

Dieter Irblich
Gerolf Renner (Hrsg.)

Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie

Die ersten sieben Lebensjahre



HOGREFE



Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie

Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie

Die ersten sieben Lebensjahre

herausgegeben von

Dieter Irblich und Gerolf Renner

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dipl.-Psych. Dieter Irblich, geb. 1957. 1976–1985 Studium der Psychologie und Soziologie in Mainz. 1986–2000 Klinischer Psychologe in einer Heimeinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung. 1999 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. Seit 2001 Tätigkeit als klinischer Psychologe in einem Sozialpädiatrischen Zentrum. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Kindern mit Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Dr. Gerolf Renner, geb. 1958. 1979–1987 Studium der Psychologie in Göttingen, Chapel Hill (North Carolina, USA) und Trier. 1990 Promotion. Seit 1991 Tätigkeit als klinischer Psychologe in einem Sozialpädiatrischen Zentrum. Ausbildung in Verhaltens- und Familientherapie und klinischer Neuropsychologie (GNP). 1999 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Kindern mit Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2009 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto
Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagabbildung: © Getty Images, München
Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Gesamtherstellung: Druckerei Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2124-4

Vorwort

Kinderpsychologische Diagnostik hat sich als ein differenziertes Fachgebiet mit einem umfangreichen methodischen Repertoire und einer vielfältigen Anwendungspraxis etabliert. Seit der letzten umfassenden Darstellung, die auf die Besonderheiten der ersten Lebensjahre eingeht (Brack, 1986), haben sich Untersuchungs- und Anwendungsmöglichkeiten deutlich erweitert. Eine aktuelle Übersicht ist daher überfällig. Ziel der Herausgeber war eine an den Bedürfnissen der diagnostischen Praxis ausgerichtete und wissenschaftlich fundierte Darstellung der Themen, die sowohl dem erfahrenen Praktiker als Handbuch dienen kann als auch Studierenden, Berufseinsteigern und Vertretern von Nachbardisziplinen wie z. B. Heil-, Sozial- und Sonderpädagogik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozial- und Neuropädiatrie einen Zugang ermöglicht.

Es besteht vielerorts der Eindruck, dass der Bedarf an kinderpsychologischer Diagnostik trotz rückläufiger Geburtenzahlen beständig zunimmt. Ein nicht unwesentlicher Grund dafür dürfte in der gestiegenen Sensibilität für das frühe Erkennen von Risikofaktoren, Entwicklungsauffälligkeiten sowie emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern liegen. Eltern und Vorschulpädagogen sind sich zunehmend bewusst, dass Kinder gut auf die schulischen Anforderungen vorbereitet werden sollten und frühe emotionale und Verhaltensstörungen in dauerhafte Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der sozialen Anpassung übergehen können. Gelingt es, Entwicklungsrückstände und sich anbahnende Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen, können präventive Maßnahmen und frühe Interventionen oft zu einem günstigen Verlauf beitragen. Diesem Vorgehen kommt auch in der gesundheitspolitischen Debatte nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen eine immer größere Bedeutung zu (Suchodoletz, 2007).

Im ersten Teil des Buches werden *Grundlagen der klinischen Diagnostik bei Kindern* thematisiert. Nach einer fallorientierten Einführung in die Thematik werden Basiskompetenzen für die Untersuchung von Kindern und die Vermittlung der Ergebnisse an die Eltern, rechtliche Rahmenbedingungen und ethische Aspekte sowie Besonderheiten der interdisziplinären Kooperation dargestellt.

Der zweite Abschnitt, *Methoden der Datenerhebung*, widmet sich der Frage, mit welchen Methoden die für diagnostische Entscheidungen relevanten Informationen gesammelt werden. Besonders für die Erfassung von Entwicklungsverzögerungen und Teilleistungsstörungen ist die standardisierte Testdiagnostik unverzichtbar. Beobachtung und Befragung von Kindern, Anamnese und Exploration von Bezugspersonen und die Verhaltensanalyse werden als weitere Bausteine einer umfassenden klinischen Beurteilung dargestellt.

Der Abschnitt *Kinderpsychologische Diagnostik von Fähigkeiten und Fertigkeiten* befasst sich mit den wesentlichen Anwendungsgebieten der Leistungsdiagnostik (Entwicklung, Intelligenz, Sprache, Motorik, Gedächtnis, visuelle Wahrnehmungsverarbeitung, Früherkennung von Lernstörungen, Kreativität) und der Erfassung sozialer Kompetenzen. Dabei wird in jedem Kapitel auch ein Überblick über aktuelle deutschsprachige Testverfahren gegeben.

Im vierten und umfangreichsten Teil wird die *Kinderpsychologische Diagnostik bei emotionalen- und Verhaltensstörungen* dargestellt. Berücksichtigt werden die häufigsten kinderpsychiatrischen Störungsbilder, ihre Einordnung in psychiatrische Klassifikationssysteme, relevante Untersuchungsverfahren und der diagnostische Untersuchungsgang. Behandelt werden Aufmerksamkeits-, Angst-, Schlaf-, Bindungs-, Regulations- und Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Enuresis und Enkopresis, tiefgreifende Entwicklungsstörungen sowie die Folgen frühkindlicher Traumatisierung.

Der fünfte Abschnitt, *Spezielle Anwendungen der kinderpsychologischen Diagnostik*, befasst sich mit spezifischen diagnostischen Herausforderungen (z. B. Untersuchung von sinnes- und körperbehinderten Kindern, neuropsychologische Diagnostik, Diagnostik bei frühgeborenen Kindern), übergreifenden Themen, die in allen diagnostischen Anwendungsfeldern relevant sind (z. B. Diagnostik bei Migrantenkindern, Familien- und Interaktionsdiagnostik) und der Diagnostik bei Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch.

Im *Anhang* werden kompakte Informationen zur Evaluation psychologischer Tests bereitgestellt, ergänzt von einem Verzeichnis ausgewählter Testrezensionen und Vorschlägen zur verbalen Umschreibung von quantitativen Testbefunden.

Auch wenn viele Aspekte der klinisch-kinderpsychologischen Diagnostik dargestellt werden, kann dieses Buch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Themen, die bei der Untersuchung von Kindern im Vorschulalter keine spezifischen Besonderheiten aufweisen (z. B. Grundlagen der diagnostischen Urteilsbildung, Teststatistik) werden nicht oder nur am Rande behandelt. Bei der Auswahl und Darstellung diagnostischer Verfahren beschränken sich die Beiträge auf Wunsch der Herausgeber auf allgemein zugängliche deutschsprachige Verfahren.

Hinweise zum Gebrauch

Die Kapitel weisen überwiegend eine einheitliche Struktur auf, bei der nach einer fallorientierten Einleitung in die Thematik entwicklungspsychologische Aspekte, Fragen der Klassifikation und Differenzialdiagnostik und die gebräuchlichen diagnostischen Verfahren dargestellt werden. Daran schließen sich zumeist weiterführende Literaturempfehlungen, die zur Vertiefung der behandelten Themen dienen, an.

Soweit inhaltlich angebracht, haben wir die Quellenangaben zu diagnostischen Verfahren aus dem üblichen Literaturverzeichnis ausgegliedert und in einem eigenen Verzeichnis – geordnet nach Testabkürzungen – zusammengefasst, um so dem Leser einen leichten Überblick zu ermöglichen.

Ausschließlich wegen der besseren Lesbarkeit wurde bei der Nennung von Vertretern einer Personengruppe durchgängig die männliche Bezeichnung gewählt, wobei Personen des weiblichen Geschlechts jeweils mit gemeint sind.

Danksagungen

Die Herausgeber danken allen Autorinnen und Autoren für die zuverlässige und konstruktive Mitarbeit. Auch die Zusammenarbeit mit dem Hogrefe Verlag, stellvertretend seien hier Herr Dr. Vogtmeier und Frau Weidinger genannt, gestaltete sich in bewährter Weise reibungslos.

Der Stadtbücherei Idar-Oberstein gebührt unser Dank für die zuverlässige und geduldige Literaturbeschaffung, die vom Umfang her weit über die gewöhnliche Beanspruchung einer nicht universitären Bibliothek hinausging.

Auel und Birkenfeld, im April 2009

*Dieter Irblich und
Gerolf Renner*

Literatur

- Brack, U. B. (Hrsg.). (1986). *Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Suchodoletz, W. von (Hrsg.). (2007). *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen der klinischen Diagnostik bei Kindern

1 Diagnostik in der klinischen Kinderpsychologie – Einführung in die Thematik <i>Dieter Irblich & Gerolf Renner</i>	15
2 Wie untersucht man Kinder? <i>Dieter Irblich & Gerolf Renner</i>	21
3 Kinderpsychologische Diagnostik im interdisziplinären Kontext <i>Dieter Irblich</i>	33
4 Juristische Aspekte der kinderpsychologischen Diagnostik <i>Kathleen Schnoor</i>	40
5 Ethische Aspekte der kinderpsychologischen Diagnostik <i>Dieter Irblich</i>	50
6 Befundbesprechung mit den Eltern <i>Gerolf Renner & Dieter Irblich</i>	57

II Methoden der Datenerhebung

7 Testpsychologische Diagnostik bei Kindern <i>Gerolf Renner</i>	73
8 Eltern und Erzieher als Informationsquellen <i>Günther Deegener</i>	86
9 Beobachtung und Befragung von Kindern <i>Ursula Kastner-Koller & Pia Deimann</i>	97
10 Verhaltensanalyse <i>Klaus Sarimski</i>	108

III Kinderpsychologische Diagnostik von Fähigkeiten und Fertigkeiten

11 Entwicklungsdiagnostik <i>Klaus Sarimski</i>	123
12 Intelligenzdiagnostik <i>Gerolf Renner & Dieter Irblich</i>	136

13 Diagnostik der Sprachentwicklung <i>Maren Aktaş & Hildegard Doil</i>	152
14 Diagnostik motorischer Leistungen <i>Jutta Ahnert</i>	167
15 Diagnostik der visuellen Wahrnehmungsverarbeitung <i>Winfried Dacheneder</i>	179
16 Diagnostik von Gedächtnisleistungen <i>Ulrike Gleissner</i>	195
17 Früherkennung von Lernstörungen <i>Karlheinz Barth</i>	208
18 Diagnostik sozialer und kommunikativer Kompetenzen <i>Ulrike Petermann & Franz Petermann</i>	223
19 Kreativitätsdiagnostik <i>Günter Krampen</i>	236
 IV Kinderpsychologische Diagnostik bei emotionalen und Verhaltensstörungen	
20 Diagnostik bei Aufmerksamkeitsstörungen <i>Gerolf Renner & Dieter Irblich</i>	245
21 Diagnostik bei Angststörungen <i>Carmen Adornetto & Silvia Schneider</i>	259
22 Diagnostik bei Schlafstörungen <i>Leonie Fricke-Oerkermann & Gerd Lehmkuhl</i>	268
23 Diagnostik bei Traumatisierung <i>Markus A. Landolt</i>	279
24 Diagnostik bei frühkindlichen Regulationsstörungen <i>Mechthild Papoušek</i>	290
25 Diagnostik von Bindungsstörungen <i>Karl Heinz Brisch</i>	301
26 Diagnostik bei aggressivem Verhalten <i>Herbert Scheithauer & Charlotte Rosenbach</i>	311
27 Diagnostik tiefgreifender Entwicklungsstörungen <i>Sven Bölte</i>	327

28 Diagnostik bei depressiven Störungen, Verlust und Trauer <i>Peter Rossmann</i>	341
29 Diagnostik bei Ess- und Fütterstörungen <i>Heinz Süss-Burghart</i>	351
30 Diagnostik bei verzögerter Sauberkeitsentwicklung <i>Heinz Süss-Burghart</i>	359

V Spezielle Anwendungen der kinderpsychologischen Diagnostik

31 Familien- und Interaktionsdiagnostik <i>Michael Stasch, Manfred Cierpka & Volker Thomas</i>	369
32 Neuropsychologische Diagnostik <i>Hedwig Freitag</i>	383
33 Diagnostik bei frühgeborenen Kindern <i>Gitta Reuner & Joachim Pietz</i>	396
34 Diagnostik bei sinnes- und körperbehinderten Kindern <i>Klaus Sarimski</i>	407
35 Diagnostik bei körperlicher Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch <i>Günther Deegener</i>	418
36 Psychologische Diagnostik bei Kindern aus zugewanderten Familien <i>Axel Schölmerich & Birgit Leyendecker</i>	430

Anhang

Kriterien zur Auswahl von Testverfahren in der klinischen Kinderpsychologie <i>Gerolf Renner</i>	443
Verbale Beschreibung von Testwerten <i>Gerolf Renner & Dieter Irblich</i>	449
Verzeichnis von Testrezensionen	453
Die Autorinnen und Autoren des Bandes	462
Sach- und Testregister	467

I Grundlagen der klinischen Diagnostik bei Kindern

1 Diagnostik in der klinischen Kinderpsychologie – Einführung in die Thematik

Dieter Irblich & Gerolf Renner

Fallbeispiel:

Der fünfjährige Marlon wird von seiner alleinerziehenden Mutter, Frau W., zur psychologischen Untersuchung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) vorgestellt. Sie wirkt sehr belastet: Ihr Sohn „höre nicht“, mache „alles kaputt“, ärgere seine dreijährige Schwester, gebe abends keine Ruhe, stehe nachts auf und hole sich trotz strengem Verbot Süßigkeiten. Außerdem mache er tagsüber immer noch seine Hose nass, weil er keine Lust habe, aufs Klo zu gehen, und wenn ihm etwas nicht passe, würde er „brüllen wie ein Löwe“. Sie wisse nicht mehr, was sie mit ihm noch machen solle, habe alles ausprobiert, selbst Fernsehverbot und Ins-Zimmer-sperren hätten nichts gebracht. Sie frage sich, ob er richtig im Kopf sei. Marlon sei wie sein Vater jähzornig und egoistisch. Ihr Mann habe sie unter Alkoholeinfluss geschlagen und sie sei zweimal mit den Kindern vor ihm ins Frauenhaus geflüchtet. Im Kindergarten höre Marlon besser als zu Hause.

Die Problemexploration mit der Mutter gestaltet sich schwierig, da Frau W. im Beisein des Jungen ihrem Ärger und ihrer Enttäuschung deutlich Ausdruck verleiht. Daraufhin verschiebt der Psychologe das Anamnesegespräch auf einen anderen Termin, der ohne Marlon stattfindet, und konzentriert sich zunächst auf Verhaltensbeobachtung und Testuntersuchung. Dabei finden sich eine leicht unterdurchschnittliche Intelligenz, eine geringe Hörmerkspanne sowie eine geringe Frustrationstoleranz. Vom Untersucher lässt Marlon sich gut lenken, wenn die Mutter nicht mit im Raum ist. Andernfalls kommt es zu oppositionellem Verhalten. Der von der Mutter ausgefüllte „Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder“ (VBV 3-6; Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt, 1993) liefert erhöhte Werte in allen Störungsdimensionen, am ausgeprägtesten im aggressiven Verhalten. Wegen der hohen psychischen Belastung der Mutter und ihrem Wunsch, Gehör und Unterstützung zu finden, können die Ergebnisse im VBV 3-6 nur sehr zurückhaltend interpretiert werden.

Im erneuten Gespräch mit der Mutter ist zu erfahren, dass die Schwangerschaft mit Marlon belastet war durch häufige Konflikte mit dem Vater des Kindes und wiederholte Trennungsabsichten des Paares. Man habe aber von beiden Seiten „den Absprung nicht geschafft“. Die Geburt sei komplikationslos verlaufen. Marlon sei während der ersten drei Monate ein auffallend ruhiges Kind gewesen. Dann sei er zunehmend unleidlicher geworden, habe viel geschrien und sei nur schwer zu beruhigen gewesen. Wenn der Vater zu Hause gewesen sei, habe die Mutter „alles getan“, um ihr Kind ruhig zu halten, weil ihr Mann von dem Geschrei wütend geworden sei. Von den Auseinandersetzungen zwischen den Eltern habe der Junge viel mitbekommen, sei auch

oft deren Auslöser gewesen. Marlon hänge an seinem Vater, der sich aber nur in unregelmäßigen Abständen melde. Ihr Sohn könne sie mit seinem uneinsichtigen Verhalten sehr wütend machen. Dann würde sie sich beinahe vergessen. Sie wünscht, dass jemand ihm beibringt, wie er sich zu Hause zu benehmen hat. Aufgrund der hohen Werte in der Skala „*Emotionale Auffälligkeiten*“ des VBV exploriert der Psychologe im Gespräch mit der Mutter, ob es weitere Anhaltspunkte für eine emotionale Störung bei Marlon gibt. Außer der Traurigkeit wegen der Trennung vom Vater ergeben sich aber keine weiteren Hinweise in dieser Richtung. Es hat vielmehr den Anschein, als ob sich in dem erhöhten VBV-Wert für „*Emotionale Auffälligkeiten*“ die Belastung und Überforderung der Mutter ausdrückt.

Das Telefonat mit der Bezugserzieherin im Kindergarten liefert den Hinweis, dass die Mutter finanzielle Probleme hat. Die Erzieherin schätzt die Mutter als bemüht, aber unsicher und inkonsequent ein. Man spreche mit ihr immer wieder über Erziehungsfragen. Sie zeige sich dabei interessiert, setze aber nicht viel um. Der Junge sei in der Kindergruppe Außenseiter, könne sich schlecht gegenüber Gleichaltrigen behaupten. Wenn er sich in die Enge gedrängt fühle, hole er sich keine Hilfe, sondern beginne wild um sich zu schlagen. Man erhoffe sich von der Untersuchung im SPZ Hinweise, wie mit dem verhaltensschwierigen Jungen angemessen umgegangen werden könne.

Das Fallbeispiel macht deutlich, dass die psychologische Untersuchung von Kindern sich nicht darin erschöpfen kann, eine vom Auftraggeber vorgegebene Fragestellung unkritisch zu übernehmen und zu beantworten. Der Untersucher hat die Aufgabe, unter Berücksichtigung der verfügbaren Informationen Fragestellungen herauszuarbeiten, mit den ihm zur Verfügung stehenden Methoden zu bearbeiten und daraus geeignete Behandlungsempfehlungen abzuleiten.

Ohne die Mitarbeit der Eltern (bzw. der Sorgeberechtigten) ist eine kinderpsychologische Untersuchung nicht möglich. Sie umfasst daher stets den Beziehungsaufbau zu den Eltern, deren Sorgen ernst genommen und deren Vertrauen gewonnen werden muss. Nur dann kann der Psychologe die erforderlichen Informationen erhalten, die für eine aussagekräftige Untersuchung benötigt werden, und die Eltern zu weiteren Untersuchungsschritten und möglichen Interventionen motivieren. Er bewegt sich dabei mitunter in einem Spannungsfeld, in dem er seine professionellen und ethischen Verpflichtungen gegenüber dem Kind und die Notwendigkeit einer verständnis- und vertrauensvollen Beziehung zu den Eltern gleichermaßen berücksichtigen muss (→ Kapitel 5). Bei der Schilderung der mütterlichen Erziehungspraktiken drängt sich zumindest der Verdacht einer möglichen Kindeswohlgefährdung auf, der in der Exploration weiter abzuklären ist (→ Kapitel 4 und 35). Der Psychologe wird daher zuerst die Klagen der Mutter verständnisvoll anhören, ihre Erziehungsbemühungen würdigen und sie darin bestärken, weiterhin keine körperlichen Strafen einzusetzen. Gleichzeitig wird er auf die Gefahren von eskalierenden Konflikten und unangemessenen Strafen hinweisen. Außerdem wird er ihr seine Unterstützung zur Lösung dieser schwierigen Situation anbieten. Die un-

mittelbare Konfrontation mit einem Misshandlungsverdacht würde dagegen wahrscheinlich zu einem Abbruch der diagnostischen Beziehung führen.

Nur vor dem Hintergrund einer gründlichen Kenntnis der kindlichen Normalentwicklung in ihrer Vielgestaltigkeit kann der Untersucher gefundene Abweichungen klinisch richtig beurteilen und daraus fachlich fundierte Prognosen ableiten. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der jeweiligen Lebensbedingungen. Im oben genannten Fall werden daher u. a. die familiären Spannungen und eine anhaltende Fehlverstärkung des kindlichen Verhalten als Entstehungsbedingungen der beschriebenen Verhaltensprobleme ebenso zu berücksichtigen sein, wie die aktuelle Trennungssituation und eine mögliche Rivalität zwischen den Geschwistern. Schließlich können auch die persönliche Lebensgeschichte der Eltern und ihre Auswirkung auf das Erziehungsverhalten (im Fallbeispiel z. B. die Übertragung der mütterlichen Gefühle gegenüber dem Ex-Mann auf das Kind) sowie die sozialen Rahmenbedingungen (Armut, fehlende soziale Unterstützung der Familie) bei der Beurteilung nicht außer Acht gelassen werden. Die Kommunikation mit Eltern, die sich u. U. in akuten Lebenskrisen befinden oder selbst an psychischen Störungen leiden, erfordert eine hohe Professionalität. Kinderpsychologische Kompetenzen allein reichen zur Bewältigung dieser Anforderungen nicht aus.

Häufig sind mehrere Faktoren an der Entstehung und Aufrechterhaltung komplexer Verhaltensproblematiken beteiligt, sodass ein der Vielschichtigkeit angemessenes Behandlungskonzept anzustreben ist. Dieser umfassende Blick auf die familiäre und soziale Lebenswelt ist selbst in medizinischen Versorgungssystemen, die nur das Kind als „Patienten“ definieren, unentbehrlich.

Die Einordnung der Störung in ein psychiatrisches Klassifikationssystem (vor allem ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) ist in Einrichtungen der medizinischen Versorgung Voraussetzung für die Abrechnung der erbrachten Leistungen, erleichtert aber auch die gezielte Planung störungsspezifischer Interventionen, da sich die empirische Forschung zu Kindertherapie weitgehend an den entsprechenden Diagnosekriterien orientiert.

Dabei sind auch differenzialdiagnostische Überlegungen anzustellen, z. B.:

- Könnten Marlons ungesteuerte Verhaltensweisen auch Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung sein, die es ihm auch unabhängig von der belasteten Mutter-Kind-Beziehung schwer macht, seine Impulse zu kontrollieren und sich an Regeln und Grenzen zu halten? (→ Kapitel 20)
- Könnten Entwicklungs- oder Teilleistungsstörungen, z. B. Defizite im Sprachverständnis mit dafür verantwortlich sein, dass Marlon auf Anweisungen schlecht reagiert?
- Kann Marlons Verhalten auch Folge einer Schlafstörung sein, die den Jungen reizbar und unausgeglichen macht? (→ Kapitel 22)
- Ist das aggressive Verhalten des Jungen möglicherweise die Folge traumatisierender Gewalterfahrung in der Familie? (→ Kapitel 25)
- Könnten die Erziehungsschwierigkeiten der Mutter evtl. auf der Grundlage einer frühkindlichen Regulationsstörung (→ Kapitel 24) entstanden sein?
- Spielen möglicherweise medizinische Faktoren eine Rolle, z. B. organische Ursachen der Enuresis (→ Kapitel 30) oder Sinnesstörungen?

Besonders bei der Frage nach möglichen Entwicklungsrückständen wird der Untersucher auf standardisierte Testverfahren zurückgreifen (→ Kapitel 7 und Anhang, S. 443), die eine objektive und an altersbezogenen Vergleichsnormen orientierte Bewertung des kindlichen Leistungsvermögens erlauben, und die zusammen mit weiteren Datenquellen in ein klinisches Urteil integriert werden müssen.

Eine eingehende Beschreibung der Problematik wird aber auch die fehlenden sozialen Kompetenzen (→ Kapitel 18) des Jungen und seine geringe Frustrationstoleranz berücksichtigen. Neben der Erfassung dysfunktionaler Gegebenheiten sind protektive Faktoren und Ressourcen zu erfragen. Dabei handelt es sich sowohl um Stärken und Problemlösungskompetenzen der Beteiligten als auch um unterstützende Einflussfaktoren, z. B. das Bemühen des Kindergartens, sich besonders auf die Problematik des Jungen und seiner Familie einzustellen. Es wird abzuwägen sein, ob Ressourcen und Protektoren ausreichen, um die vorhandenen Probleme zu überwinden, oder ob zusätzliche Unterstützung erforderlich ist. Außerdem ist zu klären, ob Vorbefunde existieren, die bei der Untersuchung zu berücksichtigen sind, und ob weitere Untersuchungen angeregt werden sollen.

Insbesondere wenn Eltern von Dritten zu einer psychologischen Untersuchung gedrängt werden, ist fraglich, inwieweit sie zur Mitarbeit bereit sind. Daher sollte der Untersucher sich einen Eindruck von Leidensdruck und Veränderungsmotivation verschaffen und erfragen, welche Ursachen von den Beteiligten für die bestehenden Schwierigkeiten verantwortlich gemacht werden. Dadurch kann die psychologische Untersuchung bereits zu einer Erweiterung des Problemverständnisses beitragen und erste Impulse für eine mögliche Veränderung geben (→ Kapitel 6).

Mit der Einleitung von Behandlungsmaßnahmen sind die Funktionen psychologischer Diagnostik aber noch nicht erschöpft. Aufgrund der hohen Variabilität des kindlichen Verhaltens in den ersten Lebensjahren ist eine Statusdiagnostik oft nicht ausreichend, sondern muss durch eine längerfristige Beobachtung ergänzt werden. In vielen Fällen empfiehlt es sich, Verlaufskontrollen durchzuführen, die der Veränderungsmessung und der Abklärung dienen, ob Interventionen abgeschlossen werden können oder zu modifizieren sind, bzw. ob es einer Revision der Zielsetzungen bedarf. Untersuchung und Behandlung greifen somit in vielen Fällen ineinander. Im vorliegenden Fall erscheint eine Unterstützung und Entlastung der Mutter z. B. durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe eine vordringlich einzuleitende Maßnahme zu sein. Interventionen, die einer Behandlung der Enuresis dienen oder gezielt auf die Geschwisterrivalität abzielen, wären dann für einen späteren Zeitpunkt vorzusehen, falls sie nach einer Stabilisierung der Erziehungssituation überhaupt noch erforderlich sind. Daher sind im weiteren Behandlungsverlauf ggf. diagnostische Neubewertungen erforderlich.

Um diese Anforderungen an die kinderpsychologische Diagnostik zu erfüllen, sind spezifische Kompetenzen erforderlich:

- Die Frage, ob es sich bei Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung und im Verhalten um alterstypische Phänomene oder klinisch bedeutsame Abweichungen handelt, setzt entwicklungspsychologisches Wissen, speziell in der Entwicklungspsychopathologie, voraus.

- Fundierte Kenntnisse in psychologischer Gesprächsführung kommen dem Beziehungsaufbau zu den Eltern, der Anamneseerhebung und Exploration und der Kommunikation über die Untersuchungsergebnisse zu Gute (→ Kapitel 6 und 8).
- Psychotherapeutische Kompetenzen erleichtern das Gespräch mit Eltern, die sich in Krisensituationen befinden oder an psychischen Störungen leiden.
- Auswahl, Durchführung und Interpretation von Testverfahren bei Vorschulkindern setzen eingehendes testtheoretisches Wissen, Kenntnisse über Stärken und Schwächen von Untersuchungsverfahren und eine routinierte Testpraxis, die auch bei verhaltensschwierigen Kindern valide Ergebnisse ermöglicht, voraus (→ Kapitel 7).

Psychodiagnostische Kompetenz umfasst auch fundiertes Wissen

- der Verhaltensbeobachtung (→ Kapitel 9),
- der diagnostischen Urteilsbildung und der dabei möglichen Fehler,
- der psychopathologischen Klassifikationssysteme und
- spezifischer diagnostischer Orientierungen (z. B. Verhaltensanalyse, systemische Perspektive; → Kapitel 10 und 36).

Eine Fragestellung wie im Fallbeispiel kann dem klinischen Kinderpsychologen nicht nur in einem SPZ begegnen: Frühförder- und Erziehungsberatungsstellen, kinderpsychotherapeutische und kinder- und jugendpsychiatrische Praxen, Kinderkliniken, kinderneurologische Zentren und Kinderrehabilitationseinrichtungen sind als weitere Institutionen zu nennen, in denen klinisch-kinderpsychologische Diagnostik durchgeführt wird. Bei sorge- und umgangsrechtlichen Fragen werden kinderpsychologische Kompetenzen von Gerichten angefragt. In vielen dieser Einrichtungen wird die Komplexität der diagnostischen Fragestellungen im interdisziplinären Team (→ Kapitel 3) bearbeitet, wobei je nach Fragestellung u. a. Kinderärzte und -psychiater, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter sowie Heil- und Sozialpädagogen beteiligt sein können.

Die Einbeziehung der Lebenswelt des Kindes erfordert oft den Austausch mit Erzieherinnen und den bereits in die Behandlung des Kindes involvierten Fachkräften und weiteren mit der Familie befassten Institutionen (Jugend- und Gesundheitsämter, Lebens- und Schuldnerberatung u. a. m.).

Die Aufgabe, Marlon und seine Mutter bei der Bewältigung ihrer schwierigen Lebenslage zu unterstützen und adäquate Hilfsmöglichkeiten zu entwickeln, erweist sich bei gründlicher Analyse als eine komplexe Herausforderung, die weder mit geringem Sachverstand noch mit geringem Aufwand zu bewältigen ist. Nicht selten komplizieren weitere Faktoren den diagnostischen Prozess: Bei Kinder aus zugewanderten Familien müssen kulturelle Besonderheiten beachtet und u. U. sprachliche Barrieren überwunden werden (→ Kapitel 36). Aus der Anamnese können sich weitere Belastungsfaktoren ergeben (z. B. Frühgeburt → Kapitel 33), die sich auf die Eltern-Kind-Beziehung, die kognitive Leistungsfähigkeit und Selbststeuerung des Kindes sowie die Prognose auswirken. Eine zusätzliche neuropsychologische Fragestellung hätte sich z. B. bei einem schweren Schädel-Hirn-Trauma in der Vorgeschichte ergeben (→ Kapitel 32). Die klinische Diagnostik bei Kindern in den ersten sieben Lebensjahren erweist sich somit als eine Fachdisziplin, die sich der Aufgabe einer differenzierten Erfassung komplexer und dynamischer Entwicklungsprozesse unter Berücksichtigung psychologischer, somatischer und sozialer Aspekte stellen muss.

Literatur

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien* (6., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. (1993). *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6)*. Weinheim: Beltz Test.

2 Wie untersucht man Kinder?

Dieter Irblich & Gerolf Renner

Fallbeispiel:

Die vierjährige Nina wird wegen eines Verdachts auf Entwicklungsverzögerung zur psychologischen Untersuchung vorgestellt. Bei der Terminvereinbarung warnt die Mutter den Untersucher, dass Nina noch nie bei Untersuchungen mitgemacht habe und sprechen würde sie dann schon gar nicht. Im Wartezimmer würdigt Nina den Psychologen keines Blickes und beschäftigt sich weiter mit einem Einlegepuzzle. Da es der Mutter nicht gelingt, ihr Kind zum Mitkommen zu bewegen, schlägt der Psychologe Nina vor, das Puzzle in das Untersuchungszimmer mitzunehmen. Dort lässt sie sich zum Weiterpuzzeln an den Tisch setzen. Der Untersucher setzt sich zu ihr, freut sich über jedes Teil, das Nina richtig einfügt und gibt ihr kleine Hilfestellungen. Somit ist der erste Kontakt hergestellt, den der Untersucher nutzt, um entgegen seinen Gepflogenheiten ohne vorheriges ausführliches Gespräch mit der Mutter gleich mit der Testung zu beginnen. Für den Einstieg wählt er den „Snijders-Oomen Nonverbalen Intelligenztest“ (SON-R 2 1/2-7; Tellegen, Laros & Petermann, 2007) als ein Verfahren, das keine sprachliche Anforderungen stellt, und fordert das Mädchen auf, ihm beim Auspacken der Testmaterialien zu helfen, worauf sie eingeht. Nina wirkt während der Untersuchung angespannt, doch macht sie gut mit, benötigt aber immer wieder Aufmunterung. Bei einigen Aufgaben streut der Untersucher einfache Fragen ein, erst in Form eines Selbstgesprächs, wobei er genau beobachtet, ob Nina seinen Äußerungen mit Interesse folgt und erste nonverbale Reaktionen auf seine Fragen zeigt. Schließlich fordert er Nina auf, verbale Antworten zu geben, um ihre Sprechbereitschaft anzubahnen. Nina geht darauf ein und benennt z. B. Haus, Hund und Auto. Dadurch gelingt es im Anschluss an die Durchführung des SON-R mit ihr auch den passiven und den aktiven Wortschatz mit den entsprechenden Untertests aus dem „Hannover-Wechsler-Intelligenztest für das Vorschulalter“ (HAWIVA-III; Ricken, Fritz, Schuck & Preuß, 2007) zu überprüfen, während sie bei komplexeren sprachlichen Anforderungen wie „Allgemeines Wissen“ oder „Begriffe erklären“ hartnäckig schweigt. Die Mutter ist erstaunt und erleichtert, wie gut ihre Tochter mitgemacht hat, und der Psychologe plant weitere Schritte zur Erstellung einer Anamnese und zur Abklärung der Verhaltensprobleme.

1 Besonderheiten bei der psychologischen Diagnostik von Kindern

Eine gut vorbereitete und von einem erfahrenen Untersucher durchgeführte psychologische Diagnostik von Kindern im Alter bis 6 Jahren verläuft zumeist reibungslos und ist für Kind und Psychologe gleichermaßen eine befriedigende Erfahrung. Allerdings sind

Kinder vor der Einschulung in ihrer Kooperationsbereitschaft oft sprunghaft, im Verhalten wenig vorhersehbar und können über eigenes Erleben nur in eingeschränkter Form Auskunft geben. Manche trennen sich nur ungern von ihren Eltern und sind dabei für vernünftige Argumente oft wenig zugänglich. Ein nicht geringer Teil der Kinder wird im Rahmen typischer Entwicklungsphasen oder als Symptom oppositioneller Verhaltensstörungen mit heftigen Gefühlsausbrüchen reagieren oder ausprobieren, ob sie den Anforderungen des Diagnostikers wirklich nachkommen müssen. Das Untersuchen junger Kinder stellt daher bisweilen auch eine Herausforderung dar, die psychologisches Geschick und die Schaffung einer Untersuchungssituation verlangt, die dem Kind Sicherheit vermittelt und die es gleichzeitig ermöglicht, aussagekräftige diagnostische Ergebnisse zu gewinnen. Dabei muss man sich beständig flexibel auf das Verhalten des Kindes einstellen.

2 Räumliche Bedingungen

In den Untersuchungsrumlichkeiten sollten sich Eltern, Kinder und Untersucher gleichermaßen wohl fühlen können. Anklänge an ärztliche Untersuchungen durch entsprechende Möbel, Gerätschaften oder Kleidung sind für die Kinder oft mit ängstigenden und schmerzhaften Erinnerungen assoziiert. Es empfiehlt sich, deutlich unterscheidbare Bereiche für Gespräch, Spiel und Testung mit wenig ablenkender Wanddekoration vorzuhalten. Ein überschaubares Angebot altersgemäßer Beschäftigungsmöglichkeiten und ein Spielteppich in Sichtweite von Untersucher und Eltern laden zum spontanen Spielen ein, helfen den Kindern, sich an die Situation zu gewöhnen und bieten dem Untersucher gute Beobachtungsmöglichkeiten des freien Spiels. Säuglinge werden von den Eltern meist in einer Babytrage gebracht. Für Kleinkinder ist ein Teppich oder eine Decke auf dem Fußboden empfehlenswert. Es sollte auf eine den Bedürfnissen des Kindes angepasste angenehme Raumtemperatur geachtet werden. Für die Durchführung von Testverfahren ist eine ausreichende blendfreie Ausleuchtung erforderlich, die ggf. an die besonderen Bedürfnisse sehbehinderter Kindern angepasst werden muss, die von den Eltern zu erfragen sind (→ Kapitel 34). Nicht nur hörbehinderte Kinder profitieren davon, wenn es keine störenden Außengeräusche gibt und wenn die Raumakustik nicht nachhallt. Bei körperlichen Beeinträchtigungen werden u. U. rollstuhlgerechte Zugangswege und eine geeignete Möblierung, z. B. eine unterfahrbare Arbeitsplatte, benötigt.

Der Testbereich sollte im Blickfeld des Kindes möglichst wenig Ablenkung bieten. Ein höhenverstellbarer Stuhl oder Tisch ermöglicht ein entspanntes Arbeiten. Für die Füße ist eine feste Unterlage erforderlich. Kleine Kinder benötigen evtl. eine Haltevorrichtung, damit sie nicht vom Stuhl fallen können. Die Sitzposition von Kind und Untersucher sollte entweder vis-à-vis oder über Eck sein und gewährleisten, dass schnell auf unangemessenes Verhalten reagiert werden kann. Dabei sind zur Sicherung der Durchführungsobjektivität die Vorgaben standardisierter Testverfahren möglichst zu beachten (→ Kapitel 7). Für sehr unruhige und impulsive Kinder sind im Einzelfall besondere Sitzarrangements sinnvoll, damit sie mit ihrem Stuhl nicht wippen und umfallen können und ihnen das Verlassen des Arbeitsplatzes erschwert wird. Entwicklungstests sehen oft

vor, Säuglinge und Kleinkinder entweder auf einer weichen, abwaschbaren und rutschfesten Auflage zu untersuchen oder sie von einer Bezugsperson auf dem Schoß halten zu lassen. Es ist sinnvoll, die Testmaterialien bereits vor Beginn der Testung in einer für den Untersucher übersichtlichen Weise außerhalb der Reichweite des Kindes anzuordnen, damit ein reibungsloser Ablauf gewährleistet ist. Störquellen sind so weit wie möglich auszuschalten. Zu den besonderen Bedingungen der psychologischen Untersuchung bettlägeriger Kinder sei auf Baron (2004, S. 42) verwiesen.

3 Merkmale und Eigenschaften des Untersuchers

Eine elementare Voraussetzung für eine erfolgreiche psychologische Untersuchung ist die Freude des Untersuchers an der Arbeit mit Kindern. Kleine Kinder reagieren sensibel auf gleichgültige oder ablehnende Haltungen und Einstellungen. Wer Kinder nicht mag, soll Kinder nicht untersuchen.

Eine gelungene Beziehungsaufnahme ist Voraussetzung für valide diagnostische Ergebnisse. Optimal ist ein Untersucherverhalten, das die Balance zwischen freundlicher Aufgeschlossenheit und aufgabenbezogener Sachlichkeit hält (Bracken, 2007b). Potenziell ablenkende Reize (z. B. auffälliger Schmuck) sollten vermieden werden. Empfehlenswert ist bequeme Kleidung, um dem Kind nötigenfalls auch auf den Fußboden folgen zu können. Der Untersucher sollte über eine breite Palette von Möglichkeiten verfügen, mit Kindern in Kontakt zu kommen und mit ihnen zu interagieren. Dazu gehören auch eine kindgemäße Ausdrucksweise und eine freundliche Sprache, die dem Kind Interesse und Wertschätzung signalisieren.

4 Vorbereitung der Untersuchung

Der psychologischen Untersuchung gehen i. d. R. ein Anmeldeprozess sowie eine mehr oder weniger lange Wartezeit voraus. Bei der Terminplanung sind Anfahrtszeiten zu berücksichtigen, um die Untersuchung nicht durch Übermüdung des Kindes zu erschweren. Eltern sollten vorab über den zeitlichen Umfang der Untersuchung informiert werden. Auch der Hinweis, dass ein akut erkranktes Kind nicht angemessen untersucht werden kann, ist bisweilen erforderlich. Eltern und Kinder wissen es zu schätzen, wenn sie am Untersuchungstag einen reibungslosen Ablauf erleben, wenn ihnen umständliche Prozeduren, ein überfülltes Wartezimmer und zeitliche Verzögerungen erspart bleiben und wenn auch auf Unvorhergesehenes vom Personal verständnisvoll, freundlich und kompetent reagiert wird. Für Eltern ist es beruhigend, wenn sie und ihr Kind auch bei Formalitäten in ihrer Individualität wahrgenommen werden und sich nicht einer anonymen und unflexiblen Institution ausgeliefert fühlen müssen. Dabei kommt auch Bürokräften eine wichtige, nicht immer hinreichend beachtete und gewürdigte Funktion zu.

Zur Vorbereitung einer kinderpsychologischen Diagnostik gehört, sich einen Überblick über evtl. Voruntersuchungen zu verschaffen. Sollen standardisierte Testverfahren zum Einsatz kommen, ist dies zur Vermeidung ergebnisverfälschender Übungseffekte uner-

lässlich (→ Kapitel 7). Bei der Anamneseerhebung können insbesondere für Untersucher, die noch keine eigene Befragungsroutine herausgebildet haben, Anamnese- und Explorationsschemata sehr hilfreich sein (→ Kapitel 8). Zusätzlich können zur Befragung der Eltern Ratingverfahren zu bestimmten Störungsbildern eingesetzt werden.

Der Zeitrahmen für die direkte Untersuchung sollte bei Kindern im Kindergartenalter bei 30 bis höchstens 90 Minuten liegen, bei Kindern bis 3 Jahre teilweise noch darunter. Leistungsdiagnostische Anforderungen bei Kindergartenkindern werden günstigerweise eher am Vor- als am Nachmittag gestellt (Bracken, 2007b). Säuglinge und Kleinkinder haben oft noch ihre eigenen Wach-Schlaf-Rhythmen, die bei der Terminplanung nach Möglichkeit zu berücksichtigen sind. In der Untersuchung sollte man sich durch Nachfrage bei den Eltern über mögliche störende Einflüsse wie akute Erkrankungen, lange Anfahrtszeiten, aktuelle Belastungen oder Konflikte, die das Kind vor der Untersuchung erlebt hat, Schlafstörungen in der Nacht vor der Untersuchung, Hunger, Durst, aktuelle Medikamenteneinnahme, erforderliche Hilfsmittel wie Brillen usw. informieren. Problemexploration und Anamnese sollten nicht im Beisein des Kindes durchgeführt werden, wenn aufgrund der Vorabinformationen erkennbar ist, dass möglicherweise belastende Themen wie die Herkunft eines Adoptiv- oder Pflegekindes oder dem Kind noch nicht bekannte Trennungsabsichten der Eltern angesprochen werden müssen oder wenn belastende Konsequenzen, die sich aus der Untersuchung ergeben könnten, zu thematisieren sind.

5 Einleitung der Untersuchung

Die Begrüßung des Kindes ist ein entscheidender Moment für die weitere Beziehungsgestaltung. Die Kontaktaufnahme geschieht am Besten auf gleicher Augenhöhe, indem man sich vorstellt und das Kind mit seinem Vornamen anredet. Ängstlichen oder schüchternen Kinder begegnet man eher zurückhaltend, verzichtet u. U. auf eine persönliche Begrüßung oder konnotiert ihr Verhalten positiv, z. B. mit der Bemerkung, dass es schon in Ordnung ist, wenn das Kind nicht gleich einen fremden Menschen begrüßen will. Auch mitgebrachte Kuscheltiere können vom Untersucher begrüßt werden und bieten sich als Ausgangspunkt eines ersten verbalen Austausches an. Bei sehr lebhaften und ungestümen Kindern empfiehlt sich ein von Beginn an zwar freundliches, aber bestimmendes Verhalten mit klaren Aussagen über die Grundregeln, die in der Untersuchungssituation gelten sollen. Auch wenn ein spielerischer Zugang zum Kind gewählt wird, ist darauf zu achten, dass der Untersucher die nötige Autorität wahrt.

Gegebenenfalls muss vorab die Teilnahme weiterer an der Untersuchung interessierter Personen mit den Eltern abgesprochen werden. Am Anfang der inhaltlichen Klärung stehen meist die Sorgen und Erwartungen der Familie. In der Eingangsphase können auch Befürchtungen und negative Voreinstellungen gegenüber der psychologischen Untersuchung zur Sprache kommen oder vom Untersucher erfragt werden, falls er bei der Familie Vorbehalte spürt. Hilfreiche Fragen in diesem Zusammenhang sind z. B.: „Wie haben Sie von unserer Einrichtung gehört?“, „Kennen Sie andere Eltern, die schon mal hier waren?“. Wenn die Initiative zur Vorstellung von Dritten (z. B. überweisenden Ärzten, Kindergärten) ausgeht, kann gefragt werden, ob die Eltern sich auch schon Sorgen

um ihr Kind gemacht haben oder ob der Vorschlag überraschend kam. Manche Eltern waren selbst als Kinder schon Patienten der Institution und sollten kurz zu ihren Erinnerungen befragt werden. Im Gegenzug machen Eltern sich einen Eindruck von der Person des Untersuchers und seiner Kompetenz. Sind die Ausgangsbedingungen geklärt, sollte der Untersucher den weiteren Ablauf der Untersuchung skizzieren und die Einwilligung der Eltern in das vorgeschlagene Prozedere einholen (vgl. *informed consent* → Kapitel 5). Dies ist nicht nur eine Formalität, sondern hat auch eine entscheidende Bedeutung für den Beziehungsaufbau zum Kind: Kinder werden i. d. R. schlechter kooperieren, wenn sie spüren, dass ihre Eltern das Untersuchungsvorgehen ablehnen.

Es ist weiterhin bedeutsam, wie das Kind auf die Untersuchung vorbereitet wurde und ob es durch die Teilnahme an der Untersuchung Nachteile in Kauf nehmen muss (z. B. versäumte attraktive Aktivitäten), was seine Motivation beeinträchtigen könnte. Besondere Aufmerksamkeit und oft auch klare Gesprächsführung ist gefordert, wenn Spannungen zwischen Eltern und Kind oder zwischen den Elternteilen erkennbar werden. Bei belastenden Themen oder anklagenden und abwertenden Äußerungen über das Kind sollte der Untersucher das Anliegen der Eltern würdigen, sie aber bestimmt darauf hinweisen, dass hierfür ein weiterer Termin ohne Beisein des Kindes vereinbart werden muss. Wenn dem Kind eine negative Voreinstellung gegenüber der Untersuchung vermittelt wurde („Da gehen wir hin, weil du dich nicht benehmen kannst!“), ist es erforderlich, dass der Untersucher durch eine verständnisvolle Haltung seine Allparteilichkeit verdeutlicht, indem er Stärken des Kindes erfragt, diese positiv konnotiert, immer wieder freundlichen Blickkontakt zum Kind herstellt und betont, dass es wichtig ist zu verstehen, warum das Kind sich so verhält. Auch wenn die Problemschilderungen der Eltern das Kind belasten, sollte der Untersucher wohlwollend und verständnisvoll Interesse an der Perspektive des Kindes signalisieren. Ziel ist es, eine möglichst angstfreie Atmosphäre herzustellen. In die Exploration eingestreute wertschätzende Bemerkungen über das Kind und seine Eltern können zusätzlich vertrauensbildend wirken.

Soll die Exploration des Kindes Aufschluss über seine Einstellungen, Gefühle und Handlungsmotive bringen, oder besteht die Erwartung, dass es von belastenden Erfahrungen berichtet, wird dies durch die ausdrückliche Erlaubnis der Hauptbezugsperson, dass es mit dem Untersucher auch darüber sprechen darf, sehr erleichtert. Auch der Einsatz indirekter Befragungstechniken, z. B. projektiver Verfahren, setzt eine möglichst entspannte Atmosphäre und vertrauensvolle Beziehung zum Untersucher voraus (→ Kapitel 9).

Bestehen sprachliche Verständigungsprobleme, sollte die Hinzuziehung eines Dolmetschers in Betracht gezogen werden. Grundsätzlich ist es von Vorteil, wenn der Untersucher Grundinformationen über den kulturellen Hintergrund der Familie, typische familiäre Rollenmuster und Erziehungsweisen hat (s. a. Sattler & Hoge, 2006; zur psychologischen Untersuchung von Kindern mit Migrationshintergrund → Kapitel 36).

Manche Kinder zeigen bereits in der Anfangsphase grenzüberschreitendes Verhalten, das der Untersucher nicht tolerieren kann. Wenn die Eltern von sich aus nicht eingreifen und entsprechende Hinweise des Untersuchers nicht umsetzen, empfiehlt es sich, mit Erlaubnis der Sorgeberechtigten selbst freundlich, aber klar Grenzen zu setzen und dem Kind andere, erlaubte Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

6 Die Untersuchung des Kindes

Die Aufforderung zum Mitmachen sollte möglichst dann an das Kind gerichtet werden, wenn die Bereitschaft zur Kooperation erkennbar ist. Anzeichen dafür sind z. B., dass das Kind sich von seinen Eltern löst, im Raum spielt und auf (verbale) Kontaktaufnahme des Untersuchers positiv reagiert. Es sollte mit dem Beginn der Untersuchung nicht gewartet werden bis Ermüdung oder Langeweile einsetzen. Steht eine Exploration der Eltern am Anfang der Untersuchung, hat es sich auch bewährt, danach eine Pause zu machen mit der Ankündigung, dass der Untersucher anschließend mit dem Kind etwas spielen oder arbeiten möchte. Die Rahmenbedingungen der psychologischen Untersuchung können je nach Institution recht unterschiedlich sein. So ist es in manchen Einrichtungen üblich, zuerst einen Explorationstermin nur mit den Eltern durchzuführen, in anderen steht zunächst die Kontaktaufnahme zum Kind im Vordergrund. Der Untersucher hat die Aufgabe, Beziehungsaufbau und Untersuchungsgang diesen Bedingungen anzupassen.

Vor Beginn der Untersuchung empfiehlt es sich abzuklären, ob das Kind Durst hat oder noch einmal zur Toilette muss. Dies beugt späteren Unterbrechungen vor und ist auch eine Möglichkeit, dem Kind gegenüber Fürsorge zu zeigen. Oft ist es ausreichend, das Kind aufzufordern, am Tisch Platz zu nehmen. Generell gilt, dass der Untersucher freundliche, klare und eindeutige Anweisungen formuliert („Komm, jetzt setz dich bitte hier an den Tisch“) und nur da eine Entscheidungsmöglichkeit („Möchtest du dich an den Tisch setzen?“) anbietet, wo er sie dem Kind wirklich einräumen will. Denkbar ist aber auch, sich zunächst in das freie Spiel des Kindes einzuklinken, es aufzufordern, sein Spiel am Tisch gemeinsam mit dem Untersucher fortzusetzen oder ein Gespräch über Interessen des Kindes zu initiieren. Manchmal ist es vorteilhaft, wenn Eltern ihr Kind an den Untersuchungstisch begleiten und sich dann zurückziehen oder den Raum verlassen, nachdem das Kind sich auf die Untersuchung eingelassen hat. Auch die Kontaktaufnahme über eine Handpuppe oder das mitgebrachte Schmusetier können bei ängstlichen und selbstunsicheren Kindern sinnvoll sein.

Für Kinder, die jünger als vier Jahre sind, empfiehlt sich meist ein spielerischer Zugang zur Testung. Nicht selten müssen bei dieser Altersgruppe Zugeständnisse an momentane Spielinteressen gemacht werden, ohne dadurch die Vorgaben der standardisierten Durchführung aus den Augen zu verlieren. Bei Kindern ab vier bis fünf Jahren können i. d. R. schon Arbeitshaltung und entsprechende Leistungsmotivation vorausgesetzt werden. Um keine falschen Erwartungen zu wecken, sollte hier im Zusammenhang mit einer Testung auch nicht mehr von „Spiel“, sondern von „Aufgaben“ oder „Rätseln“ gesprochen werden, die das Kind gemeinsam mit dem Untersucher bearbeiten wird.

Wurde eine spielerische Form des Beziehungsaufbaus zum Kind gewählt, sollte diese Phase nicht zu lange ausgedehnt werden, da sonst der Wechsel zu Leistungsanforderungen eher erschwert werden kann (Kamphaus, 2005). Bei der Untersuchung von Säuglingen und Kleinkindern wecken häufig interessante Testmaterialien die kindliche Neugier und bahnen eine Kooperation an. Bei dieser Altersgruppe bleibt der spielerische Charakter während der gesamten Testung vorherrschend. Viele Kinder im Vorschulalter

erleben die Leistungsanforderungen nicht als problematisch, sondern sind neugierig und stolz auf den eigenen Erfolg.

Ob die Bezugspersonen bei der Testung des Kindes anwesend sein sollen oder nicht, muss einvernehmlich zwischen Eltern und Untersucher geklärt werden. Ziel ist es, möglichst optimale Untersuchungsbedingungen herzustellen. Bei Kindern bis zu vier Jahren ist die Anwesenheit zumindest eines Elternteils meist empfehlenswert (s. Greenspan & Meisels, 1997), auch wenn manche Autoren aus Gründen des Testschutzes schon bei Kindern ab drei Jahren die Testung in Abwesenheit der Eltern empfehlen (Kamphaus, 2005). Letztlich ist im Einzelfall abzuwägen zwischen der Sicherheit, die die Anwesenheit eines vertrauten Erwachsenen dem Kind vermitteln kann, und der Ablenkung bzw. Beeinflussung, die davon möglicherweise ausgeht. Viele Eltern sind der Ansicht, ihr Kind kooperiere besser, wenn sie nicht anwesend sind. Gegen den expliziten Willen des Kindes sollte dies jedoch nicht durchgesetzt werden. In manchen Fällen erweist es sich als günstig, Eltern zuschauen zu lassen, damit für sie das Zustandekommen der Ergebnisse nachvollziehbarer wird. Sie benötigen dann aber den Hinweis, dass die Kinder nicht alle Aufgaben lösen können und dass dies auch nicht erforderlich ist, um zu einem guten Ergebnis zu kommen (Ford & Dahinten, 2005). Während der Untersuchung müssen sich die Eltern ganz zurückhalten und sollten möglichst im Hintergrund ohne direkten Blickkontakt zum Kind sitzen. Der Untersucher sollte beachten, ob dennoch störende Verhaltensweisen (z. B. Missbilligung bei Fehlern des Kindes) die Atmosphäre der Untersuchung beeinträchtigen. Wird die Untersuchung mit dem Kind allein durchgeführt, sollten die Eltern in erreichbarer Nähe bleiben. Auf jeden Fall müssen die Kinder informiert sein, wo sich ihre Eltern aufhalten und wann sie sie wiedersehen werden.

Zu Beginn der Testung verwenden manche Untersucher einen Standardeinführungstext, z. B.: „Ich werde mit dir heute einige Aufgaben und Rätsel machen. Ich habe für dich Puzzles, wir werden uns Bilder anschauen und ich werde dir Fragen stellen. Du musst nicht alle Aufgaben schaffen, manche sind für ältere Kinder. Es ist in Ordnung, wenn du mal was nicht kannst, aber ich möchte, dass du es immer versuchst“ (weitere Textbeispiele s. Kamphaus, 2005). Manche Tests haben Einleitungstexte, die wörtlich zu übernehmen sind.

Bei kleinen Kindern empfiehlt es sich, mit einer direkten Aufforderung zum Mitmachen zu beginnen („Hier habe ich einige Sachen, die wir jetzt gemeinsam machen werden“). Dabei kommt es weniger auf die genaue Wortwahl, sondern vielmehr auf freundlich auffordernde Stimmführung, Mimik und Gestik des Untersuchers an. Aufgaben, die für das Kind einen hohen Aufforderungscharakter haben, eignen sich besonders als Testeinstieg, wenn mit einer anfänglichen Verweigerung gerechnet werden muss. Bei mitteilbaren Kindern sind dies besonders sprachliche Anforderungen. Bei schweigsamen Kindern sollten Angebote am Beginn stehen, die stärker den manuellen Umgang mit Material erfordern (z. B. die Handlungsskala des SON-R 2 1/2-7; → Kapitel 12). Dabei können auch sehr einfache Aufgaben zum Einsatz kommen, die den Kindern vertraut sind und schnelle Erfolgserlebnisse vermitteln (z. B. Formbox, Baubecher) oder es wird zunächst ein Spielzeug mit hohem Aufforderungscharakter (z. B. Spielzeugkassette) als Übergangselement zwischen freiem Spiel und Testung präsentiert. Solche Spielmaterialien können auch als Anreiz für das Mitmachen bei der Testung eingesetzt werden.

Ängstliche Kinder gewinnen i. d. R. bei unstrukturierten, spielerischen Aufgaben schneller Sicherheit, während unruhige Kinder von stärker strukturierten Aufgaben profitieren (Kamphaus, 2005). Spaßhafte Elemente vor der formalen Testung helfen Spannungen abzubauen. Aktivsprachliche Anforderungen werden möglichst zurückgestellt, bis das Kind erstmals spontan gesprochen hat.

In der ungewohnten Testsituation kommt es nicht selten zu anfänglicher Zurückhaltung, die sich jedoch mit etwas Geduld und aufmunternder Zusprache, durch flexible Herangehensweisen z. B. in der Wahl der Anfangsaufgabe oder auch durch eine gewisse Beharrlichkeit meist überwinden lässt. Massiver Druck löst eher Angst aus, ist ethisch bedenklich (→ Kapitel 5) und führt zu invaliden Ergebnissen (Bracken, 2007b). Tritt nachhaltige Verweigerung auf, was nach Erfahrung der Autoren bei Beachtung der hier genannten Regeln nur selten der Fall ist, lohnt es sich meist durch genaues Nachfragen bei den Bezugspersonen Erklärungshypothesen zu bilden und daraus Konsequenzen für eine Veränderung der Untersuchungsbedingungen abzuleiten (z. B. bessere Vorbereitung des Kindes, Untersuchung im vertrauten Umfeld usw.).

Der Untersucher hat die Aufgabe, die Motivation und Kooperationsbereitschaft des Kindes über die gesamte Testung hinweg aufrechtzuerhalten. Unterstützende Faktoren dabei sind:

- gleichbleibend freundliche Zugewandtheit zum Kind bei gleichzeitiger Aufgabenorientierung,
- klare Strukturierung der Situation und Verhaltenssteuerung durch den Untersucher,
- Erkennen der aktuellen Bedürfnisse des Kindes und deren angemessene Berücksichtigung im Rahmen der Untersuchungssituation,
- Abwechslung der Aktivitäten während der Testung,
- angemessene Bestätigung (Lob), aber auch Aufforderungen bei geringer Anstrengungsbereitschaft,
- Trost und Ermutigung bei Misserfolgserlebnissen des Kindes,
- auflockernde Bemerkungen oder eine kleine Unterhaltung über nicht testbezogene Themen bei ängstlich angespannten Kindern.

Die Kooperation des Kindes lässt oft nach, wenn der Untersucher während der Testung den Kontakt zum Kind verliert, weil seine Aufmerksamkeit der Handhabung der Testmaterialien, der Suche nach Kodierungsregeln oder den eigenen Aufzeichnungen gewidmet ist. Diese unverzichtbaren Handlungen müssen daher routiniert und beiläufig erfolgen, was eine sichere Beherrschung der eingesetzten Methoden voraussetzt (zu ethischen Implikationen einer unzureichenden Testpraxis → Kapitel 5). Instruktionen werden dann auch trotz des vorgegebenen Wortlautes wie „normale“ Konversation klingen (Kamphaus, 2005). Der Untersucher muss Blickkontakt zum Kind haben, um Testfragen dann zu stellen, wenn sich das Kind aufnahmefähig zeigt. Bei Misserfolgen sind bisweilen Aufmunterung und Lob für die Lösungsbereitschaft des Kindes erforderlich („Das war ganz schön schwer. Du hast dich wirklich toll angestrengt. Versuch jetzt die nächste Aufgabe“) oder bei jungen Kindern auch unaufdringlicher Körperkontakt.

Auch wenn viele Testinstruktionen positive Rückmeldungen („Das hast du gut gemacht!“) ausschließen, da das Kind sonst ausbleibendes Lob als indirekten Hinweis auf falsche Lösungen interpretieren könnte, benötigen manche Kinder Bestätigung, um

weiterhin kooperativ zu sein. Kinder sollten jedoch nie für falsche Lösungen gelobt werden. Dies kann das Vertrauen in den Untersucher untergraben und falsches Verhalten verstärken. Manche Kinder versuchen sich anhand der Eintragungen des Untersuchers auf dem Protokollblatt Aufschluss über die Richtigkeit ihrer Lösungen zu verschaffen und sind dadurch evtl. abgelenkt. Dann kann es sinnvoll sein, den Zweck der Protokollierung zu erklären (z. B.: „Ich möchte mir alle deine Antworten behalten und schreibe sie daher auf“).

Während für manche Kinder eine gemächliche und entspannte Arbeitsatmosphäre wichtig ist, benötigen andere Kinder eine straffere Testdurchführung, damit ihre Aufmerksamkeit nicht nachlässt oder abschweift. Allerdings sind Vorgaben der Testmanuale bezüglich der Reizdarbietungszeiten einzuhalten. Aktive Kinder können mithelfen, Testmaterialien ein- und auszuräumen, kurzes zwischenzeitliches Aufstehen oder andere motorische Aktivitäten, die die Untersuchung nicht beeinträchtigen, können toleriert werden. Auf ablenkende Fragen oder Erzählungen des Kindes kann mit einer freundlichen Geste oder dem Kommentar „Das kannst du mir nachher genauer erzählen“ reagiert werden, ehe man zur Aufgabenbearbeitung zurückkehrt. Kleine Entscheidungsmöglichkeiten („Welchen Stift willst du?“) geben dem Kind das Gefühl, die Untersuchung mit beeinflussen zu können. Viele Kinder empfinden es als beruhigend, wenn ihre Wahrnehmung, dass es sich um eine anstrengende Aufgabe handelt, bestätigt wird („Ja, das ist ganz schön schwierig“).

Motorische Unruhe, ablenkende Fragen, ein abschweifender Blick, nesteln an Kleidern, zunehmend längere Reaktionszeiten, häufiges Umwenden zu den Eltern und eine schlaffe Körperhaltung können auf eine zunehmende Belastung oder Ermüdung des Kindes hinweisen. Der Untersucher sollte aus einer fürsorglichen Grundhaltung rechtzeitig Pausen anbieten, um z. B. einen Toilettengang zu ermöglichen oder ein Taschentuch zu reichen. Bei Kindern, die ständig nach einer Unterbrechung verlangen, sollten Ziele gesetzt und diese mit Anreizen verbunden werden („Wenn wir diese Aufgabe beendet haben, machen wir eine Pause, in der du spielen kannst.“). Werden Pausen eingelegt, sollte deren Zweck (Toilettengang, etwas trinken, spielen usw.) klar benannt werden und es ist zu betonen, dass hinterher weitergearbeitet wird. Weinen Kinder ohne erkennbaren Auslöser, was unerfahrene Untersucher erheblich verunsichern kann, empfiehlt es sich meist, ruhig abzuwarten, ggf. ein Taschentuch zu reichen und das Kind mit einer leichten Berührung zu trösten.

Manche Kinder benötigen sehr lange, bis sie eine Antwortreaktion zeigen. Ihnen muss im Rahmen der Durchführungsvorgaben ausreichend Zeit gegeben werden. Unsichere Kinder brauchen u. U. die ausdrückliche Erlaubnis mitzuteilen, dass sie etwas nicht wissen. Andere tendieren dazu, vorschnell mit „Ich weiß nicht“ zu antworten. Handelt es sich hierbei nicht um nachlassende Motivation, ist sicherzustellen, dass das Kind die Aufgabe verstanden hat, und es sollte zu einem erneuten Versuch aufgefordert werden (Kamphaus, 2005). Bisweilen lassen sich die kindlichen Antworten nicht eindeutig in die vorgegebenen Auswertungskategorien einordnen. Im Rahmen einer standardisierten Durchführung sind die Möglichkeiten für Nachfragen oft genau geregelt, da es sonst zu einer Verfälschung der Ergebnisse durch unbeabsichtigte Hilfestellungen kommen kann. Aufforderungen wie „Sag mir mehr dazu!“ oder „Erkläre mir das bitte genauer!“ sind