwert ($F = 13,508$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .194$), Panikstörung ($F = 20,593$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .269$), generalisierte Angststörung ($F = 7,400$; $p \leq .009$; $\eta^2 = .117$) und Trennungsangst ($F = 9,053$; $p \leq .004$; $\eta^2 = .139$). Für soziale Phobie und Schulangst liegen die Einschätzungen von Eltern und Kindern auf ähnlichem Niveau und unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (soziale Phobie: $F = 2,233$; $p \leq .141$; $\eta^2 = .038$; bzw. Schulangst: $F = 0,000$; $p \leq .983$; $\eta^2 = .000$).

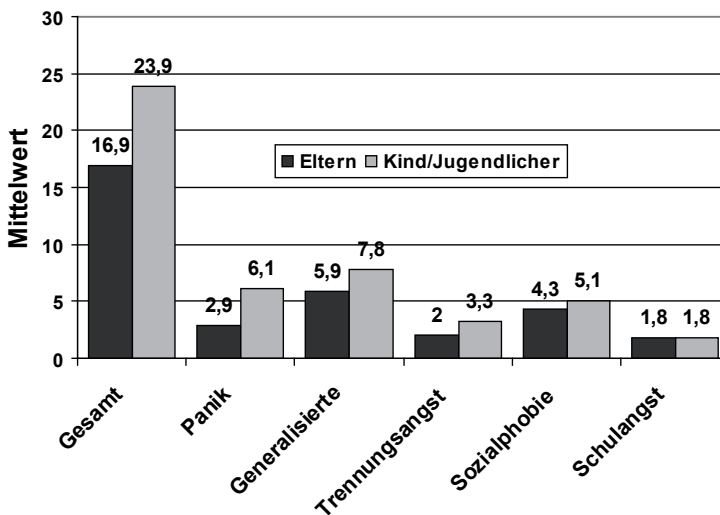


Abbildung 1: Mittelwerte für SCARED Gesamtwert und Subskalen nach Eltern- und Selbsturteil ($n = 57$)

Die Übereinstimmung hinsichtlich der Auffälligkeit der ängstlichen Symptomatik (Cut-Off ≥ 25 , Birmaher et al., 1999) wurde anhand einer Kreuztabelle betrachtet.

Zu 73 % stimmten Eltern und Kind darin überein, ob die Angstsymptomatik im klinischen Bereich liegt (signifikanter Zusammenhang: Somers $d = .437$; $p \leq .001$). Für die 27 % Nicht-Übereinstimmung ergab sich, dass überwiegend das Selbsturteil über dem Cut-Off lag, während die Eltern die Symptomatik als weniger auffällig einschätzten (12 von 15 Fällen).

3.2 Konvergente und divergente Validität - Übereinstimmung SCARED und YSR/CBCL

Konvergente Validität. Betrachtet man die korrelativen Zusammenhänge des Selbsturteils zum SCARED mit den Skalen zu internalisierendem Verhalten des YSR (internalisierend, ängstlich/depressiv, sozialer Rückzug und körperliche Beschwerden) so zeigen sich folgende Ergebnisse. Insgesamt ergeben sich signifikante positive Korrelationen aller Skalen in der erwarteten Richtung (s. Tab. 2). Für den SCARED Gesamtwert und die Skalen Panikstörung, generalisierte Angst, Schulangst und Trennungsangst liegen die Korrelationen im mittleren Bereich (zwischen $r = .46^{**}$ bis $r = .81^{**}$). Für soziale Phobie sind die Korrelationen als klein einzustufen. Die korrelativen Zusammenhänge des SCARED mit den Symptomskalen des YSR sind am stärksten für die YSR-Skalen internalisierendes Verhalten und ängstlich/depressiv, etwas geringer für sozialen Rückzug und körperliche Beschwerden. Wobei körperliche Beschwerden aus dem YSR inhaltlich stimmig am deutlichsten mit der SCARED-Skala Panikstörung korrelieren ($r = .74^{**}$). Die korrelativen Zusammenhänge der Elternversion des SCARED mit den internalisierenden Skalen des CBCL liegen im mittleren, teils im geringen Bereich. Im Einzelnen ergeben sich höhere Zusammenhänge dort, wo es inhaltlich zu erwarten wäre, z. B. korrelierte die SCARED-Skala Panikstörung gering mit den CBCL-Skalen (zwischen $r = .24$ und $r = .46^{**}$). So zeigte auch die SCARED-Skala zur sozialen Phobie geringe teils nicht signifikante Korrelationen mit den internalisierenden CBCL-Skalen. Der korrelative Zusammenhang zu sozialem Rückzug ist jedoch im mittleren Bereich ($r = .49^{**}$). Diese Ergebnisse sprechen für die konvergente Validität der Angstskalen des SCARED, wobei das Selbsturteil tendenziell zwischen SCARED und YSR engere Zusammenhänge aufwies als das Elternurteil zwischen SCARED und CBCL.

Divergente Validität. Zur Prüfung der divergenten Validität wurden die korrelativen Zusammenhänge zur Skala externalisierendes Verhalten des YSR (bzw. CBCL) herangezogen. Einige der Angstskalen des SCARED waren korrelativ unabhängig vom externalisierenden Verhalten. Für die Skalen Trennungsangst, generalisierte Angst und den Gesamtwert zeigten sich geringe korrelative Zusammenhänge mit der Skala externalisierendes Verhalten des YSR/CBCL (s. Tab. 2). Dies gilt sowohl für das Selbst- wie auch für das Elternurteil (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Korrelation des SCARED mit Skalen des YSR bzw. CBCL

| SCARED | Korrelationen mit YSR (Selbsturteil; n = 77) | | | | | | | Korrelationen mit CBCL (Elternurteil; n = 64) | | | | | | |
|----------------|---|-----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|-----------------|--|--|-----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|-----------------|--|
| | Gesamt- wert | Internali- sierend | Externali- sierend | Ängstl./ Depr. | körperl. Beschw. | soz. Rückzug | | Gesamt- wert | Internali- sierend | Externali- sierend | Ängstl./ Depr. | körperl. Beschw. | soz. Rückzug | |
| Gesamtwert | .73** | .81** | .25* | .75** | .67** | .68** | | .59** | .67** | .22* | .66** | .43** | .53** | |
| Panikstörung | .69** | .75** | .21* | .66** | .74** | .58** | | .37* | .44** | .08 | .46** | .42** | .24* | |
| General. Angst | .67** | .74** | .31* | .75** | .54** | .56** | | .60** | .65** | .34** | .71** | .33* | .41** | |
| Trennungsangst | .54** | .61** | .21* | .57** | .46** | .52** | | .57** | .59** | .35** | .49** | .43** | .36** | |
| Soziale Phobie | .34** | .44** | .10 | .37** | .26* | .53** | | .12 | .25* | -.10 | .17 | -.05 | .49** | |
| Schulangst | .54** | .58** | .14 | .49** | .57** | .45** | | .45** | .49** | .23 | .46** | .55** | .28* | |

Anmerkung: * $p \leq .05$ (einseitig); ** $p \leq .01$ (einseitig); CBCL = Child Behaviour Checklist; YSR = Youth Self Report

3.3 Diskriminante Validität

Zur Betrachtung der diskriminanten Validität wurden die Patienten gemäß ihrer ICD-10 Diagnose gruppiert in Angststörungen und andere psychische Störungen, wobei die Patienten mit einer Angststörung und komorbiden anderen Störung der Gruppe der Angststörungen zugerechnet wurden. Die Ergebnisse der Varianzanalysen mit dem Faktor Störungsgruppe sind in Tabelle 1 dargestellt. Das Gesamturteil des SCARED differenziert im Eltern- und im Selbsturteil zwischen den Kindern mit Angstdiagnose und denen mit einer anderen Diagnose. Auf der Ebene der Subskalen diskriminieren Skalen Panik, Trennungsangst und Sozialphobie im Selbsturteil. Für die Skala generalisierte Angst und Schulangst ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in den berichteten Werten zwischen den Störungsgruppen. Im Elternurteil diskriminiert auf Ebene der Subskalen lediglich die Trennungsangst zwischen den Kindern mit und ohne diagnostizierter Angststörung.

4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war die Prüfung der konvergenten, divergenten und diskriminanten Validität sowie der Eltern-Kind Übereinstimmung des SCARED in einer klinischen Stichprobe im naturalistischen Setting.

Sowohl für die Eltern- als auch für die Kinderversion zeigten sich gute psychometrische Eigenschaften. Die konvergente Validität wurde durch Korrelationen mittlerer Effektgröße in erwarteter Richtung mit den internalisierenden Skalen des YSR bestätigt. Für die Elternversion ergaben sich ebenfalls signifikante Zusammenhänge in erwarteter Richtung mit den internalisierenden Skalen des CBCL, allerdings im mittleren bis gerin-

gen Bereich. Die geringen, teils nicht signifikanten Korrelationen zur externalisierenden Symptomatik im YSR/CBCL sprechen für die divergente Validität der Skala. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den anhand einer Feldstichprobe ermittelten Gütekriterien: Auch in der nicht-klinischen Stichprobe wies der deutsche SCARED mittlere bis hohe Korrelationen mit den internalisierenden Skalen des YSR, sowie geringe korrelative Zusammenhänge mit der externalisierenden Symptomatik im YSR auf (Essau et al., 2002).

Die Unterscheidungsfähigkeit zwischen Kindern/Jugendlichen mit Angststörung und anderen Störungen war für den Gesamtwert des SCARED zufriedenstellend sowohl im Eltern- als auch im Selbsturteil. Auf Ebene der Subskalen konnte das Selbsturteil besser differenzieren. Diese Ergebnisse spiegeln eine vergleichbare Befundlage der englischen Version wider (Birmaher et al., 1999). Der Gesamtwert differenzierte zwischen den Störungsgruppen im Selbst- und im Elternurteil. Das Selbsturteil erwies sich als überlegen, die Elternversion des englischen SCARED differenzierte nur in einigen Subskalen zwischen Fällen mit einer Angststörung und Fällen mit einer anderen psychiatrischen Störung. Diese Ergebnisse sprechen für die Relevanz des Selbsturteils in der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen.

Die Eltern-Kind Übereinstimmung lag in unserer Stichprobe im mittleren Bereich, vergleichbar mit Befunden zum englischen SCARED ($r = .55$ für den Gesamtwert; Wren et al., 2004). Ähnliche Ergebnisse berichten auch Schreier und Heinrichs für die Übereinstimmung von Eltern- und Selbsturteil bei sozialer Phobie an einer deutschen Stichprobe im Alter von 9 bis 16 Jahren (Korrelationen zwischen $r = .43$ und $r = .54$; Schreier u. Heinrichs, 2008). Diese moderaten Zusammenhänge sind im Vergleich zu anderen Studien zur Übereinstimmung von Eltern- und Kindurteil von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten als hoch zu bewerten, gegenüber einer durchschnittlichen Korrelation von $r = .20$ aus der Meta-Analyse zur Inter-Rater Übereinstimmung des Kind- und Elternurteils (Achenbach et al., 1987). Für die Meta-Analyse wurden Einschätzungen zu externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten zusammengefasst betrachtet, wobei die Übereinstimmung für internalisierendes Verhalten gegenüber externalisierendem erfahrungsgemäß besser ist, insgesamt jedoch auch im geringen bis mittleren Bereich (Comer u. Kendall, 2004; Cosi, Canals, Hernandez-Martinez, Vigil-Colet, 2010; Wren et al., 2004).

Eine gewisse Übereinstimmung im Bericht der Symptomatik kann stichprobenbedingt vorausgesetzt werden, da die Eltern oftmals diejenigen sind, die den Besuch bei einem Therapeuten initiieren. Andere Familien, in denen die Eltern die Angstsymptomatik ihres Kindes weniger im Blick haben (geringeres Einfühlungsvermögen, Verdrängung etc.), würden keine psychotherapeutische Behandlung aufsuchen. Somit mag die Übereinstimmung zwischen Kind- und Elternurteil in dieser Stichprobe im Vergleich zur Gesamtpopulation überschätzt worden sein.

Obwohl Eltern und Kinder relativ gute korrelative Übereinstimmungen aufwiesen, zeigten sich für die absoluten Werte deutliche Unterschiede dahingehend, dass Kinder und Jugendliche signifikant mehr und intensivere Angstsymptomatik berichten als ihre Eltern, wie dies beispielsweise auch für den Englischen und den Spanischen

SCARED bereits berichtet wurde (Cosi et al., 2010; Wren et al., 2004). Bei Schulangst und Sozialphobie zeigten sich diese Differenzen jedoch nicht. Für die eher hohe Übereinstimmung im Eltern- und Selbsturteil bei Schulangst und Sozialphobie sind verschiedene Erklärungsansätze denkbar. Bestimmte Formen der Angstsymptomatik können im Familienalltag präsenter sein als andere. Dies wäre für Schulangst denkbar. Für die Sozialphobie haben beispielsweise DiBartolo und Kollegen (1998) gezeigt, dass besonders sozialängstliche Jugendliche eher zurückhaltend sozialphobische Symptomatik preisgeben, dort also der Effekt des „Overreporting“ auf Kinderseite aus Angst vor Bewertung wegfällt. Für letzteren Erklärungsansatz sprechen die – in der vorliegenden Studie aufgetretenen – geringeren Übereinstimmungen von Sozialphobie und Schulangst zu den internalisierenden Skalen des YSR im Vergleich zu den anderen Subskalen des SCARED. Die Diskrepanzen zwischen Eltern- und Kindurteil, welche je nach Art der Angst unterschiedlich ausfallen, verdeutlichen die Notwendigkeit der Befragung verschiedener Perspektiven in der Diagnostik von Angststörungen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen. Zum einen war die Stichprobengröße relativ gering. Zwar ergab eine Poweranalyse mit G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) eine zufriedenstellende Power der durchgeführten Tests ($> 80\%$), eine differenzierte Gegenüberstellung von Alters- oder Geschlechtsgruppen war jedoch nicht möglich. Des Weiteren ist zu beachten, dass die divergente und konvergente Validität nur am CBCL/YSR geprüft wurde. Dabei handelt es sich zwar um ein gut geprüftes und international weit verbreitetes Instrument, dennoch könnte eine weitere Prüfung des SCARED an anderen überlappenden und divergierenden Dimensionen psychischen Erlebens die Verwendbarkeit zusätzlich fundieren.

Bezüglich der Repräsentativität ist anzumerken, dass die tiefenpsychologische und/oder analytische Therapierichtung in Deutschland in der ambulanten Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit 78 % aktuell noch das vorherrschende Verfahren darstellt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008). Somit ist von einem relativ repräsentativen Abbild der Familien auszugehen, die mit ihren Kindern eine ambulante Psychotherapie aufsuchen. Auch der Bildungsgrad der Eltern entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt (Statistisches Bundesamt, 2006). Für die Eltern mit niedrigerem Bildungsabschluss zeigten sich keine Schwierigkeiten den Fragebogen auszufüllen. Eltern und Kinder mit einer anderen Muttersprache als Deutsch waren jedoch unterrepräsentiert, da zum einen wenige Patienten mit Migrationshintergrund im Erhebungszeitraum eine Therapie begonnen haben, zum anderen gute Deutschkenntnisse ein Teilnahmekriterium für diese Fragebogenstudie waren. Über den Diagnosestatus der teilnehmenden Eltern lagen keine Informationen vor, sodass mögliche Verzerrungen der Antworten durch depressive oder ängstliche Elternteile, wie in der Forschung bereits belegt, nicht berücksichtigt werden konnten (De Los Reyes u. Kazdin, 2005). Ungeklärt bleibt auch, ob der SCARED zwischen ängstlicher und depressiver Symptomatik angemessen differenzieren kann, da die Komorbidität von affektiven und Angststörungen im naturalistischen Kontext der vorliegenden Studie hoch war. Somit ist weitere Forschung insbesondere zur Differenzierungsfähigkeit der einzelnen Angststörungen nötig.

Dennoch war es möglich, die gute Verwendbarkeit des SCARED sowohl für Kinder als auch deren Eltern in Familien im klinischen Setting zu prüfen. Die Ergebnisse zur Eltern- und Kindversion lieferten in dieser naturalistischen Studie Hinweise auf eine gute Validität des Instruments. Die Ergebnisse haben darüber hinaus verdeutlicht, dass im Screening und Diagnostikprozess von Angststörungen sowohl Eltern- als auch Kindurteil von Bedeutung sind. Die Unterschiede in der berichteten Symptomentensität von Kindern und Eltern legen jedoch nahe, dass der von Birmaher und Kollegen ermittelte Cut-Off-Wert (Birmaher et al., 1999) für das Selbsturteil sinnvoll ist, für das Elternurteil jedoch die Gefahr birgt, die Angstsymptomatik zu unterschätzen. Eine mögliche Antwort auf die Frage, wie Diagnostiker und Kliniker mit der mittleren aber doch nicht glänzenden Übereinstimmung von Kindern und deren Eltern umgehen sollen, bietet die so genannte „oder-Regel“ (Comer u. Kendall, 2004), welche besagt, dass all diejenigen Fälle als klinisch bedeutsam angesehen werden, für die entweder das Selbst- oder das Elternurteil eine deutliche Beeinträchtigung berichtet. Diese Regel erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass klinische Fälle eine Intervention erhalten im Gegensatz zur „und-Regel“ nach der nur diejenigen Fälle eingeschlossen werden bzw. eine Behandlung erhalten, in welchen Eltern und Kind die Symptomatik als bedeutsam und auffällig eingeschätzt haben.

Literatur

- 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.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen für das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handanweisung (2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Birmaher, B., Brent, D., Chiappetta, 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. et al. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A. et al. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: Test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children, present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavior Science*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Comer, J. S., Kendall, P. C. (2004). A symptom-level examination of parent-child agreement in the diagnosis of anxious youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 878-886.

- Cosi, S., Canals, J., Hernandez-Martinez, C., Vigil-Colet, A. (2010). Parent-child agreement in SCARED and its relationship to anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 129-133.
- Crocetti, E., Hale, W. W., Fermani, A., Raaijmakers, Q. A. W., Meeus, W. H. J. (2009). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and The Netherlands. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 824-829.
- De Los Reyes, A., Kazdin, A. E. (2004). Measuring informant discrepancies in clinical child research. *Psychological Assessment*, 16, 330-334.
- De Los Reyes, A., Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509.
- DiBartolo, P. M., Albano, A. M., Barlow, D. H., Heimberg, R. G. (1998). Cross-informant agreement in the assessment of social phobia in youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 213-220.
- Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G. (1994). Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H., Ollendick, T. H. (2006). PHOKI - Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C. A., Muris, P., Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behaviour Research Methods*, 39, 175-191.
- Hale III, W. W., Crocetti, E., Raaijmakers, Q. A. W., Meeus, W. H. J. (2010). A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02285.x.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2008). Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland [Electronic Version]. Retrieved 21.06.2010 from <http://daris.kbv.de/daris.asp>.
- McGraw, K. O., Wong, S. P. (1996). Forming Inferences About Some Intraclass Correlation Coefficients. *Psychological Methods*, 1, 30-46.
- Melfsen, S. (1998). Die deutsche Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-R-D): Psychometrische Eigenschaften und Normierung. *Diagnostica*, 44, 153-163.
- Melfsen, S., Florin, I., Warnke, A. (2001). Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPA-IK). Göttingen: Hogrefe.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Plass, A., Barkmann, C., Mack, B., Mittenzwei, K., Riedesser, P., Schulte-Markwort, M. (2004). German translation and validation of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) - first results. In H. Remschmidt, M. Belfer (Eds.), *Book of abstracts of the 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Berlin*, 22.-26. August 2004 (pp. 298). Darmstadt: Steinkopff.

- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 871-878.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H.-U., Rothenberger, A. et al. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. European Child and Adolescent Psychiatry, 17, 22-33.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Schreier, S., Heinrichs, N. (2008). Die Elternversion der deutschen Fassung der Social Anxiety Scale for Children Revised (SACS-R-D): Notwendig, hinreichend oder überflüssig? Klinische Diagnostik und Evaluation, 1, 430-446.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. Behaviour Research and Therapy, 36, 545-566.
- Statistisches Bundesamt (2006). Bildung im Zahlenspiegel [Electronic Version] from <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=00100001000041hnj1FS000000sR30TSBzgPWMLvXDidEqMQ--&cmsspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024383>.
- Su, L., Wang, K., Fan, F., Su, Y., Gao, X. (2008). Reliability and validity of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED) in Chinese children. Journal of Anxiety Disorders, 22, 612-621.
- Turner, F., Tewes, U. (2000). KAT-II der Kinder-Angst-Test II. Göttingen: Hogrefe.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosi, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P. J. et al. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. International Journal of Clinical Health Psychology, 9, 313-327.
- Weitkamp, K., Romer, G., Rosenthal, S., Wiegand-Grefe, S., Daniels, J. (2010). German Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Reliability, Validity, and Cross-Informant Agreement in a Clinical Sample. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4, 19.
- Wren, F. J., Bridge, J. A., Birmaher, B. (2004). Screening for childhood anxiety symptoms in primary care: Integrating child and parent reports. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 1364-1371.

Korrespondenzanschrift: Dipl.-Psych. Katharina Weitkamp, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg; E-Mail: k.weitkamp@uke.de

Katharina Weitkamp, Georg Romer, Sandra Rosenthal und Silke Wiegand-Grefe, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland; Judith Daniels, Department of Neuropsychiatry, University of Western Ontario, London, Canada.