

Die deutsche Version des Angstsensitivitätsindex-3 (ASI-3)

von

Christoph J. Kemper &

Marina Finnern

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	4
Test-Kurzname	4
Test-Langname	4
Englischer Testname	4
Bezugsquelle	4
Autorenanschrift	4
Datensammlung(en)	4
1. Testkonzept	5
1.1 Theoretischer Hintergrund	5
1.2 Testaufbau	6
1.3 Auswertungsmodus	6
1.4 Auswertungshilfen	7
1.5 Auswertungszeit	7
1.6 Itembeispiele	7
1.7 Items	7
2. Durchführung	9
2.1 Testformen	9
2.2 Altersbereiche	9
2.3 Durchführungszeit	9
2.4 Material	9
2.5 Instruktion	9
2.6 Durchführungsvoraussetzungen	10
3. Testkonstruktion	11
4. Gütekriterien	12
4.1 Objektivität	12
4.2 Reliabilität	12
4.3 Validität	12
4.4 Normierung	14
5. Anwendungsmöglichkeiten	15

6. Kurzfassung	16
7. Bewertung	18
8. Literatur	19
9. Bearbeiter	21

Übersicht

Test-Kurzname

ASI-3

Test-Langname

Angstsensitivitätsindex-3

Englischer Testname

Anxiety Sensitivity Index-3 (Taylor et al., 2007).

Bezugsquelle

Kemper, C. J., Ziegler, M., & Taylor, S. (2009). Überprüfung der psychometrischen Qualität der deutschen Version des Angstsensitivitätsindex-3. *Diagnostica*, 55 (4), 223-233.

URL: www.christoph-kemper.net

Autorenanschrift

Dr. Christoph J. Kemper

GESIS - Leibniz Institut für Sozialwissenschaften, Quadrat B 2.1, Postfach 12 21 55, 68072

Mannheim, christoph.kemper@gesis.org, URL: www.christoph-kemper.net (Stand: 12.12.2011)

Datensammlung(en)

Dr. Christoph J. Kemper, www.christoph-kemper.net

1. Testkonzept

1.1 Theoretischer Hintergrund

Die Angstsensitivität (AS) ist ein relativ junges Konstrukt innerhalb der Psychologie. Sie fußt auf konzeptuellen und empirischen Arbeiten zum älteren Konstrukt der Angst vor der Angst, das als weitgehend deckungsgleich mit Angstsensitivität angesehen werden kann. Angstsensitivität bezeichnet nach Kemper (2010) die Angst/Furcht vor Symptomen, die Zustände sympathischer Aktivierung begleiten können, zum Beispiel schneller Herzschlag, schnelle und flache Atmung, kalte und verschwitzte Hände, Zittern, Schwindel, Übelkeit etc. Die Aktivierung des sympathischen Nervensystems wird meist durch bedrohliche Situationen ausgelöst, kann aber auch andere Auslöser haben, wie beispielsweise den Konsum von Koffein oder körperliche Anstrengung. Kern des Konstrukts ist, dass Erregungssymptome als aversiv erlebt und gefürchtet werden.

Erstmals konzeptualisiert wurde das Konstrukt Angstsensitivität im Rahmen des Erwartungsmodells der Furcht, Angst und Panik von Steven Reiss (1991). Er definiert AS als Furcht vor Angstsymptomen, die auf Bedenken hinsichtlich deren Schädlichkeit zurückgehen soll (Reiss, 1991). Personen mit hoher Merkmalsausprägung neigen laut Reiss dazu Symptome, die Angstzustände begleiten, mit aversiven Konsequenzen zu assoziieren. Zum Beispiel sollen Personen mit hoher Ausprägung in AS im Vergleich zu Personen mit niedriger Ausprägung in AS fürchten, dass starkes Herzklopfen zu einem Herzinfarkt führen kann, dass erlebte Erregungssymptome vom Umfeld registriert und negativ bewertet werden können, oder dass Erregungssymptome einen schwerwiegenden Kontrollverlust herbeiführen können.

Um das Konstrukt zu messen entwickelte Reiss den Angstsensitivitätsindex (ASI; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986). Diesem lag eine eindimensionale Konzeptualisierung des Konstrukts zugrunde, die durch nachfolgende psychometrische Studien allerdings nicht gestützt werden konnte. Als Konsens zur Struktur des ASI kann ein Vorschlag von Zinbarg, Barlow und Brown (1997) angesehen werden. Diese Autoren schlugen ein hierarchisches Modell mit drei replizierbaren Faktoren vor, die auf einem übergeordneten Faktor laden. Der erste Faktor enthält Items, die sich auf somatische Angstsymptome und deren gefürchtete Folgen beziehen (Bedenken somatisch). Der zweite Faktor thematisiert Furcht vor und Folgen von öffentlich sichtbaren Angstsymptomen (Bedenken sozial). Der dritte Faktor umfasst

die Furcht vor kognitiven Angstsymptomen und erwartete Folgen erregungsbedingter Einschränkungen der kognitiven Funktionsfähigkeit (Bedenken kognitiv).

Seit Mitte der 80er Jahre war der ASI das Standardinstrument zur Erfassung der AS. Aufgrund diverser Schwachstellen (für Details siehe Kemper, 2010) musste der ASI allerdings mehrfach revidiert werden. Mit dem Ziel einer breiteren Erfassung der Angstsensitivität und ihrer Facetten erweiterten Taylor und Cox (1998) den ASI zum ASI-R. Etwa zehn Jahre nach der Publikation des ASI-R mussten Taylor und Kollegen (2007) ihre revidierte Fassung des ASI erneut überarbeiten (ASI-3, Taylor et al., 2007). Anlass zu dieser Entscheidung gab die in verschiedenen Validierungsstudien beobachtete Instabilität der Faktorstruktur des ASI-R (für Details siehe Kemper, 2010). Ziel der erneuten Revision war ein psychometrisch solides Verfahren mit valider Faktorstruktur, das den noch immer weit verbreiteten ASI ablösen sollte. Um eine robuste Faktorenlösung zu erhalten wurden Items aus dem ASI-R gewählt, die aufgrund ihres Inhalts eindeutig einem der drei am besten replizierten Faktoren Bedenken somatisch, Bedenken sozial und Bedenken kognitiv zugeordnet werden konnten. Der ASI-3 besteht aus 18 Items, die sich gleichmäßig auf diese drei Unterskalen verteilen. In einer umfangreichen Untersuchung mit sechs Stichproben aus verschiedenen Ländern wurden die Reliabilität und Konstruktvalidität des englischen ASI-3 festgestellt. Eine deutsche Adaptation wurde vom Erstautor (siehe Kemper, 2010) vorgenommen.

1.2 Testaufbau

Der ASI-3 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren. Die Testperson beantwortet insgesamt 18 Items auf einer fünfstufigen Antwortskala von 0 (stimme gar nicht zu) bis 4 (stimme völlig zu). Jeweils sechs Items bilden eine Skala (Bedenken somatisch, BSM; Bedenken sozial, BSZ; Bedenken kognitiv, BKO). Der Skalenwert ergibt sich aus der Summe der Rohwerte der sechs Items. Zudem lässt sich ein Gesamtwert aus der Summe aller 18 Items berechnen (GAS). Der ASI-3 kann als Papier- oder Onlineversion vorgegeben werden.

1.3 Auswertungsmodus

Die Rohwerte auf den einzelnen Items werden zu einem Messwert aggregiert (Skalenwert). Der Skalenwert der drei Subskalen BSM, BSZ und BKO kann zwischen 0 und 24 Rohwertpunkten liegen; der Gesamtwert GAS zwischen 0 und 72.

1.4 Auswertungshilfen

Da die Antworten aufsummiert werden, sind keine Auswertungshilfen nötig. Normen liegen bisher nicht vor. Kritische Differenzen und Vertrauensgrenzen können auf Grundlage der empirisch ermittelten Reliabilitätskoeffizienten berechnet werden (siehe z.B. Bühner & Ziegler, 2009).

1.5 Auswertungszeit

Die Auswertungszeit liegt bei weniger als einer Minute pro Fall.

1.6 Itembeispiele

Siehe unter "1.7 Items".

1.7 Items

Im Folgenden sind Skalenzuordnung, Itemnummer und -wortlaut, Mittelwert und Standardabweichung aller Items des ASI-3 angegeben (aus Kemper, Ziegler & Taylor, 2009).

a) Skala „Bedenken somatisch“ (BSM)

BSM 03 Es macht mir Angst, wenn mein Herz schnell schlägt. 0.65 0.85

BSM 04 Wenn ich mir den Magen verdorben habe, befürchte ich, dass ich ernsthaft krank bin. 0.68 0.89

BSM 07 Wenn ich ein Beklemmungsgefühl in der Brust habe, befürchte ich, dass ich nicht mehr richtig atmen kann. 1.08 1.10

BSM 08 Wenn ich Schmerzen in meiner Brust habe, befürchte ich, einen Herzinfarkt zu bekommen. 0.57 0.88

BSM 12 Wenn ich bemerke, dass mein Herz für einen Moment aussetzt, befürchte ich, dass etwas mit mir nicht stimmt. 1.25 1.25

BSM 15 Wenn sich meine Kehle eng anfühlt, habe ich Angst, dass ich ersticken könnte. 0.78 0.99

b) Skala „Bedenken sozial“ (BSZ)

BSZ 01 Es ist mir wichtig, nicht nervös zu erscheinen. 2.53 1.00

BSZ 06 Wenn ich in Gegenwart anderer zittere, fürchte ich, was diese Personen von mir denken. 1.34 1.14

BSZ 09 Es macht mir Sorgen, dass andere Personen meine Angst bemerken könnten. 1.46
1.14

BSZ 11 Es macht mir Angst, wenn ich vor anderen Menschen erröte. 1.11 1.09

BSZ 13 Wenn ich in Anwesenheit anderer anfange zu schwitzen, fürchte ich, dass sie negativ
über mich denken. 1.50 1.21

BSZ 17 Ich glaube, dass es schrecklich für mich wäre, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu
fallen. 1.49 1.31

c) Skala „Bedenken kognitiv“ (BKO)

BKO 02 Wenn ich mich nicht auf eine Aufgabe konzentrieren kann, befürchte ich, verrückt
zu werden. 1.08 1.09

BKO 05 Es macht mir Angst, wenn ich mich nicht auf eine Aufgabe konzentrieren kann. 1.06
0.97

BKO 10 Wenn ich das Gefühl habe neben mir zu stehen, befürchte ich, dass ich seelisch
krank bin. 0.64 0.95

BKO 14 Wenn sich meine Gedanken beschleunigen, fürchte ich, dass ich verrückt werde.
0.43 0.79

BKO 16 Wenn ich Schwierigkeiten habe, klar zu denken, befürchte ich, dass etwas mit mir
nicht stimmt. 0.81 0.95

BKO 18 Wenn ich einen "Blackout" habe, befürchte ich, dass mit mir etwas ganz und gar
nicht stimmt. 1.13 1.16

2. Durchführung

2.1 Testformen

Der ASI-3 kann als Einzel- oder Gruppentest durchgeführt werden. Es existieren bisher keine speziellen Testformen für bestimmte Teilpopulationen oder Parallelformen.

2.2 Altersbereiche

Der ASI-3 ist grundsätzlich bei Erwachsenen (ab ca. 16 - 60 Jahren) einsetzbar. Für Kinder oder Adoleszente liegen bisher keine Validitätsbelege vor.

2.3 Durchführungszeit

Die Online-Version des ASI-3 wurde von den meisten Probanden (90 %) einer studentischen Stichprobe (N = 1195, Alter: Md = 24, IQR = 6; unveröffentlichte Daten) in weniger als 5 Minuten ausgefüllt.

2.4 Material

Eine Papierversion des ASI-3 und Schreibmaterial sind notwendig; bei Vorgabe online ein Computer mit Internetanschluss.

2.5 Instruktion

Die Vorgabe der Instruktion ist standardisiert und erfolgt schriftlich: „Bitte kreuzen Sie die Zahl an, die den Grad Ihrer Zustimmung zu einer Aussage am besten ausdrückt. Sollte eine Aussage Inhalte thematisieren, die Sie nicht erlebt haben, (z. B. „Es macht mir Angst, wenn ich vor anderen Menschen erröte“, wenn Sie noch nie vor anderen errötet sind), antworten Sie bitte gemäß der Erwartung, wie Sie sich bei einer solchen Erfahrung fühlen würden. Andernfalls beantworten Sie die Aussage auf Basis Ihrer eigenen Erfahrung. Bitte achten Sie darauf, bei jeder Aussage nur ein Kreuz zu machen und alle Aussagen zu beantworten: (0) stimme gar nicht zu, (1) stimme wenig zu, (2) stimme teils teils zu, (3) stimme ziemlich zu, (4) stimme völlig zu“.

2.6 Durchführungsvoraussetzungen

Die Vorgabe der Skala sollte in angemessener Umgebung erfolgen, d.h. die Testpersonen sollten nach Möglichkeit während der Bearbeitung nicht gestört oder abgelenkt werden.

3. Testkonstruktion

Aufgrund von Schwachstellen der englischen Vorgängerversionen ASI und ASI-R legten Taylor und Kollegen (2007) eine erneute Revision vor, den ASI-3. Die ursprüngliche Konstruktion sowie die Revisionen orientierten sich an den Prinzipien der Klassischen Testtheorie. Die englische Version des ASI-3 wurde an einer umfangreichen, vorwiegend nicht-klinischen Stichprobe von insgesamt N = 7245 Probanden aus sechs Ländern konstruiert und kreuzvalidiert. In konfirmatorischen Faktoranalysen zeigte das postulierte dreifaktorielle Modell eine akzeptable Passung für die einzelnen Teilstichproben sowie für die Gesamtstichprobe. Die Ergebnisse sprechen für eine weitgehende Unabhängigkeit der Struktur des ASI-3 von Geschlecht, Sprache/Kultur und Krankheitsstatus. In einem Vergleich zwischen ASI und ASI-3 konnten Taylor et al. (2007) die Überlegenheit des ASI-3 hinsichtlich Messgenauigkeit und faktorieller Validität belegen. Weiterhin konnten mit dem ASI-3 Patientengruppen mit unterschiedlichen Diagnosen aus dem Angstbereich voneinander und von einer nicht-klinischen Kontrollgruppe differenziert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass der ASI-3 seinen Vorgängern in den meisten Gütekriterien mindestens ebenbürtig, diesen aber in der faktoriellen Validität klar überlegen ist.

Die Übersetzung des englischen ASI-3 ins Deutsche orientierte sich an den Empfehlungen für die Übersetzung fremdsprachlicher Messinstrumente (Schmitt & Eid, 2007). Die Items wurden ins Deutsche übersetzt, ins Englische rückübersetzt und anschließend wurden beide Versionen von einem Expertenteam verglichen und falls nötig angepasst. Die Übersetzung wurde anschließend einem kognitiven Pretest unterzogen, um die Itemformulierungen für deutsche Testpersonen zu optimieren (für Details zum Vorgehen bei der Adaptation siehe Kemper, 2010).

Zur psychometrischen Qualität des ASI-3 liegen mittlerweile zahlreiche Befunde aus nicht-klinischen Stichproben (Kemper, 2008; Kemper et al., 2009) und klinischen Stichproben (Kemper, Lutz, Bähr, Rüdell & Hock, 2011) vor. Die meisten der folgenden Befunde zur psychometrischen Güte sind den genannten Publikationen entnommen. Darüber hinaus werden im Folgenden auch Befunde aus bisher unveröffentlichten Studien (explizit gekennzeichnet) berichtet, die dem Anwender nützliche Hinweise zur psychometrischen Güte des ASI-3 liefern können.

4. Gütekriterien

4.1 Objektivität

Der ASI-3 ist in seiner Durchführung und Auswertung standardisiert und daher als objektiv einzuschätzen.

4.2 Reliabilität

Die interne Konsistenz (Cronbach α) des ASI-3 liegt für den Gesamtwert (GAS) je nach Stichprobe zwischen $\alpha = .75$ und $.92$. Für die Subskalen finden sich folgende Reliabilitätskoeffizienten: Bedenken somatisch (BSM) $.75$ bis $.89$, Bedenken sozial (BSZ) $.76$ bis $.85$, Bedenken kognitiv (BKO) $.78$ bis $.89$.

4.3 Validität

a) Faktorielle Validität

Zur faktoriellen Validität gibt es Befunde aus diversen Stichproben. Die Prüfung erfolgte per konfirmatorischer Faktorenanalyse. Das postulierte dreifaktorielle hierarchische Testmodell mit drei spezifischen AS-Faktoren und einem übergeordneten Faktor der generellen AS, zeigte, mit einer Ausnahme, eine akzeptable Passung auf die empirischen Daten. Sowohl in einer klinischen Stichprobe von Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich Angst und Depression (Kemper et al., 2011; $\chi^2 = 439.9$, $df = 130$, $p < .001$; RMSEA = $.06$, SRMR = $.05$, $n = 589$) als auch in einer nicht-klinischen Stichproben Studierender zeigte das Model eine akzeptable Anpassung (Kemper et al., 2009; $\chi^2 = 539.4$, $df = 132$, $p < .001$; RMSEA = $.06$, SRMR = $.05$, $n = 757$). Eine Ausnahme stellt die Stichprobe aus Seniorenstudierenden der Gutenberg-Universität Mainz ($n = 148$, Alter: Md = 64 , IQR = 9 ; unveröffentlichte Daten) dar. In dieser Stichprobe konnte nur durch die Einführung zahlreicher Korrelationen zwischen Fehlertermen mancher Items eine akzeptable Passung erzielt werden (MLR-Schätzung, $\chi^2 = 192.7$, $df = 127$, $p < .001$; RMSEA = $.059$, SRMR = $.069$). Über die Ursachen der zahlreichen Fehlerkorrelationen können lediglich Vermutungen angestellt werden. Viele der Items des ASI-3 enthalten somatische Symptome, die bei älteren Menschen eine höhere Prävalenz und Salienz haben. Die Fehlerkorrelationen lassen vermuten, dass die Antworten auf manche der Items bei Senioren durch andere Konstrukte, z.B. durch die Angst vor schweren Krankheiten oder kör-

perlichen Gebrechen konfundiert sein könnten. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die Items des ASI-3 keine optimalen Indikatoren des dreifaktoriellen hierarchischen Testmodells bei Senioren darstellen.

Als ein weiterer Aspekt der faktoriellen Validität konnte (metrische) Invarianz für den ASI-3 im Bezug auf den Erhebungsmodus (Papier- vs. Online-Version) und unterschiedliche Länder (Deutschland, USA, Kanada) bzw. Sprachversionen des ASI-3 (Englisch, Deutsch) nachgewiesen werden (Kemper, 2008; Kemper et al., 2009).

b) Konvergente und diskriminante Validität

Die konvergente und diskriminante Validität des ASI-3 wurde über Korrelationen mit klinischen- und Persönlichkeitsmaßen ermittelt und konnte sowohl für klinische als auch für nicht-klinische Stichproben gesichert werden (Kemper, 2008; Kemper et al., 2009, 2011). Der Gesamtwert des ASI-3 korreliert üblicherweise hoch bis sehr hoch ($r > .50$) mit alternativen Maßen der AS und mit Skalen zur Erfassung von Ängstlichkeit und Körpervigilanz. Mittlere bis hohe Validitätskoeffizienten ergeben sich für Depressivität und Neurotizismus. Diskriminante Korrelationen treten mit den übrigen Faktoren des Fünf-Faktoren-Modells auf.

In einer studentischen Stichprobe ($n = 149$, unveröffentlichte Daten; für Details siehe Thaler, 2008) wurden konvergente und diskriminante Validitätskoeffizienten des ASI-3 mit dem NEO-PI-R ermittelt. Substantielle Zusammenhänge des Gesamtwerts zeigten sich insbesondere mit Neurotizismus ($r = .41$). Auf der Facettenebene von Neurotizismus fanden sich mittlere bis hohe Korrelationen mit Ängstlichkeit ($r = .41$), Depressivität ($r = .33$), soziale Befangenheit ($r = .33$), Verletzlichkeit ($r = .30$) und Reizbarkeit ($r = .22$), nicht aber mit Impulsivität ($r = .13$). Unter den Extraversionsfacetten zeigten Durchsetzungsfähigkeit und Frohsinn einen substantiellen negativen Zusammenhang mit dem ASI-3 ($r = -.17$ und $r = -.14$), nicht aber die übrigen Facetten ($r < .11$).

Auch für die Subskalen des ASI-3 finden sich Validitätsbelege. So korrelieren diese meist substantiell mit den für den Gesamtwert GAS genannten Validierungskriterien. Allerdings finden sich auch differentielle Zusammenhänge mit den drei Subskalen BSM, BSZ und BKO. Bei vielen Kriterien zeigen sich unterschiedliche Korrelationen zwischen einem Validierungsmaß und den drei Subskalen. Das Muster der Zusammenhänge ließ sich dabei apriori aus den Befunden der AS-Literatur ableiten. Jene Subskalen zeigten die höchsten Zusammenhänge, die aufgrund ihres Inhaltsbereichs eine konzeptuelle Überlappung mit den Krite-

rien aufwiesen. Beispielsweise war die Skala „Bedenken somatisch“ spezifisch mit der Vigilanz für somatische Symptome assoziiert, die Skala „Bedenken sozial“ mit der Furcht, durch andere negativ bewertet zu werden, und die Skala „Bedenken kognitiv“ mit depressiver Symptomatik (für Details siehe Kemper et al., 2011).

c) Mittelwertsunterschiede zwischen Diagnosegruppen

Personen mit unterschiedlichen Diagnosen psychischer Störungen lassen sich anhand des ASI-3 differenzieren (für Details siehe Kemper et al., 2011). Das Muster der Ausprägungen auf den Subskalen des ASI-3 korrespondiert dabei üblicherweise mit der jeweiligen Kernsymptomatik der diagnostischen Gruppe. So konnten Personen mit einer Diagnose Panik mit/ohne Agoraphobie von Personen mit anderen Angststörungen oder Personen ohne Angststörung anhand ihrer Werte in der Subskala „Bedenken somatisch“ unterschieden werden. Die Subskala „Bedenken kognitiv“ erlaubte eine Differenzierung von Personen mit einer Angst- oder affektiven Störung von Personen ohne eine solche Diagnose. Eine entsprechende Überprüfung der Subskala „Bedenken sozial“ konnte in der Stichprobe von Kemper et al. (2011) aufgrund der geringen Prävalenz von Sozialphobikern nicht geprüft werden. Personen mit einer Diagnose Sozialphobie sollten auf dieser Skala im Vergleich zu Personen ohne eine solche Diagnose erhöhte Werte aufweisen. Diese Belege wurden für die englische Originalversion bereits erbracht (z.B. Taylor et al., 2007).

4.4 Normierung

Für den ASI-3 liegen bisher keine Normstichproben vor. Vergleichswerte für Studierende und für verschiedene klinische Gruppen sind bei Kemper et al. (2009; 2011) zu finden.

5. Anwendungsmöglichkeiten

Der ASI-3 kann zur Messung der Angstsensitivität in der psychologischen Grundlagen- und Anwendungsforschung eingesetzt werden, z.B. in der klinisch-psychologischen oder persönlichkeitspsychologischen Forschung. In der klinischen Praxis würde eine Anwendung des ASI-3 einen großen Mehrwert bieten. Die psychometrische Güte des ASI-3 würde einen solchen Einsatz erlauben. Allerdings liegen bisher keine entsprechenden Normierungsdaten vor. Demnach kann der Einsatz in der Einzelfalldiagnostik aktuell nicht empfohlen werden.

6. Kurzfassung

Diagnostische Zielsetzung:

Der ASI-3 wurde zur Erfassung des Konstrukts Angstsensitivität (AS) entwickelt. AS ist definiert als Furcht vor Angstsymptomen, die auf Bedenken hinsichtlich deren Schädlichkeit zurückgehen soll (Reiss, 1991).

Aufbau:

Der ASI-3 enthält 18 Items, die auf einer fünfstufigen Ratingskala beantwortet werden. Aus den Items können ein Gesamtwert (GAS), der die globale AS erfasst, und drei weitere Skalenwerte für spezifische Aspekte der AS, Bedenken somatisch (BSM), Bedenken sozial (BSZ) und Bedenken kognitiv (BKO), gebildet werden.

Grundlagen und Konstruktion:

Die deutsche Version des ASI-3 wurde konstruiert, indem die Items des englischen Originals (Taylor et al., 2007) übersetzt und anschließend mit einem kognitiven Pretest für deutsche Testpersonen optimiert wurde (für Details siehe Kemper, 2010). Die psychometrische Güte der deutschen Adaptation wurde anschließend in mehreren Studien gesichert (Kemper, 2008; Kemper, unveröffentlichte Daten; Kemper, Ziegler, & Taylor, 2009; Kemper, Lutz, Bähr, Rüdell & Hock, 2011; Thaler, 2008).

Empirische Prüfung und Gütekriterien:

Reliabilität: Der Gesamtwert und die drei Subskalen zeigten eine zufriedenstellende bis gute Messgenauigkeit. Die interne Konsistenz (Cronbach α) des Gesamtwerts (GAS) liegt je nach Stichprobe zwischen $\alpha = .75$ und $.92$. Für die Subskalen finden sich folgende Reliabilitätskoeffizienten: Bedenken somatisch (BSM) $.75$ bis $.89$, Bedenken sozial (BSZ) $.76$ bis $.85$, Bedenken kognitiv (BKO) $.78$ bis $.89$.

Validität: In den Validierungsstudien konnte das postulierte dreifaktorielle hierarchische Testmodell sowohl für klinische als auch für nicht-klinische Stichproben belegt werden. Weiterhin erwies sich die faktorielle Struktur als (metrisch) invariant im Bezug auf den Erhebungsmodus und die Sprachversion. Die empirischen Validitätskoeffizienten spiegeln die aus der Literatur bekannten Beziehungen des Konstrukts im nomologischen Netzwerk angemessen

sen wider. Die höchsten Korrelationen zeigen sich mit alternativen Maßen des Konstrukts und mit Skalen zur Erfassung von Ängstlichkeit und Körpervigilanz. Mittlere bis hohe Validitätskoeffizienten ergeben sich für Depressivität und diverse andere Symptommaße. Konvergente Korrelationen traten ebenfalls mit Neurotizismus auf. Mit den übrigen Faktoren des Fünf-Faktoren-Modells wurden diskriminante Korrelationen gefunden.

Differentielle Validität der drei Subskalen konnte anhand unterschiedlich starker Zusammenhänge von BSM, BSO und BKO mit Validierungskriterien belegt werden. Schließlich ließen sich Personen mit unterschiedlichen klinischen Diagnosen anhand ihrer Ausprägungen auf den Subskalen differenzieren. Die für die deutsche Adaptation des ASI-3 beobachteten Befunde sind weitgehend konsistent mit denen zur englischen Originalversion (vgl. z.B. Taylor et al., 2007) und stützen die Konstruktvalidität der deutschen Version des ASI-3. Einschränkungen der Validität gelten möglicherweise für die Erfassung von AS bei Personen höheren Alters (Senioren). Bis auf weiteres sollte der Anwendungsbereich des ASI-3 daher auf Personen im Alter zwischen 16 und 60 Jahren beschränkt bleiben. Innerhalb dieses Altersbereichs kann die Konstruktvalidität des ASI-3 hingegen als gut gesichert gelten.

Normen: Für den ASI-3 liegen bisher keine Normstichproben vor. Vergleichswerte für Studierende und für verschiedene klinische Gruppen sind bei Kemper et al. (2009; 2011) zu finden.

7. Bewertung

Der ASI-3 ist ein ökonomisches Instrument zur Erfassung der drei robusten Faktoren der Angstsensitivität. Das Verfahren ist einfach zu administrieren: Der ASI-3 kann als Papier- oder Online-Fragebogen vorgegeben und von den meisten Probanden in weniger als fünf Minuten ausgefüllt werden. Die Auswertung erfolgt streng standardisiert durch Summenwertbildung. Die Belege verschiedener Validierungsstudien sprechen dafür, dass der ASI-3 eine reliable und valide Erfassung des Konstrukts erlaubt. In mehreren Stichproben konnten die Reliabilität des Gesamtwerts und der drei Subskalen sowie unterschiedliche Aspekte der Konstruktvalidität belegt werden, zum Beispiel faktorielle Validität, differentielle Validität, konvergente und diskriminante Validität. In den Validierungsstudien konnte das postulierte dreifaktorielle hierarchische Testmodell sowohl für klinische als auch für nicht-klinische Stichproben gesichert werden. Weiterhin erwies sich die faktorielle Struktur als (metrisch) invariant im Bezug auf den Erhebungsmodus und die Sprachversion. Die empirischen Validitätskoeffizienten spiegeln die aus der Literatur bekannten Beziehungen des Konstrukts im nomologischen Netzwerk angemessen wider. Die höchsten Korrelationen zeigen sich mit alternativen Maßen des Konstrukts und mit Skalen zur Erfassung von Ängstlichkeit und Körpervigilanz. Mittlere bis hohe Validitätskoeffizienten ergeben sich für Depressivität und diverse andere Symptommaße. Konvergente Korrelationen traten ebenfalls mit Neurotizismus auf. Mit den übrigen Faktoren des Fünf-Faktoren-Modells wurden diskriminante Korrelationen gefunden. Differentielle Validität der drei Subskalen konnte anhand unterschiedlich starker Zusammenhänge von BSM, BSO und BKO mit Validierungskriterien belegt werden. Schließlich ließen sich Personen mit unterschiedlichen klinischen Diagnosen anhand ihrer Ausprägungen auf den Subskalen differenzieren. Die für die deutsche Adaptation des ASI-3 beobachteten Befunde sind weitgehend konsistent mit denen zur englischen Originalversion (vgl. z.B. Taylor et al., 2007) und stützen die Konstruktvalidität der deutschen Version des ASI-3. Einschränkungen der Validität gelten möglicherweise für die Erfassung von AS bei Personen höheren Alters (Senioren). Bis auf weiteres sollte der Anwendungsbereich des ASI-3 daher auf Personen im Alter zwischen 16 und 60 Jahren beschränkt bleiben. Innerhalb dieses Altersbereichs kann die psychometrische Güte des ASI-3 hingegen als gut gesichert gelten.

8. Literatur

Bühner, M., & Ziegler, M. (2009). Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. München: Pearson Studium.

Kemper, C. J. (2008). Measurement invariance between a traditional and a web-based application of the German Anxiety Sensitivity Index-3 and its psychometric quality. Poster presented at the 29th International Congress of Psychology (ICP), Berlin, Germany, July 20-25, 2008.

Kemper, C. J. (2010). Das Persönlichkeitsmerkmal Angstsensitivität: Taxon oder Dimension? - Eine Analyse mit dem Mischverteilungs-Raschmodell. Hamburg: Kovac.

Kemper, C. J., Lutz, J., Bähr, T., Rüdell, H., & Hock, M. (2012). Construct validity of the Anxiety Sensitivity Index-3 in clinical samples. *Assessment*, 19 (1), 89 - 100.

Kemper, C. J., Ziegler, M. & Taylor, S. (2009). Überprüfung der psychometrischen Qualität der deutschen Version des Angstsensitivitätsindex-3. *Diagnostica*, 55 (4), 223-233.

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

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24 (1), 1-8.

Schmitt, M. & Eid, M. (2007). Richtlinien für die Übersetzung fremdsprachlicher Messinstrumente. *Diagnostica*, 53 (1), 1-2.

Taylor, S. & Cox, B. J. (1998). An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchical structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (5), 463-483.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M. & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19 (2), 176–188.

Thaler, J. (2008). Zum Zusammenhang von Angstsensitivität und Persönlichkeitsmerkmalen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Gutenberg-Universität Mainz.

Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9 (3), 277–284.

9. Bearbeiter

Dr. Christoph J. Kemper & Marina Finnern, 8.12.2011