

Christine Ettrich
Klaus Udo Ettrich

Die Anamnese in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Christine Ettrich und Klaus Udo Ettrich

Die Anamnese in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

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.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2009

978-3-86955-203-3

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2009

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2009

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86955-203-3

1 Warum dieses Buch?	5
2 Was ist eine Anamnese und wie werden Anamnesen eingeteilt? ..	9
2.1 Definition	9
2.2 Einteilungen der Anamnese	10
3 Der Algorithmus des Anamnesegesprächs	15
4 Inhaltliche Schwerpunkte einer Anamnese	19
4.1 Anamnese - Erfassung der Lebens- und Krankengeschichte ...	19
4.2 Anamnese - Erfassung von Symptomen und Beschwerden	33
4.3 Anamnese - Erfassung bedeutsamer Lebensereignisse.....	33
4.4 Anamnese - Erfassung soziokultureller Einflüsse.....	45
4.5 Anamnese - Erfassung frühkindlicher Einflussfaktoren	47
4.5.1 Pränatale Faktoren	48
4.5.2 Perinatale Faktoren	58
4.5.3 Postnatale Faktoren	61
5 Anamnese für die Sprechstunde in der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie (Ettrich, 1983/1991/2007)	65
5.0 Personendaten	66
5.1 Anlass der Vorstellung des Kindes in der Sprechstunde	68
5.2 Schwangerschaft und Geburt	70
5.2.1 Schwangerschaft.....	70
5.2.2 Geburt	74
5.3 Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr.....	78
5.4 Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren in ausgewählten Bereichen	81
5.4.1 Motorik	82
5.4.2 Entwicklung des Sprechens und der Sprache	84
5.4.3 Sauberkeitserziehung und Selbstständigkeitsentwicklung ...	86
5.4.4 Kontaktverhalten/ Soziale Kompetenz.....	88
5.4.5 Leistungsorientiertes Spiel	90
5.4.6 Entwicklung des Leistungsverhaltens.....	92
5.5 Anamnestisch relevante Bereiche für die Herausbildung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	99
5.5.1 Bindung als grundlegende Voraussetzung gelingender oder misslingender kindlicher Entwicklung	100
5.5.2 Reaktive Verarbeitung des Umwelterlebens	115

5.5.2.1 Angstproblematik als Grundlage vieler psychischen Störungen	116
5.5.2.2 Aggressives Verhalten.....	117
5.5.2.3 Entwicklung von Abhängigkeit und Unabhängigkeit	119
5.5.2.4 Sexualität	120
5.6 Familienanamnese	121
5.6.1 Familienstruktur und sozio-ökonomische Lage	122
5.6.2 Beziehungen zwischen den Eltern	
5.6.3 Erziehungsstil, -interesse, -verhalten	130
5.6.4 Familiendynamik (Rollen- und Funktionsverteilung) - Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, zwischen Geschwistern	133
6 Erhebung der Anamnese als integrativer Teil von Dokumentationssystemen und ihre Einbettung in Diagnostiksysteme (ICD-10, DSM-IV) – von der Anamnese zur Diagnose.....	139
6.1 Kinder-DIPS	139
6.2 BADO	144
7 Die verfahrenstechnische Güte anamnestischer Daten	148
8 Zusammenfassung	155
Literatur	156
Anhang	171
Leitfaden zur Anamneseerhebung in der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie	
Erfassungsbogen	

1 Warum dieses Buch?

Die Anamnese ist die Erfragung des Lebenslaufes, der Entwicklungsgeschichte und der „Krankengeschichte, wie der Patient sie aus seiner Erinnerung angibt“. Die Ermittlung dieser Daten und Fakten ist bei der Beurteilung einer jeglichen körperlichen Erkrankung von Bedeutung, weil der Therapeut mit dieser Erhebung viel über die Vulnerabilität des Patienten erfährt. Bei psychischen Erkrankungen ist die Erhebung der Anamnese für das Verständnis der psychischen Auffälligkeiten, der psychischen Störung oder der psychischen Erkrankung von noch größerer Bedeutung, weil wir oft nicht auf einen bakteriellen oder virologischen Auslöser oder eine spezifische Verletzung schließen können, und sich der Kinderpsychologe oder Kinderpsychiater bzw. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut erst durch die Kenntnis der Lebensgeschichte eine Vorstellung von der Fehlentwicklung des Kindes oder Jugendlichen, von der Art der Störung und ihrer Entstehung, vom Schweregrad ihrer Ausprägung erarbeiten muss. Die Anamnese ist damit ein sehr subjektives Instrument, wenn es darum geht, die Beschwerden eines Patienten diagnostisch zu erfassen.

Im Kindes- und Jugendalter ist der Therapeut wegen des Mangels an eigenen Erinnerungen des Kindes oder Jugendlichen neben der Befragung des Patienten auch immer auf die Exploration der nächsten Bezugspersonen (meist der Mütter) in Bezug auf Verhalten und Erleben der Kinder und Jugendlichen angewiesen.

Die mehr oder weniger systematische Befragung eines Kranken spielte bereits im Altertum eine wichtige Rolle. So erfolgte die erste überlieferte Anamneseerhebung durch Rufus von Ephesos (1./2.Jh. n. Chr., in Gärtner, 1962).

Erst im 17. und 18. Jahrhundert wird die Anamnese jedoch zu einem festen Bestandteil der Diagnosestellung. So stellt bereits Boerhaave (1737) die biografische Anamnese vor den eigentlichen Untersuchungsbefund.

An dieser Vorgehensweise hat sich in fast 300 Jahren nichts Grundlegendes geändert, wenngleich anamnestische Verfahren und Schemata heute in Fülle existieren. Deren methodenkritische Absicherung ist allerdings meist fraglich, so dass es legitim ist, der diagnostischen Praxis ein weiteres Anamneseschema zu empfehlen.

Meist ist das Anamnesegespräch das erste, das vom Therapeuten mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen geführt wird. Es dient also neben dem Erkenntnisgewinn ganz vordringlich auch der Beziehungsgestaltung. Es geht darum, das Vertrauen zwischen Kind oder Jugendlichen und dem Therapeuten zu entwickeln, Kind oder

Jugendlicher und seine Eltern müssen das Interesse des Therapeuten am Verhalten, Erleben und Fühlen des Kindes oder Jugendlichen spüren in dem Sinne: Der Therapeut fragt nicht deshalb so viel, weil er neugierig ist oder etwa ein Geheimnis herausbekommen will, sondern weil er dem Patienten helfen will. Deshalb ist es von Vorteil, mit dem Patienten nicht einfach ein Formular von (zweifelloso wichtigen) Fragen „abzuarbeiten“, sondern einen wirklichen Dialog zu führen, bei dem der Patient sich zunehmend angenommen fühlen kann.

Hierfür aber ist es wiederum nötig, einen gewissen Ablauf des Gespräches sozusagen „im Hinterkopf“ zu haben, um nicht wesentliche Elemente der Befragung außer Acht zu lassen.

Im Kindes- und Jugendalter ist es von großer Bedeutung, alle Auffälligkeiten und Störungszeichen vor dem Hintergrund des Entwicklungsgeschehens zu sehen und zu bewerten, da die Entwicklung in diesem Alter noch von sehr raschen Veränderungen geprägt ist und eine hohe intraindividuelle Variabilität aufweist.

Die Autoren des vorliegenden Bandes haben sich das Ziel gestellt, auf der Grundlage jahrzehntelanger praktischer und wissenschaftlicher Erfahrungen ein Anamnese-schema zu empfehlen, welches sowohl relevante Fragen für die Entwicklung des Kindes/des Jugendlichen als auch relevante Fragen für Hinweise auf die wichtigsten Störungsbilder sowie deren Herausbildung enthält.

Es war uns dabei ein wichtiges Anliegen, die Begründungen für die einzelnen Fragen dem Leser und potentiellen Anwender plausibel zu machen.

Wie jedes Schema erfordert natürlich auch das hier vorgelegte eine flexible Handhabung im Einzelfall, die aber durch die umfangreichen Begründungen der einzelnen Fragenkomplexe und Mitteilung eigener Studienergebnisse erleichtert werden dürfte. Für die Vertrauensbildung und Motivierung zur Mitarbeit in der Therapie ist es wichtig, Kind oder Jugendlichen nach seiner Sicht auf das Problem, die Schwierigkeit zu fragen und sich auch nach seinen Wünschen zu erkundigen, wie es meint, diese Probleme verändern zu können. Besonders im Jugendalter erlebt oder erfährt der Therapeut häufig, dass der Betroffene keine Schwierigkeiten für sich erkennt (Nullbockmentalität), so dass es eine Aufgabe des Therapeuten ist, durch Konfrontation mit konkreten Schwierigkeiten an der Veränderungsmotivation des Patienten zu arbeiten und ihn zur Lösung dieser Probleme zu befähigen.

Bereits an dieser Stelle sei explizit darauf hingewiesen, dass das Anamnesegespräch mit den Bezugspersonen das am jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes

oder Jugendlichen orientierte Einführungsgespräch mit dem Patienten selbst keinesfalls ersetzen kann.

Wir empfehlen das Buch besonders den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychologen sowie allen, die mit der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen befasst sind.

Liebe Leser, denken Sie immer daran, dass es sich bei der Anamneseerhebung um ein diagnostisches Vorgehen handelt. Ein positiver Effekt der Untersuchung ist nur zu erwarten, wenn die richtigen Folgerungen aus dem Ermittelten gezogen werden. Das bedeutet, erst die detaillierte Kenntnis von Untersuchungsergebnissen, Ihr Fachwissen und dadurch die richtigen Verknüpfungen von unterschiedlichen Sachverhalten sichern ein erfolgreiches Gesamtergebnis.

Christine und Klaus Udo Ettrich, Herbst 2009

2 Was ist eine Anamnese und wie werden Anamnesen eingeteilt?

2.1 Definition

Der Begriff kommt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie „gegen das Vergessen“ oder „für die Erinnerung“. Die Anamnese ist die systematische Befragung des Patienten und/oder seiner Bezugspersonen.

Eine gute Anamneseerhebung ist wegweisend für Art und Umfang weiterer diagnostischer Maßnahmen. Sie führt häufig bereits zu einer Verdachtsdiagnose.

Die Erfassung der Anamnese erfolgt im Anamnesebogen und hat neben der diagnostischen und therapeutischen Bedeutung auch eine forensische Relevanz.

Als **Aufgaben und Ziele des Erstgespräches** werden formuliert:

1. Das Sammeln von Informationen, welche die Therapeutin/ der Therapeut über die Person und die Problematik des Patienten benötigt. Dabei muss der Patient auf die Verschwiegenheit des Therapeuten hingewiesen werden und er muss darauf vertrauen können, dass alles, was der Patient oder seine Bezugspersonen dem Therapeuten anvertrauen, auch niemand anderes erfährt und nur Verwendung findet, um dem Patienten zu helfen.
2. Die Weitergabe relevanter Informationen an den Klienten und seine Bezugspersonen.
3. Das Ergreifen von Maßnahmen zum Aufbau einer guten **emotionalen** Beziehung zum Klienten und seinen Bezugspersonen.
4. Das Ergreifen von Maßnahmen zum Aufbau einer guten **therapeutischen** Beziehung (entsprechend den Bewertungskriterien des Klienten hinsichtlich Therapie und Behandlung) und
5. Planung und Einsatz erster therapeutischer Interventionen.

2.2 Einteilungen der Anamnese

Am Explorationsleitfaden der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP 1995, 1997) sollen nachfolgend die **wichtigsten Inhalte** für die Exploration der Eltern erläutert werden. Das Schema der AACAP bezieht sich auf den Vorstellungsanlass, wobei die aktuellen psychischen Auffälligkeiten des Kindes oder Jugendlichen aus der Sicht der Eltern ermittelt werden. Das Wissen darum, welche Ziele die Eltern verfolgen, ist für den Therapeuten sehr wichtig. Es bedeutet nicht, dass er nicht zu einer davon abweichenden Aussage kommt, er andere Ziele für die Behandlung für erforderlich hält, wovon er die Eltern überzeugen muss. Die Klärung einiger praktischer und formaler Fragen ist im Erstgespräch notwendig, wobei es dabei auch um rechtliche Aspekte geht. Das Kernstück der Exploration bezieht sich auf die lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und seiner Familie sowie auf die Erfassung ihres familiären und sozialen Hintergrundes einschließlich der medizinischen und psychiatrischen Vorgeschichte der Familie.

➤ **Vorstellungsanlass und aktuelle psychische Auffälligkeiten:**

Vorstellungsanlass:

- Wer ist besorgt und warum?
- Warum wird gerade zu diesem Zeitpunkt Hilfe in Anspruch genommen?
- Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich der Konsultation.
- Einzelheiten der gegenwärtigen Problematik für jedes einzelne Problem:
 - Dauer,
 - Auftretenshäufigkeit und
 - Intensität
- Bedingungen, unter denen das Problem auftritt
- Konsequenzen einschließlich der damit verbundenen Belastungen und Beeinträchtigungen
 - sozialer,
 - familiärer,
 - kognitiver und
 - schulischer Funktionen.
- Einstellungen der Eltern, des Kindes, der Gleichaltrigen u. a. zum Problemverhalten.

- Vorausgegangene Versuche, Hilfen zur Bewältigung des Problems zu erlangen

➤ **Praktische und formale Aspekte:**

- Dauer, Umfang und Zeitplan der Untersuchung, Kosten, Vertraulichkeit.
- Einverständnis, relevante Berichte vom Kindergarten, von der Schule, von anderen sozialen Einrichtungen, von Beratungsstellen oder klinischen Einrichtungen einzuholen.

➤ **Lebensgeschichtliche Entwicklung des Patienten und der Familie:**

Die lebensgeschichtliche Entwicklung bezieht sich sowohl auf die objektiven Fakten als auch auf die emotionale Bedeutung dieser Fakten für die Familie und das Kind. Die chronologischen Abläufe können sich an wichtigen Ereignissen im Leben des Kindes oder der Familie orientieren oder im Vergleich zur Entwicklung der Geschwister erfragt werden:

- Umstände der Zeugung, der Schwangerschaft, der Adoption und der frühen Kindheit (u. a. Schwangerschaftskomplikationen, einschließlich Alkohol- und Drogenkonsum der Mutter, Temperament und Regulationsstörungen sowie Bindungsverhalten in der frühen Kindheit).
- Körperliche Entwicklung und medizinische Vorgeschichte (u. a. fein- und grobmotorische Entwicklung, Sauberkeitserziehung, Schlafverhalten, medizinische Anamnese)
- Sexuelle Entwicklung: Reifestatus, insbesondere beschleunigte oder verzögerte Entwicklung, Masturbation, andere sexuelle Aktivitäten.
- Kognitive Entwicklung und schulisches Funktionsniveau (Sprechen und Sprache, intellektuelle und schulische Stärken und Schwächen, schulische Lern- und Leistungsmotivation, Toleranz gegenüber Frustrationen und Kritik, Einstellungen zu Autoritäten).
- Emotionale Entwicklung und Temperament (Stimmung und Affekt, Angst, sexuelle Interessen, Befürchtungen und Aktivitäten, Regulation von Aggressivität, dissoziale Verhaltensweisen):
 - Beziehungen zu Gleichaltrigen
 - Beziehungen in der Familie
 - Gewissensbildung und Wertvorstellungen
 - Interessen, Hobbies, Talente und Nebenbeschäftigungen
 - ungewöhnliche oder traumatische Lebensbedingungen/Lebensereignisse.

➤ **Familiärer und sozialer Hintergrund:**

- Eltern (Stärken, Schwächen und Konfliktbereiche als Individuen, Ehepaar, Elternpaar).
- Einstellungen der Eltern zum Kind (Art der Bindung der Eltern an das Kind, Bildung, Beruf, finanzielle Möglichkeiten).
- Familie und Haushalt: Zusammensetzung der Familie, Grenzen und Allianzen innerhalb der Familie, Problemlöse- und Kommunikationsstil, vorherrschende emotionale Stimmung, Erwartungen der Familie und Familiendisziplin, familiäre Belastungen.
- Medizinische und psychiatrische Vorgeschichte der Familie: Bedingungen des psychosozialen und kulturellen Umfeldes einschließlich schädigender Einflüsse.

Eine weitere mögliche Einteilung von Anamneseerhebungen bezieht sich auf folgende Aspekte und soll deshalb erwähnt werden:

1. nach dem Befragten:

Die Anamnese wird vom Patienten selbst (**Eigenanamnese**) oder von seinen Bezugspersonen (**Fremdanamnese**) erhoben.

2. nach dem Gegenstand:

- Die **somatische Anamnese**, die sich auf den körperlichen Zustand des Patienten bezieht; diese muss der Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut als Konsiliarbericht vom Arzt einholen, da sie von ihm nicht selbst erhoben wird. Der Konsiliarbericht ist für den Beginn einer Psychotherapie unabdingbar, da hiermit organische Ursachen der Störung ausgeschlossen werden und damit Fehlbehandlungen vorgebeugt wird.
- Die **psychische Anamnese** dient der Erfassung der Beschwerden und Belastungen des Patienten, die später das Kernstück der Psychotherapie bilden.
- Die **soziale Anamnese** erfasst das gesellschaftliche Umfeld und die Lebensbedingungen des Patienten, die an der Entstehung, Aufrechterhaltung und Verstärkung der Beschwerden einen entscheidenden Anteil haben können.

3. nach dem Fokus

Die Fragen, die sich auf die zum Therapeuten führenden Beschwerden beziehen, werden **Spezielle Anamnese** genannt, während Fragen, die nicht unmittelbar mit den Beschwerden zusammenhängen, als **Allgemeine Anamnese** bezeichnet werden.

4. nach dem Fachgebiet

Hier werden die Fragen einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet, in der Medizin z. B. **gynäkologische Anamnese**, **urologische Anamnese**, **kardiologische Anamnese** usw.

3 Der Algorithmus des Anamnesegesprächs

Der wichtigste Grund dafür, dass der Diagnostiker bei der Anamnese nicht ein bestimmtes Schema mit dem Patienten von Anfang bis Ende „abarbeiten“ darf, ist die Tatsache, dass der Patient grundsätzlich nach einer „Eröffnungsfrage“ zunächst einmal die Gelegenheit bekommen sollte, in der von ihm selbst gewählten Form und Strukturierung über seine Beschwerden und Probleme zu sprechen. Das gilt für Kinder und Jugendliche und selbstverständlich auch für deren Angehörige. Dies aber bedeutet, dass der Befragende sein Anamneseschema (zumindest in den wesentlichen Teilen) „im Hinterkopf“ haben sollte, um nicht durch ständiges Blättern, Nachlesen usw. den Patienten zu irritieren oder in seiner freien Schilderung zu behindern.

Besonders erinnert sei hier an die Tatsache, dass beim Anamnesegespräch den aus der Gesprächspsychotherapie bekannten Basisvariablen der Gesprächsführung wie **Echtheit, aktives Zuhören, positive Wertschätzung** usw. eine entscheidende Bedeutung zukommt. Vom Verlauf des Anamnesegesprächs wird in entscheidender Weise die therapeutische Beziehung zwischen dem Patienten, seinen Bezugspersonen und dem Therapeuten beeinflusst.

Natürlich ist es auch nicht nötig, dass der Therapeut sich die gesamte Anamnese des Patienten merkt und erst im Nachhinein aufschreibt. Einige Notizen des Therapeuten während des Gesprächs überzeugen den Patienten eher von dessen Interesse an seiner Person und der Gründlichkeit des Therapeuten. Allerdings wird es im Anschluss meist noch nötig sein, das Gehörte in die entsprechende Form zu bringen und Details aus dem Gedächtnis zu ergänzen.

Am Ende des Anamnesegesprächs ist es sinnvoll, die wichtigsten Punkte nochmals in den Worten des Therapeuten wiederzugeben und vom Patienten bestätigen zu lassen. Daraufhin sollte der Therapeut dem Patienten (und seinen Angehörigen) die weitere notwendige diagnostische Vorgehensweise erörtern.

Beispiel: „Das, was wir gemeinsam erarbeitet haben, legt den Verdacht einer ... Störung nahe. Um dies zu erhärten oder auszuschließen, ist es notwendig, dass Du/Sie einen speziellen Fragebogen oder Test bearbeitest/bearbeiten, von dessen Ergebnis wir unser weiteres therapeutisches Vorgehen ableiten werden.“

An dieser Stelle ist auch nochmals darauf zu verweisen, dass bei kindlichen und jugendlichen Patienten das Anamnesegespräch niemals ausschließlich mit der/den Bezugsperson(en) zu führen ist, sondern immer auch mit dem Patienten selbst. Dies

setzt eine geeignete Form des Umgangs mit Kindern/Jugendlichen in verschiedenen Alters- und Entwicklungsabschnitten voraus.

Für den Ablauf (erst Mutter, dann Kind oder umgekehrt oder beide zugleich) wird sicher jeder Therapeut nach kurzer „Probier“-Phase seinen eigenen Standard finden, wichtig ist, dass er sein Tun (wie auch sonst in seiner Arbeit) reflektiert und sich im Nachhinein bewusst macht, welches die möglichen Gründe für ein Gelingen oder Misslingen des Anamnesegesprächs im konkreten Fall waren.

Zur Förderung des **Vertrauensverhältnisses** zwischen Untersucher und Befragtem gehört auch die Gestaltung bestimmter situativer Rahmenbedingungen, die es sich lohnt zu beachten:

- a) Wählen Sie für das Anamnesegespräch einen ansprechenden Raum mit bequemen Sitzmöbeln. Die Stühle von Untersucher und Befragtem sollten sich nicht frontal gegenüberstehen, um die Situation eines Verhörs zu vermeiden. Die Sitzgelegenheiten sollten über Eck angeordnet sein.
- b) Sichern Sie, dass das Zimmer ein ungestörter Gesprächsraum ist, dass also z. B. das Telefon abgeschaltet ist und es sich nicht um ein Durchgangszimmer handelt.
- c) Lassen Sie sich für ein Anamnesegespräch immer ausreichend Zeit. Legen Sie es so, dass kein Termindruck entsteht.
- d) Informieren Sie den Befragten vor dem Gespräch darüber, dass Sie von Zeit zu Zeit einige Aufzeichnungen machen, damit Sie seine Aussagen später auch gezielt seiner Person oder der des Kindes oder Jugendlichen zuordnen können. Besser für die Exaktheit der Daten ist es, wenn Sie sich vom Befragten die Erlaubnis einholen, ein Tonband oder eine Videokamera während des Gesprächs mitlaufen zu lassen. Begründen Sie Ihre Bitte mit der Fehlerhaftigkeit von Gedächtnisprotokollen und mit der Notwendigkeit, manche Gesprächspassage nochmals gründlich zu überdenken.
- e) Konzentrieren Sie sich während des Gesprächs auf ein teilnahmsvolles und unvoreingenommenes Zuhören, damit Sie die Stellen erkennen können, die ein gezieltes Nachfragen notwendig werden lassen.
- f) Fragen des Untersuchers sollten so spärlich wie möglich gestellt werden, weil durch Nachfragen der Befragte in seinem Aussageverhalten leicht in eine bestimmte Richtung gelenkt werden kann. Er kann aus den Nachfragen des Untersuchers an einer bestimmten Stelle möglicherweise ableiten, dass es sich um einen Bereich von zentraler Bedeutung handelt oder um einen Verhaltensbereich, der den Therapeuten

besonders interessiert oder den er für die Entstehung seiner Symptome für bedeutsam hält.

g) Enthalten Sie sich während des Anamnesegesprächs jeglicher diagnostischer Folgerungen aus dem Gehörten. Verarbeiten Sie das Gespräch unter Einschluss weiterer Datenquellen und informieren Sie an einem neuen Termin über Ergebnisse und Konsequenzen in angemessener Form.

h) Kommt das Anamnesegespräch ins Stocken, so beschränken Sie sich auf Verbalisierungen bisheriger Äußerungen oder fordern Sie allgemein zum Weitersprechen auf: „Du hattest als Letztes über Deinen Vater und seine Beziehung zu Dir gesprochen, was kannst Du mir dazu noch sagen?“

i) Beim Abgleiten des Gesprächs auf irrelevante Bereiche fordern Sie höflich, aber nachdrücklich den Befragten auf, zum Thema zurückzukehren: „Worüber Du mir berichtest, ist sicher interessant, aber es sagt mir nichts darüber aus, was Dich betrifft, bitte komme wieder auf Dich und Dein Verhalten zurück.“

Und noch einmal: Denken Sie immer daran, dass das mit den Eltern geführte Anamnesegespräch das einfühlsame, am jeweiligen Entwicklungsstand orientierte Erstgespräch mit ihrem kindlichen oder jugendlichen Patienten keinesfalls ersetzen kann.

Im nächsten Abschnitt wenden wir uns nun den inhaltlichen Schwerpunkten der Anamneseerhebung zu.

4 Inhaltliche Schwerpunkte einer Anamnese

4.1 Anamnese - Erfassung der Lebens- und Krankengeschichte

Auf die inhaltlichen Schwerpunkte der Anamnese sind wir im Abschnitt **Einteilung der Anamnese** schon einmal kurz eingegangen, jetzt wollen wir diese Gedanken vertiefen.

Die Anamnese ist ein sehr wichtiges diagnostisches Instrument. Während andere Diagnostikinstrumente das Ausmaß und den Schweregrad einer Störung abbilden, nicht aber deren Entstehungsweg rekonstruieren, bietet die Anamnese die Möglichkeit, eine **Störung aus ihrer Entstehung** heraus zu begreifen, was für eine effiziente Behandlung von größter Bedeutung ist. Im diagnostischen Prozess dient die Anamnese der Ermittlung, Erfassung und Rekonstruktion der Lebens- und Krankengeschichte eines Patienten, wobei wir uns auf weitgehend akzeptierte Modelle der menschlichen Entwicklung beziehen.

Hier sind vor allem das Ätiologiemodell der Entwicklung, die bio-psycho-soziale Entwicklungskonzeption, die kognitive und die emotionale Entwicklungsauffassung zu nennen. Diesen Entwicklungsauffassungen ist gemeinsam, dass Entwicklung immer das Resultat des Zusammenwirkens von Anlage und Umwelt ist, dass Entwicklung sowohl durch Anlagen und vorgeburtlich Erworbenes als auch durch Umwelteinwirkungen erfolgt, wobei Anlagen und Umwelt die Entwicklung interaktiv und durch Transaktion beeinflussen. Als Formel des **Ätiologiemodells** gilt:

$$EA = G + U + G \times U + G _ U$$

Das Ätiologiemodell fasst Entwicklungsausgänge (EA) als Effekte genetischer (anlagegebener) (G) und umweltbezogener Vorgänge (U) sowie der Interaktion von Anlage und Umwelt (G x U) und deren Transaktion (G_U) auf.

Nachfolgend sollen die oben genannten Faktoren des Ätiologiemodells in Bezug auf Fehlentwicklung näher erklärt werden:

a) genetische Einflüsse (genetische Störungen, biologische Einflüsse) wie

- Chromosomenaberrationen (z.B. Down-Syndrom, Cri-du-Chat-Syndrom)
- Stoffwechselstörungen (z.B. Phenylketonurie)
- schwieriges Temperament (erniedrigte Erregungsschwelle für soziale Reize)

- unspezifische angeborene Hirnfunktionsstörungen (frühkindliche Hirnfunktionsstörungen oder minimale zerebrale Dysfunktion)
- biologische Risiken (z.B. geringes Geburtsgewicht infolge von Fehl- und/oder Mangelernährung der Mutter).

b) Umwelteinflüsse

- die direkt über die Eltern-Kind-Interaktion und
- indirekt über das soziale Klima (z.B. Ehekonflikt) die Entwicklung beeinflussen.

Hierzu einige Beispiele:

- ❖ Bei der psychischen Kindesmisshandlung handelt es sich um eine direkte, dyadische Interaktion, an der immer das Kind und zumindest ein Elternteil beteiligt sind. Vom Erwachsenen wird ein Verhalten geäußert, das dem Kind zu verstehen gibt, dass es nicht gemocht oder geliebt werden kann, weil es (sein Verhalten) voller Fehler ist. Signale des Kindes nach Zuwendung und emotionaler Beachtung werden vom Erwachsenen ignoriert. Die negativen Auswirkungen von psychischer Kindesmisshandlung sind umso gravierender, je mehr dem Erwachsenen die Rolle einer primären Bezugsperson zukommt.
- ❖ Auch die Hausaufgabensituation ist eine direkte, spezifische Lernerfahrung des Kindes, die durch sein Verhalten und das reaktive Verhalten des betreuenden Elternteils mitbestimmt wird.
- ❖ Aber auch Einflüsse der Eltern auf das Kommunikations- und Interaktionsverhalten (z.B. mit wem darf das Kind spielen?, wo darf es sich aufhalten?) weisen auf Einflüsse direkter Eltern-Kind-Interaktionen hin. Während direkte Einflüsse sich über die unmittelbare Kommunikation und Interaktion von Eltern und Kind herausbilden, bilden sich indirekte Einflüsse über die Befürchtungen und Erwartungen des Kindes als Folge eines erlebten schlechten sozialen Klimas heraus.
- ❖ So sind z. B. Ehestreitigkeiten indirekte Einflüsse auf die kindliche Entwicklung. Solche indirekten Einflüsse werden von den Beteiligten oftmals nur schwer oder nicht erkannt, weil viele Eltern meinen, dass sie sich so im Griff haben, dass das Kind die Spannungen zwischen Mutter und Vater nicht wahrnimmt und sie damit für die Entwicklung des Kindes ohne Bedeutung seien. Es wird verkannt, dass gerade das Unpräzise der kindlichen Phantasie und

seinen Ängsten breiten Raum gewährt und damit sein Realitätsbezug verloren geht.

c) Gen-Umwelt-Interaktionen

Von einer Gen-Umwelt-Interaktion spricht man, wenn gleichzeitig nicht nur auf Seiten des Kindes, sondern auch auf Seiten der Umwelt Risiken vorliegen. Hierzu zwei Beispiele:

- ❖ Wenn beim Kind ein schwieriges Temperament (G) und bei der Mutter (U) gleichzeitig eine ausgeprägte Depressivität vorliegen und diese beiden Personen (Kind und Mutter) in ihrer Interaktion aufeinander angewiesen sind und
- ❖ Wenn eine vorgeburtlich erworbene Hirnfunktionsstörung (G) des Kindes und mangelnde elterliche Feinfühligkeit für das Verhalten des Kindes und seine Bedürfnisse (U) gleichzeitig vorliegen.

d) Gen- Umwelt-Transaktionen

Von einer Gen-Umwelt-Transaktion sprechen wir, wenn sich ein Kind seine eigene Erfahrungswelt schafft (sucht), z.B. beim Autismus.

Das autistische Kind reagiert mit seiner genetischen Ausstattung auf bestimmte Aspekte der Umwelt und die Umwelt wiederum auf das Verhalten des Kindes.

e) Weitere allgemein akzeptierte Entwicklungsauffassungen:

- ❖ Die **bio-psycho-soziale Entwicklungskonzeption** differenziert nicht explizit zwischen einzelnen Komponenten, wie wir sie beim Ätiologiemodell kennengelernt haben, sondern geht von der Wechselwirkung und gegenseitigen Beeinflussung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren aus. Jede Imbalance dieser Faktoren kann in allen Lebensabschnitten zu Auffälligkeiten und Fehlentwicklungen führen, z.B. lassen sich so Veränderungen am „Internal Working Model“ (internen Arbeitsmodell, s. Abschnitt 5.5.1) erklären.

Beispiel:

Jacquelines Mutter ist alkoholkrank. Sie konnte auch in der Schwangerschaft nicht vom Alkohol lassen, so dass Jacqueline mit einem Alkoholsyndrom geboren wurde. Die Entwicklung des Kindes verlief verzögert, hätte also erhöhte Anforderungen an die Mutter gestellt. Diesen konnte Frau H. in keiner Weise gerecht werden, da sie aus früheren Beziehungen zwei weitere Kinder hatte und selbst krank war. Frau H.

versuchte immer wieder, ihre Problematik durch neue Partner zu lösen, die allerdings selbst entweder alkoholkrank und/oder gewalttätig waren, so dass es zu einem familiären Fiasko kam, in dessen Folge Jacqueline lebensbedrohlich erkrankte und schließlich alle drei Kinder vorübergehend fremd untergebracht wurden.

- ❖ **Kognitive Ansätze** berücksichtigen die Repräsentationen von Erfahrungen und deren Bedeutung für die Erwartungsbildung und Verhaltenssteuerung.

Beispiel:

Max ist reichlich ein Jahr alt und hat bereits gelernt, dass der Stuhlgang meist braun aussieht. Als seine Mutter ihm zum ersten Mal Schokoladenpudding anbietet, weigert er sich zunächst entschieden, ihn zu essen, mit dem Ausruf: „A-A, nein-nein!“

- ❖ Das **emotionale Regulationsmodell** betont als Basis der Entwicklung die Fähigkeiten zur Selbstkontrolle, zur Kommunikation und familiären Förderung des emotionalen Verhaltens.

Beispiel:

So beginnt sich bereits im zweiten Lebensjahr des Kindes seine Fähigkeit zu selbstbezogenen Emotionen zu entwickeln. Während es bislang lediglich in der Lage war, sich von aversiven Stimuli abzuwenden oder aktiv zu entfernen (Krabbeln, Laufen), ist es nunmehr, mit dem Beginn der Entwicklung selbstbezogener Emotionen wie Stolz, Schuld, Scham, zunehmend fähig, innere Repräsentationen von Gefühlen zu entwickeln und Emotionen auch verbal auszudrücken: „will nicht!“, „wieder lieb sein“, „fein (ge)macht“ usw. Es lernt jetzt auch, die Emotionen anderer als different zu den eigenen Empfindungen wahrzunehmen und entsprechende Signale zu verstehen.

- Bei der Anamneseerhebung geht es um die Erfassung der Persönlichkeit eines Menschen, seiner Fähigkeiten und Eigenschaften, aber auch um mögliche Fehlentwicklungen im Kontext von Individuum (was hat es an Entwicklungspotenzen mitgebracht?) und Umwelt (welche Erfahrungen stellte die Umwelt bereit und wie konnte es an diesen partizipieren?).
- Die Ermittlung der lebensbezogenen Daten erfolgt, wie bereits erwähnt, vordringlich im Gespräch. Der Untersucher kann sich dabei auf die spontan berichteten Fakten konzentrieren und diese festhalten, er kann aber auch, von einem verinnerlichten

Leitfaden der Gesprächsführung ausgehend, relevante Fakten gezielt erfragen (vgl. Abschnitt 5 bzw. Arbeitsheft), wobei er seine Fragen geschickt in das Gespräch einbringt.

- Die so ermittelten Angaben weisen jedoch meist nur eine unzureichende lebenslaufbezogene und thematische Struktur auf, so dass diese vom Untersucher geschaffen, also rekonstruiert werden muss. Darüber hinaus ist es zur Erzielung einer möglichst hohen Vollständigkeit und Objektivität häufig unerlässlich, auf frühere Befunde und Berichte über den Patienten zurück zu greifen (z. B. Geburtsbericht, Epikrisen, Erziehungs- und Entwicklungsberichte, Arbeitsergebnisse).
- Wird das Gespräch zur Ermittlung der Lebensgeschichte mit dem Betroffenen direkt geführt, so sprechen wir von der **Eigenanamnese**, wenn wir ihm eine Explorationshilfe (z.B. einen strukturierten Fragebogen) vorlegen, von einer **Selbstanamnese** und wenn wir Bezugs- oder Betreuungspersonen für die Datengewinnung heranziehen, von einer **Fremdanamnese**. *Die Eigenanamnese unterteilt man zweckmäßigerweise in **Bisherige Anamnese** (bisher im Lauf des Lebens aufgetretene Erkrankungen und entwicklungsbezogene Ereignisse und Beschwerden) und **Jetzt-Anamnese** (gegenwärtige Ereignisse und Beschwerden).*
- Die Fremdanamnese, also die Befragung z.B. der Mutter, ist in der Kinderpsychologie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die vorherrschende Erhebungsmethode, einmal weil sich Kinder und Jugendliche an Verhaltensweisen, Fakten und Ereignisse, die vor dem dritten (fünften) Lebensjahr lagen, nicht erinnern können bzw. die Erinnerungen sehr bruchstückhaft sind, so dass sie zur Rekonstruktion der Lebens- und Krankengeschichte nicht ausreichen.
- Aber auch bei jugendlichen und erwachsenen Patienten ist die Einbeziehung der Fremdanamnese (Befragung von Eltern, Lehrern, Erziehern, Sozialarbeitern, Betreuern, Jugendhelfemitarbeitern, Pflegepersonen, Psychotherapeuten) unumgänglich, wenn es sich um Personen handelt, die in ihrer Orientierungsfähigkeit in Raum und Zeit *eingeschränkt* sind, bzw. um solche, die Aussagen zur eigenen Person verweigern, falsch erinnern oder verfälschen (z.B. Delinquente, Suchtkranke, Psychotiker). Beziehen wir die Anamnese auf den diagnostischen Prozess, so lassen sich fünf Phasen abheben:

1) Datenerhebung (Exploration, Interview, Dokumenten- und Materialanalyse): Führung des Gesprächs und Aufzeichnung der Ergebnisse sowie Studium von Mate-

rialien (Zeichnungen, Werkstücken) und Dokumenten (Geburtsbericht, Epikrisen, Zeugnissen und Beurteilungen durch Lehrer und Erzieher usw.).

Wir bringen nachfolgend ein Beispiel für ein Anamnesegespräch zwischen einer Mutter und der Therapeutin.

Beispiel einer Originalanamnese „Sven“

In die Sprechstunde kommt eine aufgebrachte Mutter, die nach der Eröffnungsfrage der Therapeutin: „Sie hatten um einen Termin gebeten, was führt Sie zu mir?“ die Therapeutin gar nicht mehr zu Wort kommen lässt.

„Ja, das ist auch gut, dass der Termin endlich stattfindet. Ich halte es nicht mehr aus, dieser Junge bringt mich noch zur Weißglut. Ich habe selbst schon dran gedacht, psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Er verdirbt mir mein ganzes Leben und das nun schon seit Jahren. Ich finde auch keinen neuen Partner. Sein Vater war ja Alkoholiker, von dem hab ich mich Gott sei Dank schon beizeiten getrennt, aber jeder Partner, der nach ihm kam, ist immer wieder gegangen, weil er sich von Sven so vergrault gefühlt hat, dass er nicht bei mir bleiben wollte. Mittlerweile tickt ja nun auch die „biologische Uhr“. Ich hätte auch gern noch mehr Kinder, aber ich kann mir das ja gar nicht erlauben, da ich ja unentwegt mit Sven zu tun habe, ich ihn nicht allein lassen kann, ihn nicht zu anderen schicken kann, nicht einmal zu den Großeltern, und aus der Schule kommen auch unentwegt Klagen. So bin ich auch jetzt wieder da, weil die Klassenleiterin, das ist auch eine alte Ziege, unter uns gesagt, aber die hat ihn jetzt wieder, er ist wieder versetzungsgefährdet und sie gibt ihm einen Tadel nach dem anderen und hat mich jetzt praktisch beauftragt, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Darf die das überhaupt? Na, ist ja auch egal, jetzt bin ich hier. Ich hoffe, Sie können schnell helfen. Also mit Sven das geht so nicht mehr weiter. Er geht über Tische und Bänke, er beschädigt die Sachen anderer, er schlägt andere, er tickt bei der geringsten Kleinigkeit total aus, er lässt sich überhaupt nicht von mir beruhigen und ich kann überhaupt keinen erzieherischen Einfluss auf ihn ausüben. Und wenn ich mir nicht mehr zu helfen weiß und ich ihm dann eine runter haue, dann rennt er häufig einfach weg, dann muss ich ihn stundenlang suchen. Gott sei Dank hab ich ihn bisher immer wieder gefunden, aber der wird ja auch größer, das ist ja alles kreuzgefährlich. Er kann ja auch mal einen Unfall haben oder man hört ja so viel von Kindesverschleppung und –misshandlung, es ist ja alles überhaupt schon lange gar kein Spaß mehr.“

Die Therapeutin macht den zaghaften Versuch, eine Frage einzustreuen, nämlich, wann das denn überhaupt bei Sven angefangen habe. Daraufhin meint die Mutter:

„Ach, Sven war schon immer ein unmögliches Kind, er war schon im Mutterleib so unruhig, dass ich mir Gedanken gemacht habe, ob denn das normal ist. Aber nun war es mein erstes Kind, ich wusste es ja auch nicht besser. Es war damals auch noch die Zeit, als ich mit meinem Mann zusammengelebt habe, mit seinem Vater, der war häufig betrunken und wenn er dann gesoffen hat, war er gewalttätig. Er hat mich auch in der Schwangerschaft geschlagen und schließlich habe ich ihn „zum Teufel gejagt“. Zweimal war er wegen seiner Alkoholgeschichten zur Entziehungs-Behandlung und zur psychiatrischen Therapie. Ich habe damals in der Schwangerschaft Bluthochdruck und geschwollene Beine gehabt und habe bis zum 5. Schwangerschaftsmonat viel erbrochen. Die Frauenärztin hat auch gesagt, ich soll mich von dem alten Suffkopp trennen, aber damals wollte ich noch nicht, wollte „heile Welt“ spielen. Na ja, und bei der Geburt war es dann auch so, dass seine Herztöne zeitweise nicht erkennbar waren, dass ich keine ausreichenden Wehen hatte und er hat auch nicht gleich geschrieen, er war blau verfärbt, so dass die Ärzte sich zunächst um ihn kümmerten und ihn mir wegnahmen. Nach einer „Ewigkeit“ hat er dann schließlich selbstständig geatmet. Nach 6 Stunden hat man ihn mir zum ersten Mal zum Stillen gebracht, er hat damals gierig getrunken. Ich habe ihn auch 12 Wochen lang stillen können, aber manchmal ist er mir auch in diesem frühen Alter schon mächtig auf den Nerv gegangen. Ich hatte ja keine Unterstützung, weder durch seinen Vater, der nur noch am Trinken war, noch durch Freunde oder die eigenen Eltern, denn mit denen bin ich auch auseinander. Wir haben uns im Streit getrennt und ich habe keinen Kontakt mehr zu meinen Eltern. Na ja, und dann ging es weiter. Mit einem Jahr habe ich ihn in die Kinderkrippe gegeben, er war auch dort sehr unruhig. Er war motorisch ungeschickt und immer in Bewegung. Nachts hat er geschrieen, hatte Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten. Na ja, und in der Krippe hatte er auch schon keine Freunde. Ich bin damals zur Physiotherapeutin geschickt worden. Das habe ich auch gemacht, etwa ein viertel Jahr war ich mit ihm zur Physiotherapie, aber trotzdem hat er sich nur verzögert entwickelt, ist z. B. dauernd hingefallen und erst mit fast zwei Jahren so richtig sicher frei gelaufen und auch mit dem Sprechen war es nicht weit her. In dieser Zeit war dann auch die Trennung von seinem Vater, das ging gar nicht mehr, der hat uns wegen Kleinigkeiten schon beide verdrochen. Da konnte ja aus dem Jungen nichts werden. Aber danach lief es auch nicht viel besser, obwohl ich sehr versucht habe, ihm gleich wieder einen Vaterersatz zu geben. Die ersten Männer, die ich brachte, hat er alle vergrault. Nur am Schreien, nur am Rumdösen, keinerlei Lust und Ausdauer zu einem Spiel, alles nur zerstören, ich war am Ende. Das ist ja auch, wenn man arbeiten geht, dann kommt man abends nach Hause und will auch mal seine Ruhe haben und dann ist dieses quengelnde, unruhige Kind manchmal einfach zuviel und dann kam es schon mal vor, dass ich ihn in sein Zimmer gesperrt habe, aber der macht ja den größten Blödsinn. Einmal ist er

mir aus dem Fenster geklettert, Gott sei Dank wohnen wir im Erdgeschoss, es ist nichts weiter passiert. Eben ein richtiger Junge! (die Mutter lacht). Später hab ich ihn dann nicht wieder allein in seinem Zimmer gelassen, man weiß ja gar nicht, was er noch anstellt. Zum Einkaufen konnte ich ihn auch nie mitnehmen, weil er den ganzen Laden zusammengeschrien hat, wenn er irgendetwas nicht bekommen hat, und alle Leute haben auf mich geguckt, als wäre ich eine schlechte Mutter, die ihr Kind nicht erziehen kann. Na, davon hatte ich dann auch die Nase voll, aber wo sollte ich ihn denn lassen, also bin ich immer schnell von der Arbeit noch zum Einkaufen gegangen und habe ihn dann erst abgeholt. Das war natürlich dann wieder so, dass er oft der Letzte war in der Einrichtung und dann wollte er noch auf den Spielplatz, aber das ging nicht, weil ich ja die Einkäufe bei mir hatte, also gingen wir nach Hause, na ja, und dann hatte ich auch keine Lust mehr, noch mal raus zu gehen. Und schließlich hat er ja in der Einrichtung auch den ganzen Tag gespielt, da hab ich dann auch mal meine Ruhe haben wollen.

Und im Kindergarten, na ja, mit 3 Jahren ist er dann in den Kindergarten gegangen, aber so richtig angefreundet mit den anderen hat er sich dort auch nicht und die Erzieherin, die er dort bekam, die gefiel mir zwar anfangs ganz gut, aber dann hat sie bald angefangen, sich auch ständig negativ über ihn zu äußern und er hat begonnen, die anderen zu „vertrimmen“, wenn es nicht nach seinem Willen ging und damit war er auch dort gleich wieder das „schwarze Schaf“. Ich wurde dauernd zu Aussprachen eingeladen, stand dauernd am Pranger, musste mir dauernd die blöden Bemerkungen seiner Erzieherinnen anhören, kam aber mit ihm selber auch nicht zurecht.

Er ist dann auch erst mal ein Jahr von der Schule zurückgestellt worden, ich weiß gar nicht, ob das gut war, denn da hat er im Kindergarten ja keine Anforderungen weiter gehabt und ist in dem Milieu geblieben, er war dort das „schwarze Schaf“ sowieso und ich wollte ihn auch einschulen lassen, aber die Schulärztin hat damals empfohlen, ihn zurückzustellen und dann sollte ich auch in eine psychotherapeutische Behandlung mit ihm gehen. Da bin ich auch etliche Male hingegangen, aber Sven hat es dort dann nicht mehr gefallen und da sind wir dann auch nicht mehr hingegangen. Da musste ich auch dauernd über sein Verhalten berichten und Protokolle schreiben, das war mir alles viel zu viel. Ich hab ja schließlich meine Arbeit und das ist wirklich ein harter Job und da kann ich nicht noch solche Mätzchen abends machen, wenn ich nach Hause komme und das Kind dann endlich im Bett habe. Allerdings hat sich rückblickend sein Verhalten damals deutlich positiv geändert. Na, die hat damals gleich gesagt, dass ich mit ihm sicher noch über Jahre Probleme haben werde und dass wir möglicherweise um eine stationäre Einweisung nicht drum herumkommen. Aber ich habe es erstmal so versucht, man will ja nichts Böses für sein Kind und warum soll ich ihn denn dann gleich in eine Klinik geben?

In der ersten Klasse hat er eine ganz liebe Lehrerin gehabt, die war liebevoll, aber auch sehr konsequent. Und es waren nicht viel Schüler in seiner Klasse, das ging noch ganz gut, es gab ja auch noch keine Zensuren, ab der 2. Klasse wurden dann die Verhaltensbeurteilungen wieder krasser und ich war wieder das „schwarze Schaf“, das allein erziehend mit seinem Sohn da stand und den Bengel ganz offensichtlich nicht erziehen konnte.

Mittlerweile musste er ja auch Leistungen bringen. Wir haben oft an den Hausaufgaben gesessen und uns dabei mächtig in die Haare bekommen, weil ich auch nicht so viel Nerven hatte, dass ich in Ruhe das alles mit ihm machen konnte, und er brauchte extrem lange für nichtige Aufgaben, na und ehe er überhaupt angefangen hat, das war eine Katastrophe. Nun ist er in der 2. Klasse schon sitzen geblieben, jetzt wiederholt er die 2. Klasse, ist von den Leistungen her aber nicht wesentlich besser geworden. Er hat trotzdem Vieren und Fünfen und er hat eine absolute Null-Bock-Stimmung. Er will überhaupt nichts für die Schule machen, es interessiert ihn alles nicht. Er will nur mit seinem Gameboy spielen, will Fernsehen gucken und rumlungern, das ist ihm das liebste. Aufräumen in seinem Zimmer kommt gar nicht in Frage. Wenn er in der Küche was macht, geht viel zu Bruch, wenn er überhaupt was macht, meistens drückt er sich ja davor. Na ja, und inzwischen ist es so weit gekommen, dass die Lehrer in Erwägung ziehen, ihn in eine Förderschule zu geben, erstmal für Erziehungshilfe und vielleicht sogar noch für Lernbehinderung, weil er eben die Leistungen nicht bringt. Ich sage immer: „Junge, was soll denn aus dir werden, wenn du groß bist? Du wirst ja mal bloß ein Verbrecher, du kommst ja mal in den Knast oder wirst ein Alki, wie dein Vater!“

Ach so, zum Vater gibt es übrigens keinen Kontakt mehr. Das hab ich unterbunden, von dem muss er nicht auch noch Blödsinn lernen, und was anderes kann er von ihm nicht lernen.“

Frage der Therapeutin: „Wie war es denn mit den Partnern, die Sie längere Zeit hatten? Wie ist er denn mit denen zu Recht gekommen?“

„Na wie ich schon sagte, die meisten hat er vergrault. Den einen, den hat er mal ganz gerne gemocht, aber er ist ja von seinem Verhalten her so, dass er immer grundsätzlich das Falsche macht. Also wenn der jemanden für sich gewinnen will, dann fängt er an rumzuzucken und den anderen zu ärgern, das erträgt doch kein Mensch. Schließlich haben wir uns dann auch getrennt, weil der auch noch ´ne andere Frau hatte. Aber ich bin ja auch eine Zumutung mit meinem Sohn für jeden Mann, das wird ja so nichts. Also helfen Sie mir bitte schnell, ich halte das nicht mehr aus.“

Frage der Therapeutin: „Wenn das alles so schrecklich ist, haben Sie denn schon einmal an eine Fremdunterbringung gedacht?“

Daraufhin braust die Mutter auf: „Wie kommen Sie mir denn vor, wäre ich denn zu Ihnen gekommen, wenn ich mir mein Kind hätte wegnehmen lassen wollen? Dann wäre ich doch zum Jugendamt gegangen. Ich will, dass Sie mir helfen und dass das endlich mal besser wird mit dem Jungen. Ich habe ihm zwar schon mehrfach gedroht, dass ich ihn in ein Heim stecken lasse, wenn es nicht besser wird, aber der hört doch da überhaupt nicht zu, das ist ihm doch völlig egal. Neulich hat er sogar gesagt: „Dann mach’s doch! In einem Heim geht es mir bestimmt besser als bei dir.“

Frage der Therapeutin: „Hat Ihr Sohn denn Freunde?“

„Na und was für welche! Das sind erst Typen! Von denen kann er nichts Positives lernen, da wird er immer noch weiter in den Sumpf runter gezogen. Das sind zwei so Ältere, die aus Assi-Familien kommen, mit denen ich eigentlich meinem Sohn den Umgang verboten habe, aber wie das so ist, man ist ja nicht immer dabei. Und natürlich hängt er auch mit denen rum, wenn er draußen ist und wenn ich nicht aufpasse. Und da lernt er natürlich die schlimmsten Sachen. Da pöbeln sie Leute an und beklaumen sogar Leute auf der Straße und Ladendiebstähle sind schon vorgekommen und er lässt sich dann immer losschicken und er macht dann, was die von ihm verlangen, damit er bei den anderen einen guten Stand hat, und dann kriegt er wieder Schwierigkeiten mit mir und mit der Schule und mit allen, es ist ein Teufelskreis ohne Ende.“

2) Zeitbezogene Systematisierung der Daten

Hier geht es um die Ordnung der erhobenen Daten, bezogen auf den Zeitablauf und den Lebens- bzw. Krankheitsverlauf, wobei insbesondere Lebensereignisse in ihren Auswirkungen auf den weiteren Entwicklungsverlauf herauszuarbeiten sind.

Fallbeispiel Sven (zeitlich und nach Themen geordnet):

Sven ist 9;6 Jahre alt und wird von seiner allein erziehenden Mutter auf Anraten der Klassenlehrerin in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Sprechstunde vorgestellt.

Die Klassenlehrerin beobachtet seit etwa einem halben Jahr bei Sven ein auffälliges Sozialverhalten. Er ist gegenüber Mitschülern und Lehrkräften unbeherrscht, provozierend und dominant. Die Kindesmutter hatte sich bislang zwar hin und wieder Ge-

danken über das geklagte Verhalten gemacht, das sie als auffällig, nervtötend, aber nicht behandlungsbedürftig interpretierte.

Die Kindesmutter berichtet, dass Sven ihr einziges Kind sei. Zum Kindesvater habe weder sie noch ihr Sohn Kontakt. Sie habe sich von Svens Vater bereits getrennt, als der Junge zwei Jahre alt war, weil er trotz vieler Versprechungen nicht vom Alkohol lassen konnte. Der Kindesvater war zweimal zur Entziehungsbehandlung und Therapie. Anfangs habe sie geglaubt, ihren damaligen Mann dadurch beeinflussen zu können, dass sie mittrank (etwa eine halbe Flasche Wein am Abend). Betrunken sei er gewalttätig gewesen. Er habe sie mehrmals geschlagen, auch Sven sei nicht von ihm verschont worden, so dass sie für sich und das Kind die Trennung als die bessere Lösung ansah. Auch sei es ihr wegen vieler Aufregungen gesundheitlich nicht besonders gut gegangen. Sie litt an Oedemen, Bluthochdruck (180:110) und habe bis zum fünften Schwangerschaftsmonat morgendlich erbrochen. Die Gynäkologin drängte auf eine Veränderung ihrer Lebensweise und habe schon damals die Trennung nachhaltig angeraten.

Sven sei schon vor der Geburt sehr unruhig gewesen. Die KM erinnert sich noch an die sehr auffälligen Kindsbewegungen, der Junge schien zu boxen und zu treten.

Die Geburt erfolgte am Termin, verlief aber nach Angaben der KM wegen Wehenschwäche kompliziert. Seine Herztöne waren zeitweise nicht erkennbar. Nach der Geburt schrie das Kind nicht spontan, es war blau verfärbt, so dass sich die Ärzte zunächst um den Jungen kümmern mussten. Nach einer „Ewigkeit“ habe ihr Sohn selbstständig geatmet, sie habe sich darüber sehr gefreut und sei vor Erschöpfung eingeschlafen.

Nach 6 Stunden habe man ihr das Kind zum ersten Mal zum Stillen gebracht. Sven habe gierig getrunken. Seit dieser Zeit habe sie sich ganz als Mutter gefühlt. Sie habe den Jungen 12 Wochen gestillt, dann musste sie zufüttern, weil das Kind nicht mehr satt wurde. Im ersten Lebensjahr kümmerte sich ausschließlich die Mutter um das Kind. Sie hatte keine Unterstützung durch den KV, Freunde oder eigene Eltern. Die frühkindliche Entwicklung von Sven wird von Anfang an als auffällig geschildert. In den ersten drei Lebensjahren sei er motorisch unruhig, ungeschickt und immer in Bewegung gewesen. Er habe nachts viel geschrieen und hätte Durchschlafschwierigkeiten gehabt. Zur motorischen Entwicklung gezielt befragt, gibt die KM an, dass Sven kurz vor dem ersten Lebensjahr zum freien Sitzen in der Lage gewesen sei. Das Krabbeln bereitete ihm ebenfalls Probleme, so dass die Kinderärztin empfahl, eine Physiotherapeutin aufzusuchen. Die Behandlung dauerte etwa ein Vierteljahr. Trotz dieser Betreuung begann Sven erst mit 19 Monaten allein zu laufen, was er bis zu seinem zweiten Lebensjahr beherrschte. Fast gleichzeitig fing er an, auf Sessel, Stühle, Treppen zu klettern, ohne Gefahren zu erkennen, so dass er sehr engmaschig beaufsichtigt werden musste. Auf Begrenzungen (z.B. Laufgitter) reagierte er

mit Schreien und Weinen. Wenn er etwas haben wollte und sein Wunsch nicht sofort befriedigt werden konnte oder aus Mangel an sprachlicher Ausdrucksfähigkeit nicht verstanden wurde, war er ausgesprochen „quengelig“. Sein erstes Wort habe er mit 19 Monaten gesprochen. Es sei „MAMA“ gewesen. Mit diesem Wort drückte er alle Wünsche und Bedürfnisse aus, was die KM immer wieder zum Raten zwang und ein ständiger Anlass für Konflikte war.

Nach dem zweiten Lebensjahr verbesserten sich die sprachlichen Leistungen des Jungen deutlich, obwohl er bei einigen Lauten Ausspracheschwierigkeiten bis zum Schulbeginn hatte.

Mit drei Jahren sei er in den Kindergarten gegangen, weil die KM ihre Arbeit als Gabelstapler-Fahrerin wieder aufgenommen hatte. Sven ging zunächst gern in die Kindereinrichtung. Als er aber erleben musste, dass er sich ein- und unterordnen muss, kam es zu verbalen und handgreiflichen Auseinandersetzungen, so dass die KM zu Aussprachen eingeladen wurde. Die KM hatte den Eindruck, als würde man ihrer Erziehung misstrauen, weil sich ja auch kein Mann um die Betreuung des Kindes kümmerte.

Bei der Einschulungsuntersuchung habe sich Sven sehr bockig und maulfaul angestellt, so dass sich die KM für ihn schämte. Als Ergebnis dieser Untersuchung wurde er ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt und eine psychotherapeutische Behandlung angeregt.

Sven war bei Frau T. in Behandlung. Die Psychotherapeutin habe auf Veränderungen im Sozial- und Arbeitsverhalten Wert gelegt und die Behandlungsschritte mit ihr besprochen. Die Behandlung dauerte etwa ein halbes Jahr und fand einmal wöchentlich statt. Sie selbst erinnert sich noch daran, dass sie immer Fragebögen ausfüllen und mit der Kindergartenerzieherin über das Verhalten ihres Sohnes sprechen musste. Über diese Gespräche hatte sie regelmäßig der Therapeutin zu berichten, die ihrerseits Empfehlungen und Kommentare dazu gab.

Die KM hatte den Eindruck, dass Svens aufsässiges Verhalten im Kindergarten und zu Hause während der Behandlung deutlich abnahm.

Mit dem Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung war sie sehr zufrieden und glaubte, damit ein für alle Mal Ruhe zu haben. Sie war nur von der Therapeutin enttäuscht, weil diese meinte, dass seine Konzentrationsfähigkeit ihr für das schulische Lernen noch Sorge bereiten werde.

Die Mutter brach die Behandlung ab, als Sven kein Interesse mehr daran zeigte.

Mit sieben Jahren wurde Sven eingeschult. Das Lernen in der Schule schien ihm zuerst leicht zu fallen. Da in der ersten Klasse keine Zensuren erteilt werden, konnte die KM dies jedoch nicht sicher beurteilen. Die verbalen Verhaltensbeurteilungen wurden von der KM nicht als beunruhigend bewertet. In der zweiten Klasse wurden die Verhaltensurteile wieder krasser. Sven wurde als rücksichtslos gegen andere

Kinder, insbesondere gegenüber Mädchen und jüngeren Kindern eingeschätzt. Seine Hausaufgaben machte er unvollständig und immer nur unter Protest. Schreibübungen waren ihm besonders verhasst, so dass er sie immer lange vor sich herschob. Wegen dieser Übungen gab es Weinen und Geschrei, die oftmals in hemmungslosen Wutausbrüchen des Jungen gipfelten. In der Abschlussbeurteilung der zweiten Klasse wurde gesagt, dass Sven eigene Fehler auf andere Kinder schiebt, er schnell verärgert und wütend reagiert und Anweisungen seiner Lehrer nur widerwillig und von sich aus nur unvollständig nachkommt. Sven erreichte das Ziel der zweiten Klasse beim ersten Mal nicht und musste diese wiederholen. Die KM versuchte durch Zureden und Belohnungen für angemessenes Verhalten den Verhaltensexzessen ihres Sohnes zu begegnen. Am meisten beunruhigte sie, dass die Klassenlehrerin auch bei Klassenwiederholung schließlich keine Perspektive für Sven an der Regelschule sah und seine Überprüfung für die Förderschule für Erziehungshilfe bzw. seine Eingliederung in die Förderschule für Lernbehinderte anregte.

Zur Überprüfung für die Förderschule hospitierte ein Lehrer dieser Einrichtung im Unterricht und in den Pausen. Er kam zu dem Ergebnis, dass eine zeitweilige Beschulung durch die Förderschule für Erziehungshilfe angeraten sei, weil Sven zur selbstständigen Lösung von sozialen Problemen nicht in der Lage sei und er auch über keine alternativen Handlungsideen verfüge. Außerdem weist der Beobachtungslehrer auf die zahlreichen Lerndefizite des Jungen hin, die er in der Regelschule nur schwer ausgleichen könne.

Aus dem Befund des schulpsychologischen Dienstes sind folgende Ergebnisse zu nennen: In der Untersuchungssituation waren keine Hinweise auf hyperaktives und impulsives Verhalten zu erkennen. Das allgemeine Intelligenzpotential wurde mit dem HAWIK erfasst. Es ergab sich ein leicht unterdurchschnittlicher IQ-Wert von 82. Zur Untersuchung der kurzzeitigen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen wurde der d2-Test herangezogen. Hier ergab sich ein unterdurchschnittliches Arbeitstempo ($T=36$), bei ebenfalls unzureichender Sorgfalt ($T=30$). Insgesamt war die Konzentrationsleistung des Jungen mit $T=34$ als unzureichend entwickelt zu bewerten. Auch im KHV zeigte Sven einen auffälligen Befund in Richtung Konzentrationsstörung ($Z=70$).

Von der Mutter, der Klassenlehrerin und Horterzieherin wurden Fremdbeurteilungen des Verhaltens mittels des FBB-HKS und des FBB-SSV eingeholt. Übereinstimmend wurden von allen Urteilern Aufmerksamkeitsprobleme als „ziemlich bzw. weitgehend“ vorhanden eingestuft. Impulsivität und Hyperaktivität wurden sehr unterschiedlich beurteilt. Während die Klassenlehrerin diese Verhaltensweisen als „ziemlich vorhanden“ einstufte, wurden sie von der Mutter und der Hortnerin „nicht oder ein wenig“ beobachtet.

Die Persönlichkeitsbeurteilung des Jungen erfolgte mit dem Elternfragebogen und der TRF der CBCL. Hier ergaben sich erhöhte Werte im Urteil der Mutter und im Urteil der Klassenlehrerin für die Skalen „Aufmerksamkeitsstörungen“, „Aggressives Verhalten“ und „Soziale Probleme“.

Die Empfehlung des schulpsychologischen Dienstes lief auf eine Umschulung in eine Förderschule für Lernbehinderte (E-Teil) hinaus, weil die Lernvoraussetzungen des Jungen für die Regelschullaufbahn nicht ausreichten und Mutter und Kind permanent überfordert würden. Beide Empfehlungen waren für die KM nicht akzeptabel, so dass sie sich vehement wehrte. Sie warf der Schule vor, sich nicht ausreichend um ihren Sohn zu kümmern und bevor eine Umschulung in Frage käme, nehme sie lieber nochmals psychotherapeutische Hilfe in Anspruch, denn sie habe ja damals gesehen, dass es Sven hilft. Letztlich akzeptierte die Schule dies und stimmte der Eingliederung des Jungen in die dritte Klasse unter der Bedingung zu, dass sich die KM um eine psychotherapeutische Behandlung selbst kümmere und diese bis spätestens zum Schuljahresende der 2. Klasse aufgenommen werde.

3) Systematisierung der Daten nach diagnostischen Kategorien

Hierbei handelt es sich um eine Ordnung der Daten nach diagnostischen Kategorien, wobei diese mit den Kategoriensystemen nach ICD-10 bzw. DSM-IV in Verbindung gebracht werden.

Wenn wir die Anamnese des o. g. Beispiel-Patienten im Original und in ihrer systematischen Ordnung hinsichtlich der erkennbaren bzw. zu vermutenden psychischen Probleme bzw. Störungen hinterfragen, dann fällt zunächst auf, dass Sven in ein wenig einfühlsames häusliches Milieu hineingeboren wurde. Wir erkennen einen Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind sowie Formen der Kindesmisshandlung. Als im Kind selbst liegende belastende Faktoren sind z. B. seine ganz offensichtlich durch Geburtskomplikationen bedingte Hirnfunktionsstörung, sein oppositionelles Trotzverhalten und in der Folge eine sich entwickelnde Störung des Sozialverhaltens zu konstatieren.

4) Interpretation der Daten

im Sinne der diagnostischen Verwertbarkeit, der diagnostischen Zielsetzung (Eignungsdiagnose, klinisch-psychologische oder psychiatrische Diagnose), Beantwortung diagnostischer Fragestellungen (z.B. Schulreife u.ä., Vorliegen einer psychischen Störung, Vorhandensein von belastenden Umweltbeziehungen). Bei Sven ist dringend eine nochmalige Abklärung des kognitiven Leistungsvermögens erforderlich, um eine adäquate Schullaufbahnentscheidung herbeizuführen.

5) Abschätzung der Entwicklungsperspektive oder der Planung von Interventionen, Therapien

Svens Entwicklungsperspektive ist nach der Analyse der Anamnesedaten und diagnostischen Befunde als sehr kritisch einzuschätzen, so dass dringend zu einer Langzeittherapie von Kind und Mutter zu raten ist.

4.2 Anamnese - Erfassung von Symptomen und Beschwerden

- Ein Hauptanliegen der Anamneseerhebung ist die Erfassung von Beschwerden und Krankheitssymptomen.
- Besonders interessant sind die spontan berichteten Beschwerden und Symptome, wobei unter *Beschwerden* krankheitsbedingte Belastungen **des Kindes und seiner näheren Umwelt** verstanden werden sollen und unter **Symptomen im psychischen Bereich von der Norm abweichende Verhaltensweisen und Eigenarten des Patienten** gemeint sind.

Im Beispielfall Sven ist von massiven externalisierenden Verhaltensweisen des Kindes auszugehen, die die soziale Integration in Kindereinrichtungen, aber auch bereits im familiären Rahmen erschweren.

- Wichtig ist bei der Anamneseerhebung, nicht nur Beschwerden und Symptome zu eruieren, sondern ihre **Entstehung und Aufrechterhaltung im psychosozialen Kontext** zu erfassen.
- Die *Sinnfrage* von Beschwerden und Symptomen ist dabei mit zu beachten.
- Spezielle Explorations- und Interviewschemata hierzu dienen der Differenzierung dieses speziellen Aspektes der Anamnese. Wir werden im Abschnitt 6 auswählend auf einige dieser Schemata eingehen.

4.3 Anamnese - Erfassung bedeutsamer Lebensereignisse

- Die Diagnostik **bedeutsamer Lebensereignisse** ist ein weiterer Aspekt der Anamneseerhebung.

- Die Ausgliederung dieses Aspekts aus der allgemeinen Anamneseerhebung ist mit der Frage verbunden, ob und inwieweit psychische Fehlentwicklungen und Erkrankungen als Folge von belastenden Lebensereignissen zu sehen sind.
- In der Spezialliteratur wird an Stelle von **belastenden Lebensereignissen** von kritischen Lebensereignissen gesprochen (Filipp, 1981). Kritische Lebensereignisse sind Stressoren, die von den Betroffenen eine über die alltägliche Lebensroutine hinausgehende Bewältigungsleistung erfordern.

Wenn wir uns Svens Anamnese anschauen, dann ist auf mehrere kritische Lebensereignisse aufmerksam zu machen: Gewalt in der Familie, Trennung der Eltern, häufig wechselnde männliche Bezugspersonen, Rückstellung vom Schulbesuch usw.

- Die Achse V des Multiaxialen Klassifikationssystems (MAS) (Remschmidt, Schmidt und Poustka, 2006) ist ein Beispiel für eine Sammlung spezifischer sozialer Belastungssituationen:

Auf Achse V werden folgende „**Abnorme psychosoziale Umstände**“ codiert, wobei mit der ersten arabischen Ziffer (1 bis 9) der relevante Themenkomplex gekennzeichnet wird und mit der Ziffer nach dem Punkt (0 bis 8) das spezifische Teilthema, das zu einer psychischen Störung führen kann bzw. das die Störung aufrechterhält. Das Teilthema 8 ist bei jedem Themenkomplex als so genannte „Restkategorie“ vorhanden. Wir werden diese jedoch nur bei 1.8 ausführlich besprechen. Bei 2.8 bis 9.8 ist analog zu verfahren. Zu jedem Teilthema geben wir zur besseren Orientierung des Lesers eine kurze Umschreibung seines Inhalts. Wir folgen in den nachfolgenden Ausführungen der Gliederung der Achse V des MAS. Um Verwechslungen dieser Gliederung mit der Gliederung unseres Buches zu vermeiden, haben wir die Themenüberschriften kursiv gesetzt. Die Haupt- und Teilthemen sind wörtliche Wiedergaben, die erklärenden Texte sinngemäße Umschreibungen der Inhalte. Für den sachgerechten Einsatz der Anamnese für die Erfassung bedeutsamer Lebensereignisse ist die Benutzung der Achse V des MAS jedem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dringend zu empfehlen.

1 Abnorme intrafamiliäre Beziehung

1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung

In der Familie erfährt das Kind keine liebevolle verbale und nonverbale Zuwendung. Dies kann sich auf einen oder beide Elternteile beziehen. Die betroffenen Elternteile beurteilen sogar die objektiv positiven Verhaltensweisen des Kindes negativ oder ignorieren diese. So wird beispielsweise das „neugierige“ Frageverhalten des Kleinkindes als Ruhestörung beurteilt.

So hat Sven in unserem Beispiel von Anfang an nicht die Liebe, Wärme und Zuneigung in seiner Ursprungsfamilie erfahren, die ein Kind für eine gelingende Entwicklung so dringend braucht. Für die Mutter war er eine zusätzliche Belastung, der Vater übte sogar Gewalt gegen ihn aus.

1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen

Streitigkeiten kommen in fast jeder Familie vor. Als entwicklungsgefährdend ist jenes Streitverhalten einzuschätzen, das verletzend für den Partner ist und körperliche Misshandlungen einschließt sowie die Kinder in den Streit mit einbezieht. Ferner ist abträglich, wenn das Verhalten eines Partners permanent abgewertet wird (vor Bekannten, Freunden, den eigenen Kindern; also psychische Misshandlung) und es zu Verhaltensweisen kommt, die den Grad der Zerrüttetheit der Elternbeziehungen vor den Kindern deutlich demonstrieren (z.B. getrenntes Schlafen), was bei den Kindern Trennungs- und Scheidungsängste hervorruft.

Im Beispielfall Sven war die Elternbeziehung geprägt von ständigen Streitereien, kurzfristigen Versöhnungen und neuen Auseinandersetzungen. In diese Auseinandersetzungen war Sven von frühester Kindheit an mit einbezogen, bis hin zu körperlichen Gewalterfahrungen.

1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind

Die Sündenbockzuweisung ist eine deutlich übersteigerte Form von 1.0. Alle Schwierigkeiten in der Familie werden als vom Kind verursacht auf dieses projiziert. Fehlverhalten in der Vergangenheit wird verallgemeinert und bei zukünftigem Verhalten bereits erwartet. Die Entwicklungschancen werden so drastisch beschnitten, weil das Kind sich nicht erproben kann. Was es auch macht, es ist falsch. Der Sündenbock wird oftmals hart bestraft und von Familienaktivitäten ausgeschlossen.

Auch diesbezüglich machte Sven in unserem Beispiel von frühester Kindheit an negative Erfahrungen, die darin gipfelten, dass die Eltern sich häufig sogar „auf seine Kosten“ nach einem Streit versöhnten, indem sie „dem unmöglichen Kind“ die Schuld an ihrem eigenen Verhalten gaben.

1.3 Körperliche Misshandlung

Obwohl sich Eltern auf Grund der Gesetzeslage in unserem Land bewusst sein müssten, dass körperliche Bestrafungen von Kindern unangemessen sind, kommt es als Folge von Kontrollverlust, als Folge von aggressivem Verhalten eines Elternteils zur körperlichen Misshandlung (extremes Schütteln von Kleinkindern, brutales Stoßen, Fesseln, Auspeitschen, Verbrühen, Verbrennen).

Sven in unserem Beispiel hat zwar keine der in der Klammer aufgeführten Misshandlungen erlebt, aber wenn der Vater getrunken hatte, war er mit Schlägen ihm und der Mutter gegenüber nicht zimperlich.

1.4 Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)

Unter sexuellem Missbrauch werden Genitalkontakte zwischen einem Familienangehörigen und Kind (Entblößungen und Berührungen von Genitalien und Brüsten sowie Koitus oder koitusähnliche Handlungen), die zur sexuellen Erregung oder sexuellem Abreagieren des Erwachsenen führen, verstanden. Dabei ist gleichgültig, ob das Kind mit den sexuellen Handlungen einverstanden ist oder nicht.

1.8 Andere: Das Teilthema 8 wird bei jedem Themenkomplex gewählt, wenn es in Art und Wichtigkeit zum jeweiligen Thema passt, aber nicht eindeutig einem Teilthema zugeordnet werden kann. Es sollte aber immer Ziel der Kodierung sein, diese unscharfe Kennzeichnung zu vermeiden.

2 Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

2.0 Psychische Störung/abweichendes Verhalten eines Elternteils

Unter diesem Teilthema werden psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen eines Elternteils erfasst (z. B. Ängste, Depressionen, Alkoholabusus und Süchte aller Art),

wenn sich der Erwachsene in psychiatrischer Behandlung befindet oder die Störungen so offensichtlich sind, dass sie das Erziehungsverhalten beeinträchtigen.

In Svens Beispiel spielte anfangs der väterliche Alkoholkonsum eine erhebliche Rolle.

2.1 Behinderung eines Elternteils

Die Behinderung eines Elternteils ist zu registrieren, wenn er seiner Rollenfunktion als Elternteil oder Erwachsener nicht nachkommen kann, so dass der Betroffene in seiner Aufsichts- und Versorgungsfunktion versagt oder wenn das Kind wegen peinlichen Verhaltens dieses Elternteils z.B. keine Freunde mit nach Hause bringen kann oder wegen des Verhaltens dieses Elternteils von anderen gehänselt wird.

2.2 Behinderungen der Geschwister

Ähnlich wie unter 2.1. Die Kategorie sollte nur gewählt werden, wenn das Geschwisterkind in seinem Sozialverhalten hoch auffällig ist, z.B. alles zerreißt, stark aggressiv ist, dem Patienten die Sorge um das behinderte Geschwisterkind teilweise oder ganz übertragen wird, so dass die eigene Persönlichkeitsentwicklung dadurch eingeschränkt wird.

3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation

Dass eine inadäquate oder verzerrte Kommunikation sich ungünstig auf die familiären Beziehungen und die Entwicklung der Kinder auswirkt, ist bekannt. Allerdings ist durch das anamnestische Gespräch die intrafamiliäre Kommunikation nur schwer zu erfassen. Aus diesem Grunde setzen viele Kinderpsychologen oder Therapeuten spezielle diagnostische Verfahren, wie z.B. den Familien-Rorschach, ein. Man spricht hierbei von so genannten projektiven Verfahren.

In diesen Situationen lassen sich Dominanzstrukturen, das Ausmaß gemeinsamen Redens, die Klarheit oder Widersprüchlichkeit von Botschaften, die Stimmigkeit von Inhalt und Mimik recht gut und sicher beurteilen.

In Svens Familie gab es eine inadäquate familiäre Kommunikation mit Gebrauch von Schimpfwörtern, massiven Beleidigungen, Anschreien usw.

4 Abnorme Erziehungsbedingungen

4.0 Elterliche Überfürsorge

Elterliche Überfürsorge (Overprotektion) liegt vor, wenn ein Elternteil oder beide dem Kind alle Schwierigkeiten (Probleme) aus dem Weg räumen und damit die Entwicklung eines unabhängigen und selbstständigen Verhaltens behindern, oftmals verbunden mit der (unbewussten) Absicht, das Kind an sich zu binden. Die Aktivitäten des Kindes werden stark kontrolliert und gesteuert. Freundschaften mit anderen Kindern werden als gut oder schlecht bewertet und entsprechend dieser subjektiven elterlichen Kriterien gefördert oder eingeschränkt. Auch gewöhnliche sportliche Aktivitäten (Fußball, Volleyball, Schwimmen u. ä.) werden wegen befürchteter Gefahren überwacht oder verboten.

4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung

Ein ausgeprägter Mangel an elterlicher Aufsicht und Verhaltensbeeinflussung liegt beim vernachlässigenden Erziehungsstil und der vernachlässigenden Erziehungshaltung (*laissez-faire*-Erziehung) vor. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen (z.B. Lukesch, 1976; Silbereisen, 1976; Schneewind und Hermann, 1980; Ettrich und Ettrich, 2006) haben die verheerenden Auswirkungen dieses elterlichen Verhaltens auf die kindliche Entwicklung deutlich werden lassen. Die Eltern lassen ihr Kind grundlos unbeaufsichtigt. Sie interessieren sich nicht für seine Aktivitäten in dieser Zeit. Sie sprechen auch nicht mit dem Kind darüber. Die Kinder bekommen keine Bewertungen zu ihrem Verhalten, selbst dann, wenn bekannt wird, dass gängige Umgangsregeln vom Kind verletzt wurden. Hinzu kommt, dass die Eltern im Erziehungsverhalten oft uneins sind und sie ihre Differenzen dem Kind gegenüber äußern, so dass eine klare Orientierung ausbleibt. Die Kinder sind sich selbst überlassen. Dies führt zu einem ausufernden Verhalten und zu zunehmenden sozialen Schwierigkeiten.

Auch hiervon war Svens Entwicklung beeinträchtigt. Während die wechselnden Partner der Mutter sich normalerweise gar nicht um ihn kümmerten, drohte die Mutter ständig mit Strafen, die sie häufig auch wahr machte bis hin zum Einschließen in seinem Zimmer.

4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt

Der normale Umgang von Eltern und Kind stellt sicher, dass das Kind in der Auseinandersetzung mit der Umwelt lernt, die kulturtypischen Verhaltensweisen zu erlernen. Dazu ist es aber notwendig, dass die Eltern sich mit dem Kind beschäftigen, mit dem Kind dabei sprechen, ihm Spielideen vermitteln und Formen des Umgangs mit anderen vorleben und erklären sowie ausreichend Spielsachen zur Verfügung stellen, die seinem Entwicklungsalter angemessen sind. Erfahrungen sammelt ein Kind auch außerhalb der Wohnung, wenn es von den Eltern auf Spaziergängen und Spielplätze begleitet wird und die Erlebnisse, die dabei gemacht werden, mit dem Kind besprochen werden und sein Verhalten, wenn erforderlich, korrigiert wird. Bei der Kategorie 4.2 sind all dies oder wesentliche Teile davon nicht erfüllt.

Sven in unserem Beispiel wuchs in einem recht anregungsarmen Milieu auf. So war er auf sich selbst angewiesen, wenn es darum ging, neue Erfahrungen zu sammeln. Da ihm hierbei häufig Fehler passierten, zog er sich dann den Zorn der Mutter zu - als häufigste Art ihrer Zuwendung.

4.3 Unangemessene Anforderungen, Nötigung durch die Eltern

Dieses Problem tritt oft bei Eltern auf, die sich im Kind selbst verwirklichen wollen. Das Kind wird von ihnen gedrängt, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten, die oftmals den Eigenschaften und Fähigkeiten des Kindes nicht gerecht wird. Geschlechtsunterschiede werden dabei überbetont oder abgewertet. Ein Junge soll sich wie ein Mann (ein **richtiger** Junge) und ein Mädchen brav, niedlich, hübsch (attraktiv) verhalten, wobei die Kriterien dieser Verhaltensweisen den Vorstellungen der Eltern genügen müssen. Beispielsweise wünschen sich Eltern, dass ein Kind ein anderes Geschlecht als sein natürliches habe. Sie fördern dann mehr oder weniger bewusst alle Verhaltensformen des Wunschgeschlechts und überfordern damit das Kind. Oftmals sollen Kinder künstlerischen Aktivitäten nachgehen, für die sie keine Voraussetzungen haben.

5 Abnorme unmittelbare Umgebung

5.0 Erziehung in einer Institution

Mitunter erfahren wir, dass ein Kind in einem Heim aufwächst. Die Bewertung dieser Situation als **abnorm** soll nicht die Arbeit der Erzieher oder Betreuungspersonen ab-

werten, sondern man muss sich die Ausnahmesituation der Kinder in dieser Institution klar vor Augen führen. Eine Heimerziehung kann eine Familienerziehung nicht ersetzen. Eine Heimerziehung ist eine Form der Gruppenerziehung, wo viele Erwachsene sich zu bestimmten Zeiten mit den Kindern befassen. Das Kind hat damit mehrere Ansprechpartner mit jeweils eigenen Erziehungsauffassungen. Diese Situation wird von den Kindern unterschiedlich gut verarbeitet und stellt für viele ein Entwicklungsrisiko dar.

5.1 Abweichende Elternsituation

Die normale Elternsituation stellt sich als Familie mit zwei biologischen Eltern und einem oder mehreren Kindern dar. Alle davon abweichenden Formen sind in dieser Kategorie zu erfassen:

- allein erziehende Eltern
- - Mutter-Kind-Familie
- - Vater-Kind-Familie
- Stiefeltern- Kind-Familie
- - Mutter-Stiefvater-Kind-Familie
- - Stiefmutter-Vater-Kind-Familie
- Pflegefamilie mit verwandtschaftlichen Bindungen der Kinder an die Pflegeeltern
- Pflegefamilie ohne verwandtschaftliche Bindungen der Kinder an die Pflegeeltern

Bei der Unterbringung in einer Pflegefamilie ohne verwandtschaftliche Bindungen sind die emotionale Distanz zwischen Pflegeeltern und Kind sowie die Ungewissheit über die Betreuungsdauer entwicklungsgefährdende Bedingungen. Eine besondere Form der Familie stellt die Patchwork-Familie dar. Bei ihr werden Kinder der Mutter, Kinder des Vaters und gemeinsame Kinder sowohl von den biologischen als auch sozialen Eltern betreut. Bei den abweichenden Familienformen sind es Mangel an Stabilität in den Eltern-Kind-Beziehungen sowie die Verunsicherung der sozialen Eltern über ihre Erziehungspflichten und -rechte, die als Entwicklungsrisiko zu werten sind. Aber auch die Entwicklung von Kindern, die in homosexuellen Partnerschaften aufwachsen und solche, die durch künstliche Befruchtung gezeugt wurden, verdienen, weil noch weitgehend unerforscht, unsere besondere Beachtung und sind unter 5.1 zu erfassen.

5.2 Isolierte Familie

Unterstützung durch die Herkunftsfamilie und einen entsprechenden Freundeskreis sind für die Gestaltung des Familienlebens und für die effektive Bewältigung von familiären Konflikten sehr hilfreich. Dagegen zeigt sich, dass territoriale (räumliche) Isolierung, Selbstabkapselung, mangelnde Teilnahme am Schul- und Vereinsleben die Familie eher belasten (z. B. Familien mit Migrationshintergrund). Die Kategorie soll nur vergeben werden, wenn die Kinder von der Isolation mitbetroffen sind, sie also keinen Kontakt zu anderen Kindern haben.

5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung

Ein niedriger Wohnraumindex, eine unzureichende Wohnungsausstattung, ein an der oder unter der Armutsgrenze liegendes Familieneinkommen, Alkoholmissbrauch der Eltern usw. haben ungünstige Auswirkungen auf die familiäre Interaktion, auf die Gestaltung der kindlichen Entwicklungs- und Lernbedingungen und fördern die Herausbildung von Gewalt und Aggressivität.

6 Akute belastende Lebensereignisse

6.0 Verlust einer Liebesbeziehung oder engen Beziehung

Die Life-Event-Forschung hat gezeigt, dass der Verlust einer geliebten Person im Kindes- und Erwachsenenalter (Filipp, 1981) immer auch ein schwer zu bewältigendes Lebensereignis ist, das mit nachhaltigen psychischen Belastungen bis hin zu psychischen Erkrankungen einhergehen kann. Der Tod eines Elternteils, eines Großelternteils oder eines Geschwisters sind für das Kind (für die Kinder) besonders belastend, wenn eine enge emotionale Bindung zu ihnen bestand. Aber auch der Verlust durch Trennung (Scheidung) ist oftmals ein hoch belastendes Lebensereignis mit psychischen Folgen, wie z. B. dem Parental Alienation Syndrom (PAS).

6.1 Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung

Ist im Interesse des Kindeswohls eine zeitweilige Unterbringung in einem Heim oder einer Pflegefamilie notwendig, so darf nicht übersehen werden, dass diese Maßnahme für das Kind mit einem Verlust an sozialen Beziehungen (Eltern, Freunden, Umwelt) verbunden ist. Die Entscheidung des Jugendamtes wird vom Kind also nicht als selbstverständlich positiv erlebt, sondern ist ein Lebensereignis, das es bewältigen

muss und das im ungünstigen Falle die psychische Situation des Kindes verschlechtert. Aber auch Maßnahmen aus gesundheitlichen Gründen (z.B. Heilbehandlung) oder aus sozialen/finanziellen Gründen sind für das betroffene Kind belastende Lebensereignisse, auf die das Kind zu seiner Stabilisierung vorbereitet werden muss.

6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder

Im Falle einer Teilfamilie erleben wir häufig Veränderungen der interfamiliären Beziehungssituation durch das Hinzukommen eines neuen Partners und möglicherweise von Kindern dieses Partners. Aus unterschiedlichen Gründen kann die „Chemie“ zwischen Patient und dem/den Hinzugekommenen gestört sein, so dass die Interaktionen auf Abwehr und Zurückweisung gerichtet sind, was ein vernünftiges Zusammenleben erschwert. Z.B. kann das Kind befürchten, dass seine Stellung in der Familie gefährdet ist, dass z.B. die Mutter es weniger achtet oder liebt als den oder die „Neuen“, der Stiefelternteil mit seiner neuen Rolle nicht zurecht kommt, dass beispielsweise gut gemeinte Ratschläge in Gängelei ausarten u.v.a.m.

6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

Das Gefühl des eigenen Wertes, der eigenen Achtung, der Bedeutung und Wichtigkeit der eigenen Person, ihrer Fähigkeiten und Eigenschaften für sich selbst und für andere, werden als Selbstwert verstanden. Dem Selbstwert kommt für die Persönlichkeitsentwicklung eine stabilisierende Funktion zu. Erschütterungen des Selbstwertes führen folgerichtig zu Fehlentwicklungen und verkrampften Versuchen, sich durch bestimmte Verhaltensweisen in ein besseres Licht zu setzen, enden nicht selten in sozialer Ablehnung und Stigmatisierung (z.B. „verhaltensgestört“). Störungen des Selbstwertes oder der Selbstachtung werden nicht selten durch elterliche Überforderung im kognitiven und sozialen Verhalten verursacht. Aber auch das Erleben des Kindes bezüglich des Verhaltens der Eltern (z.B. durch die Geburt eines Geschwisterkindes), kann zu Beeinträchtigungen des Selbstwertes führen.

6.4 Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)

Sexuelle Handlungen (vgl. 1.4 der Achse V) zwischen einem Kind und einem wesentlich älteren Nichtfamilienmitglied werden als sexueller Missbrauch bezeichnet. Der Missbraucher nutzt dabei oftmals seine Autoritätsstellung aus (Erzieher, Arzt, Pfarrer) oder suggeriert dem Kind eine gleichrangige Liebesbeziehung. Eine besondere Ge-

fährdung des Kindes liegt vor, wenn es durch Gewalt zu sexuellen Handlungen gezwungen und durch Drohungen zum Schweigen verpflichtet wird.

6.5 Unmittelbare, beängstigende Erlebnisse

Naturkatastrophen wie schwere Gewitter, Überschwemmung u.s.w. können wegen ihrer Nichtvorhersehbarkeit und ihrer ungewissen Folgen eine massive Belastung für Kinder und Erwachsene darstellen. Eben solche Auswirkungen können Unfälle und Verbrechen zeigen. Oftmals ist aber die Angst davor, dass wegen dieser Befürchtungen der Betroffene von anderen gehänselt wird, eine deutlich stärkere Belastung.

7 Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

7.0 Verfolgung oder Diskriminierung

In einer Zeit, da dem Statusdenken bei Kindern und Jugendlichen nur sehr schwer durch Eltern und Lehrer entgegengewirkt werden kann, werden Kinder, die bestimmten Anforderungen nicht genügen, von wichtigen Aktivitäten ausgeschlossen, sie werden deshalb gedemütigt und verspottet. Schwächere werden geschlagen, ihre Sachen beschmutzt oder zerstört. Die Zugehörigkeit zur „richtigen“ Peer-Group ist entscheidend und begünstigt oftmals sozial gefährdendes Verhalten.

7.1 Migration oder soziale Verpflanzung

Migrantenkinder sind in ihrer Entwicklung gefährdet, da sie mit einer Reihe belastender Lebensereignisse konfrontiert werden. Der Verlust der Heimat und die Verpflanzung in ein anderes soziales Milieu sind nur die für jeden sichtbare Spitze des Eisberges. Das Erlernen der Sprache des Gastlandes sichert die Integration und die Teilhabe am schulischen und gesellschaftlichen Leben (Sprache, Bildung, Integration).

8 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

8.0 Abnorme Streitbeziehungen mit Mitschülern/Mitarbeitern

Die Schule ist der Ort, an dem Rivalitäten wegen Leistungen, Aussehen und Machtposition zwischen den Kindern und Jugendlichen ausgetragen werden. Fällt dabei

einem Kind eine Außenseiterposition zu (keine soziale Unterstützung durch Mitschüler), so kommt es zu Isolierungen mit ihren typischen Folgen.

8.1 Sündenbockzuweisungen durch Lehrer/Ausbilder

Durch ihr Verhalten werden einzelne Kinder durch gehäuftes Ermahnen und Verantwortlichmachen für bestimmte Vorkommnisse in die Rolle eines Sündenbocks gedrängt. Diese Kinder dienen oft der Gemeinschaft (der Klasse) als Entlastung für Fehlverhalten, an dem sie selbst gar nicht beteiligt waren.

8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule/Ausbildungssituation

In der Schule und Ausbildungssituation führen Streitigkeiten meist in Form destruktiver und aggressiver Auseinandersetzungen zu erheblichen Belastungen, unter der die Gemeinschaft und die lern- bzw. arbeitswilligen Jugendlichen leiden. Zwischen Lehrern und Auszubildenden kommt es dabei oft zu Auseinandersetzungen.

9 Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes

9.0 Institutionelle Erziehung

Ist die Betreuung eines Schülers an einer Regelschule nicht mehr möglich, wird dieser in eine Förderschule für Erziehungshilfe oder in eine Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder zeitweilig in beides aufgenommen. In der speziellen Behandlung geht es darum, aggressive Verhaltensweisen abzubauen und den Stoff des Lehrplanes angemessen zu vermitteln.

9.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung

Unter diesem Teilthema werden die gleichen Lebensbedingungen wie unter 6.1 erfasst, wobei auf die Symptomatik explizit zu verweisen ist.

9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

Unter diesem Teilthema sollen Enthüllungen von beschämenden Aspekten des Verhaltens (Betrugsversuch bei Abschlussarbeit) oder beschämende Enthüllungen über eine nahe stehende Person (z.B. Homosexualität der Mutter) erfasst werden.

- Unabhängig von dieser Klassifikation ist besonders im Kindesalter auf **Wechsel der Betreuungssituation**, Verlust eines Elternteils und Partnerwechsel der Hauptbetreuungsperson, Streit der Eltern (der Partner einer Lebensgemeinschaft), Scheidung, Trennung und mütterliche Berufstätigkeit (Adaptationsstörungen), zu verweisen.
- Gleiche kritische Lebensereignisse haben für die Betroffenen subjektiv eine andere Bedeutung. Für die meisten sind sie *belastend* (z.B. Tod eines Elternteils), für andere *neutral*, und von wenigen werden sie sogar *positiv* interpretiert.
- Ob ein Lebensereignis als belastend und schädigend oder fordernd und fördernd eingeschätzt wird, hängt von dem Ausmaß ab, mit dem es einen **Eingriff in den Lebensvollzug** darstellt und wie es **subjektiv emotional bewertet** wird (als *Beunruhigung, Bedrohung oder bewältigbare Herausforderung*), wie also der Betroffene die *eigenen Fähigkeiten* zur Bewältigung dieser Anforderung und die gleichzeitig wirk-samen fördernden oder hemmenden **Umweltressourcen** bewertet.

4.4 Anamnese - Erfassung soziokultureller Einflüsse

Unter Kultur versteht man die Gesamtheit der geistigen, künstlerischen, technischen, architektonischen Umwelt, in die ein Kind hineingeboren wird und die von ihm als natürliche Umwelt erlebt wird, die von ihm erworben werden muss. Damit hat Kultur eine primär verhaltensformende Wirkung. Der Prozess der Aneignung von Kultur wird durch die spezifische gesellschaftliche Vermittlung durch Lehrer und Erzieher sowie Eltern nur teilweise unterstützt. Das, was gelernt werden muss, wird durch die Betreuungspersonen ausgewählt und mehr oder weniger konsequent vermittelt, manches sehr stringent, so Wohn-, Schlaf- und Esskultur, manches relativ unscharf, so Fähigkeiten zur Interaktion und Kommunikation wie Gesprächs-, Konflikt- und Streitkultur. Die Erschließung von Musik bleibt für manchen lebenslang im Dunkeln.

Unter den soziokulturellen Einflüssen, die sich sehr nachhaltig auf die kindliche Entwicklung auswirken, sei besonders auf folgende hingewiesen:

- ökonomischer Status
- Wohnverhältnisse
- Kinderzahl
- Position in der Geschwisterreihe
- unvollständige Familie
- Erziehungsvorstellungen (Erziehungsstile,

Erziehungseinstellungen, Erziehungspraktiken)

- u.v.a.m.

Der Bewertung des „sozioökonomischen Status“ kommt bei der Anamneseerhebung primäre Bedeutung zu, so dass uns noch einige Anmerkungen notwendig erscheinen. Der sozioökonomische Status bzw. die soziale Schichtzugehörigkeit charakterisieren einen Menschen durch ein Bündel von Lebensumständen, und sie nehmen nahezu schicksalhaft Einfluss auf seine Entwicklung.

Dieser Begriff ist weitgehend identisch mit dem Begriff „soziale Schicht“. Wesentliche definitorische Inhalte beziehen sich auf das Bildungsniveau der Eltern, deren Beruf und auf das als Entgelt erhaltene Einkommen. Es ist nicht zu übersehen, dass es sich um gegenseitig abhängige Sachverhalte handelt. Eine gute (hohe) Schulbildung ist Voraussetzung für das Erlernen eines anspruchsvollen Berufes und es ist nur natürlich, dass diese berufliche Leistung und die mit ihr verbundene Verantwortung zu einer entsprechenden Bezahlung führen. Für die Ermittlung der sozialen Schicht bzw. der sozioökonomischen Statuszugehörigkeit wurden spezifische Skalen entwickelt (vgl. Wolf, 1995). Für uns als Psychotherapeuten ist das Schichtniveau (Unterschicht, Mittelschicht, Oberschicht) von Interesse, weil der Schichtzugehörigkeit die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Subkultur entspricht. Wir können damit von einer größeren Verhaltensähnlichkeit von Angehörigen der gleichen Schicht ausgehen, welche Wertschätzung gegenüber Bildung, Bildungsmöglichkeiten, Erziehungszielen entgegengebracht wird, welche Wertungen Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch erfahren, welche Verfügbarkeit es für das Kind über Kulturwerkzeuge wie Schreib- und Malutensilien und Bücher gibt, wie Fernseher und Computer genutzt werden u.v.a.m. Es zeigte sich in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen, z.B. zu PISA 2000, dass der Bildungsgrad der Kinder, ihr aktuelles Leistungsniveau mit ihrem sozioökonomischen Status kovariiert, also bei Kindern mit einem ungünstigeren sozialen Status sinkt, aber auch negative Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus allgemein und den Status der Zahngesundheit nimmt.

4.5 Anamnese – Erfassung frühkindlicher Einflussfaktoren

Durch die Erhebung der Anamnese soll auch herausgefunden werden, welche Faktoren auf Seiten des Individuums, seiner Umwelt und der Wechselwirkung zwischen beiden seine Entwicklung belastet bzw. aber auch gefördert haben. Für die Erkennung belastender Faktoren wurde das **Vulnerabilitätskonzept** und für das Erkennen schützender Faktoren das **Resilienzkonzept** entwickelt.



Abbildung 4.1: Risiken, die zu Hirnfunktionsstörungen führen können (nach Göllnitz, 1992)

Als **Risikofaktoren** bezeichnen wir alle *personellen* (individuumsspezifischen) und *sozialen* Einflüsse, die potentiell eine **Gefährdung der normalen Entwicklung** nach sich ziehen können.

Das Risikokonzept ist insofern mehrdeutig, als es immer nur auf die potentielle Möglichkeit einer Schädigung, Behinderung oder Störung verweist. Aus diesem Grunde wollte man durch das Optimalitätskonzept (Prechtl, 1972, Ettrich, 2000a, 2000b) grö-

ßere Klarheit und Transparenz erreichen. Die Forschungen ließen aber erkennen, dass Optimalitätskonzept und Risikokonzept keine einfachen Gegensätze sind.

Für Forschung und Praxis wurden mehr oder weniger umfangreiche Listen von Entwicklungsrisiken erarbeitet, deren Gewichtung einerseits sehr schwierig ist und die auch insofern mehrdeutig sind, als es nicht gelingt, die Risiken unabhängig voneinander zu erfassen, sondern bestimmte (auffällige) Risiken wiederum selbst die Folge von anderen Risiken sind.

Das vorstehende Schema verdeutlicht diesen Sachverhalt. Anhand des Schemas lassen sich drei Entwicklungsbereiche (pränatale, perinatale und postnatale Entwicklung) herausstellen, die für die optimale Funktion des Nervensystems von Bedeutung sind bzw. deren Störung für die augenblickliche und zukünftige Entwicklung mehr oder weniger schwere Schädigungen hinterlässt. Wir wenden uns zunächst dem Bereich der pränatalen Entwicklung zu.

4.5.1 Pränatale Faktoren

Wegen ihrer Bedeutung sind hervorzuheben:

Infektionen der Mutter durch z.B. Röteln, Masern, Windpocken, Toxoplasmose, Herpes, Gonorrhoe

Es handelt sich meist um Infektionserkrankungen, die für eine werdende Mutter im Allgemeinen keine besondere Belastung darstellen, die aber für das heranwachsende Kind eine ernstzunehmende Gefährdung sind, die oftmals mit Missbildungen (Röteln, Toxoplasmose) und hirnorganischen Funktionsstörungen (Herpes, Listeriose, Gonorrhoe) verknüpft sind. Aus diesem Grund ist es auch für den Kinder- und Jugendpsychologen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten notwendig, über Grundkenntnisse zum Erscheinungsbild von Infektionskrankheiten und ihre Folgen zu verfügen, wobei wir Möglichkeiten ihrer Behandlung weitgehend vernachlässigen, weil sie in den Händen des Fachmanns liegen müssen. Infektionserkrankungen werden durch Viren, Bakterien und Parasiten hervorgerufen.

Röteln

Röteln sind eine sehr ansteckende Viruserkrankung. Weil sich die meisten Menschen schon in der Kindheit mit Röteln infizieren, wird sie als eine typische Kinderkrankheit

bezeichnet. Nach überstandener Infektion besteht eine lebenslange Immunität, so dass eine werdende Mutter, die selbst diese Kinderkrankheit durchgemacht hat, eine erneute Erkrankung und eine Erkrankung ihres heranwachsenden Kindes nicht zu befürchten braucht. Leider sind in unserem Kulturkreis 15 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter nicht immun, so dass deren Kinder in ihrer vorgeburtlichen Entwicklung gefährdet sind. Die Krankheit verläuft bei der Mutter im Allgemeinen harmlos, oft sogar unbemerkt. An Symptomen sind leichtes Fieber und Lymphknotenschwellungen im Hals- und Kopfbereich sowie ein rotfleckiger Ausschlag zu nennen. Für das Ungeborene hat eine Rötelninfektion je nach dem Zeitpunkt der Erkrankung erhebliche Folgen. Diese Infektion kann zu Herzfehlern, Blindheit und Taubheit führen und ist oftmals mit einer verminderten Leistungsfähigkeit im kognitiven Bereich verknüpft, was zu Einschränkungen im Verhalten und der schulischen Bildungsfähigkeit führt. Aus diesem Grunde wird empfohlen, vor einer Schwangerschaft eine Immunbestimmung und gegebenenfalls eine Schutzimpfung vornehmen zu lassen.

Windpocken

Die Windpocken zählen ebenfalls zu den typischen Kinderkrankheiten. Sie werden von Viren (Varicellen) durch Luft- und Tröpfcheninfektion übertragen. Ungefähr 95 Prozent der gebärfähigen Frauen sind immun gegen diese Erkrankung. Weil die Folgen für das Ungeborene sehr schwerwiegend sind, wird empfohlen, dass Frauen mit Kinderwunsch mindestens drei Monate vor der Schwangerschaft durch eine Blutuntersuchung klären lassen, ob sie genügend Antikörper besitzen und im negativen Falle eine Schutzimpfung vornehmen lassen. Durch eine Varicelleninfektion können beim Kind Hirnschädigungen, Hirnatrophie, Minderwuchs, geringes Geburtsgewicht, ja selbst Todesfälle vorkommen. Die Gefährdung durch Windpocken während der Schwangerschaft wird im Hinblick auf die Allgemeinentwicklung der Kinder oft erheblich unterschätzt.

Masern

Masern werden von Masernviren verursacht, die durch Tröpfcheninfektion übertragen werden. In der Schwangerschaft tritt die Krankheit eher selten auf, über die Plazenta kann das Virus jedoch auf das Kind übertragen werden. Es kommt aber meist nicht (wie bei der Infektion mit dem Röteln-Virus) zu Fehlbildungen. Aborte oder Totgebur-

ten kommen dagegen häufiger vor. Ebenso ist die Sterblichkeit im Säuglingsalter erhöht. Eine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch stellt eine Maserninfektion in der Schwangerschaft nicht dar. Die Schwangere kann sich durch eine rechtzeitige Impfung schützen. Auf jeden Fall sollten werdende Mütter, die keinen ausreichenden Schutz besitzen, den Kontakt zu Infizierten meiden. In den ersten sechs Tagen nach dem Zusammentreffen mit einer infizierten Person können der Schwangeren Immunglobuline verabreicht werden, um eine Infektion zu verhindern. Die an Masern erkrankte Schwangere sollte medizinisch gut überwacht werden. Die Behandlung orientiert sich an den auftretenden Symptomen. Bei der Planung einer Schwangerschaft kann durch eine Blutuntersuchung getestet werden, ob ausreichender Schutz vor Masern besteht. Eine Auffrischungsimpfung sollte ungefähr drei Monate vor Beginn der Schwangerschaft erfolgen.

Toxoplasmose

Die Toxoplasmose ist eine häufige Infektionskrankheit in der Schwangerschaft. Der Erreger, ein einzelliger Parasit, der vor allem von Katzen verbreitet wird, wird von Menschen und Schlachttieren aufgenommen, wobei die häufigsten Infektionsquellen Katzenkot und der Genuss von infiziertem rohem Fleisch (Gehacktem) sind. Etwa 0,2% der Schwangeren infizieren sich während der Schwangerschaft erstmalig mit den Toxoplasmoseparasiten. Die Symptome sind einer Grippe ähnlich (leichtes Fieber, Mattigkeit, Stirnkopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie gelegentlich Durchfall). Die erstmalige Infektion der Mutter in der Schwangerschaft stellt, weil noch keine Antikörper gebildet werden konnten, für das Ungeborene eine Gefahr dar. Bei 10% der infizierten Kinder sind bei der Geburt deutliche Toxoplasmosezeichen zu beobachten. Dabei stehen Infektionen der Augen, Leber- und Milzvergrößerung, Gelbsucht, Lungenentzündung, Wasserkopf (Hydrocephalus), zerebrale Verkalkungen, Krämpfe und Gerinnungsstörungen im Vordergrund. Bei diesen Kindern kommt es im Neugeborenenalter häufig zu Todesfällen. Die Überlebenden haben oft Gehirnschädigungen, Augenprobleme, epileptische Anfälle. Bei 90% aller infizierten Kinder kann es Monate bis Jahre später zu Erblindung, Hörschädigungen und Entwicklungsverzögerungen kommen. Eine Impfung gegen den Parasiten gibt es nicht, so dass man nur das Risiko gegen Toxoplasmoseinfektion durch vorbeugende Maßnahmen minimieren kann. Als erstes sollte man auf den Genuss von rohem Fleisch verzichten, als zweites streng auf Hygiene achten (vor dem Essen keine Kat-

zen berühren, Fallobst und Gemüse gründlich waschen). Ferner sollte man vom Tierarzt klären lassen, ob die eigene Katze von den Parasiten infiziert ist und gegebenenfalls eine Behandlung vornehmen lassen.

Listeriose

Die Listeriose wird durch ein spezifisches Bakterium verursacht. Listerien sind in der Umwelt praktisch überall vorhanden und kommen in Rohmilch, aus Rohmilch hergestellten Weichkäsesorten, Salaten, nur kurz gedünstetem Gemüse, rohem Fleisch und Räucherlachs häufig vor.

Die Übertragung der Erkrankung erfolgt vom Tier auf den Menschen. Besitzer von Hunden und Katzen sind deshalb besonders gefährdet und solche, die beruflich mit Tieren zu tun haben.

Schwangere sind durch Listerien besonders gefährdet. Das Erkrankungsrisiko liegt bei ihnen 20mal höher als bei anderen Gesunden. Eine Listeriose äußert sich durch grippeähnliche Symptome wie Fieber, Muskelschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Die Inkubationszeit liegt zwischen zwei bis acht Wochen. Da die Symptome unspezifisch sind, kann nur eine Blutuntersuchung den Nachweis von Listerien absichern. In der Frühschwangerschaft kommt es durch die Infektion mit Listeriose meist zu Früh- und Totgeburten. Sowohl eine Infektion im letzten Schwangerschaftsdrittel als auch eine Infektion unter der Geburt führen beim Neugeborenen zu Symptomen einer Blutvergiftung mit Milz- und Leberschwellung. Ferner treten Atemnot bis hin zum Atemstillstand sowie Erbrechen und Krämpfe auf. Eine Hirnhautentzündung, die antibiotisch zu behandeln ist, tritt oftmals bei einer Listeriose auf. Als Folgen dieser Erkrankung ist mit Spätschäden der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung zu rechnen.

Herpes

Beim Herpes (Herpes-simplex-Virus) unterscheidet man zwei Formen. Der Typ 1 verursacht die Lippenbläschen, der Typ 2 den Genitalherpes, wobei die Übergänge zwischen Typ 1 und 2 fließend sein können. Die Viren nisten sich nach einer Erstin-

fektion in den Nervenknötchen ein, um dort inaktiviert zu verbleiben. Bei Stress oder Immunschwäche werden die Viren aktiviert und es treten die typischen Krankheitszeichen auf. Die Infektion der Kinder erfolgt meist unter der Geburt.

Nach Infektion im Geburtskanal sind folgende Symptome beim Kind festzustellen: Fieber, Erbrechen, Lethargie, Entzündungen des Gehirns, begleitet von Krampfanfällen, später schwere geistige Defekte, Augenentzündungen bis hin zu Blindheit, Hautexanthem, Bläschen im Mund und Befall der inneren Organe.

Überleben die Kinder diese schwere Symptomatik, so sind bleibende Schäden (kleiner Kopf, Intelligenzdefizite, Krampfanfälle und Augenschäden) zu befürchten.

Clamydien-Infektion

Die Clamydien-Infektion wird durch sexuellen Kontakt übertragen und durch ein Bakterium verursacht. Bei den meisten Frauen und Männern verläuft die Erkrankung nahezu symptomlos. Bei der Geburt ist das Ansteckungsrisiko für das Kind sehr groß. Es kommt etwa bei der Hälfte der infizierten Kinder zu Augenentzündungen sowie zu Atemstörungen und Lungenentzündung, was zu schwerwiegenden Gedeihproblemen führen kann.

Um die Folgen dieser Erkrankung zu minimieren, wird bei der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung ein Abstrich vorgenommen und auf Clamydien untersucht. Ist der Befund positiv, erfolgt ab der 14. Schwangerschaftswoche eine gezielte Behandlung. Bei der Clamydien-Infektion müssen Mann und Frau gleichzeitig antibiotisch behandelt werden, um einer Wiederansteckung der werdenden Mutter vorzubeugen.

Gonorrhoe

Gonorrhoe wird durch ein Bakterium verursacht. Sie zählt zu den meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten und wird durch Schleimhautkontakt übertragen.

Der Erreger geht bei der Geburt von der Mutter auf das Kind über.

Die Symptome einer Gonorrhoe sind bei Frau und Mann verschieden und bereiten wenig aktuelle Beschwerden. Unbehandelt können auch schwerwiegende Komplikationen eintreten wie Blindheit, Meningitis, Herzklappenentzündungen, Sterilität und Tod. Die Behandlung erfolgt mit Antibiotika und schließt beide Partner ein.

Die Gonorrhoe kann zu einem vorzeitigen Blasensprung und somit zu einer Frühgeburt führen. Erfolgt die Infektion unter der Geburt, so kann das Kind in wenigen Tagen erblinden. Aus diesem Grunde wurde früher (bis 1992) routinemäßig eine Prophylaxe mit einer 1%igen Silbernitratlösung vorgenommen, was heute nur noch in begründeten Verdachtsfällen erfolgt. Um Komplikationen durch diese Infektionskrankheit zu minimieren, wird bei der ersten Schwangerenvorsorgeuntersuchung ein Abstrich gemacht und auf Gonorrhoe-Bakterien untersucht.

Toxische Einflüsse:

Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch und -gebrauch (z.B. Contergan), Umweltgifte:

Obwohl der Einfluss von Drogen auf die Persönlichkeitsentwicklung von Befürwortern und Gegnern kontrovers diskutiert wird, ist für diese Kontroverse im Zusammenhang mit Schwangerschaft kein Platz, denn man muss klar sagen, dass eine werdende Mutter nicht nur Verantwortung für sich und ihre Gesundheit trägt, sondern auch für das Wohlergehen, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des heranwachsenden Kindes. Da helfen auch keine Hinweise darauf, dass z.B. bei Cannabis zwar im Tierversuch Schädigungen der Nachkommen beobachtet wurden, bei Menschen aber keine gravierenden Folgen nachgewiesen wurden. Schwangerschaft und Drogen sind unvereinbar. Beim Cannabismissbrauch während der Schwangerschaft ist vor allem auf die Einflüsse und das Verhalten beim amotivationalen Syndrom zu verweisen, weil es zu Passivität, Apathie, Verlust der Leistungsfähigkeit, Willensschwäche, Unfähigkeit, Frustrationen zu ertragen und einem sozialen Rückzug auf sich selbst kommt, wodurch der Bezug zur Realität, vor allem zur Umwelt eingeschränkt ist und wodurch die notwendige Beobachtung des eigenen Körpers und Verhaltens verloren geht. Alle anderen Substanzen wie LSD, Cocain, Methadon, Heroin sind für die Schwangere und ihr heranwachsendes Kind sowohl für Gesundheit und als auch Leben höchst gefährlich und sollten deshalb tunlichst gemieden werden.

Medikamente sind chemische Substanzen, deren Wirkung im Hinblick auf Nebenwirkungen beim werdenden Kind im Allgemeinen nicht hinreichend untersucht ist. Das meiste Wissen wurde erfahrungswissenschaftlich gesammelt. Aus diesem Grund sollte sich eine werdende Mutter bei der Medikamenteneinnahme sehr zu-

rückhaltend verhalten und die Notwendigkeit und Verträglichkeit mit ihrem Gynäkologen absprechen. Selbstmedikation und Rücksprache mit einem nicht hinreichend spezialisierten Arzt können zu Fehlbildungen (z.B. Contergan) oder zu Fehlgeburten führen.

Umweltgifte sind ubiquitär, so dass man sich vor ihnen kaum hinreichend schützen kann. Insbesondere Blei, Cadmium, Quecksilber, Insektenschutz- und Unkrautvernichtungsmittel sowie Lösungsmittel sind Substanzen, die Fehlbildungen und Fehlgeburten verursachen können und deshalb von werdenden Müttern gemieden werden sollten bzw. wobei hygienische Maßnahmen oberste Priorität haben. Kontakte mit Quecksilber und Blei führen zu Hirnschädigungen und damit zu Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Untersuchungen in ehemaligen Abbaugebieten von Blei (Winneke et al., 1998a, 1998b; Prothmann, Krumbiegel und Ettrich, 2000; Ettrich et al., 2002) ergaben eine deutlich erhöhte Kontamination der Erde, wodurch Blei auch über Nahrungsmittel aufgenommen wird. In Altbauten findet man auch heute noch Bleiwasserleitungen. Dies führt zu einer Vergiftungsgefahr der werdenden Mütter und deren Kinder. Aus diesem Grund muss dringend davor gewarnt werden, dieses Wasser zu trinken. Über Nacht abgestandenes Wasser in solchen Leitungen weist eine mehr als dreimal höhere Bleikonzentration als Wasser in gut abgelaufenen Leitungen auf.

Die chemische Industrie stellt täglich neue Verbindungen bereit, die verbesserte Produktionseigenschaften versprechen, ohne dass deren Unbedenklichkeit für die menschliche Gesundheit nachgewiesen ist. Es dauert oft viele Jahre, bis diese Substanzen soweit untersucht sind, dass ihre Unbedenklichkeit bestätigt bzw. ihr Verbot notwendig wird. Ein Beispiel hierfür stellen polychlorierte Biphenyle (PCB) dar, die als Kühlmittel und Hydraulikflüssigkeiten sowie als PVC-Weichmacher verwendet wurden. PCB ist giftig und wegen der Gefahr der Bildung von Dioxinen für die Entwicklung Ungeborener, weil plazentagängig, höchst bedenklich (Seveso-Skandal). In der Michigan Studie konnten Jacobson und Mitarbeiter (1985) nachweisen, dass bei PCB belasteten Kindern im Vergleich zu pränatal unbelasteten Kindern zu drei Messzeitpunkten (7. Monat, 4. Lebensjahr, 11. Lebensjahr) die kognitive Entwicklung ungünstiger ausfiel. Andere Untersuchungen, so Rogan et al. (1986), Koopman-Esseboom (1995) konnten bei pränataler PCB-Belastung eingeschränkte psychomotorische Leistungen nachweisen, was für Störungen der Hirnentwicklung im Sinne von Mini-

mal brain disfunction spricht. Obwohl seit 1993 die Herstellung und Verwendung von PCB in der Bundesrepublik Deutschland verboten ist, ist wegen der chemischen und thermischen Stabilität dieser Substanzen deren Vorhandensein und damit ungünstige Wirkung immer noch in der Nahrung nachzuweisen.

Mit jeder Zigarette wird eine große Anzahl von Schadstoffen (Umweltgiften) aufgenommen, die das Kind schädigen können. **Rauchen** ist auch die häufigste Quelle von Cadmiumanreicherungen im Fruchtwasser werdender Mütter, was zu Wachstumsbeeinträchtigungen beim heranwachsenden Kind führt. Ferner darf nicht ignoriert werden, dass das Nikotin die Plazentaschwelle passiert und beim Kind zu Belastungen der Herzleistung (Herzschlag) führt. Als Folge davon können Herzerkrankungen beim Heranwachsenden entstehen. Es darf auch nicht übersehen werden, dass durch das Rauchen sich das Risiko für Fehlbildungen (z. B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte) beim Kind erhöht. Rauchen wirkt sich auch ungünstig auf die Nährstoff- und Sauerstoffversorgung des kindlichen Organismus aus, was eine Mangelentwicklung und Frühgeburtlichkeit der Kinder begünstigt (vgl. Ettrich, 1980). Das Geburtsgewicht von Kindern, deren Mütter in der Schwangerschaft rauchten, ist im Vergleich zu Kindern von Nichtraucherinnen im Durchschnitt deutlich reduziert. Außerdem ist das Risiko für Allergien, Bronchial- und Asthmaerkrankungen sowie Mittelohrentzündungen bei diesen Kindern erhöht. Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft bzw. passives Rauchen des Kindes nach der Geburt wirken sich noch bis ins Schulalter auf das Verhalten der Kinder ungünstig aus. Die Kinder zeigen gehäuft Symptome von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität, aggressives Verhalten und Störungen der Lautsprachentwicklung. Nach neueren Untersuchungen werden Störungen der kognitiven Entwicklung (Intelligenz) nicht ausgeschlossen.

Alkohol ist der allgemein bekannte Verursacher von Hirnschädigungen beim heranwachsenden Kind. Werdende Mütter, die während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren, gefährden die gesunde Entwicklung ihres Kindes, wobei es bezüglich der Alkoholmenge keine definierten Kriterien gibt. Aus diesem Grunde sollte während einer Schwangerschaft Alkohol grundsätzlich gemieden werden. Sicher erscheint nur, dass der Schädigungsgrad mit steigendem Alkoholkonsum und steigender Dauer zu immer deutlicheren Symptomen einer Alkoholembryopathie führen kann. 9 von 10 Kindern alkoholkranker Mütter weisen eine deutliche Reduzierung der geistigen

Leistungsfähigkeit im Sinne einer Lernbehinderung oder einer geistigen Behinderung auf. Ferner kommen Symptome des hyperkinetischen Syndroms (ADHS), wie Unruhe und Zappeligkeit hinzu. Letztere werden gehäuft auch bei Kindern beobachtet, deren Mütter in der Schwangerschaft Alkohol konsumierten, ohne dass sie als Alkoholranke zu bezeichnen sind. Bei der Alkoholembryopathie ist noch auf weitere Auffälligkeiten – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - bei diesen Kindern zu verweisen: bei Geburt verminderte Kopfgröße, die in der Folgezeit noch hinter dem allgemeinen Größenwachstum zurückbleibt, ferner niedriges Geburtsgewicht und vermindertes Unterhautfettgewebe. Im Gesichtsbereich fallen auf: fliehendes Kinn, Falte am Augenninnenrand, hängende Augenlider, verkürzter Nasenrücken und oftmals Gaumenspalte. Oft kommen noch Herzfehler und Missbildungen des Genitale und des harnableitenden Systems hinzu. Die Korrektur dieser Fehlbildungen ist als weitere Entwicklungsbelastung zu werten. In den ersten Lebensjahren fallen Kinder alkoholgefährdeter und alkoholkranker Mütter durch Verhaltensprobleme im sozialen Bereich (Kommunikation mit Geschwistern und anderen Kindern, Störungen der sprachlichen Entwicklung) und motorischen Bereich (Ungeschicklichkeit) sowie durch mangelnde Handlungsplanung auf.

Da davon auszugehen ist, dass in allen Bevölkerungsschichten die ungünstigen Auswirkungen von Rauchen und Alkoholkonsum hinreichend bekannt sind, müssen wir uns fragen, wofür diese Verhaltensweisen Indikator sind. Aus den Befunden der Leipziger Längsschnittstudie (Ettrich und Ettrich, 1988, 1990; Ettrich, 2000) ergibt sich der Schluss, dass bei Raucherinnen und Trinkerinnen während der Schwangerschaft eine massive Störung der Mutter-Kind-Beziehung zu Grunde liegt, die Schwangerschaften nicht gewollt sind und als persönliche und/oder partnerschaftliche Belastung verarbeitet wurden.

Spezifische Erkrankungen und Schädigungen:

Epilepsie der Mutter, Diabetes, Nierenerkrankung, Fehl- oder Mangelernährung der Mutter, Strahlenschäden. Eine **Epilepsie** ist bei der bestehenden medikamentösen Versorgung heute kein Grund, auf die Realisierung eines Kinderwunsches zu verzichten (Feyer und Ettrich, 1996). Jedoch ist eine Beratung mit dem behandelnden Epileptologen angeraten, so dass die Realisierung des Kinderwunsches eine bewusste Entscheidung der Eltern ist. Die Eltern müssen sich klar sein, dass ihr Kind ein erhöhtes Risiko für eine epileptische Erkrankung in sich trägt. Die antiepileptische Behandlung muss gut eingestellt sein und möglichst Anfallsfreiheit bestehen. Das

Fehlbildungsrisiko ist bei einer Monotherapie am geringsten. Noch besser ist es, bei ausreichend lange bestehender Anfallsfreiheit das Medikament vor der Schwangerschaft bereits „auszuschleichen“. Bei bestehender Medikation sind durch Ultraschalluntersuchungen Fehlbildungen auszuschließen. Beeinträchtigungen der psychischen Entwicklung des Kindes sind im Allgemeinen nicht zu erwarten.

Auch Frauen mit einem **Diabetes** brauchen sich einen Kinderwunsch nicht zu versagen. Entscheidend ist, dass der Blutzuckerspiegel vor und während der Schwangerschaft optimal eingestellt ist. Bei Kindern diabetischer Mütter ist das Risiko einer Organfehlbildung (Herz, Knochen, Nieren) deutlich höher als bei gesunden Müttern. Bei zu hohem Blutzuckerspiegel wird das Kind zu groß und zu dick, so dass oftmals eine normale Entbindung nicht möglich ist. Störungen der kindlichen Entwicklung sind aber nur zu befürchten, wenn das Kind als Mangelgeburt zur Welt kommt.

Die Vielzahl möglicher ungünstiger Einflussfaktoren auf eine Schwangerschaft ist geeignet, selbst dann, wenn ein Kind erwünscht war oder herbeigesehnt wurde, sich Sorgen um seine Gesundheit zu machen. Der Rat, sich möglichst gesund zu ernähren und sich von Ansteckungs- und Gefährdungsquellen fernzuhalten, gilt auch heute noch uneingeschränkt, denn man muss sich immer vergegenwärtigen, dass die raschen und erheblichen Veränderungen in der kindlichen Entwicklung den Zugang von belastenden Faktoren erleichtern. Der heutige Entwicklungsstand der medizinischen Diagnostik erlaubt es, bereits vorgeburtlich abzuschätzen, ob für das Kind ein erhebliches gesundheitliches Risiko besteht, so dass die werdenden Eltern zumindest über einen Schwangerschaftsabbruch oder die Vorbereitung auf ein Kind mit Belastungen für sich und die Familie nachdenken und mitentscheiden können. Die Pränataldiagnostik ist immer nur eine Möglichkeit, Fehlbildungen von Organen oder Störungen des Erbgutes zu erkennen, verhindern kann sie diese Fehlentwicklungen nicht und es ist auch nachdrücklich darauf zu verweisen, dass es heute nicht möglich ist, pränatal diese Krankheiten oder Störungen zu heilen.

Die **pränatale Ultraschalluntersuchung** ist für Mutter und Kind nicht belastend. Der erfahrene und geübte Untersucher kann die Entwicklung von Organen und Gliedmaßen sicher beurteilen. Auch ein Downsyndrom oder ein „offener Rücken“, lassen sich ausschließen. Die Vitalität des Kindes kann recht gut beurteilt werden.

4.5.2 Perinatale Faktoren

Nunmehr wenden wir uns dem perinatalen Bereich zu, also dem Geschehen, das unter der Geburt eine Rolle spielt.

- Hier wäre zunächst auf mechanische Verletzungen des Kopfes durch Zangen- oder Vakuumextraktion zu verweisen, also auf äußere Einwirkungen auf das Kind durch Hilfsmittel, weil die Geburt nicht vorankommt bzw. zum Stillstand gekommen ist. **Saugglocke und Geburtszange** sind vaginale Entbindungsinstrumente. Sie kommen zum Einsatz, wenn das Ungeborene wegen Wehenschwäche im Geburtskanal feststeckt und sich damit Versorgungsprobleme ergeben können. Die Zangenentbindung (Forzepsentbindung) erfordert vom Geburtshelfer manuelle Geschicklichkeit und Erfahrung, so dass heute mehr und mehr auf die Anwendung der Saugglocke (Vakuumextraktion) zurückgegriffen wird. Beide Vorgehensweisen stellen eine mechanische Belastung für das Kind mit der Gefahr von Hirnblutungen dar.

- **Frühgeburt, verzögerte Geburt**

Eine Geburt erfolgt termingerecht, wenn sie im Zeitraum 280 ± 10 Tage, errechnet nach der letzten Menstruation, stattfindet. Erfolgt die Geburt vor der Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche, spricht man von einer Frühgeburt. Erfolgt die Geburt erst nach dem 293. Tag, spricht man von einer Spätgeburt bzw. von einer Übertragung. Beide vom Termin abweichenden Geburtsformen sind **Risikogeburten**.

Bei einer **Frühgeburt** sind Schädigungen des Kindes umso mehr zu befürchten, je geringer die Organreife beim Kind ist. Eine hinreichend stabile Lungenfunktion ist allgemein nach einer Tragzeit von 26 Wochen gegeben. Bei einer Frühgeburt muss immer im Einzelfall entschieden werden, ob die Geburt vaginal oder durch Kaiserschnitt erfolgt. Es gilt vor allem Hirnblutungen zu vermeiden, weil sonst die Gefahr schwerer Hirnfunktionsstörungen besteht. Frühgeborene müssen nach Geburt im Allgemeinen intensiv-medizinisch betreut werden (Inkubator).

Bei einer **Übertragung** besteht die Gefahr einer vorzeitigen Plazentaablösung und damit einer Mangelversorgung mit Sauerstoff, was mit Schädigungen des Gehirns und anderer Organe verknüpft ist und zu Beeinträchtigungen der postpartalen Vitalität führen kann. Wenn der Verdacht auf eine Übertragung besteht, sind engmaschige Kontrolluntersuchungen erforderlich. Durch Fruchtwasserspiegelung (Amnioskopie) kann der Arzt beurteilen, ob die Sauerstoffversorgung des Kindes gesichert ist. Ist

das Fruchtwasser klar oder milchig-trüb, besteht keine Gefahr, bei Grünfärbung ist die Versorgung schlecht und die Geburt muss möglichst rasch eingeleitet werden. Das Ergebnis des Herzton-Wehen-Schreibers (CTG) entscheidet mit über dieses Vorgehen.

• Kaiserschnitt

Der Kaiserschnitt (sectio caesarea, Schnittentbindung) ist eine geburtshilfliche Operation, bei der das Kind durch die Bauchhöhle und die eröffnete Gebärmutter zur Welt gebracht wird. In Deutschland werden gegenwärtig ungefähr 15 Prozent aller Kinder durch Kaiserschnitt entbunden. In den letzten Jahren haben sich die Operationstechniken so verbessert, dass die Mütter bereits wenige Tage nach der Operation entlassen werden können. Durch die Schwangerschaftsvorsorge können heutzutage viele Geburtsrisiken rechtzeitig erkannt werden, um einen geplanten Kaiserschnitt durchzuführen.

• Plazentopathien

Das zentrale Organ für die Versorgung des heranwachsenden Kindes ist die Plazenta (der Mutterkuchen), die sich während der Schwangerschaft herausbildet und mit dem Ende der Schwangerschaft ihre Funktion erfüllt hat und ausgestoßen wird. Die Aufgaben der Plazenta sind vielfältig. Hier wären die Sicherung des mütterlich-kindlichen Blutaustausches und damit die Versorgung des kindlichen Organismus mit Sauerstoff, Nährstoffen und dem Abtransport von Stoffwechselprodukten zu erwähnen. Die Plazenta versorgt aber auch Mutter und Kind mit speziellen Hormonen und ist ein hochwirksamer Schutz gegen Einwirkungen von Fremdstoffen, die das Kind schädigen können. Leider ist diese Filterfunktion nicht vollkommen, so dass die oben genannten Infektionen, die die Entwicklung des Kindes negativ beeinflussen können, aber auch toxische Einwirkungen (im Sinne von Umweltgiften und Medikamenten) die Plazentaschranke überwinden können. Es ist also immer auch eine bewusste, gesunde Lebensweise anzumahnen.

Da die Plazenta essentiell für die Versorgung des heranwachsenden Kindes ist, wirken sich Störungen im System sehr nachteilig auf die Gesundheit des Kindes aus. Hier sind Herde, die als Folge von Zirkulationsstörungen verstanden werden, zu nennen. Sie werden als **Plazentarinfarkte** bezeichnet und kommen in der reifen Plazenta in unterschiedlicher Form, Größe und Farbe sowie in unterschiedlicher Anzahl vor. Sie sind für das Überleben der Frucht von Bedeutung. Da sie erst nach der Geburt

beurteilt werden können, sind Plazentarinfarkte eine mögliche Erklärung für Tod- oder Mangelgeburten.

Eine weitere Störung der Plazentafunktion ist die **Plazenta praevia**, die bei etwa einem Prozent der werdenden Mütter beobachtet wird. Hier kommt es unter der Geburt zu einer vorzeitigen Ablösung der Plazenta. Diese versperrt im ungünstigen Fall den Austritt des Kindes durch den Muttermund. Da durch die Ablösung der Plazenta die Versorgung des Kindes unterbrochen ist und der zusätzliche hohe Blutverlust Mutter und Kind gefährden, kann nur durch eine Schnittentbindung effektiv geholfen werden. Kinder, die nach Plazentarinfarkten eine Mangelgeburt aufweisen oder unter einer Plazenta praevia geboren wurden, sollten wegen möglicher Folgeschäden engmaschig überwacht werden.

Eine weitere Komplikation ist die vorzeitige **Lösung der richtig platzierten Plazenta**. Auch hierdurch wird die Versorgung des heranwachsenden Kindes beeinträchtigt, da der Blut- und Nährstoffaustausch behindert ist.

Vitamin K-Mangel

Liegt beim Neugeborenen ein Vitamin K-Mangel vor, bezeichnet man dies im Extremfall als Morbus haemorrhagicus neonatorum. Das Vitamin K ist für die Steuerung von Gerinnungsprozessen sowie für die Knochenbildung von Bedeutung. Neugeborene haben grundsätzlich eine ungünstige Vitamin-K-Versorgung, weil dieses Vitamin nicht plazentagängig ist und auch in der Muttermilch nur in Spuren nachweisbar ist. Aus diesem Grunde besteht in den ersten Lebenswochen die Gefahr einer Hirnblutung mit ihren gravierenden Folgen für die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung. Um diese Schäden zu vermeiden, wird heute in fast allen Ländern bei Neugeborenen eine Vitamin-K-Prophylaxe durchgeführt.

4.5.3 Postnatale Faktoren

Der postnatale Entwicklungsbereich umfasst eigentlich die Zeit von der Geburt bis zum Tod, also im Allgemeinen mehrere Jahrzehnte. Bei der Anamnesenerhebung im Kindes- und Jugendalter konzentrieren wir uns vor allem auf die ersten sechs entwicklungsintensiven Lebensjahre. Wir erfragen biologische und psychosoziale Einflüsse, die auf die Hirnfunktion und die Persönlichkeitsentwicklung Einfluss nehmen bzw. genommen haben.

Entwicklungsrisiken werden deshalb nach zwei Gruppen klassifiziert:

1. Biologische Risiken

- Verletzungen durch Traumata, Unfälle wie Stürze mit Bewusstlosigkeit und Schädel-Hirn-Verletzungen (Commotio cerebri [Hirnerschütterung], Contusio cerebri [Hirnprellung], Compressio cerebri [Hirnquetschung]), Misshandlungen
- Saug- und Schluckstörungen, Ernährungsstörungen, Krampfanfälle, Hirnentzündungen
- Ernährungsschäden, die eine energetische Mangelversorgung herbeiführten
- Erkrankungen des Gehirns und der Hirnhäute (bakterielle und abakterielle Meningitiden und Enzephalitiden)
- hormonelle Störungen

2. Psychosoziale Risiken

Hier sind vor allem zu nennen:

- Einwirkungen der Umwelt wie Fehlerziehung, Mangel an Geborgenheit, Feinfühligkeit und Bindungsangeboten
- ungünstiges familiäres Milieu (ungünstiges Erziehungsverhalten),
- soziale Deprivation,
- sozioökonomische Faktoren (berufliche und Wohnsituation),
- psychosoziale Faktoren (Trennung der Eltern, Krankheit, Tod),
- kulturelle Faktoren (unterschiedliche Erziehungshaltung der Eltern aufgrund von Kulturunterschieden)

Schutzfaktoren

Schutzfaktoren sind solche, die ein Kind unter Risikobedingungen vor negativen Entwicklungsverläufen bewahrt. Schutz- und Risikofaktoren verhalten sich in ihrer Wirkung konträr.

Vulnerabilität ist der Parameter, der angibt, wie stark die Entwicklung durch Risikofaktoren ungünstig beeinflusst werden kann.

Resilienz ist die Fähigkeit, sich von den Folgen negativer Erfahrungen und den Auswirkungen belastender Lebensumstände rasch zu erholen.

Garmezy (1985) klassifiziert Schutzfaktoren in drei weitgefassten Kategorien, die sich auf spezifische Persönlichkeitsmerkmale, auf Merkmale der Familie und außerfamiliäre Merkmale der sozialen Umgebung beziehen:

Disponierende Eigenschaften des Kindes,

wie

- positives Temperament,
- Autonomie,
- Soziabilität,
- positive Selbsteinschätzung,
- Geschlecht,
- intellektuelle Fähigkeiten,
- Humor,
- soziale Fertigkeiten und
- internale Kontrollüberzeugungen.

Merkmale des Familienmilieus,

wie

- familiärer Zusammenhalt, emotionale Wärme und Harmonie,
- gute Beziehung zu wenigstens einem Elternteil
- Schulkinder von psychisch gestörten Müttern sind geschützt, wenn ein positives Selbstkonzept, Schulerfolg, soziale Kompetenz und positive Wahrnehmung der Mutter vorliegt
- wenige Geschwister und ein größerer Altersabstand zwischen ihnen
- keine langen Trennungen von der Hauptbezugsperson (Werner, 1982).

Eigenschaften der außerfamiliären sozialen Umwelt,

wie

- positive Schulerfahrungen oder

- Verfügbarkeit externer Ressourcen und sozialer Unterstützung, die das Bewältigungsverhalten des Kindes stärken.

Es ist bekannt, dass es unterschiedliche Schutzfaktoren für Jungen und Mädchen gibt:

Alter	Mädchen	Jungen
Kleinkind (1.-2. Lj.)	Umgängliches Temperament	Höheres Bildungsniveau der Eltern, positive mütterliche Interaktionen, familiäre Stabilität
Mittlere Kindheit (2.-10.Lj.)	(nonverbale) Problemlösefertigkeiten, Rollenvorbild einer Mutter mit Schulabschluss und ständiger Berufstätigkeit	Emotionale Unterstützung durch die Familie, geringe Kinderanzahl in der Familie, Erwachsene außerhalb der Familie, mit denen das Kind gern verkehrt
Jugendalter	Hohe Selbstachtung, interne Kontrollüberzeugungen, realistische Bildungsziele	Vorhandensein eines Lehrers als Mentor oder Rollenvorbild, regelmäßige Aufgaben und Verantwortung im Familienalltag

Wir haben in diesem Kapitel versucht, inhaltliche Schwerpunkte der Anamneseerhebung darzulegen und auf der Grundlage des Entwicklungsgeschehens die Notwendigkeit ihrer genauen Analyse zu verdeutlichen.

Im folgenden Kapitel unterbreiten wir einen Vorschlag für ein umfassendes Anamneseschema für die kinder- und jugendtherapeutische Sprechstunde, welches über einen längeren Zeitraum entwickelt wurde und methodenkritisch gut abgesichert ist.

Wir sind besonders froh darüber, dass wir die Brauchbarkeit dieses Anamneseschemas für die Praxis mit Ergebnissen eigener Studien untermauern können, was wir bei ausgewählten, uns besonders wichtig erscheinenden Ergebnissen tun.

Bei der ersten Studie (Ettrich und Ettrich, 1988, 1990; Ettrich, 2000) handelt es sich um eine an mehr als 300 Kindern im Vorschul- und frühen Schulalter durchgeführten Längsschnittstudie, die in Jahresabständen den Entwicklungsstand und den Entwicklungsverlauf dieser Kinder auf den verschiedenen Entwicklungsebenen untersuchte. Aufgrund des unterschiedlichen Entwicklungsstandes der Kinder fanden wir eine Gruppe normal entwickelter Kinder (K-Gruppe), eine Gruppe leichtgradig entwicklungsauffälliger Kinder (L-Gruppe: Entwicklungsrückstand drei bis sechs Monate im Alter von drei Jahren) und eine Gruppe deutlich entwicklungsauffälliger Kinder (D-Gruppe: Entwicklungsrückstand mehr als sechs Monate im Alter von drei Jahren).

Die zweite Studie bezieht sich auf einen Forschungsbericht zu Ergebnissen methodenkritischer Analysen an 188 Kindern aus einer kinderpsychologischen Ambulanz (Ettrich und Jentzsch, 1990).

Unsere Ergebnisse stellen wir in Ergebniskästen dar.

5 Anamnese für die Sprechstunde in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (Ettrich, 1983/1991/2007)

Das nachfolgend vorzustellende Anamneseschema wurde mit dem Ziel erarbeitet, für die psychologische und psychotherapeutische Sprechstunde ein Arbeitsmittel bereitzustellen, das

- a) eine rationale Erfassung der Lebens-, Entwicklungs- und Krankengeschichte der kindlichen und jugendlichen Patienten ermöglicht
- b) die Bildung psychopathologischer, psychosomatischer und psychogenetischer Hypothesen zur Erklärung des Krankheitsbildes erleichtert und
- c) letztlich einen gesicherten Beitrag zur Diagnosefindung leistet.

Ein so gewählter Arbeitsstandpunkt orientiert

- 1. auf das Erfassen biologischer und sozialer Risiken als Indikatoren für die Herausbildung einer psychogen devianten Erlebnisverarbeitung und für die Entstehung sozial abweichender Verhaltensmuster beim Kind und Jugendlichen
- 2. auf die Erfassung pathologischer Umweltkonstellationen als auslösende, aufrechterhaltende und chronifizierende Bedingungen psychischer Störungen beim Kind und Jugendlichen und
- 3. auf die Erfassung pathologischer Reaktionen des Kindes bei normaler Umwelt als Indikatoren strukturaler Persönlichkeitsbesonderheiten des Kindes und Jugendlichen.

Unsere Bemühungen sind dabei auf die Verdeutlichung der zeitlichen Korrelation zwischen Symptomatik und verursachenden bzw. aufrechterhaltenden Bedingungen des psychopathologischen Erscheinungsbildes gerichtet.

Die Schwierigkeiten bei der Konstruktion des Anamneseschemas, das obigen Ansprüchen genügt, besteht darin, dass

- a) entwicklungsbiologische Theorien
- b) entwicklungspsychologische Theorien sowie
- c) spezielle Theorien der Krankheitsentwicklung integriert werden müssen, obwohl unser empirisches Wissen über die Bedeutung erzieherischer Einwirkun-

gen sowohl auf die normale als auch die pathologische Entwicklung immer noch unzureichend ist.

Bei der Auswahl der Fragen für das Anamneseschema haben wir uns auf solche konzentriert, die nach Erfahrung und speziellen Untersuchungsergebnissen für sich allein oder in Kombination mit anderen Fragen diagnostisch valide sind.

Der Umfang eines Anamnesebogens ist davon abhängig, welche Inhalte in welcher Ausführlichkeit für eine bestimmte Fragestellung als diagnostisch relevant erachtet werden. Die Symptomvielfalt einer kinderpsychologischen oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Sprechstunde erfordert einen umfangreichen Fragenkatalog, der sich bezogen auf den Einzelfall erheblich reduzieren kann, wenn, bei negativer Beantwortung von Leitfragen, mehrere sich anschließende Teilfragen übersprungen werden können.

Der vorliegende Fragenkatalog ist nicht als Fragealgorithmus gedacht, sondern soll als Anregung und Gedächtnisstütze für die vertiefende Exploration (biografische Anamnese) dienen, die sich über mehrere Sitzungen erstrecken kann. Zum Fragenkatalog wurde auch ein Erfassungsbogen entwickelt, der sowohl als Grundlage der Klassifikation der ermittelten Daten als auch der Kausalanalyse dient und für die Forschung einen EDV-gerechten Protokollbogen darstellt.

5.0 Personendaten

Die Erfassung der Personendaten erscheint jedem einfach, ist es aber nicht, da neben den Personalien des Kindes auch die der Mutter, des Vaters, der Geschwister festzuhalten sind. Gegebenenfalls sind auch die Personalien der Stiefeltern und Stiefgeschwister zu ermitteln.

Folgendes Schema ist hier zu empfehlen:

Patientennummer: _____ Spezielle Untersuchungsnummer: _____

Name des Patienten: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

PLZ	Ort	Straße/Nr.	Telefon
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Kindereinrichtung/Schule

PLZ	Ort	Straße/Nr.	Telefon
Name der Einrichtung: _____			
_____	_____	_____	_____
Name der Einrichtung: _____			

Mutter:
Name: _____ **Vorname:** _____ **geb. am** _____
Beruf: _____ **Tätigkeit:** _____
Arbeitsstelle: _____

Vater:
Name: _____ **Vorname:** _____ **geb. am** _____
Beruf: _____ **Tätigkeit:** _____
Arbeitsstelle: _____

Stiefmutter/Stiefvater
Name: _____ **Vorname:** _____ **geb. am** _____
Beruf: _____ **Tätigkeit:** _____
Arbeitsstelle: _____

Geschwister, **H**albgeschwister (ehelich **He**, außerehelich **Ha**) **S**tiefgeschwister, **A**-
doptivkind, **P**flegekind
Kindertagesstätte, **K**indergarten, **G**rundschule, **H**auptschule, **R**ealschule
(Mittelschule), **G**ymnasium
Leistungsprobleme, **V**erhaltensprobleme

Name	Vorname	geb. am	Alter	Verwandtschaft	Schule	Probleme
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

5.1 Anlass der Vorstellung des Kindes in der Sprechstunde

Nachdem wir mit den erhobenen Personalien einen gewissen Einblick in die Familienstruktur gewonnen haben, wenden wir uns der Frage zu, wer die Eltern bewogen hat, professionelle Hilfe für ihr Kind zu suchen. Über diese Antworten bekommen die Therapeutin/der Therapeut auch einen Einblick, welche Personen sich noch für die Entwicklung des Patienten interessieren, die man unter Umständen in die Behandlung einbeziehen kann oder muss.

1. Die Vorstellung in der Sprechstunde geht aus von

a) Arzt: _____ ☐

Überweisungsdiagnose: _____

b) Kindertagesstätte, Kindergarten, Schule, Heim, Jugendhilfe ☐

c) Eltern ☐

2. Gründe der Vorstellung

a) Verhaltensauffälligkeiten ☐

b) Leistungsauffälligkeiten ☐

c) Konzentrationsschwierigkeiten ☐

d) Psychosomatische Beschwerden ☐

e) Spezielle Fragestellung: _____

☐

3. Auffälligkeiten seit:

4. Vermutungen der Eltern über die Ursachen der Auffälligkeiten:

5. Bisherige Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeiten:

a) Medikamente (welche): _____

☐

wie lange? _____

☐

Erfolg? _____

☐

b) Beratung und Psychotherapie (durch wen?) _____

☐

wie lange? _____

☐

Erfolg: _____

☐

c) erzieherische Maßnahmen durch Eltern: _____

☐

☐

wie lange? _____

☐

Erfolg: _____

☐

5.2 Schwangerschaft und Geburt

Einigkeit besteht darüber, dass ungünstige prä- und perinatale Einflüsse während der Schwangerschaft und Geburt zur Schädigung des kindlichen Organismus, insbesondere des ZNS und der Sinnesorgane führen können, dass sowohl der Zeitpunkt der Schädigung als auch die Art der Noxe von Bedeutung sind und dass jedoch meist kein linearer Zusammenhang zwischen der Spezifik der Schädigung und dem Folgezustand zu bestehen braucht. Die Bedeutung einzelner Faktoren für die Herausbildung bzw. Begünstigung psychischer Auffälligkeiten ist auch heute noch weitgehend ungeklärt, so dass allgemein der Summe schädigender Faktoren für die weitere Entwicklung ein höheres Gewicht als einzelnen Faktoren beigemessen wird (Teichmann, 1980; Ettrich und Ettrich, 1988; Ettrich und Ettrich, 2006). Außerdem muss bei der Bewertung pränataler Einflüsse berücksichtigt werden, dass durch das soziale Milieu, in dem das Kind aufwächst, deren Wirkung im günstigen Fall ganz oder teilweise kompensiert, aber auch im ungünstigen Fall verstärkt werden kann.

Zur Illustration unseres Anamneseschemas geben wir ausgewählte Befunde der unter 4. erwähnten Leipziger Längsschnittstudie wieder. Diese Ergebnisse sind zum einen eine Veröffentlichung wesentlicher anamnestisch gewonnener Befunde, die die Bedeutung der Anamnese für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterstreichen und zum anderen eine Veröffentlichung originärer Daten, die die Befundlage der Klinischen Kinderpsychologie bereichern.

Es sei hier noch einmal daran erinnert, dass in die Anamnese auch Erkenntnisse, die nicht durch Befragung, sondern durch Arztberichte und Dokumentationen der Schwangerenberatung zugänglich werden, mit aufzunehmen sind.

5.2.1 Schwangerschaft

1. Waren Sie während der Schwangerschaft krank, befanden Sie sich in ärztlicher Behandlung oder Überwachung?

1 ja ☐

2 nein

(wenn mit 1 geantwortet, dann nachfolgend Erkrankungen, Störungen, Symptome abfragen. Codierung von ja mit 1, von nein mit 2, ist keine eindeutige Antwort zu erlangen, bleibt das Kästchen frei.

a) Blutungen bis zum 5. SM ☐	l) Gelbsucht (SM____) ☐
b) Blutungen nach dem 5.SM ☐	m) Toxoplasmose (SM____) ☐
c) drohender Abort ☐	n) Geschlechtskrankheiten (SM____) ☐
d) Erbrechen nach dem 3.SM ☐	o) Nierenerkrank. (SM____) ☐
e) erhöhter Blutdruck (>140/>90) ☐	p) Herz-Kreislauf-Erkrank.(SM____) ☐
f) geschwollene Beine (Ödeme) ☐	q) Diabetes mellitus (SM____) ☐
g) Eiweiß im Urin ☐	r) Anämie ☐
h) Gewichtszunahme (>500g/W) ☐	s) Hyperthyreose ☐
i) Grippe (SM____) ☐	t) Hypothyreose ☐
j) Röteln (SM____) ☐	u) Rh-, AB0-Unverträglichkeit ☐
k) Mumps (SM____) ☐	v) andere Erkr. _____ ☐

Summe der Auffälligkeiten a bis v

☐ ☐

2. Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, welche _____

3. Hatten Sie während der Schwangerschaft Tierkontakte?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, mit welcher Art _____

4. Kamen Sie während der Schwangerschaft mit giftigen Substanzen in Berührung?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, mit welchen _____

5. Haben Sie während der Schwangerschaft Wein, Sekt, Bier, Likör, Schnaps getrunken?

1 täglich, spezifizieren nach Art und Menge _____

☐

2 gelegentlich, spezifizieren _____

☐

3 nie

6. Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?

1 täglich 3 Zigaretten und mehr

☐

2 gelegentlich

3 nein

7. Wurden an Ihnen während der Schwangerschaft Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, welche _____

8. Hatten Sie während der Schwangerschaft Unfälle?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, welche _____

9. Waren Sie während der Schwangerschaft seelischen Belastungen ausgesetzt?

1 ja

☐

2 nein

9a durch Beruf

☐

9b durch Partnerkonflikt

☐

9c durch Familie

☐

10. Befanden Sie sich während der Schwangerschaft in nervenärztlicher oder psychologischer Behandlung?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, warum _____

Summe der Fragen

☐ ☐

Im **Ergebniskasten 1** referieren wir eigene Studienergebnisse (Ettrich und Ettrich, 1990, 1992).

Erkrankungen während der Schwangerschaft, die im bedeutsamen Zusammenhang mit der Entwicklungsbeurteilung stehen: Die Gewichtung der Faktoren ist das Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse ($R = 0,80$, $R^2 = 0,64$; $p = 0,0000$):

Drohender Abort	13,97%
Systolischer Blutdruck ≥ 140	10,91%
Erbrechen nach dem 3. Schwangerschaftsmonat	6,98%
Nierenerkrankungen	8,29%
Ödeme	5,24%
Hyperthyreose	3,93%
Blutungen in den ersten fünf Schwangerschaftsmonaten	3,93%
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	3,49%

Im Ergebniskasten 1 haben wir die pränatalen Erkrankungen und Symptome, die sich nach dem Ergebnis der linearen Regressionsanalyse ungünstig auf die kindliche Entwicklung auswirken, vereinfacht in der Rangfolge ihrer Bedeutung im Hinblick auf die Entwicklungsbeurteilung und in Prozent ihres Auftretens in der Gesamtstichprobe dargestellt.

In den nachfolgenden Tabellen („Rauchen“ sowie „psychiatrische und psychologische Behandlungen während der Schwangerschaft“) haben wir die Ergebnisse für die drei Vergleichsgruppen in Prozent dargestellt und die Unterschiede in den Häufigkeitsbesetzungen mittels des Chi-Quadrat-Tests verglichen.

Rauchen während der Schwangerschaft

$$\chi^2(2, N=229) = 21.74 \quad p=0.0000$$

	Gruppe D	Gruppe L	Gruppe K
geleg./nein	51.52%	57.14%	85.71%
ja(>3)	48.48%	42.86%	14.29%

Da wir davon ausgehen können, dass jede werdende Mutter weiß, dass Rauchen eine Gefährdung des Heranwachsenden darstellt, interpretieren wir den vorliegenden Befund als Hinweis auf die Einstellung zum Kind. Wir sehen, dass die Mütter der Kontrollgruppe am wenigsten, die Mütter der leichtgradig entwicklungsauffälligen Kinder deutlich mehr und die Mütter deutlich entwicklungsauffälliger Kinder zu einem noch höheren Prozentsatz drei und mehr Zigaretten täglich rauchten und sich in diesem Verhalten nicht mangelnde Aufklärung, sondern die Einstellung zum Kind und Kindorientierung widerspiegeln.

Der Unterschied zwischen den Teilgruppen ist statistisch mit $p = 0,0000$ höchst signifikant.

Psychiatrische bzw. psychologische Behandlung während der Schwangerschaft

$$\chi^2 (2, N=229) = 6.39 \quad p=0.0409$$

	Gruppe D	Gruppe L	Gruppe K
nein	90.91%	98.21%	98.81%
ja	9.09%	1.79%	1.19%

Auch hinsichtlich der professionellen Betreuung durch Psychiater und Psychologen unterschieden sich die werdenden Mütter der drei Teilgruppen bedeutsam ($p \leq 0,05$), wobei die werdenden Mütter der deutlich entwicklungsauffälligen Kinder (D-Gruppe) zu rd. 9% Fremdhilfe bei der Lebensbewältigung in Anspruch nehmen mussten.

5.2.2 Geburt

1. Erfolgte die Entbindung termingerecht?

1 ja

2 nein

wenn 2, wann

1a Gestationsalter unter 34 Wochen

1b Gestationsalter 34. bis 37. Woche

1c Gestationsalter über 41 Wochen (10 Tage über Termin)

2. Wie verlief die Geburt?

1 normal

2 kompliziert

wenn mit 2 geantwortet, welche Komplikationen traten auf:

a) Wehenschwäche ☐	i) Plazenta praevia ☐
b) Wehentropf ☐	j) mekoniumhaltiges Fruchtwasser ☐
c) protrahierte Geburt (über 12h) ☐	k) Herzfrequenzalteration ☐
d) Fruchtblasenruptur vor mehr als 24h ☐	l) Vakuumextraktion ☐
e) Mehrlingsschwangerschaft ☐	m) Forzepsentbindung ☐
g) Nabelschnurumschlingung ☐	o) Narkose/Analgesie ☐

h) vorzeitige Plazentalösung ☐	p) andere Komplik. _____ ☐
---	---

Summe der Komplikationen a bis p ☐ ☐

3. Wie war der Gesundheitszustand des Kindes unmittelbar nach der Geburt und in den ersten Lebenstagen?

1 normal ☐

2 beeinträchtigt

wenn 2, in welcher Weise

a) Apgar 1 Min. 3=8-10, 2=4-7, 1=0-3 ☐	g) Neugeborenenengelbsucht ☐
b) Apgar 5 Min (s.o.) ☐	h) Transfusionen ☐
c) keine Spontanatmung ☐	i) Meningo-Enzephalitis ☐
d) Atemstörung ☐	j) Fehlbildungen des ZNS ☐
e) Krämpfe ☐	k) andere Beeinträchtigungen ☐
f) Zyanose ☐	_____

Summe a bis k ☐ ☐

Ergebniskasten 2

Postnatale Einflüsse, die im bedeutsamen Zusammenhang mit der Entwicklungsbeurteilung stehen: die lineare Regressionsanalyse ergibt ein multiples R von 0,73 bei einem Determinationskoeffizienten von 0,53, was auf einen hoch signifikanten Einfluss der nachfolgenden Merkmale auf die Entwicklungsbeurteilung hinweist:

Atemstörungen	6,11%
Zyanose	8,30%
Neugeborenenengelbsucht	9,61%
5-Minuten-Apgar	7,42%
geringe Geburtsgröße	6,75%
geringes Geburtsgewicht	12,66%

Aus den Befunden von Ergebniskasten 2 geht eindeutig hervor, dass eine mangelhafte Sauerstoffversorgung (Atemstörungen, Zyanose, Neugeborenenengelbsucht und 5-Minuten-Apgar) unter der Geburt und danach mit einer unzureichenden Entwicklung des Kindes im Zusammenhang steht. Diese Merkmale trennen die drei Teilgruppen jeweils hoch signifikant. Aber auch Wachstumsmerkmale wie Größe und Gewicht sind hier von Bedeutung.

4. Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Gewichtsangabe notieren _____ und dann zuordnen

☐

- 1 unter 2000g
- 2 2001 bis 2500g
- 3 2501 bis 3000g
- 4 3001 bis 3500g
- 5 3501 bis 4000g
- 6 4001 bis 4500g
- 7 über 4500g

5. Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Größenangabe notieren _____ und dann zuordnen

☐

- 1 unter 41 cm
- 2 41 bis 45 cm
- 3 46 bis 50 cm
- 4 51 bis 55 cm
- 5 56 bis 60 cm
- 6 über 60 cm

6. Wie groß war der Kopfumfang des Kindes bei der Geburt?

Exakte Angabe notieren _____ und dann zuordnen

☐

- 1 unter 31 cm
- 2 31 bis 33 cm
- 3 34 bis 36 cm
- 4 37 bis 39 cm
- 5 über 39 cm

7. War das Kind von Ihnen erwünscht?

- 1 ja, absolut erwünscht
- 2 es kam, jetzt freuen wir uns darüber
- 3 nein, nicht zu diesem Zeitpunkt
- 4 ambivalente Einstellung
- 5 nein, absolut nicht (offene Ablehnung)

☐

8. Spontane Äußerungen, die auf eine negative Einstellung zum Kind schließen lassen (ja, nein)

☐

welche: _____

Ergebniskasten 3

Perinatale Einflüsse, die im bedeutsamen Zusammenhang mit der Entwicklungsbeurteilung stehen ($R = 0,88$ und $R^2 = 0,77$; $p = 0,0000$):

komplizierter Geburtsverlauf	59,83%
Abweichung vom Geburtstermin	44,10%
Wehentropf	34,93%
Wehenschwäche	19,21%
Lageanomalie	12,23%
Sectio caesarea	9,61%
Prothrahierte Geburt	7,42%
Fruchtblasenruptur ≥ 24 h vor Geburt	6,11%
Nabelschnurumschlingung	4,80%
Vakuumentextraktion	4,37%
Mekoniumhaltiges Fruchtwasser	3,49%
Narkotika/Analgetika	3,49%
Herzfrequenzalteration	2,62%
Forzepsentbindung	2,18%

In der vorstehenden tabellarischen Übersicht haben wir die Merkmale in ihrer Häufigkeitsbesetzung in der Gesamtstichprobe wiedergegeben. Bis auf das zweithäufigste Merkmal „Abweichung vom erwarteten Geburtstermin“ ist der Unterschied zwischen den Gruppen mit differentem Entwicklungsstatus hoch signifikant ($p \leq 0,001$), aber auch der Unterschied für „Abweichung vom Geburtstermin“ ist immerhin noch sehr signifikant ($p \leq 0,01$).

Aus der Übersicht geht hervor, dass perinatal sehr viele und unterschiedliche Faktoren mit einem ungünstigen Entwicklungsverlauf im Zusammenhang stehen. Im Abschnitt 5.1 und 5.2 wurden im Anamneseschema vor allem biologische Belastungsmerkmale aus dem prä-, peri- und postnatalen Lebensabschnitt erfasst, die mehr oder weniger direkt Hinweise auf frühkindliche Hirnfunktionsstörungen geben können. Ihr Auftreten ist in unausgelesenen (nicht vorselektierten) Stichproben relativ selten, so dass man aus diesen Befunden kaum statistisch belegbare Folgerungen ziehen kann, obwohl bei Auftreten dieser Faktoren immer auch mit Schädigungen zu rechnen ist, deren Bedeutung im Einzelfall sich erst durch ihre Kovariation mit anderen Symptomen und diagnostischen Ergebnissen erschließt.

5.3 Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

Die Aufnahme des Kindes in die Familie, insbesondere die Einstellung der Mutter zum Kind, hat wesentlichen Einfluss sowohl auf das Gedeihen des Kindes als auch auf dessen gesunde psychische Entwicklung. Die Ausformung von Persönlichkeitseigenschaften wird durch die ersten Umweltkontakte wesentlich mitbestimmt. Ferner dienen Aussagen über das Verhalten des Kindes in dieser Entwicklungsstufe als indirekte Indikatoren der Mutter-Kind- (Eltern-Kind-) Beziehung und der Intensität der Umweltauseinandersetzung des Kindes. Weiterhin soll der Einfluss der ersten Miterzieher erfasst werden. Insbesondere interessiert auch, ob das Kind sehr früh Trennungserlebnisse verarbeiten musste und ob durch Symptome einer Anpassungsstörung seine Entwicklung gefährdet war. Ferner verschaffen wir uns einen Überblick über die biopsychosoziale Vulnerabilität des Kindes, indem wir seine Erkrankungen im ersten Lebensjahr und danach ermitteln.

1. Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt?

- 1 überhaupt nicht
- 2 bis zu 3 Wochen
- 3 bis zu 6 Wochen
- 4 bis zu 9 Wochen
- 5 bis zu 12 Wochen
- 6 bis zu ½ Jahr
- 7 über ½ Jahr

☐

2. Wer hat das Kind im ersten Lebensjahr hauptsächlich betreut (unmittelbare Bezugspersonen [mehrere Angaben möglich])?

- 1 Mutter
- 2 Vater
- 3 Oma
- 4 Geschwister
- 5 eine andere Pflegeperson
- 6 Kinderkrippe
- 7 Kinderheim

☐☐☐☐☐☐☐

3. In welchem Alter wurde das Kind in die Krippe aufgenommen?

- 1 4. bis 6. Monat
- 2 7. bis 9. Monat

☐

- 3 10. bis 12. Monat
 4 13. bis 18. Monat
 5 19. bis 24. Monat
 6 nach dem 24. Monat
 7 besuchte keine Krippe

4. Zeigten sich Anpassungsstörungen (Adaptationsstörungen)?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, welche:

a) Schreien, Weinen ☐	f) Kontaktschwierigkeiten ☐
b) Schlafstörungen ☐	g) Aggressivität ☐
c) Nahrungsverweigerung ☐	h) Jaktationen (Kopf-/ Körperwerfen) ☐
d) Erbrechen ☐	i) häufige Infekte ☐
e) Gewichtsabnahme ☐	j) andere Auffälligkeiten ☐

Summe der Auffälligkeiten a bis j

☐ ☐

5. Aus welchen Gründen wurde das Kind in einer Kinderkrippe betreut (Motive für Krippenbetreuung)?

1 Mutter allein erziehend

☐

2 um Arbeit nachzugehen, weil für die eigene Persönlichkeitsentwicklung wichtig

3 finanzielle Gründe

4 Haushalt und Kind füllten nicht aus

5 Kontakte zu Arbeitskollegen persönlich wichtig

6 Koordination von beruflichen und familiären Belangen

7 weil kombinierte Erziehung des Kindes durch Krippe und Elternhaus als optimal angesehen wird

6. Wie waren Sie mit der Krippenerziehung zufrieden?

1 sehr zufrieden

☐

2 im Allgemeinen zufrieden

3 kaum zufrieden

4 nicht zufrieden

7. Welche Krankheiten hatte das Kind im ersten Lebensjahr?

Erkrankung	in welchem Monat	wenn stationär, wie viel Tage
a) Windpocken ☐		
b) Röteln ☐		
c) Masern ☐		

d) Mumps	☐		
e) Scharlach	☐		
f) Lungenentzündung	☐		
g) Ohrenentzündung	☐		
h) Infekte der oberen Luftwege	☐		
i) Ernährungsstörungen	☐		
j) Harnwegsinfekte	☐		
k) Meningo-Encephalitiden	☐		
l) Krämpfe	☐		
m) Gehirnerschütterung	☐		
n) Knochenbrüche	☐		
o) Operationen	☐		
p) andere Erkrankungen	☐		

Summe der Erkrankungen im ersten Lebensjahr a bis p

8. Welche Krankheiten hatte das Kind nach dem ersten Lebensjahr?

Erkrankung	in welchem Lebensjahr	wenn stationär, wie viel Tage
a) Windpocken	☐	
b) Röteln	☐	
c) Masern	☐	
d) Mumps	☐	
e) Scharlach	☐	
f) Lungenentzündung	☐	
g) Ohrenentzündung	☐	
h) Infekte der oberen Luftwege	☐	

i) Erkr. d. Verdauungstraktes	☐		
j) Harnwegsinfekte	☐		
k) Meningo-Encephalitiden	☐		
l) Krämpfe	☐		
m) Gehirnerschütterung	☐		
n) Knochenbrüche	☐		
o) Operationen	☐		
p) andere Erkrankungen	☐		

Summe der Erkrankungen nach dem ersten Lebensjahr a bis p ☐ ☐

Neben biologischen Belastungsfaktoren erschließen wir im Abschnitt 5.3 auch frühe psychosoziale Einflüsse, die im ungünstigen Fall zu frühen Anpassungsstörungen (Schrei-, Fütter- und Schlafstörungen) führen können. Auf deren Grundlage können sich ungünstige Auswirkungen auf das kindliche Temperament, auf die Entwicklung von Angststörungen (z.B. Trennungsangst) und depressive Verhaltensweisen ergeben.

5.4 Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren in ausgewählten Bereichen

Da die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder im ersten Lebensjahr und im Kleinkindalter sehr begrenzt sind, sind Therapeuten und Kinderpsychologen auf die differenzierte Erfassung von Indikatoren der motorischen Entwicklung angewiesen.

Deshalb wollen wir zur Erinnerung diese Leistungen hier hervorheben. Kopfheben aus Rückenlage ist im Alter von vier oder fünf Monaten möglich. Freies Sitzen, eine von Eltern sehr beachtete Leistung, ist ab sieben/acht Monate gegeben, Kriechen und Krabbeln, also die Kreuzbewegung von Händen und Füßen, im Alter von neun bis zehn Monaten. Zum freien Stehen sind die Kinder im Allgemeinen ab elf bis zwölf Monate in der Lage und selbstständiges freies Gehen ist etwa ab fünfzehn Monaten möglich.

Unter den frühen sprachlichen Leistungen sei auf das Sprechen des ersten Wortes (eine Lautfolge mit Bezeichnungsfunktion, zwölf Monate) sowie auf die einfache

Satzbildung (zweites Lebensjahr) eingegangen. Die Altersangaben entsprechen etwa dem 90-sten Perzentil, so dass Kinder, die diesen Leistungen noch nicht gerecht werden, als Spätentwickler zu bezeichnen sind.

Auf Verhaltensweisen der Selbstständigkeits- und Sauberkeitsentwicklung sei ebenfalls verwiesen. Unter den sozialen Fähigkeiten wird auf das Kontaktverhalten zu anderen eingegangen, um schließlich Aspekte des leistungsorientierten Spiels zu erfassen.

5.4.1 Motorik

Die Motorik ist ein elementarer Bereich, der nicht auf derselben Ebene mit kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten steht, sondern in gewissem Maße erst die Voraussetzung für diese bildet (Ettrich und Ettrich, 1989). Gerade die Zeit zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr stellt für die Entwicklung des Kindes einen außerordentlich wichtigen Lebensabschnitt dar, in welchem die im Körper ablaufenden Wachstums- und Reifungsprozesse eine rasche Veränderung des motorischen Verhaltens ermöglichen (Ettrich, 2000).

1. In welchem Alter konnte Ihr Kind, auf dem Rücken liegend, den Kopf für kurze Zeit heben?

1 unter 4 Monaten

☐

2 4 bis 5 Monate

3 6 bis 7 Monate

4 später als 7 Monate

2. Wann konnte es frei sitzen?

1 unter 7 Monaten

☐

2 7 bis 8 Monate

3 9 bis 10 Monate

4 später als 10 Monate

3. In welchem Alter begann es zu krabbeln?

1 unter 7 Monaten

☐

2 7 bis 8 Monate

3 9 bis 10 Monate

4 später als 10 Monate

5 gar nicht

4. In welchem Alter konnte es allein stehen, ohne dass es gehalten wurde?

1 bis 11 Monate

☐

2 11 bis 12 Monate

3 13 bis 14 Monate

4 später als 14 Monate

5. In welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen?

1 bis zum 12. Monat

☐

2 13. bis 15. Monat

3 16. bis 18. Monat

4. später als 18. Monat

6. Erinnern Sie sich an Besonderheiten in der motorischen Entwicklung?

1 keine Auffälligkeiten

☐

2 auffallend träge

3 steif

4 unbeholfen

5 Sturzneigung

6 Gangstörungen

7) Ist Ihr Kind Linkshänder?

1 ja

☐

2 nein

3 Beidhänder

4 versuch(t)en Sie Ihr Kind auf die rechte Hand umzustellen?

Im **Ergebniskasten 4** berichten wir über zwei Merkmale der motorischen Entwicklung

Kopfheben aus Rückenlage

$$\chi^2 (6, N=229) = 26.72 \quad p=0.0002$$

	Gruppe D	Gruppe L	Gruppe K
< 4 Mo	12.12%	21.43%	36.90%
≤ 5 Mo	36.36%	48.21%	40.48%
≤ 7 Mo	30.30%	27.68%	19.05%
> 7 Mo	21.21%	2.68%	3.57%

Wir sehen, dass beim “Kopfheben aus Rückenlage” die drei Teilgruppen durch den Chi-Quadrat-Test eindeutig getrennt werden. Bei den sehr frühen Leistungen (unter 4 Monaten) dominieren die Kontrollkinder, bei den sehr späten Leistungen (mehr als 7 Monate) die Kinder der Gruppe mit deutlichen Entwicklungsauffälligkeiten. Trotz dieses klaren Befundes zeigt das Ergebnis aber auch, dass ein einzelnes Merkmal nicht

überbewertet werden darf und wir für das einzelne Kind die Gesamtheit der Ergebnisse im Auge behalten müssen.

Der Marker „freies Laufen“ ist ein Ereignis, das von den meisten Eltern sehr stark beachtet wird. Aus diesem Grund können sich die Eltern auch sehr gut daran erinnern. Der Gruppenvergleich ergibt ein höchst signifikantes Ergebnis. Mehr als ein Drittel der Kontrollkinder läuft vor Vollendung des 12. Monats schon frei, während in der Gruppe der deutlich entwicklungsauffälligen Kinder nur 3% dazu fähig sind. Nach dem 18. Lebensmonat kehren sich die Verhältnisse um, ein knappes Drittel der deutlich entwicklungsauffälligen Kinder hat mit dem freien Laufen noch Probleme, während es bei den Kontrollkindern nur ca. 2% sind.

Freies Laufen

$$\chi^2 (6, N=229) = 37.22 \quad p=0.0000$$

	Gruppe D	Gruppe L	Gruppe K
≤ 12 Mo	3.03%	25.00%	38.10%
≤ 15 Mo	24.24%	38.39%	40.48%
≤ 18 Mo	42.42%	27.68%	19.05%
später	30.30%	8.93%	2.38%

Die Motorik ist der Lebensbereich des Kindes, mit dessen Beeinflussung durch systematisches, spielerisches Beüben wir seine Gesamtentwicklung im ersten Lebensjahr fördern und damit Entwicklungsrückstände beeinflussen können. Durch den spielerischen Kontakt in den Übungen ergeben sich neben kognitiven Veränderungen auch positive Entwicklungsimpulse auf Emotionen und Sozialverhalten.

5.4.2 Entwicklung des Sprechens und der Sprache

Bei der Beurteilung des Entwicklungsverlaufs und des Entwicklungsstatus von Kleinkindern kommt der Bewertung sprachlicher Fähigkeiten eine besondere Bedeutung zu, weil zum einen das Niveau der sprachlichen Entwicklung im Sinne von „Sprachverstehen und Sprechen können“ selbst ein wesentlicher Entwicklungsindikator ist und zum anderen diese Fähigkeiten entscheidende Voraussetzungen für den Erwerb von Wissen und Können durch Bildung und Erziehung sind und im sozialen Bereich das Niveau von Kommunikation und Interaktion nachdrücklich mitbestimmen (Ettrich und Ettrich, 1988a, 1988b; Ettrich, 2000).

1. In welchem Alter sprach Ihr Kind sein erstes sinnvolles Wort (Wort bzw. Lautfolge, mit dem es etwas bezeichnete)?

1 bis 12 Monate

☐

- 2 13 bis 18 Monate
3 später als 18 Monate

2. Wann sprach Ihr Kind seinen ersten einfachen Satz (Zwei- bis Dreiwortsätze)?

- 1 2. Lebensjahr
2 3. Lebensjahr
3 4. Lebensjahr und älter

☐

3. Hatte Ihr Kind Sprachschwierigkeiten?

- a) Lautbildung (Stammeln) _____ bis ☐ Lebensjahr
b) Satzbildung (Gravierende Fehler in der intuitiven Grammatik) bis ☐ Lebensjahr

4. Beobachteten oder beobachten Sie Stottern?

- 1 ja
2 nein
wenn 1, seit wann
in welchen Situationen: _____

☐

Die Daten im **Ergebniskasten 5** zeigen, dass auch das „**Sprechen des ersten sinnvollen Wortes**“ ein sehr prägnanter Entwicklungsindikator ist.

$$\chi^2 (4, N=229) = 47.29 \quad p=0.0000$$

	Gruppe	Gruppe	Gruppe
	D	L	K
≤ 12 Mo	27.27%	47.32%	66.67%
≤ 18 Mo	30.30%	44.64%	30.95%
später	42.42%	8.04%	2.38%

Die Kinder, deren Gesamtentwicklung im Alter von drei Jahren mehr als sechs Monate hinter dem allgemeinen Entwicklungsstatus liegen, weisen zu über 40% eine Entwicklungsbehinderung beim Sprechen des ersten sinnvollen Wortes auf. Der Chi-Quadrat-Test trennt die Teilgruppen höchst signifikant.

Weitere Merkmale des Sprechens und der Sprache, die im bedeutsamen Zusammenhang mit der Entwicklungsbeurteilung stehen (s.o.):

- Schwierigkeiten bei der Lautbildung
- Sprechen des ersten einfachen Satzes
- Schwierigkeiten in der Satzbildung
- Stottern

Aber auch andere Merkmale des Sprechens und der Sprache stehen nach Ergebnissen der linearen Regressionsanalyse mit der Allgemeinentwicklung in einem deutlichen Zusammenhang. Hier sind zu nennen: Schwierigkeiten bei der Lautbildung, der Satzbildung und bei der Flüssigkeit des Sprechens.

Die sprachliche Entwicklung korreliert sehr deutlich mit der kognitiven Leistungsfähigkeit. Aus diesem Grunde ist die psychotherapeutische und logopädische Einflussnahme bei vorliegenden Behinderungen sehr bedeutsam und sollte so früh wie möglich begonnen werden, damit spezifische Probleme des Kindes korrigiert werden können. So ergibt sich durch Korrektur der Aussprache (z. B. beim Stammeln) nicht nur eine Verbesserung der Sprechmotorik, sondern auch des Ausdrucks und der Sinnerfassung der menschlichen Sprache. Aber auch eine Störung der Aussprache (Stottern) ist nicht nur ein Kommunikationshemmnis, sondern auch ein Hinweis auf eine emotionale und soziale Störung, die professionelle Hilfe erfordert.

5.4.3 Sauberkeitserziehung und Selbstständigkeitsentwicklung

Die Beherrschung der Ausscheidungsfunktionen wird durch Eltern und Kinderärzte stark beachtet, ohne dass der Bewertung dieser Entwicklungsmerkmale hinreichendes empirisches Datenmaterial unterlegt wird. Der eigene Erfahrungshintergrund im Umgang mit Kindern spielt hierbei eine große Rolle (Ettrich und Ettrich, 1992). Auch ist der weit verbreiteten Meinung, je früher Sauberkeit erreicht wird, umso besser, nicht unbedingt zuzustimmen, weil die Variabilität der kindlichen Entwicklung außerhalb der Betrachtung bleibt.

1. Seit wann kotet das Kind nicht mehr ein?

- 1 vor Vollendung des ersten Lebensjahres
- 2 vor Vollendung des zweiten Lebensjahres
- 3 vor Vollendung des dritten Lebensjahres
- 4 vor Vollendung des vierten Lebensjahres
- 5 vor Vollendung des fünften Lebensjahres
- 6 später
- 7 kommt jetzt noch vor
- wenn 7:

☐

wie oft in der Woche

☐

2. Seit wann nässt das Kind am Tage nicht mehr ein?

- 1 vor Vollendung des ersten Lebensjahres
- 2 vor Vollendung des zweiten Lebensjahres
- 3 vor Vollendung des dritten Lebensjahres
- 4 vor Vollendung des vierten Lebensjahres
- 5 vor Vollendung des fünften Lebensjahres
- 6 später
- 7 kommt jetzt noch vor
- wenn 7:

☐

wie oft in der Woche

☐

3. Seit wann nässt das Kind nachts nicht mehr ein?

- 1 vor Vollendung des ersten Lebensjahres
- 2 vor Vollendung des zweiten Lebensjahres
- 3 vor Vollendung des dritten Lebensjahres
- 4 vor Vollendung des vierten Lebensjahres
- 5 vor Vollendung des fünften Lebensjahres
- 6 später
- 7 kommt jetzt noch vor
- wenn 7:

☐

wie oft in der Woche

☐

4. Ist das Kind hinsichtlich Körperpflege und Bekleidung selbstständig?

- 1 nein, ich muss es waschen und anziehen
- 2 nein, muss ständig angeleitet und ermahnt werden
- 3 ja, altersentsprechend
- 4 ja, weiter als Kinder in diesem Alter

☐

5. Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen?

- 1 es hat gute Spiel- und Beschäftigungsideen
- 2 leider nicht sehr lange
- 3 es braucht immer einen Partner, der zum Spielen oder zu Beschäftigungen anregt

☐

6. Wie erledigt es ihm übertragene Aufgaben?

- 1 selbstständig und zuverlässig
- 2 muss ermahnt und kontrolliert werden
- 3 widerwillig, nachlässig
- 4 verweigert sich

☐

Ergebniskasten 6

Einnässen nachts

$$\chi^2 (10, N=229) = 24.10 \quad p=0.0074$$

	Gruppe D	Gruppe L	Gruppe K
< 1. Lj	0.00%	3.57%	0.00%
< 2. Lj	30.30%	29.46%	44.05%
< 3. Lj	24.24%	35.71%	44.05%
< 4. Lj	18.18%	9.82%	7.14%
< 5. Lj	9.09%	7.14%	1.19%
jetzt noch	18.18%	14.29%	3.57%

„Einnässen nachts“ nach dem 5. Lebensjahr ist eine Verhaltensweise, die zu ihrer Beseitigung unbedingt psychotherapeutische Hilfe verlangt, weil durch dieses Verhalten die soziale Entwicklung der Kinder in hohem Maße gefährdet ist. Die drei Teilgruppen unserer Längsschnittstudie unterscheiden sich bei diesem Merkmal sehr signifikant. Der Anteil der Kinder, die als Enuretiker zu bezeichnen sind, beträgt in der Kontrollgruppe 3,5 %, in der Gruppe der leichtgradig entwicklungsauffälligen Kinder 14,3 % und in der Gruppe der deutlich entwicklungsauffälligen 18,2 %.

Die Beantwortung dieser Fragen führt je nach Alter des Kindes den Diagnostiker zu den psychosomatischen Störungen von Enuresis und Enkopresis, die unter Vernachlässigung des Altersaspekts auf Beeinträchtigungen in der Entwicklung von Selbstständigkeit und Selbstsicherheit verweisen.

5.4.4 Kontaktverhalten/ Soziale Kompetenz

Unter den sozialen Fähigkeiten kommt der Selbstständigkeit der Kinder eine hohe lebenspraktische Bedeutung zu, da sie Ausdruck für die Autonomie der Kinder ist, für ihre Bereitschaft, Verantwortung für sich und ihr Tun innerhalb der Gemeinschaft zu übernehmen (Ettrich, Anwer und Ettrich, 1999). Die Selbstständigkeit äußert sich überwiegend im Kontaktverhalten des Kindes, sowohl gegenüber Gleichaltrigen als auch Erwachsenen.

Soziale Kompetenz äußert sich nach La Freniere und Dumas (1992) in folgenden Punkten:

- Sucht nach Lösungen, wenn es sich mit Gleichaltrigen streitet oder mit Erwachsenen auseinandersetzt

- Beruhigt andere Kinder, wenn diese aufgeregt sind oder weinen und hilft ihnen in schwierigen Situationen
- Versucht, sich in die Lage anderer zu versetzen
- Kann sich in eine Gruppe Gleichaltriger gut einfügen
- Ist kooperativ
- Freut sich bei Erfolg
- Akzeptiert Kompromisse
- Nimmt auf jüngere und schwächere Kinder Rücksicht
- Geht mit eigenen und den Sachen anderer sorgsam um
- Hilft bei alltäglichen Aufgaben

Für **ängstlich-zurückgezogenes Verhalten** steht nach La Freniere und Dumas:

- zieht sich vom Spiel mit anderen Kindern zurück, bleibt außen stehend und von der Gruppe isoliert,
- schaut den anderen Kindern beim Spielen zu, ohne sich zu beteiligen
- ist oft traurig, deprimiert und unglücklich
- ist beim Spielen gehemmt, zurückhaltend und ungeschickt
- spricht während des Spielens nur selten mit den Spielkameraden
- ist schüchtern, furchtsam, hat Angst vor neuen Situationen, insbesondere wenn diese plötzlich auftreten
- wird von anderen Kindern nicht bemerkt, fällt nicht auf
- ist oftmals besorgt und beunruhigt
- erscheint oft müde, erschöpft und abgespannt
- lächelt oder lacht kaum, hat oft einen neutralen Gesichtsausdruck

1. Wie tritt Ihr Kind zu Erwachsenen in Kontakt?

- 1 ohne Schwierigkeiten
- 2 anfangs meist schüchtern
- 3 eher kess, keine gesunde Distanz
- 4 zurückhaltend
- 5 Kontaktverweigerung

☐

2. Wie nimmt Ihr Kind Kontakt zu Gleichaltrigen auf?

- 1 ohne Schwierigkeiten
- 2 anfangs meist schüchtern
- 3 eher kess, keine gesunde Distanz
- 4 zurückhaltend
- 5 Kontaktverweigerung

☐

3. Welche Spielpartner bevorzugt Ihr Kind?

- 1 ältere ☐
- 2 gleichaltrige
- 3 jüngere
- 4 gegengeschlechtliche ☐

4. Verhalten in der Gemeinschaft

- 1 will bestimmen ☐
- 2 Initiator gemeinsamer Spiele
- 3 fügt sich unauffällig ein
- 4 sondert sich ab
- 5 störender Außenseiter

Die Art der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen, jüngeren oder älteren Kindern sowie zu Erwachsenen und die damit verfolgten Ziele der Kontaktaufnahme können ein Hinweis auf Mutismus, Ängste, reaktive Bindungsbeeinträchtigungen, emotionale Störungen sowie Störungen des Sozialverhaltens sein.

5.4.5 Leistungsorientiertes Spiel

Kindliches Spiel ist gleichzeitig Ausdruck kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten. In ihm spielen Parameter wie Phantasie, Durchhaltevermögen, Dominanzstreben und Leistungsmotivation eine entscheidende Rolle. Wir unterscheiden verschiedene Funktionsniveaus des kindlichen Spiels, welche seinen Entwicklungsstand widerspiegeln (Ettrich und Ettrich, 2006).

1. Wie ist die Phantasie Ihres Kindes entwickelt?

- 1 viele und gute Spielideen, ☐
deshalb von anderen Kindern bevorzugt
- 2 kaum eigene Ideen, macht aber mit
- 3 keine eigenen Ideen, lehnt Vorschläge anderer ab

2. Wie viel Ausdauer zeigt Ihr Kind beim Spielen mit anderen?

- 1 beim Spielen große Ausdauer ☐
- 2 Ausdauer gering
- 3 es muss immer etwas Neues passieren

3. Beobachten Sie Bewegungsbesonderheiten bei Ihrem Kind?

- 1 Bewegungen flüssig und geschmeidig ☐
- 2 un gelenk, hölzern, eckig

3 zerstört unabsichtlich Dinge, die es selbst gebaut hat

4. Welche Spiele werden gegenwärtig von Ihnen bei Ihrem Kind beobachtet?

- a) Funktionsspiele ☐
- b) Konstruktionsspiele ☐
- c) Illusionsspiele ☐
- d) Rollenspiele ☐
- e) Regelspiele ☐

Die Art der bevorzugten Spiele gibt, wie wir aus den Beobachtungen und Befunden der Entwicklungspsychologie wissen, einen groben Hinweis auf das Entwicklungsalter der Kinder, allerdings müssen wir das Spielverhalten über längere Zeiträume beobachten bzw. uns von den Bezugspersonen berichten lassen. Aus Untersuchungen zur intraindividuellen Variabilität von Spielformen (Ettrich, 1991) wissen wir, dass im Allgemeinen zwei bis vier Spielformen nacheinander gezeigt werden und dass sogar ältere Kindergartenkinder, für die Rollen- und Regelspiele typisch sind, auch auf Erkundungs- und Funktionsspiele zurückgreifen können. Die Fragen nach der Ausdauer beim Spiel und den Bewegungsbesonderheiten können auf frühe Symptome einer ADHS oder einer Konzentrationsstörung oder aber sogar auf eine Hirnfunktionsstörung hinweisen.

Ergebniskasten 7

Für das „Verhalten in der Gemeinschaft“ haben wir für die drei Teilgruppen höchst signifikante Unterschiede mit χ^2 (6, N=229)= 27.83 bei $p=0.0001$ festgestellt, die vor allem auf die Kategorien „Initiator gemeinsamer Spiele“ und „stört in der Gemeinschaft“ mit spezifischen Verhaltenstendenzen zwischen den Teilgruppen zurückzuführen sind.

Verhalten in der Gemeinschaft

	Gruppe	Gruppe	Gruppe
	D	L	K
Initiator gemeinsamer Spiele	6.06%	13.39%	39.29%
fügt sich unauffällig ein	63.64%	50.89%	35.71%
teilweise Schwierigkeiten	27.27%	34.82%	25.00%
stört in der Gemeinschaft	3.03%	0.89%	0.00%

5.4.6 Entwicklung des Leistungsverhaltens

Wie sich das Kind Leistungsanforderungen stellt, wird spätestens mit dem Kindergarten- und Schulkindalter zu einer zentralen Lebensaufgabe und damit zu einer Quelle von Entwicklungsproblemen (Ettrich und Ettrich, 1997). Aus diesem Grunde haben wir zum Leistungsverhalten eine ganze Reihe von spezifischen Fragen gestellt. Aus diesem Spektrum lässt sich zunächst erkennen, ob Gruppenfähigkeit und Leistungsmotivation hinreichend entwickelt sind oder sich Hinweise auf z. B. eine ADHS oder andere Störungen bereits im Vorschulalter ergeben (Ettrich, 2005, 2006, 2008; Ettrich und Murphy-Witt, 2003, 2009).

Auch Fragen, die auf spezielle Teilleistungsstörungen hinweisen können, sind im Anamneseschema enthalten (Lese- Rechtschreibstörung, Rechenschwäche). Auch Hinweise auf eine neurotische Lernstörung werden erschlossen. Bei jüngeren Kindern sind die hier in der Vergangenheit formulierten Fragen natürlich jeweils in der Gegenwartsform zu präsentieren.

1. *Ging das Kind gern in den Kindergarten?*

1 ja

☐

2 nein

3 keinen Kindergarten besucht
wenn 2

a) überfordert durch Tageseinteilung	☐
b) überfordert durch Leistungsanforderungen	☐
c) mangelnde Mitarbeit bei den Beschäftigungen	☐
d) mangelnde Sauberkeit und Genauigkeit in den Arbeiten	☐
e) feinmotorische Schwierigkeiten (Malen, Basteln)	☐
f) bei Sportspielen ungeschickt	☐

Summe der Auffälligkeiten a bis f

☐

2. *Wurde vom Kindergarten über das soziale Verhalten geklagt?*

1 nein

2 ja

wenn 2

a) weil es zwischen dem Kind und anderen Kindern oft Streit gab	☐
b) weil Kind und Erzieherin sich oft nicht verstanden	☐
c) weil das Kind sehr ängstlich war	☐
d) weil sich das Kind oft isolierte	☐
e) weil es immer im Mittelpunkt stehen wollte	☐
f) andere soziale Probleme _____	☐

Summe der Auffälligkeiten a bis f

☐

3. Wurde das Kind altersgerecht eingeschult?

1 ja, es bestanden keine Bedenken

☐

2 ja, obwohl wir Bedenken hatten

3 ja, aber Schularzt bzw. Kindergarten hatten Bedenken

4 nein, wenn 4 Rückstellungsgründe _____

4. Wie gestaltete sich die schulische Entwicklung des Kindes?

1 von Anfang an ein sehr guter bzw. guter Schüler

☐

2 von Anfang an ein durchschnittlicher Schüler

3 von Anfang an Probleme

4 Klassenwiederholungen _____

☐

5 Förderschulüberprüfungen _____

☐

5. Beobachteten Sie bei Ihrem Kind einen Abfall der schulischen Leistungen?

1 ja, ab Klasse _____

☐

2 nein

6. Treten Jahresschwankungen im Leistungsbereich bei Ihrem Kind auf?

1 im ersten Halbjahr immer besonders schwache Leistung,
im zweiten Halbjahr besser

☐

2 umgekehrt

3 keine Leistungsschwankungen

7. Bezieht die Schule Ihr Kind in besondere Maßnahmen ein?

1 ja, Fördermaßnahmen in _____

☐

2 ja, Zirkelarbeit

3 nein

8. Nennen Sie die letzten Zeugnisnoten Ihres Kindes!

Halbjahr: _____ Jahresabschluss: _____

Betragen ☐	Geographie ☐
Fleiß ☐	Chemie ☐
Ordnung ☐	Physik ☐
Mitarbeit ☐	Biologie ☐
Deutsch ☐	Englisch ☐
Rechtschreiben ☐	Französisch ☐
Grammatik ☐	Religion/Ethik ☐
Literatur ☐	Kunst ☐
Lesen ☐	Werken ☐
Sachunterricht ☐	Sport ☐
Mathematik ☐	Musik ☐
Astronomie ☐	andere Fächer: _____ ☐

9. Hat Ihr Kind besondere Schwierigkeiten in einigen Fächern?

- 1 Rechtschreiben (Fehler im Diktat durchschnittlich bei _____) ☐
- 2 Lesen (sehr stockend, ratend) ☐
- 3 Mathematik (Zahlenrelationen, Textaufgaben, Sachaufgaben) ☐
- 4 andere spontan genannte Probleme _____ ☐

10. Erzählt Ihnen Ihr Kind von schulischen Ereignissen oder verschweigt es diese eher?

- 1 erzählt alles ☐
- 2 berichtet nur über Erfolge
- 3 berichtet nur über Misserfolge
- 4 berichtet über Schwierigkeiten mit Mitschülern und Lehrern
- 5 erzählt von sich aus nichts über die Schule

11. Meinen Sie, dass Ihr Kind an sich selbst bezüglich der Schulleistungen hohe Anforderungen stellt?

- 1 ja, in allen Fächern ☐
- 2 ja, in allen Fächern mit Ausnahme von _____
- 3 ja, aber nur in Lieblingsfächern _____
- 4 nein, könnte allgemein mehr leisten
- 5 nein, wäre auch nicht zu guten Leistungen fähig

12. Wo macht das Kind seine Hausaufgaben?

- 1 im Hort ☐
- 2 im Wohnzimmer
- 3 in der Küche
- 4 im eigenen Zimmer

13. Wer hilft dem Kind bei den Hausaufgaben?

- 1 braucht keine Hilfe ☐
- 2 Mutter
- 3 Vater
- 4 Geschwister
- 5 Hortnerin
- 6 andere Person _____

14. Wie oft wird dem Kind geholfen?

- 1 keine Hilfe nötig ☐
- 2 gelegentlich
- 3 jeden Tag oder fast jeden Tag

15. Wie lange braucht das Kind im Allgemeinen für die Anfertigung seiner Hausaufgaben?

- 1 bis zu einer halben Stunde ☐
- 2 bis zu einer Stunde
- 3 bis zu 1 ½ Stunden
- 4 bis zu 2 Stunden
- 5 mehr als 2 Stunden
- 6 macht keine Hausaufgaben

16. Üben Sie in einem oder mehreren Fächern zusätzlich mit Ihrem Kind?

- 1 nein ☐
- 2 ja _____ ☐
- 3 durch Eltern ☐
- 4 durch Mitschüler, Lehrer

17. Verhält sich Ihr Kind anders als sonst, wenn eine Klassenarbeit (Leistungskontrolle, Prüfung) bevorsteht?

- 1 in seinem Verhalten unauffällig
- 2 schon Tage vorher aufgereggt
- 3 klagt über Beschwerden, um von der Schule befreit zu werden
- 4 am Morgen vor der Arbeit keinen Appetit
- 5 kann in der Nacht vorher nicht richtig schlafen
- 6 Erbrechen oder Übelkeit oder Bauchschmerzen am Morgen
- 7 klagt über Kopfschmerzen

☐

18. Wie verhält sich das Kind nach der Klassenarbeit?

- 1 in seinem Verhalten unauffällig
- 2 ist sehr erleichtert
- 3 ist nach der Arbeit niedergeschlagen, unsicher
- 4 klagt über Kopfschmerzen oder ist sehr erschöpft
- 5 hat Angst vor der Zensur

☐

19. Wie reagieren Sie auf eine gute Zensur (Schulnote)?

- 1 zeige dem Kind, das ich mich darüber freue
- 2 belohne es mit _____
- 3 das ist selbstverständlich, so dass ich die Zensur nur zur Kenntnis nehme
- 4 habe keine Zeit, um mich um die Zensuren zu kümmern

☐

20. Wie reagieren Sie auf eine mittelmäßige Zensur (Schulnote)?

- 1 weil das Lernen dem Kind schwer fällt, freue ich mich darüber (mit ihm freuen)
- 2 weil das Lernen schwer fällt, belohne ich es mit _____
- 3 solche Zensuren sind nicht akzeptabel, zeige das auch (Negieren, Ausschimpfen, Ermahnen)
- 4 es braucht nicht jeder ein „Einstein“ zu werden, mittlere Zensuren reichen aus
- 5 habe keine Zeit, um mich um die Zensuren zu kümmern

☐

21. Wie reagieren Sie auf eine schlechte Zensur (Schulnote)?

- 1 habe mich daran gewöhnt
- 2 zeige dem Kind meine Missachtung
- 3 schimpfe mit ihm
- 4 bestrafe es mit _____
- 5 fordere zum Lernen (zum Üben) auf
- 6 übe mit dem Kind

☐

22. Welche Einstellung hat das Kind zu seinem Klassenlehrer?

- 1 hält ihn für streng ☐
- 2 hält ihn für nachsichtig ☐
- 3 hält ihn für gerecht ☐
- 4 hält ihn für ungerecht ☐
- 5 erzählt häufig von seinem Klassenlehrer ☐
- 6 erzählt selten oder nie von seinem Klassenlehrer ☐
- 7 mag seinen Klassenlehrer ☐
- 8 lehnt seinen Klassenlehrer ab ☐

23. Hatten oder haben Sie Probleme mit Ihrem Kind wegen Schulschwänzens?

- 1 nein ☐
- 2 kam (kommt) gelegentlich vor
- 3 kam (kommt) öfters vor
- 4 war (ist) ein ernstes Problem, geht nur unter Aufsicht in die Schule

24. Welche Auffälligkeiten beobachten Sie bei Ihrem Kind während der Schulzeit?

a) Reizbarkeit ☐	n) unkonzentriertes Verhalten ☐
b) Streiten ☐	o) sexuelle Spielereien ☐
c) Schlagen ☐	p) Nägelkauen ☐
d) Bettnässen ☐	q) Stottern ☐
e) Einkoten ☐	r) Trotz, Ungehorsam ☐
f) Daumenlutschen ☐	s) Unselbstständigkeit ☐
g) Geschwisterrivalitäten ☐	t) Albernheit ☐
h) Essstörungen ☐	u) Erbrechen ☐
i) Faulheit ☐	v) Bauchschmerzen ☐
j) Frechheit ☐	w) Kopfschmerzen ☐
k) Lügen ☐	x) Krämpfe ☐
l) Stehlen ☐	y) Schlafstörungen ☐
m) nervöse Zuckungen ☐	z) And. Auffälligkeiten: _____ ☐

Summe der Symptome a bis z

25. Wenn Sie Schul- und Ferienzeiten vergleichen, beobachten Sie dann in der Schulzeit häufiger als in der Ferienzeit folgende Auffälligkeiten?

a) Reizbarkeit ☐	n) unkonzentriertes Verhalten ☐
b) Streiten ☐	o) sexuelle Spielereien ☐
c) Schlagen ☐	p) Nägelkauen ☐
d) Bettnässen ☐	q) Stottern ☐
e) Einkoten ☐	r) Trotz, Ungehorsam ☐
f) Daumenlutschen ☐	s) Unselbstständigkeit ☐
g) Geschwisterrivalitäten ☐	t) Albernheit ☐
h) Essstörungen ☐	u) Erbrechen ☐
i) Faulheit ☐	v) Bauchschmerzen ☐
j) Frechheit ☐	w) Kopfschmerzen ☐
k) Lügen ☐	x) Krämpfe ☐
l) Stehlen ☐	y) Schlafstörungen ☐
m) nervöse Zuckungen ☐	z) And. Auffälligkeiten: _____ ☐

Summe der Symptome im Vergleich a bis z

26. Fühlt sich Ihr Kind in seiner Klasse wohl?

1 ja ☐

2 nein

wenn 2, dann

1 wird von einigen Mitschülern abgelehnt ☐

2 wird von den meisten Mitschülern abgelehnt

3 Einzelgänger

4 Prügelknabe

5 zu starke Rivalitäten zu einigen Mitschülern

27. Wie schätzen Sie Ihr Kind hinsichtlich seiner Intelligenz (geistigen Leistungsfähigkeit) ein?

1 überdurchschnittlich ☐

2 durchschnittlich

3 unterdurchschnittlich

Wir haben uns sehr detailliert dem Leistungsverhalten der Kinder und Jugendlichen zugewandt, wohl wissend, dass es sich hier um eine Ursache und Quelle von Fehlentwicklungen handelt. Ein Kind, das sich gern Lernaufgaben zuwendet, hat mit Sicherheit auch ein positives Selbstbild und ist motiviert, entsprechende Anforderungen zu bewältigen. Die sehr differenzierten Fragen geben uns Aufschluss darüber, wo dieses Selbstbild seine Quellen hat. Ein solches Kind ist sich sicher, hinreichende häusliche Unterstützung zu finden oder es schöpft diese Zuversicht aus dem Erleben eigener Erfolge.

Bei Kindern mit Problemen im Leistungsbereich müssen wir sehr sorgfältig die Antworten auswerten. Es können Probleme in der neuronalen Verarbeitung des Lernstoffes vorliegen, so bei Legasthenie, Rechenschwäche oder Intelligenzmängeln. Aber auch Probleme, die sich aus der Schüler-Lehrer-Beziehung und der Eingliederung in den Klassenverband ergeben, sind zu überlegen (Fragen 22, 23, 26). Daneben sind auch emotionale Probleme zu beachten, diese können aus den Erwartungen des Kindes bezüglich des reaktiven Verhaltens der Eltern oder aus den Erwartungen des Kindes an die eigene Leistungsfähigkeit resultieren, womit sich wiederum Hinweise auf Angststörungen und depressive Verhaltensmuster ergeben. Das gehäufte oder gar ständige Erleben von Misserfolg und Versagen kann zu Ticstörungen, psychosomatischen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und Fehlentwicklungen der Persönlichkeit mit Tendenzen zu paranoiden, dissozialen, emotional instabilen, anankastischen, histrionischen und impulsiven Persönlichkeitsstörungen führen.

Mit anderen Worten: emotionale, soziale und kognitive Leistungshemmungen können sich je nach Schweregrad und sozialem Umfeld in allen psychischen Störungen niederschlagen.

5.5 Anamnestisch relevante Bereiche für die Herausbildung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Im folgenden Abschnitt wollen wir auswählend auf einige wichtige Bereiche eingehen, die erfahrungsgemäß für die Herausbildung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter von besonderer Bedeutung sind.

5.5.1 Bindung als grundlegende Voraussetzung gelingender oder misslingender kindlicher Entwicklung

Die Bindungstheorie stellt innerhalb der entwicklungspsychologischen Kleinkinderforschung einen interessanten Ansatz mit weitreichenden Implikationen für die Beschreibung der Entwicklung des Kindes und deren Abweichungen bis hin ins Erwachsenenalter dar. Begründer der Bindungstheorie und –forschung sind John Bowlby (1969, 1995) und Mary Ainsworth (1978). Von ihnen wird die Bindungsentwicklung als eine Entwicklung in 4 Phasen beschrieben, die sich von den ersten Lebenswochen bis etwa zum Alter von 3 Jahren erstrecken.

Heute ist bekannt, dass frühzeitigen positiven Bindungserfahrungen als Resilienzfaktoren eine entscheidende Bedeutung zukommt. Dies gilt insbesondere dann, wenn bereits vor dem Einwirken schädigender Einflüsse eine sichere Bindung an eine nahe Bezugsperson aufgebaut wurde, welche häufig ein Leben lang für die Beziehungsgestaltung eines Menschen mitbestimmend ist.

Die Bindungsentwicklung vollzieht sich in mehreren Phasen:

1. Vorphase oder Phase der unterschiedslosen sozialen Reaktionsbereitschaft:

Der Säugling richtet seine Signale an jeden und reagiert auch auf jeden. In diesen Interaktionen in den ersten 3 Monaten lernt er allmählich die Interaktionspartner zu unterscheiden.

2. Phase der beginnenden Bindung oder der unterschiedlichen Interaktionsbereitschaft:

Der Säugling hat Unterschiede zwischen Personen kennengelernt, bekannte Personen werden bevorzugt und unbekannte Interaktionspartner werden in der Zeit von etwa 3 bis 6 Monaten noch akzeptiert.

3. Phase der eigentlichen Bindung:

Der Säugling ist so weit entwickelt, dass er sich durch eigene Aktivitäten (z. B. Krabbeln) in die Nähe der bevorzugten Bezugsperson bringen kann. Auch die sprachliche Entwicklung unterstützt diese Aktivitäten. Er vermisst die Bezugsperson bei Abwesenheit und er kann sein Verhalten flexibel einsetzen, um sein Ziel zu erreichen, Mutter oder Vater in der Nähe zu haben. Fremdeln und Trennungsangst zeigen, dass eine Bindung entstanden ist. Die Phase der eigentlichen Bindung erstreckt sich über einen Zeitraum von etwa 6 Monaten bis 3 Jahren.

4. Phase der Dezentrierung oder zielkorrigierten Partnerschaft:

Das Kind kann den Standpunkt der Mutter oder des Vaters einnehmen. Es versucht, die Ziele der Bezugsperson so zu beeinflussen, dass sie seinen eigenen Bedürfnissen nach Nähe entsprechen. Zum Beispiel durch „Überreden, Spielaufforderungen u.a.“ etwa ab 3 Jahren (Grossmann, 1995; Grossmann, Becker-Stoll und Grossmann, 1997).

Feinfühligkeit und Bindungsqualität

Als Feinfühligkeit einer Bezugsperson werden die Wahrnehmung und die richtige Interpretation der kindlichen Signale sowie die angemessene Reaktion hierauf verstanden. Dadurch können die kindlichen Bedürfnisse prompt befriedigt werden. Die Qualität der Bindung ist abhängig von der Feinfühligkeit der Bezugsperson (Ainsworth et al., 1978). Die Bindungstheorie besagt, dass eine Bindung umso sicherer ist, je feinfühlicher die Bezugsperson ist, je präziser also das Passungsgefüge zwischen Kind und Bezugsperson sich gestaltet. Dies bedeutet nicht, dass immer und in jedem Fall den Wünschen des Kindes sofort entsprochen wird, aber dass ein unbedingtes Verständnis der Mutter (der nächsten Bezugsperson) für die Signale ihres Kindes vorhanden ist.

Hierarchie der Bezugspersonen

Das Kind bildet während der ersten Lebensmonate eine Hierarchie von verschiedenen Bezugspersonen aus. Die primäre Bezugsperson ist im Allgemeinen die Mutter. Für den Fall, dass diese bei drohender Gefahr nicht erreichbar ist, kann das Kind auf sekundäre Bezugspersonen als emotionalen Rückhalt zurückgreifen (Bowlby, 1973). Je größer jedoch Schmerz oder Angst sind, umso mehr wird das Kind auf die Anwesenheit der primären Bezugsperson bestehen und sich nicht von der sekundären Bezugsperson trösten lassen (Spangler et al., 1999). In der Bindungsforschung wurde gezeigt, dass nicht die Quantität, sondern die Qualität der Zuwendung für den Aufbau einer spezifischen Bindungsqualität entscheidend ist (Spangler et al., 1999).

Annahmen zum inneren Arbeitsmodell

Das innere Arbeitsmodell einer konkreten Eltern-Kind-Beziehung wird sich aus Handlungen des Kindes, deren Konsequenzen und den Eltern-Kind-Interaktionen heraus entwickeln.

Das Bindungsmodell über eine bestimmte Person reflektiert also nicht ein objektives Bild dieser Person, sondern die Repräsentation der Geschichte der Responsivität der Bindungsperson bezüglich der Handlungen und Absichten des Kindes zusammen mit und bezogen auf diese Bindungsperson. Ist die Bindungsfigur in eigenen bindungsrelevanten unverarbeiteten Problemen gefangen, so bleibt das Bindungsverhalten des Kindes länger desorganisiert (Fremmer-Bombik und Grossmann, 1994).

Main fasst die Definition innerer Arbeitsmodelle von Bindungen in folgenden Aspekten zusammen (Main et al., 1985):

1. Innere Arbeitsmodelle sind geistige Repräsentationen, die sowohl affektive als auch kognitive Komponenten enthalten (Bretherton, 1985). Sie sind integrative Komponenten von Verhaltenssystemen und spielen eine aktive Rolle bei der Beeinflussung von Verhalten (Bowlby, 1969) und sie werden wahrscheinlich aus generalisierten Erlebnisrepräsentationen geformt (Bretherton, 1985).
2. Ereignisse, aufgrund derer sich innere Arbeitsmodelle über die eigene Person in Bindungsbeziehungen ausbilden, sind bindungsrelevante Ereignisse. Sie entstehen aufgrund der Konsequenzen auf die relativ umweltstabile Tendenz, Nähe zur Bezugsperson zu erhalten (Bowlby, 1969). Kinder, deren Versuche die Nähe der Bindungsperson zu erreichen beständig Erfolg haben, entwickeln andere Arbeitsmodelle als Kinder, deren Versuche zurückgewiesen oder unvorhersehbar akzeptiert werden.
3. Einmal ausgeformt existieren Arbeitsmodelle außerhalb des Bewusstseins und neigen zu Stabilität (Bowlby, 1969). In der Kindheit können Bindungsmodelle wahrscheinlich nur durch andere konkrete Erfahrungen verändert werden.

Das Bindungssystem

Nach Bowlby (1969) stellt das Bindungssystem ein genetisch verankertes motivationales System dar. Dieses wird nach der Geburt des Säuglings zwischen ihm und seiner primären Bezugsperson (meist die Mutter) aktiviert und weist eine überlebenssichernde Funktion auf. Die Aktivierung erfolgt in Abhängigkeit von der Verfügbarkeit der Bezugsperson. So versucht das Kind durch sein Bindungsverhalten, Nähe zu seiner Bezugsperson herzustellen, um dadurch ein Gefühl von Sicherheit zu erlangen. In Angstsituationen (z.B. Getrenntsein von der Bezugsperson oder als bedrohlich empfundene Anwesenheit fremder Personen und körperliche Schmerzen) erfolgt die Suche nach Nähe durch Schreien, Rufen, suchenden Blick oder Körperkontakt. Das Kind ist damit von Anfang an ein aktiver Interaktionspartner.

Das Explorationssystem

In der Bindungstheorie gibt es neben dem Bindungssystem das ebenfalls angeborene Explorationssystem beim Kind, das ebenso motivational bedingt ist (Bowlby, 1975). Auch wenn Bindungs- und Explorationsbedürfnis durch entgegengesetzte Motivationen entstehen, sind diese jedoch wechselseitig voneinander abhängig. Durch das Explorationssystem wendet sich das Kind in erkundender Weise seiner Umwelt zu. Bowlby vertritt die Auffassung, dass das Kind seine Umwelt ausreichend erkunden und auch eine Entfernung von der Bezugsperson ertragen kann, wenn es sich in Beziehung zu seiner Bezugsperson sicher und emotional stabil empfindet. Demzufolge ist eine sichere Bindung die Voraussetzung dafür, dass ein Säugling oder Kleinkind seine Umwelt erforscht. Mit zunehmender motorischer Entwicklung ist es Aufgabe der Bezugsperson, dem kindlichen Explorationsbedürfnis Raum zu geben und gleichzeitig Grenzen zu setzen.

Wechselwirkung zwischen Bindungs- und Explorationssystem

Je erfolgreicher das Bindungssystem des Kindes sich entwickeln kann, je sicherer sich das Kind also seiner Bezugsperson ist, desto ausgeprägter kann das Explorationssystem wirksam werden. Das heißt, sicher gebundene Kinder können sich eher und besser und länger von der Mutter entfernen als unsicher gebundene Kinder. Bei zu großer Angst erzeugender Entfernung von der Bezugsperson oder bei beunruhigenden Erfahrungen und Entdeckungen wird das Explorationsverhalten zunehmend blockiert und das Bindungssystem aktiviert. Es kommt zu Verhaltensweisen wie Nachlaufen, Rufen, Schreien, Anklammern usw. Nach erfolgter Tröstung und Rückversicherung des Kindes durch die jeweilige Bezugsperson kommt das Bindungssystem zur Ruhe, es wird die Blockade des Explorationssystems aufgehoben. Das Kind kann sich erneut zufrieden und entspannt seiner Umwelt zuwenden (Spangler et al., 1999).

Hauptsächliche Bindungsmuster

Die Bindungsforschung geht heute von 4 wesentlichen Bindungstypen aus, die anteilig in einer Person zu finden sein können, wobei in aller Regel ein Bindungsmuster überwiegt:

1. Sichere Bindung
2. Unsicher-vermeidende Bindung

3. Unsicher-ambivalente Bindung
4. Desorganisierte Bindung

Sichere Bindung

Bei der sicheren Bindung, dem günstigsten Bindungstyp, ist das Kind sich seiner wesentlichen Bezugsperson (en) ganz sicher, es weiß, dass es alle (auch die negativen) Emotionen dieser Person offenbaren kann und dass diese Person auf jeden Fall versuchen wird, es zu trösten, sein Leid zu beenden (Grossmann, 1995).

Das sicher gebundene ältere Kind versucht die Bindung mit der Bezugsperson dauerhaft zu erhalten, insbesondere bei emotionaler Belastung:

- es vergewissert sich bei der Bezugsperson, ob seine Bedrohungsbewertung angemessen ist
- es spricht über sein Verhalten bei Bedrohung (z.B. wenn es allein ist),
- es vergewissert sich, ob die eigenen Empfindungen der Bedrohung angemessen sind
- es erkundigt sich nach Verhaltensmöglichkeiten, die seine Sicherheit erhöhen.

Unsicher – vermeidende Bindung

Bei der unsicher - vermeidenden Bindung vermeidet das Kind, wie der Name sagt, aus Unsicherheit die offene Darlegung negativer Gefühle. Es verhält sich angepasst, kann Schwierigkeiten offenbar gut „wegstecken“, ist im Allgemeinen „pflegeleicht“, Frust und Trauer macht es mit sich selbst ab, die Bezugsperson(en) werden davon verschont, da das Kind Angst hat, deren Zuwendung zu verlieren, wenn es sich unangepasst verhält.

Das ältere Kind sucht bei Gefahr zwar die Nähe der Bezugsperson auf, ohne jedoch über seine Empfindungen und Befürchtungen zu sprechen: Schutz suchende Bindung

- es reduziert die Vielfalt der Interaktionen zur Bezugsperson, antwortet nicht auf Fragen
- es provoziert bei der Bezugsperson Unverständnis und Ärger
- es passt sich scheinbar an, es erledigt Aufgaben extrem schnell, um in der Nähe der Bezugsperson zu sein.

Unsicher – ambivalente Bindung

Bei der unsicher - ambivalenten Bindung hingegen sind die Reaktionen des Kindes auf Frust oder Leid wenig vorhersehbar, aber heftig.

Das Kind zwingt bei emotionaler Belastung die Bezugsperson dazu, sein Verhaltensziel (z.B. nach „Nähe“) zu erfüllen: Deshalb wird dieser Bindungstyp auch als erpresserisch eskalierende Bindung bezeichnet:

- es bedroht oder besticht die Bezugsperson, ohne jedoch zu einer zufriedenstellenden Verhandlung fähig zu sein
- es kann nicht über seine Ängste kommunizieren, es verhält sich wie ein „Baby“
- es steigert seinen Ärger bis zur Eskalation.

Desorganisierte Bindung

Der so genannte desorganisierte Bindungstyp zeigt kein durchgängiges und vorher-sagbares Bindungsverhalten, sondern beinhaltet Anteile aller Bindungsmuster (auch in einer konkreten Situation).

Diese Kinder zeigen entweder keine klare Bindungsstrategie oder unerwartetes Verhalten, wie Stereotypien, und sie lassen zuweilen Bewegungen unvollendet („Freezing“).

Bei Längsschnittstudien an Kindern mit einer D - Bindung stimmt fürsorglich kontrollierendes Verhalten der Kinder mit 6 Jahren hochgradig mit desorganisiertem Verhalten mit einem Jahr und verängstigten Bezugspersonen überein (Main, 1995). Sie haben gelernt, ihre Bezugspersonen zu kontrollieren, wobei eine feindselig demütigende oder eine übertrieben fürsorgliche Atmosphäre vorherrscht.

Veränderungen des Bindungsverhaltens im Entwicklungsverlauf

Bindung im Kleinkindalter	Bindung im Vorschulalter und Grundschulalter	Bindung im Jugendalter
sichere Bindung, unsicher-vermeidende Bindung, unsicher-ambivalente Bindung, desorganisierte Bindung	sicher-zuversichtliche Bindung, unsicher-vermeidende Bindung, unsicher-ambivalente Bindung, unsicher-kontrollierende Bindung, nicht klassifizierbar	sicher-autonomes Bindungsverhalten unsicher-distanziertes Bindungsverhalten unsicher-verwickeltes Bindungsverhalten unverarbeiteter Bindungsstatus

Bindungsstörungen

Es liegen erhebliche Schwierigkeiten im Bindungs- und Explorationsverhalten bei mehreren Bezugspersonen vor. Diese Schwierigkeiten existieren über mindestens 6 Monate (Brisch, 2001, 2003, 2008).

Formen:

1. Allgemeine Bindungsunsicherheit, die noch mit einer normalen emotionalen Entwicklung verbunden sein kann.
2. Klinisch sichtbare Störung in der Bindung zur Bezugsperson, welche die Entwicklung eines Kindes negativ beeinflusst. Diese Störung kann sich in den aktuellen Beziehungen, aber auch in den späteren Beziehungen zeigen und ist im inneren Arbeitsmodell des Kindes verankert.
 - Kinder ohne Bindungen
 - Kinder mit akuten Störungen in ihrem Bindungsverhalten
 - Kinder, die dem Verlust einer wichtigen Bezugsperson nachtrauern
3. Echte Bindungsstörungen (attachment disorders), die sehr wahrscheinlich eine pathologische Entwicklung zur Folge haben und in die offizielle Nomenklatur des DSM-IV aufgenommen wurden.

Zu diesen Typen gestörten Bindungsverhaltens gehören:

3.1 Keine Anzeichen von Bindungsverhalten

Die Kinder zeigen kein Bindungsverhalten, reagieren unberührt in emotionalen Situationen zu Bezugspersonen, entwickeln keine verlässliche Bindung, legen häufig ein oberflächlich zweckbetontes Verhalten an den Tag und haben häufig deviante Karrieren.

3.2 Undifferenziertes Bindungsverhalten

Diese Kinder zeigen ein durchaus freundliches, dadurch aber inadäquates, distanzloses Bindungsverhalten ohne Qualitätsunterschied zu Bezugspersonen (bezogen auf die eigentliche Nähe). Brisch (1999) schreibt von einer sozialen „Promiskuität“ mit hoher Selbstgefährdung, Kritiklosigkeit, hohem Risikoverhalten, meist verbunden mit fehlendem oder vermindertem Schmerzempfinden. Auch hier finden sich durchaus kriminelle Karrieren, vordergründig sind Diebstähle (z.B. „Autoklau“), gefährliches Fahren.

3.3 Übersteigertes Bindungsverhalten

Diese Kinder fallen auf durch exzessives Klammern, überängstliches Verhalten, Misserfolgsorientiertheit, Aggression als Reaktion auf übersteigerte Angst und das chronische Gefühl „verlassen zu werden“. Es handelt sich um so genannte „Angstbeißer“, die in Angst machenden Situationen dieser Qualität unberechenbar aggressiv reagieren. Das Umfeld erkennt die Qualität der Angstausslösung aber nicht, eben wegen sozialer Defekte und Milieustörungszuschreibung.

3.4 Gehemmtes Bindungsverhalten

Die Kinder wirken sehr angepasst, eigentlich unauffällig, sind häufig Gewaltopfer, Suche nach Schutz und Geborgenheit dominiert. Diese Kinder sind meist bei Pflegefamilien untergebracht oder in pädagogisch orientierten Einrichtungen der Jugendhilfe.

3.5 Aggressives Bindungsverhalten

Hier erfolgt die Beziehungsgestaltung vordergründig über Aggressionen unterschiedlichen Kolorits: verbal/körperlich, passiv/aktiv, offen/verdeckt. Die Aggression ist als Adaptionleistung zu verstehen, um Bindungswünsche zu realisieren (gelernte Aggression). Da die Umgebung hierauf meist in ablehnender Weise reagiert, der Bindungssuchende sich zwar einerseits beachtet (wenn auch negativ), zum anderen aber auch bestraft erlebt, er jedoch keine Handlungsalternativen hat, verstärkt dieser Kreislauf der Ablehnung die Aggressionsentwicklung. Bei Erreichen der Adoleszenz (körperliche Überlegenheit) wird dieses Problemfeld erst richtig auffällig, da Bekräftigungsmechanismen (Erfolgsstrategien) wirken.

3.6 Bindungsverhalten mit psychosomatischen Symptomen

Die Kinder beantworten Bindungsunsicherheiten und Bindungsabbrüche mit psychosomatischen Symptomen.

Qualität der Bindungsorganisation als Schutz- bzw. Risikofaktor

Das Phänomen der Resilienz:

Es gibt immer wieder Kinder, die sich trotz verschiedenster biologischer, sozialer, emotionaler und kombinierter Risiken und Komplikationen normal entwickeln (Oerter

und Montada, 2002). Bei diesen Kindern wurden bestimmte Schutzfaktoren festgestellt, die sich in 3 Kategorien einteilen lassen:

1. Ressourcen der Person (z.B. Intelligenz, Selbstwert, Selbstwirksamkeit)
2. Familiäre Unterstützung (z.B. elterliche Wärme, Zusammenhalt)
3. Soziale Unterstützung (z.B. Freundeskreis, Zugehörigkeit zu einer Gemeinde)

Die Qualität der Bindungsorganisation einer Person kann also im Zusammenhang mit dem Konzept der Resilienz als Schutz- oder Risikofaktor gesehen werden.

Sichere Bindung ist Ausgangspunkt eines Entwicklungspfadens zur Kompetenz.

Sichere Bindungsorganisation als Risikopuffer:

- Förderung einer psychischen Stabilität und Belastbarkeit (Resilienz)
- im umgekehrten Fall würde eine unsichere Bindungsorganisation im Sinne einer Vulnerabilität, also einer erhöhten Störbarkeit für Risikofaktoren wirksam werden.

Sichere Bindungsorganisation als Einflussfaktor auf Therapie und Intervention:

Eine sichere Bindungsorganisation kann z.B. auch in therapeutischen Prozessen als positiver Prognosefaktor für den Therapieerfolg angesehen werden. Da im Therapieprozess versucht wird, über das Beziehungssystem Veränderungen herbeizuführen, sind die Fähigkeiten, Vertrauen in Beziehungen aufbauen und Hilfsangebote nutzen zu können, mit einer sicheren Bindungsorganisation verbunden und können als Schutzfaktoren zum rascheren Erfolg der Therapie führen.

Diagnostik des Bindungsverhaltens

Die klassische Beobachtungssituation des Bindungsverhaltens bei Kleinkindern geht auf M. Ainsworth zurück. Hierbei wird das Kind mehreren 3-minütigen Trennungssituationen von der Bezugsperson ausgesetzt und das Verhalten des Kindes in der Wiedervereinigungssituation ausgewertet (Fremde Situation Test, FST).

Diagnostik des Bindungsverhaltens bei 6-jährigen

Bei 6-jährigen reicht eine 3-minütige Trennung (wie im klassischen FST) nicht mehr aus, um das Bindungssystem zu aktivieren. Nach Karin Grossmann (1995) ist in dieser Altersstufe hierfür eine 1-stündige Trennung des Kindes von der Bindungsperson notwendig. Die Trennung selbst beunruhigt die Kinder nicht mehr, das Augenmerk ist auf das Bemühen der Kinder zu richten, nach der Trennung eine gute Gemeinsamkeit mit der Bezugsperson wieder herzustellen. Der gesamte Ablauf wird videogra-

fiert, diagnostisch bedeutsam ist jedoch auch hier die (5-minütige) Wiedervereinigungsphase zwischen Mutter und Kind.

Das Verhalten des Kindes in dieser Phase wird 4 Bindungsmustern zugeordnet:

- unsicher-vermeidend (a)
- sicher-zuversichtlich (b)
- unsicher-ambivalent (c)
- unsicher-kontrollierend / nicht klassifizierbar (d)

Main und Cassidy (1988) führten mit dieser Technik Reliabilitätsuntersuchungen durch. Hierzu wurden erfahrene Rater herangezogen, die aber keine Vorinformationen über das Verhalten der Kinder im FST hatten. Es ergab sich für a, b und c-Klassifikationen eine hohe Reliabilität, für d wurde eine Trennung durchgeführt in kontrollierend-feindselig (d1) und kontrollierend-übertrieben unbekümmert, fürsorglich (d2) (Rollenumkehr). Das d-Verhalten wurde vor allem in extremen Stresssituationen gezeigt. Diese Kinder haben keine inneren Arbeitsmodelle entwickelt, die ihnen Halt und Sicherheit geben.

Interviewverfahren zur Bindungsforschung

Adult Attachment Interview (AAI) von George, Goldwyn, Kaplan und Main (1985); deutsch von Gloger-Tippelt und Hofmann (1997)

Es handelt sich um ein halbstrukturiertes einstündiges klinisches Interview, das die Beziehung zu Mutter und Vater in der Kindheit durch 5 Adjektive frei beschreiben und anhand von Erinnerungen an konkreten Beispielen belegen lässt. Es erlaubt 4 Hauptklassifikationen:

- sicher/autonom
- unsicher-distanziert
- unsicher-verwickelt
- unverarbeitet/traumatisiert

Das AAI ist zeitaufwändig in der Durchführung und setzt ein zeitintensives Training des Interviewers voraus.

Strukturelle Parallelität von Bindungstypen des Kindes im FST und Bindungsrepräsentation der Bezugsperson im AAI

Bindungsverhalten Kleinkind	Bindungsrepräsentation Bezugsperson
Sicher	Autonom-sicher
Unsicher-vermeidend	Unsicher-distanziert

Unsicher-ambivalent	Unsicher-präokkupiert
Desorganisiert	unverarbeitet

„Ein gut fundiertes Selbstvertrauen ... ist gewöhnlich ein Produkt eines allmählichen und ungehinderten Wachstums von der Kindheit zur Reife, in dessen Verlauf ein Mensch im Umgang mit anderen Menschen, denen er vertraut und die ihm helfen, lernt, Vertrauen in andere und Vertrauen zu sich selbst zu entwickeln“ (Bowlby, 1982).

Das Erwachsenen-Bindungs-Prototypen-Rating (EBPR) von Strauß, B. und Lobo-Drost, A. (1999) enthält folgende Kategorien:

Sichere Bindung	Prototyp 1: sichere Züge
unsicher-ambivalente Bindung	Prototyp 2: übersteigert abhängig Prototyp 3: instabile Beziehungsgestaltung Prototyp 4: zwanghaft fürsorglich
unsicher-vermeidende Bindung	Prototyp 5: zwanghaft selbstgenügsam Prototyp 6: übersteigert autonom Prototyp 7: emotional ungebunden
unverarbeitet traumatisierte Bindung	unverarbeitete Erfahrungen von Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Tod einer Bindungsperson

Da Bindungsinterviews sehr aufwändig sind, hat man sich bemüht, in der Bindungsdiagnostik auch Fragebögen einzusetzen. Ein solches Verfahren ist z. B. die Adult-Attachment-Scale (AAS) von Collins und Read (1990). Hier werden die vorherrschenden Bindungsmuster aus den Subskalen Nähe, Vertrauen und Angst erschlossen.

Kommen wir zurück auf unser Anamneseschema:

In der Anamneseerhebung lassen sich die Bindungstypen durch folgende Fragen erschließen:

1. Wenn ich mein Kind im Kleinkindalter (etwa als Zweijähriges) mal allein (also unter fremder Aufsicht) lassen musste,

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | war es unruhig und hat es viel geschrien, | ☐ |
| 2 | es beruhigte sich bei meiner Rückkehr sehr schnell, | ☐ |
| 3 | meine Rückkehr war ihm eher gleichgültig | ☐ |
| 4 | der Babysitter berichtete Angstreaktionen | ☐ |
| 5 | es wollte mit mir schmusen | ☐ |
| 6 | Spielsachen waren ihm wichtiger als ich | ☐ |
| 7 | spielte es mit der Aufsichtsperson ungestört weiter | ☐ |
| 8 | ließ sich vom Babysitter, der Oma usw. nicht beruhigen | ☐ |
| 9 | zeigte mir deutlich, dass es mit meiner Abwesenheit unzufrieden war. | ☐ |

Werden die Antworten **1, 2, 5** angekreuzt, so handelt es sich eher um ein **sicher gebundenes** Kind.

Finden wir das Antwortmuster **3, 6, 7**, liegt eher eine **unsicher-vermeidende Bindung** vor.

Im Falle von **4, 8, 9** ist eher von einer **unsicher-ambivalenten Bindung** auszugehen.

Ist **kein klares Bindungsmuster** zu identifizieren und wird zusätzlich von **unerwarteten Verhaltensweisen** (wie unvollständigen Bewegungen, vom „Einfrieren“ von Bewegungen für einige Sekunden) berichtet, handelt es sich eher um eine **unsicher-desorganisierte Bindung**.

2. Nach einer längeren Veranstaltung oder einer Klassenfahrt, an der ich nicht teilnehmen konnte, beobachtete ich bei meinem Kind, dass es mich

1 herzlich begrüßte ☐

2 sehr gern wiedersah und gern über das Erlebte berichtete ☐

3 eher gleichgültig begrüßte und mir nur ungern berichtete ☐

4 mich wie ein Kleinkind umtanzte ☐

5 mich liebevoll an sich drückte ☐

6 seinen körperlichen oder emotionalen Abstand zu mir

bewahrte oder vergrößerte ☐

7 lieber links liegen ließ und lieber mit anderen

als mit mir sprach ☐

8 eher ablehnte oder beleidigt tat ☐

9 sich vor lauter Freude an mich drückte und deshalb

nicht in der Lage war, über seine Erlebnisse zu sprechen ☐

Werden bei Frage 2 (Altersgruppe 6 bis 10) die Antworten **1, 2, 5** angekreuzt, so handelt es sich nach Main und Cassidy (1988) eher um ein **sicher-zuversichtlich gebundenes** Kind.

Finden wir das Antwortmuster **3, 6, 7**, liegt eher eine **unsicher-vermeidende Bindung** vor.

Im Falle von **4, 8, 9** ist eher von einer **unsicher-ambivalenten Bindung** auszugehen.

Ist **kein klares Bindungsmuster** zu identifizieren und wird zusätzlich von **altkluger Fürsorglichkeit** berichtet, handelt es sich eher um eine **unsicher-kontrollierende Bindung**.

3. Seit unser Kind ein Jugendlicher ist, haben sich seine sozialen Beziehungen

sehr intensiv ausgeprägt. Schätzen Sie folgende Aussagen mit der nachstehenden

Skala ein:

- 1 sehr zutreffend
- 2 ziemlich zutreffend
- 3 mäßig zutreffend
- 4 etwas zutreffend
- 5 gar nicht zutreffend
- 6 keine Aussage

1 Neigt dazu, Beziehungen aus einer optimistischen Grundhaltung

zu beschreiben und verbindet damit eine echte Befriedigung.

☐

2 Neigt dazu, sich sehr von anderen Menschen abhängig

zu machen, wirkt anklammernd in Beziehungen.

☐

3 Erlebt Ärger oder Wut bei realer oder phantasierter

Zurückweisung durch andere.

☐

4 Hilft lieber anderen, als selbst Hilfe zu empfangen.

☐

5 Betont die Bedeutung von Selbstbeherrschung,

Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit.

☐

6 Besteht auf eigener Unabhängigkeit und verlässt sich

wenig auf andere.

☐

7 Ist ziemlich „blind“ für die Wirkung des eigenen

Verhaltens auf andere und interessiert sich nur wenig

☐

für deren Bedürfnisse.

Von einer vorwiegend **sicheren Bindung** im Jugendalter können wir ausgehen, wenn auf Statement (1) die Antworten 1 bis 3 und bei den übrigen Aussagen die Antworten 4 bis 6 zutreffen.

Eine eher **unsicher-ambivalente Bindung** liegt vor, wenn bei den Statements (2), (3) oder (4) mit 1 bis 3 und bei den übrigen Items mit 4 bis 6 geantwortet wurde.

Eine **unsicher-vermeidende Bindung** ist zu vermuten, wenn bei Statement (5), (6) oder (7) der Antwort - Schwerpunkt bei 1 bis 3 und bei den übrigen Aussagen bei 4 bis 6 liegt.

Eine **unverarbeitet-traumatisierte Bindung** ist zu vermuten, wenn neben dem Zutreffendurteil auf die Statements (2) bis (7) im Bereich 1 bis 3 über Erfahrungen des Jugendlichen mit psychischen und oder körperlichen Misshandlungen, sexuellem Missbrauch oder Tod einer Bindungsperson berichtet wird.

Ergebniskasten 8

Wir informieren zunächst über die allgemeine Häufigkeitsverteilung von Bindungsmustern, wie sie in den meisten Untersuchungen an unausgelesenen Stichproben unterschiedlicher Altersgruppen gefunden wurden.

- sichere Bindungsmuster ergaben sich bei 50 bis 60 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen
- unsicher- vermeidende bei 30 bis 40 %,
- unsicher-ambivalente Bindungsmuster bei 10 bis 20% und
- desorganisierte Bindungen zeigen sich bei 10 bis 15 % der Kinder und Jugendlichen. (Grossmann et al., 1997). Bei den einzelnen Stichproben finden wir Abweichungen von diesen Werten von etwa 10 Prozent nach unten oder oben. Diese Abweichungen werden
 - a) durch die spezifische Stichprobenzusammensetzung,
 - b) die Qualität der Untersuchungsmethode und
 - c) die Qualität der Raterausbildung erklärt.

In einer eigenen Stichprobe von psychisch auffälligen Jugendlichen fanden wir (Hartwig, Ettrich und Ettrich, 2004) erwartungsgemäß eine deutliche Abweichung in der Häufigkeitsverteilung bei sicher gebundenen Probanden mit rund 36 Prozent, 11 Prozent wurden als unsicher-ambivalent, weitere 34 Prozent als unsicher-vermeidend und 18 Prozent der psychisch auffälligen Jugendlichen als unsicher- gemischt (unverarbeitet - traumatisierte Bindung) mit dem EBPR diagnostiziert. Die Unterschiede waren in den Kategorienbesetzungen sicher, unsicher-ambivalent und unsicher-gemischt signifikant.

Vergleich zwischen psychiatrischen Patienten, jugendlichen Straftätern und gesunden Kontrollen (Hartwig, Ettrich und Ettrich, 2004; Jünemann und Ettrich, 2004):

	Jugendpsych. Patienten	Kontrollgruppe	Jugendliche Straftäter	Kontrollgruppe
sicher	16 (36,4%)	31 (70,4%) p=0,0026	10 (23,8%)	30 (71,4%) p=0,000
unsicher-ambivalent	5 (11,4%)	0 (0,0%) p=0,0277	0 (0,00%)	0 (0,00%) p=n.s.
unsicher-vermeidend	15 (34,1%)	12 (27,3%) p= n.s.	29 (69,0%)	10 (23,8%) p=0,000
unsicher-gemischt	8 (18,2%)	1 (2,3%) p=0,0149	3 (7,2%)	2 (4,8 %) p=n.s.
Summe	44	44	42	42

Noch gravierender (Jünemann und Ettrich, 2004) erwiesen sich die Unterschiede in der Verteilung der Bindungsmuster bei einer Stichprobe jugendlicher Straftäter. Hier fanden wir bei den Straftätern nur 24 Prozent mit sicherer Bindung, bei 69 Prozent eine unsicher-vermeidene Bindung und bei den restlichen 5 Prozent eine unsicher-gemischte Bindung. Auch hier ergab die Prüfung der Unterschiede zwischen jugendlichen Straftätern und Kontrollpersonen signifikante Differenzen in den Kategorien sicher gebunden, unsicher-vermeidend gebunden und unsicher-gemischt gebunden.

5.5.2 Reaktive Verarbeitung des Umwelterlebens

Erlebte Ängste sind für die Verhaltensregulation des Einzelnen sehr wichtig, mahnen sie uns doch zu Vorsicht und Rücksichtnahme auf andere. Ängste sind physiologisch, wenn sie unser Verhalten regulieren und uns vor Schaden bewahren. Bei psychischen Störungen sind die erlebten Ängste jedoch häufig übermächtig und behindern den normalen Lebensvollzug, wobei diese Ängste oft reaktiv an eine Situation oder ähnliche Situationen (Generalisierung) gekoppelt werden.

Auch aggressives Verhalten ist oft als spezifische Form der reaktiven Verarbeitung des Umwelterlebens zu verstehen, wobei Autoaggressionen als Formen der Selbstschädigung und Selbstbestrafung zu werten sind, während Fremdaggressionen ge-

gen Sachen und Personen gerichtet sind. Sie äußern sich in verbalen und/oder tätlichen Auseinandersetzungen, wobei die Konfrontation mit dem Opfer mehr oder weniger direkt erfolgt (Steinhausen und v. Aster, 1999; Borg- Lauffs, 1999, 2001).

Beide Formen abweichenden Verhaltens werden sehr stark von der Selbstständigkeit und von den Reaktionen des Kindes auf Lob und Tadel beeinflusst.

5.5.2.1 Angstproblematik als Grundlage vieler psychischen Störungen

1. Beobachteten Sie bei Ihrem Kind Anzeichen einer starken Ängstlichkeit (phasenbezogene Ängstlichkeit)?

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Acht-Monats-Angst | ☐ |
| b) Trennungsangst (1. bis 3. Lebensjahr) | ☐ |
| c) Umweltangst | ☐ |
| d) Leistungsangst | ☐ |
| e) Anpassungsangst | ☐ |
| f) Existenzangst | ☐ |

2. Wie haben Sie versucht, Ängste abzubauen?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1 Zuspruch | ☐ |
| 2 Heranführen an das Angstobjekt | ☐ |
| 3 Bestrafen | ☐ |
| 4 andere Maßnahmen _____ | ☐ |
| _____ | |
| _____ | |

3. Welche Situationen und Objekte herrschten in den Angstsituationen vor?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| a) Angst vor Tieren _____ | ☐ |
| b) Angst vor Krankheiten _____ | ☐ |
| c) Angst vor med. Eingriffen _____ | ☐ |
| d) Angst vor Verletzungen _____ | ☐ |
| e) Angst vor Dunkelheit _____ | ☐ |

- f) Angst vor Tod _____ ☐
- g) Angst vor Versagen/Kritik _____ ☐
- h) Angst vor Feuer _____ ☐
- i) Angst vor lauten Geräuschen _____ ☐

Mit Frage (3) werden vor allem spezifische Phobien, Zwangsgedanken und Hinweise auf akute Belastungsreaktionen im Kindes- und Jugendalter erfragt.

5.5.2.2 Aggressives Verhalten

Ängstlich-aggressives Verhalten äußert sich in folgenden Auffälligkeiten:

das betroffene Kind

- ist leicht zu irritieren, wird leicht wütend
- ist leicht zu enttäuschen, lässt sich leicht stören oder von etwas abbringen
- fühlt sich herausgefordert, wenn es zurechtgewiesen wird
- gerät oft in Streit mit Spielkameraden
- beginnt leicht zu schreien und zu kreischen
- wird böse, wenn es in seinen Aktivitäten unterbrochen wird
- schlägt, beißt und tritt andere Kinder
- schlägt auch Erwachsene, wenn es wütend ist
- verführt oder zwingt andere Kinder, etwas Unerwünschtes zu tun
- widersetzt sich Erwachsenen, ist nicht folgsam

Aggressives Verhalten zählt zu den so genannten externalisierenden Verhaltensstörungen.

In der nachfolgenden Übersicht sind Verhaltensprobleme externalisierender und internalisierender Form dargestellt (Achenbach, 1991a, 1991b):

	Externalisierende Verhaltensstörungen	Internalisierende Verhaltensstörungen
Verhaltensprobleme mit ca. 3 Jahren	Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit, unangemessenes Mittelpunktstreben, negative Stimmung, Irritierbarkeit	Angst, sozialer Rückzug, soziale Passivität, sozial unsicher, motorisch unsicher
Nach dem 3. Lebensjahr	Ruhelosigkeit, Hyperaktivität, geringe Konzentrationsfähigkeit, Trotzanfälle, Betrugsstörungen, negative Stimmung	
Problemgebiete im sozialen Umfeld des Kindes mit 3 Jahren:	Depression der Mutter, geringer elterlicher Zusammenhalt, strafendes Erziehungsverhalten (körperliche Bestrafung), Uneinigkeit der Eltern über die Kindererziehung, gehäufte elterliche Kritik an den Kindern, Mangel an emotionaler Wärme	Depression der Mutter, geringe Sensibilität dem Kind gegenüber, unerwartete emotionale Reaktionen der Betreuungspersonen
	Geschwister- und Gleichaltrigenkonflikte, starke und häufige Kritik am Kind durch Eltern, Erzieher u. a., Eheschwierigkeiten, geringe emotionale Wärme	

1. Schlägt sich Ihr Kind gegen den Kopf, beißt oder kratzt sich, reißt sich Haare aus, bestraft sich selbst oder zeigt es sonstige Autoaggressionen (z.B. Ritzen)?

1 nie

2 manchmal

3 oft

☐

2. Schlägt, kneift, beißt, verletzt, verspottet es andere oder streitet es mit anderen Kindern?

1 nie

2 manchmal

3 oft

☐

3. Macht es eigene oder fremde Sachen absichtlich kaputt?

1 nie

2 manchmal

3 oft

☐

4. Was ist die vermeintliche Ursache dieses aggressiven Verhaltens?

- 1 Kind fühlt sich bedrängt
- 2 Kind fühlt sich missachtet
- 3 Kind fühlt sich provoziert
- 4 Kind ist (von Natur aus) sehr aggressiv
- 5 Ursachen nicht erkennbar

☐

Selbst- und fremdschädigendes Verhalten bildet die Leitsymptomatik von Verhaltensstörungen. Selbstschädigendes Verhalten (z.B. Trichotillomanie) oder Riss- und Schnittverletzungen sind Ausdruck von erlebter psychischer Spannung und dem Wunsch, diese Spannungen durch impulsive selbstschädigende Handlungen zu reduzieren. Fremdschädigendes Verhalten kann sich gegen Personen oder Gegenstände von anderen richten und geht immer mit einer Störung des Sozialverhaltens einher. Jugendliche haben gelernt, dass sie sich z.B. leichter bei anderen durchsetzen können, wenn sie aggressiv oder drohend auftreten. Für andere ist es ein Gewinn an Selbstvertrauen, wenn sie durch ihr Verhalten Erwachsene so provozieren, dass diese die Ruhe und Selbstsicherheit verlieren. Für eine dritte Gruppe von verhaltensgestörten Jugendlichen ist es ein Machterleben, wenn sie so auf ihr Gegenüber (Erwachsene oder Jugendliche) losgehen, dass diese sich vor ihren Brutalitäten in Sicherheit bringen müssen.

Die oben beschriebenen Verhaltensweisen sind Ausdruck von Störungen des Sozialverhaltens, des Oppositionellen Trotzverhaltens und von Autoaggression und Identitätsproblemen, zusammengefasst als aggressives und delinquentes Verhalten.

5.5.2.3 Entwicklung von Abhängigkeit und Unabhängigkeit

1. Wie schätzen Sie die Selbstständigkeitsentwicklung Ihres Kindes ein?

- 1 dem Alter entsprechend selbstständig (meidet Gefahren, sucht Hilfe bei Eltern und anderen vertrauten Erwachsenen)
- 2) muss häufig kontrolliert und angeleitet werden
- 3) muss ständig kontrolliert und angeleitet werden

☐

2. Wie reagiert Ihr Kind auf Lob?

- 1 freut sich über die Anerkennung
- 2 versucht, erwünschtes Verhalten zu wiederholen
- 3 keine nachhaltige Wirkung
- 4 keine adäquate Reaktion

☐

3. Wie reagiert es auf Tadel?

- 1 zeigt sich betroffen
- 2 bemüht sich, das gerügte Verhalten zu vermeiden
- 3 keine nachhaltige Wirkung
- 4 keine adäquate Reaktion

☐

Die Ansprechbarkeit eines Kindes oder Jugendlichen auf Lob und Tadel ist ein guter Indikator für dessen Erziehbarkeit und steht im engen Zusammenhang mit der Abhängigkeit von unmittelbaren Erziehern wie Eltern und Lehrern. Eine Einflussnahme ist notwendig, wenn Lob und Tadel keine oder keine nachhaltige Wirkung hinterlassen. In diesen Fällen kann durch Beratung und Erziehertraining meist rasche Abhilfe geschaffen werden.

5.5.2.4 Sexualität

Sexualität als intimer Lebensbereich wird von sehr vielen Eltern in der kindlichen Erziehung vernachlässigt. Aus diesem Grunde ist es wichtig, dass der Therapeut oder der Kinderpsychologe hier einige Fragen bereithält.

1. Haben Sie im sexuellen Bereich bei Ihrem Kind auffällige Beobachtungen gemacht?

- 1 nein
- 2 ja
- wenn 2, welche

☐

Auffälligkeit		Anmerkung	Alter
a) genitale Spielereien	☐		
b) Masturbation	☐		
c) exzessive Masturbation	☐		
d) mutuelle Masturbation	☐		
e) Verführung zur Homosexualität	☐		
f) Verführung zum Geschlechtsverkehr	☐		
g) häufig wechselnde Geschlechtspartner	☐		

Summe der Auffälligkeiten a bis g

☐

2. Haben Sie Ihr Kind aufgeklärt?

1 nein

☐

2 ja

3 der Altersstufe entsprechend

Die Fragen nach sexuellen Auffälligkeiten (wie genitale Spielereien und Masturbation) dienen der Abklärung emotionaler Fehlentwicklungen durch Rückzug und Triebbefriedigung am eigenen Körper, während die Formen von d bis g auch auf soziale Fehlentwicklungen abzielen.

5.6 Familienanamnese

Die Familienanamnese soll das Kommunikations- und Interaktionsgeschehen innerhalb der Familie erhellen und verdeutlichen, ob in diesem Bereich Interventionen angezeigt sind (Ettrich und Ettrich, 1993, 2006). Familienstruktur und sozioökonomische Lage stellen Rahmenbedingungen des Kommunikations- und Interaktionsgeschehens dar. Aus vielen entwicklungspsychologischen Untersuchungen ist bekannt, dass z. B. Schul- und Berufsbildung der Eltern das Entwicklungsgeschehen des Kindes in erheblichem Maße moderieren und den finanziellen Status, das materielle Auskommen der Familie und der Kinder bestimmen. Von der Schul- und Berufsbildung der Eltern hängt auch ab, ob der Wohnraumindex den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation ($\geq 1,0$) gerecht wird. Jedes Familienmitglied soll danach ein eigenes Zimmer und damit einen eigenen Arbeits- und Rückzugsraum besitzen. Bezüglich der Entwicklung von normgerechten Persönlichkeitseigenschaften und sozial erwünschtem Verhalten kommt den Eltern eine Vorbildfunktion zu (Ettrich, Krause und Jahn, 1996). Aus diesem Grunde interessieren wir uns in der Anamnese für das partnerschaftliche Verhalten der Eltern, ihr Erziehungsinteresse, die praktizierten Erziehungsmaßnahmen und die Aufgaben- und Funktionsverteilung in der Familie, wobei der Focus der immer auch auf den Patienten gerichtet ist. Die Beziehungen zwischen den Geschwistern sind geeignet, die Probleme des Patienten zu mildern oder zu forcieren, so dass dieser Fragenkomplex in der Anamnese nicht fehlen darf. Nachfolgend geben wir einen Überblick über mögliche Erziehungspraktiken der psychischen und physischen Kindesmisshandlung:

Kindesmisshandlung I	Beschreibung
Ablehnen, zurückweisen	Aktiver Ausdruck der Zurückweisung, im Gegensatz zum passiven Ignorieren des Kindes (z.B. Unterlassung von Hilfe, Kind zum Sündenbock machen)
Erniedrigen, entwürdigen	Handlungen, die ein Kind erniedrigen einschließlich verbaler Herabsetzung (z.B. Beleidigen, öffentliche Erniedrigung)
Terrorisieren/bedrohen	Handlungen oder Bedrohungen, die das Kind extremer Furcht und Angst aussetzen (z.B. Drohung, das Kind zu verletzen oder zu töten, Unterlassung der Beaufsichtigung von Säuglingen und Kleinkindern)
Kindesmisshandlung II	
Isolieren/einsperren	Handlungen, die das Kind von anderen Personen trennen (z.B. einschließen, permanentes Verbot, mit anderen Kindern zu spielen)
Fehlsozialisieren/Korrumpieren	Handlungen, die das Kind dissozial werden lassen und solche, die beim Kind die Entwicklung destruktiver oder selbst- und fremdschädigender Einstellungen fördern (z.B. Aufforderung zu kriminellen Handlungen oder Drogenmissbrauch, Förderung rassistischer Einstellungen)
Ausbeuten/ausnutzen	Situationen, in denen das Kind für eigene Vorteile oder eigenen Profit herangezogen wird (z.B. sexuelle Belästigungen, Behandlung des Kindes als Partnerersatz, Prostitution des Kindes, Gebrauch des Kindes für Pornografie)
Verneinen emotionaler Reaktionen	Handlungen (oder Unterlassungen) der Bezugsperson, die eine gesunde sozial-emotionale Entwicklung des Kindes beeinträchtigen oder nicht fördern (z.B. fehlende emotionale Bindung an das Kind, fehlende Anteilnahme am Leben des Kindes, seltene Eltern-Kind-Interaktionen)

5.6.1 Familienstruktur und sozio-ökonomische Lage

1. Wie viele Personen gehören zum Haushalt?

Anzahl

2. Wie viele Kinder gehören zur Familie?

Anzahl

3. Welche Position nimmt das Kind in der Geschwisterreihe ein?

1 einziges Kind

2 erstes von ____ Kindern

3 letztes von ____ Kindern

4 in der Mitte der Geschwisterreihe

____ Kinder sind älter und ____ Kinder sind jünger

4. Haben ein oder mehrere Geschwister Leistungsprobleme?

1 ja

2 nein

5. Haben ein oder mehrere Geschwister Verhaltensprobleme?

1 ja

2 nein

Ergebniskasten 9

Leistungsauffällige Geschwister

$$\chi^2 (2, N=161) = 7.64 \quad p=0.0220$$

	Gruppe	Gruppe	Gruppe
	D	L	K
nein	76.92%	82.50%	96.36%
ja	23.08%	17.50%	3.64%

Im Ergebniskasten 9 haben wir den Anteil leistungsauffälliger und verhaltensauffälliger Geschwister für die entwicklungsbezogenen Teilgruppen dargestellt.

Verhaltensauffällige Geschwister

$$\chi^2 (2, N=161) = 6.97 \quad p=0.0307$$

	Gruppe	Gruppe	Gruppe
	D	L	K
nein	61.54%	75.00%	87.27%
ja	38.46%	25.00%	12.73%

Das Ergebnis ist auch deshalb von Interesse, weil es zeigt, über welche Ressourcen die Eltern verfügen, um sich einem Problemkind zuzuwenden. Sowohl bei leistungs- als auch verhaltensauffälligen Geschwistern liegt bei den Kontrollkindern nur eine geringe Belastung der Eltern vor, die bei der leichtgradig entwicklungsauffälligen

Gruppe bei jeder 4. oder 5. Familie schon beträchtlich ansteigt und bei den deutlich entwicklungsauffälligen Kindern sich nochmals signifikant erhöht und damit die Familien überfordert.

Es ist erkennbar, dass für beide Fragestellungen das Ergebnis umso günstiger ausfällt, je besser die Allgemeinentwicklung der Kinder ist.

6. Familienstand der Eltern des Patienten

- a) Kindesmutter
- b) Kindesvater
- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 geschieden
- 4 verwitwet
- 5 Lebensgemeinschaft

☐☐

7. Schulbildung

- a) Mutter
- b) Vater
- 1 Sonder- oder Förderschule, weniger als 9 Klassen Hauptschule
- 2 Hauptschule (9 Klassen)
- 3 Real- oder Mittelschule (10 Klassen)
- 4 Gymnasium (12 oder 13 Klassen)

☐☐

8. Berufsabschluss

- a) Mutter
- b) Vater
- 1 ungelernt
- 2 angelernt
- 3 Facharbeiter
- 4 Fachschulabschluss
- 5 Hochschulabschluss

☐☐

9. Berufstätigkeit

- a) Mutter
- b) Vater
- 1 vollbeschäftigt
- 2 teilbeschäftigt
- 3 Schichtarbeit
- 4 nicht berufstätig
- 5 arbeitslos
- 6 berentet

☐☐

Obwohl der Familienstand in der heutigen Zeit allgemein eine geringere gesellschaftliche Wertschätzung findet, zeigen die praktische Erfahrung und Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen (Schneewind und Hermann, 1980), dass Kinder aus vollständigen familiären Beziehungen eine günstigere Entwicklungsbasis haben. Auch verläuft die Entwicklung umso besser, je günstiger sich der Schulabschluss und die berufliche Bildung von Mutter und Vater gestalten. Auch die resultierende Erwerbstätigkeit von Mutter und Vater spielen dabei eine entscheidende Rolle. Das Modell: „Vater arbeitet und Mutter kümmert sich um die Kinder“ ist als gesellschaftlich überholt anzusehen, weil heute die Berufstätigkeit der Mütter als entscheidender Faktor für deren Lebensgestaltung und Eigenverwirklichung gesehen wird (Lehr, 1982, Hausen, 2001). So waren z. B. nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2005 zwei Drittel der Frauen in der BRD erwerbstätig. Die Beantwortung der Fragen zielt auf die Erfassung psychosozialer Risikofaktoren ab.

10. Besondere Ereignisse im Leben des Kindes

a) Tod der Mutter ☐	g) Tod des Vaters ☐
b) Mutter leidend oder behindert ☐	h) Vater leidend oder behindert ☐
c) Scheidung der Eltern (Kind bei M) ☐	i) Scheidung der Eltern (Kind bei V) ☐
d) Wiederverheiratung der Mutter ☐	j) Wiederverheiratung des Vaters ☐
e) Adoption ☐	k) Heimaufenthalt(e) _____ ☐
f) Häufiger Wohnungswechsel ☐	l) längerer Krankenhausaufenthalt ☐
m) and. Ereignis _____ ☐	n) and. Ereignis _____ ☐

Summe der Ereignisse a bis n ☐ ☐

Wie wurden die Ereignisse bewältigt?

Auf die Bedeutung belastender Lebensereignisse haben wir schon mehrfach hingewiesen. In Frage (10) haben wir die gravierenden Lebensereignisse, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Fehlentwicklung nach sich ziehen, erfragt, weil deren psychotherapeutische Bearbeitung meist unumgänglich ist. Die ermittelten Lebensereignisse sind als psychosoziale Risikofaktoren zu werten.

Ergebniskasten 10 Lebensereignis Scheidung

$$\chi^2 (2, N=229) = 11.64 \quad p=0.0030$$

	Gruppe	Gruppe	Gruppe
	D	L	K
nein	63.64%	79.46%	90.48%
ja	36.36%	20.54%	9.52%

Vom Lebensereignis Scheidung sind in unserer Studie die Kinder der D-Gruppe etwa viermal häufiger als die Kinder der K-Gruppe betroffen. Die Kinder der L-Gruppe haben sich mehr als doppelt so häufig wie die der K-Gruppe mit diesem Lebensereignis auseinandersetzen müssen. Das Ergebnis besagt, dass instabile Lebensumstände mit dem Ausmaß der Entwicklungsbeeinträchtigung kovariieren.

11. Befanden oder befinden Sie sich oder andere Blutsverwandte in nervenärztlicher oder psychologischer Behandlung?

a) nervenärztlich

☐

b) psychologisch

☐

1 nein

2 ja

wer und warum _____

12. Wie viele Räume gehören zu Ihrer Wohnung?

1 1Raum

☐

2 1 ½ Räume

3 2 Räume

4 2 ½ Räume

5 3 Räume

6 3 ½ Räume

7 4 Räume

8 4 ½ Räume

9 5 und mehr Räume

13. Wohnungsgröße der Personenzahl angemessen (Wohnraumindex)?

1 ja _____

☐

2 nein

14. Hat das Kind einen Bereich in der Wohnung, den es primär für sich hat?

1 nein

☐

2 eigenes Zimmer

3 Spielecke

4 Arbeitsplatz für Schularbeiten (Basteleien)

15. Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen (beide Elternteile zusammen, einschließlich Kindergeld)?

Angabe fakultativ

1 unter 1000 €

☐

2 1001 € bis 1500 €

3 1501 € bis 2000 €

4 2001 € bis 2500 €

5 2501 € bis 3000 €

6 3001 € bis 3500 €

7 über 3500 €

16. Reichen nach Ihrer Meinung Ihre finanziellen Mittel für die Versorgung der Familie aus?

1 ja, wir kommen gut aus

☐

2 ja, müssen aber gut einteilen

3 nein, bei uns geht viel Geld für Nebensächlichkeiten drauf
(Alkohol, Zigaretten)

4 nein, es reicht trotz Einteilung und keinen nebensächlichen Ausgaben
nicht

Die Fragen zur Beurteilung der Wohnverhältnisse orientieren darauf, ob das Kind über einen ausreichenden Platz zum Lernen, Arbeiten und Spielen in der elterlichen Wohnung verfügt, oder ob sich hier Hemmnisse für die seine Entwicklung ergeben.

Man kann Ordnung und Sorgfalt bei einem Kind nur dann erwarten, wenn ihm ein entsprechendes Platzangebot beständig zur Verfügung steht.

Ebenso sind die Fragen nach der finanziellen Absicherung nicht der Neugier des Therapeuten geschuldet, sondern es geht vor allem darum, die subjektive Wertung der finanziellen Versorgung der Familie zu erfassen, um diese beiden bedeutsamen psychosozialen Risiken abzuklären.

5.6.2 Beziehungen zwischen den Eltern

1. Wie alt waren Sie bei der Eheschließung (Beginn der Lebensgemeinschaft)?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 18 -21 Jahre
- 2 22 – 24 Jahre
- 3 25 – 27 Jahre
- 4 28 – 30 Jahre
- 5 31 – 33 Jahre
- 6 älter als 33 Jahre _____

2. Aus welchen Gründen haben Sie geheiratet (leben Sie zusammen)?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 Liebe und Zuneigung
- 2 Partner schien Sicherheit und Halt zu geben
- 3 um der Bevormundung durch die eigenen Eltern zu entgehen
- 4 Pflichtgefühl (Kind unterwegs)
- 5 andere Gründe a) _____
b) _____

3. Wie würden Sie die Atmosphäre in Ihrer Ehe bezeichnen?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 harmonisch, gesunde Spannung
- 2 öfters Diskrepanzen, öfters (belastende) Schwierigkeiten
- 3 disharmonisch, nur Kind (Kinder) halten die Ehe zusammen

4. Gibt es zwischen Ihnen und Ihrem Ehepartner öfters Auseinandersetzungen über folgende Probleme?

a) Mutter

a) über die Kindererziehung im Allgemeinen ☐	i) über Anschaffungen ☐
b) über die Erziehung des Patienten ☐	j) über unsere sexuellen Beziehungen ☐
c) über die Haushaltsführung ☐	k) weil mein P. außereh. Beziehungen hatte ☐
d) über unser Leben ☐	l) weil ich außereheliche Beziehungen hatte ☐
e) über meine berufliche Entwicklung ☐	m) weil mein Partner übertrieben genau ist ☐
f) über seine berufliche Entwicklung ☐	n) w. P. sich zu wenig um Fam. kümmert ☐

g) weil mein Partner trinkt ☐	o) w. sich m. P. nicht mit um d. Haushalt küm- mert ☐
h) weil ich trinke ☐	p) mein Partner ist sehr unzuverlässig ☐

Summe Probleme (Mutter) a bis p

b) Vater

a) über die Kindererziehung im Allgemeinen ☐	i) über Anschaffungen ☐
b) über die Erziehung des Patienten ☐	j) über unsere sexuellen Beziehungen ☐
c) über die Haushaltsführung ☐	k) weil meine P. außereh. Beziehungen hatte ☐
d) über unser Leben ☐	l) weil ich außereheliche Beziehungen hatte ☐
e) über meine berufliche Entwicklung ☐	m) weil meine Partn. übertrieben genau ist ☐
f) über ihre berufliche Entwicklung ☐	n) w. P. sich zu wenig um Fam. kümmert ☐
g) weil meine Partnerin trinkt ☐	o) w. sich m. P. nicht mit um d. Haushalt küm- mert ☐
h) weil ich trinke ☐	p) meine Partnerin ist sehr unzuverlässig ☐

Summe Probleme (Probleme) a bis p

Ergebniskasten 11

Auseinandersetzungen über die Kindererziehung aus der Sicht der Mutter

$$\chi^2 (2, N=204) = 8.07 \quad p=0.0177$$

	Gruppe D	Gruppe L	Gruppe K
nein	44.83%	68.75%	73.42%
ja	55.17%	31.25%	26.58%

Hinsichtlich der Auseinandersetzung in Erziehungsfragen gibt es zwischen den Eltern von D- Kindern einerseits und den Eltern von L- und K- Kindern andererseits statistisch bedeutsame Unterschiede. Die Mütter von D- Kindern erwarten, dass sich die Väter mehr am Erziehungsgeschehen beteiligen und z.B. mit ihren Kindern üben und

diese Aufgabe nicht nur ihnen überlassen (vgl. auch Schneewind und Hermann, 1980, Silbereisen, 1976).

Die unmittelbaren Beziehungen zwischen den Eltern und die unmittelbaren Interaktionen mit dem Kind haben nicht nur Auswirkungen auf das Sozialverhalten des Kindes, sondern wirken sich über die vom Kind erlebten Partnerbeziehungen auch auf dessen Vorstellungen von Miteinander und Harmonie aus. Für den Psychotherapeuten ist eine Aussage zum Beginn der Lebensgemeinschaft insofern interessant, weil er hierdurch die elterliche Erziehungsreife abschätzen kann und er bei sehr jungen Eltern Nachfragen zu Erziehungsressourcen nicht ersparen kann. Die Gründe für die elterliche Paarbildung sind ebenfalls sehr aufschlussreich und variieren in unserem Anamneseschema zwischen Liebe und Zuneigung einerseits und Pflichtgefühl andererseits. Aus unseren eigenen Untersuchungen ging hervor, dass die Gründe für die Paarbildung bei den Müttern deutlich variierten, während die Väter vor allem Liebe und Zuneigung benannten. Das elterliche Spannungsverhältnis ist nicht nur aus der globalen Einschätzung aus Frage (3) ableitbar, sondern noch deutlicher und detaillierter aus der Frage über spezifische Probleme des Elternpaares, was unmittelbar in der Erziehungsberatung und Psychotherapie genutzt werden kann.

5.6.3 Erziehungsstil, -interesse, -verhalten

1. Sind Sie sich mit Ihrem Ehepartner hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a) Mutter | ☐ |
| b) Vater | ☐ |
| 1 ja | |
| 2 nein, häufig uneinig | |

2. Wie ist das Verhältnis zwischen Ihnen und dem Kind?

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Mutter | ☐ |
| b) Vater | ☐ |
| 1 besonders eng und herzlich | |
| 2 wenig Zuneigung, aber keine dauerhaften Spannungen | |
| 3 dauerhaft gespannt | |
| 4 offene Ablehnung | |

3. Wird das Kind von Ihnen besonders verwöhnt?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 ja
2 nein

4. Wie bestrafen Sie Ihr Kind?

a) Mutter

a) Ermahnungen ☐	e) Drohungen (Anschreien) ☐
b) Fernsehverbot ☐	f) Nichtbeachtung ☐
c) Hausarrest ☐	g) Strafarbeiten ☐
d) Schläge, Ohrfeigen ☐	h) Andere Strafen: _____ ☐

Summe Strafen(Mutter) a bis h ☐

b) Vater

a) Ermahnungen ☐	e) Drohungen (Anschreien) ☐
b) Fernsehverbot ☐	f) Nichtbeachtung ☐
c) Hausarrest ☐	g) Strafarbeiten ☐
d) Schläge, Ohrfeigen ☐	h) Andere Strafen: _____ ☐

Summe Strafen (Vater) a bis h ☐

5. Kommt es vor, dass Ihr Partner die Strafe, die Sie ausgesprochen haben, vorzeitig aufhebt oder mildert?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 ja, weil ich leicht überziehe
2 ja, weil er inkonsequent ist
3 nein

6. Beschäftigen Sie sich mit dem Kind in der Freizeit (Spiel, Basteln, Hobby)?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 nahezu täglich
2 ein- bis zweimal wöchentlich
3 nur am Wochenende
4 nein, keine Zeit

Erziehungsstil, Erziehungsinteresse und Erziehungsverhalten der Eltern umfassen die Vorstellungen der Eltern über die Wirksamkeit ihres eigenen erzieherischen Wirkens und die Effizienz ihrer erzieherischen Methoden und Praktiken. Eine lebensbejahende Erziehungshaltung ist auf die Förderung von Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein orientiert und auf das Verstehen des anderen und sein effektives Wirken in der Gemeinschaft sowie auf die Erreichung von Zielen (Selbstmotivation) und Ausdauer bei der Zielerreichung gerichtet. Da Erziehung auch nicht ohne Verhaltensbegrenzungen auskommt, ist man als Psychotherapeut am elterlichen Umgang mit Strafen interessiert und muss überlegen, ob diese angemessen sind oder nicht.

Im nachfolgenden Ergebniskasten gehen wir besonders auf Ergebnisse zu Fragen des Erziehungsverhaltens der Väter ein. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Väter in ihrem Erziehungsverhalten oft passiv sind, so dass die Klagen der Mütter über die Erziehungsabstinenz der Väter sehr ernst genommen werden sollten und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut auch immer an die Aktivierung der Väter und ihre Einbeziehung in die therapeutische Arbeit denken sollte, ja denken muss. Er sollte sich immer überlegen, dass nur durch die Mitarbeit aller Erzieher eine rasche Veränderung des gestörten Verhaltens und eine psychische und körperliche Entlastung der Mütter erreicht werden kann.

Ergebniskasten 12

Beschäftigung des Vaters in der Freizeit mit dem Kind

$$\chi^2 (6, N=204) = 24.59 \quad p=0.0004$$

	Gruppe D	Gruppe L	Gruppe K
nahezu täglich	13.79%	37.50%	56.96%
etwa einmal wöchentlich	37.93%	34.38%	29.11%
seltener	27.59%	9.38%	6.33%
keine Zeit dazu	20.69%	18.75%	7.59%

Diese Unterschiede im Verhältnis zum Kind spiegeln sich auch in der Bereitschaft der Väter wieder, sich in ihrer Freizeit mit dem Kind zu beschäftigen. Klare Häufigkeitstrends zwischen den entwicklungsbezogenen Teilgruppen ergeben sich in allen Antwortkategorien dieser Frage. Bei jedem 5. Kind der D-Gruppe und nahezu jedem 5.

Kind der L-Gruppe ist eine ablehnende Erziehungshaltung („keine Zeit dazu“) der Väter erkennbar.

Verhältnis des Vaters zum Kind

$$\chi^2 (6, N=204) = 23.19 \quad p=0.0007$$

	Gruppe	Gruppe	Gruppe
	D	L	K
eng und herzlich	34.48%	69.79%	70.89%
kameradschaftlich	58.62%	25.00%	29.11%
wenig Zuneigung	3.45%	5.21%	0.00%
meist gespannt	3.45%	0.00%	0.00%

Ebenso wird das Verhältnis von Vätern zu ihrem Kind von den Müttern recht kritisch bewertet. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bei entwicklungsunauffälligen K-Kindern ein „enges und herzliches“ bzw. ein „kameradschaftliches“ Verhältnis zutreffend ist, während bei den L-Kindern und noch mehr bei den D-Kindern Fälle von „wenig Zuneigung“ und ein „meist gespanntes“ Verhältnis zu beobachten sind.

7. Zusammenfassende Einschätzung des Erziehungsstils (Folgerung, keine Frage).

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 autoritäre Erziehung

2 vernachlässigende Erziehung

3 emotional erdrückende Erziehung

4 emotional abweisende Erziehung

5 Pendelerziehung

6 konsequente, Kind akzeptierende (autoritative) Erziehung

5.6.4 Familiendynamik (Rollen- und Funktionsverteilung) - Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, zwischen Geschwistern

1. Verträgt sich der Patient mit seinen Geschwistern?

1 meistens

☐

2 selten

3 keine Geschwister

2. Ist der Patient eifersüchtig auf seine Geschwister?

- 1 nein ☐
- 2 ja, ohne eigentlichen Grund
- 3 eifersüchtig auf Schulerfolg der Geschwister
- 4 weil er glaubt, dass andere Geschwister durch die Eltern bevorzugt werden
- 5 fühlt sich bei Geschenken benachteiligt, übergangen
- 6 keine Geschwister

3. Fühlt sich von Geschwistern unterdrückt, wird gehänselt, wird geprügelt?

- 1 nein ☐
- 2 ja
- 3 keine Geschwister

4. Wie reagieren die anderen Geschwister auf das Problemverhalten des Patienten?

- 1 ignorieren sein Verhalten ☐
- 2 versuchen ihm zu helfen
- 3 reagieren leider nicht richtig, so dass sie mit dazu beitragen, die Probleme zu verstärken
- 4 keine Geschwister

5. Ist das Erleben von Zärtlichkeiten (nicht GV!) zwischen Ihnen und Ihrem Partner für das Kind etwas Selbstverständliches?

- 1 ja ☐
- 2 nein

6. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen der Eltern zu den Kindern?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐

- 1 geprägt durch Wärme und Zuneigung
- 2 geprägt durch emotionale Gleichgültigkeit
- 3 geprägt durch Ablehnung und Distanz

7. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen der Eltern zu dem Patienten?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐

- 1 geprägt durch Wärme und Zuneigung
- 2 geprägt durch emotionale Gleichgültigkeit
- 3 geprägt durch Ablehnung und Distanz

8. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen in der Familie?a) Mutter ☐b) Vater ☐

1 geprägt durch Wärme und Zuneigung

2 geprägt durch emotionale Gleichgültigkeit

3 geprägt durch Ablehnung und Distanz

9. Gibt es in Ihrer Familie eine feste Aufgaben- und Funktionsteilung?a) Mutter ☐b) Vater ☐c) für jedes Kind ☐d) auch für den Patienten ☐

1 ja

2 nein

10. Welche Aufgaben gehören zu den täglichen Verpflichtungen des Patienten?

a) Erledigen kleiner Einkäufe ☐	h) Blumen gießen ☐
b) Schuhe putzen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
c) eigene Sachen aufräumen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
d) eigenes Zimmer aufräumen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
e) Abwasch erledigen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
f) Spülmaschine ein- und aufräumen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
g) Müll wegbringen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐

Summe der täglichen Verpflichtungen a bis i ☐ ☐**11. Wie erfüllt das Kind diese Verpflichtungen?**1 es macht ihm Spaß zu helfen ☐

2 muss laufend ermahnt werden

3 erfüllt die Aufgaben nur, weil es muss

12. Teilt das Kind mit Geschwistern und Eltern?

- 1 ja, gern
- 2 ja, weil es sich so gehört
- 3 von sich aus nicht
- 4 nein, will alles für sich behalten

☐

13. Machen Sie sich in der Familie auch außerhalb von Ostern, Weihnachten oder Geburtstag kleine Geschenke?

- 1 ja, zwischen allen Familienmitgliedern
- 2 ja, aber nur zwischen den Eltern
- 3 ja, aber nur zwischen Eltern und Kindern
- 4 nein

☐

14. Beschenkt der Patient gern andere?

- 1 ja, alle Familienmitglieder
- 2 ja, aber nur die Mutter
- 3 ja, aber nur den Vater
- 4 ja, aber nur Geschwister
- 5 nein

☐

15. Versucht das Kind, Sie manchmal angenehm zu überraschen (z.B. Tisch decken, Abwasch, ohne dass dies zu den Pflichten gehört)?

- 1 ja
- 2 nein

☐

Der Einblick in die familiäre Funktionsteilung ist aus psychotherapeutischer Sicht sehr aufschlussreich, weil wir einen Eindruck von der Belastung des Einzelnen durch tägliche Aufgaben gewinnen. Insbesondere interessiert, welcher Anteil der Aufgaben auf die Mutter entfallen. Konzentrieren sich diese auf die Mutter, bleibt ihr keine Zeit und keine Kraft für die Betreuung der Kinder und vor allem des kindlichen Patienten. Ebenso ist uns wichtig zu erfahren, welcher Anteil der täglichen Verpflichtungen vom Patienten zu leisten ist. Ist dieser dem Alter angemessen oder wird das Kind dadurch unter- oder überfordert und inwieweit ist es erforderlich, psychotherapeutisch in die familiäre Funktionsverteilung einzugreifen?

Ferner bewegt uns die Ermittlung der emotionalen Beziehungen zwischen Eltern und Kindern und zwischen Geschwistern im Sinne von psychosozialen Risikofaktoren, weil in einem Mangel oftmals die Grundlagen für Fehlentwicklungen, für emotionale Störungen, so Angststörungen, Depressionen, Geschwisterrivalität, Zwangsstörungen, Oppositionelles Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens liegen.

Aus psychotherapeutischer Sicht sind aber auch die Nutzung von kindlichen Ressourcen (1), (12) und (15), so positiv beantwortet, von handlungsleitendem Interesse.

Ergebniskasten 13

Versucht das Kind manchmal, Sie angenehm zu überraschen?

$$\chi^2 (2, N=229) = 17.99 \quad p=0.0001$$

	Gruppe	Gruppe	Gruppe
	D	L	K
ja	33.33%	65.18%	75.00%
nein	66.67%	34.82%	25.00%

Die Frage danach, ob das Kind versucht, Mutter oder Vater oder die Familie angenehm zu überraschen, gibt Einblick in die Familienatmosphäre. Das Kind bemüht sich, eine gute Stimmung in der Familie zu schaffen oder aufrecht zu erhalten. Kinder der K-Gruppe haben durch die Vorbildfunktion der Eltern gelernt, von diesem Verhalten deutlich mehr als Kinder der D-Gruppe Gebrauch zu machen.

16. Bekommt Ihr Kind Taschengeld?

1 nein

☐

2 ja, unregelmäßig

3 ja, für besondere Leistung

4 ja, regelmäßig

17. Darf Ihr Kind über sein Taschengeld allein verfügen?

1 nein, es soll vor dem Ausgeben mit uns sprechen

☐

2 ja, mit Buchführung

3 ja, ohne Einschränkung

18. Beraten Sie mit Ihren Kindern gemeinsam Urlaubsreisen (bzw. bereiten sie diese mit ihnen vor)?

1 ja

☐

2 nein

19. Sind die Großeltern ein wichtiger Teil Ihres Familienlebens?

1 nein

☐

2 ja, erziehungskonform

3 ja, aber teilweise Diskrepanzen

4 mischen sich in alles ein (störend)

Die Fragen nach dem Taschengeld beziehen sich vor allem auf die familiäre Erziehung zum kindlichen und jugendlichen Verantwortungsbewusstsein und zur Selbstständigkeit.

Die Einbindung der Großelternfamilie in das Leben der Kernfamilie ist heute keineswegs mehr eine Selbstverständlichkeit, kann aber über deren personelle Verfügbarkeit, ihre Möglichkeiten der finanziellen, emotionalen und beratenden Unterstützung eine Erweiterung der Hilfe und Unterstützung (eine Erweiterung der sozialen Ressourcen) des Familienlebens darstellen.

20 Glaubwürdigkeit der elterlichen Aussagen (Folgerung, keine Frage).

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 glaubwürdig

2 sozial erwünscht

3 Tendenz zur Überhöhung der Probleme

6 Erhebung der Anamnese als integrativer Teil von Dokumentationssystemen und ihre Einbettung in Diagnostiksysteme (ICD-10, DSM-IV) – von der Anamnese zur Diagnose

Die Erhebung der Anamnese wird in Psychologie, Psychotherapie und Medizin als diagnostisches Basisverfahren zur hypothesengeleiteten Diagnostik akzeptiert, so dass sie neben der solitären Anwendung auch in andere Erhebungs- und Dokumentationsverfahren einbezogen wird.

Die Anamnese erfragt mit Sondierungsabsicht störungsrelevante Bereiche gleichrangig, um die Punkte herauszufiltern, die der näheren Betrachtung, sprich der vertiefenden Diagnostik, bedürfen.

Die Anamnese kann erklären, warum es zu einer Störung kommt, sie erklärt jedoch nicht das Ausmaß und den Schweregrad der Störung, deshalb müssen zusätzlich zur Anamnese weitere Diagnostikinstrumente eingesetzt werden.

Da uns in diesem Buch die Anwendung der Anamnese vor allem im kinder- und jugendtherapeutischen Bereich interessiert, gehen wir auswählend auf ihren Einsatz in explorativen diagnostischen Verfahren (Kinder-DIPS und Basisdokumentation „Kinder- und Jugendpsychiatrie“) etwas näher ein.

6.1 Kinder-DIPS

Das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Kinder-DIPS; Unnewehr, Schneider, Margraf, 1995) wurde mit dem Ziel entwickelt, für Forschung und Praxis ein Diagnostisches Instrumentarium zur Verfügung zu stellen, das unter Einbeziehung von kindlichen und jugendlichen Aussagen und Angaben von Eltern und Erziehern reliable und valide Beurteilungen kindlicher und jugendlicher psychischer Störungen ermöglicht. Das Kinder-DIPS orientiert sich an der Operationalisierung dieser Störungen durch das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-III-R, DSM-IV) der American Psychiatric Association und den Forschungskriterien zur 10. Revision der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10). Die Störungsbilder werden im Kinder-DIPS als Syndrome geordnet bei den Interviewten abgefragt.

Mit dem Kinder-DIPS werden folgende psychische Störungen diagnostiziert:

1. Expansive Verhaltensstörungen: Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, Störung mit Oppositionellem Trotzverhalten, Störung des Sozialverhaltens
2. Störungen der Ausscheidung: Funktionelle Enuresis, Funktionelle Enkopresis
3. Affektive Störungen: Schweres Depressives Syndrom (SDS), Dysthymes Syndrom (mit und ohne SDS)
4. Angststörungen: Störung mit Trennungsangst, Paniksyndrom ohne Agoraphobie, Paniksyndrom mit Agoraphobie, Agoraphobie ohne Anamnese eines Paniksyndroms, Spezifische Phobie (inklusive Schulphobie), Sozialphobie, Zwangssyndrom, Generalisiertes Angstsyndrom, Posttraumatische Belastungsstörung
5. Essstörungen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa
6. Hinweise auf Teilleistungsstörungen
7. Hinweise auf Psychosen
8. Hinweise auf Substanzmissbrauch, -abhängigkeit

Wie ersichtlich, werden durch das Kinder-DIPS nicht alle, aber doch wesentliche Gruppen psychischer Störungen mit gut abgrenzbaren Untergliederungen diagnostiziert. Als Beispiel für die Umsetzung des Symptomkatalogs von DSM-IV und ICD-10 in kindgemäße Fragen wählen wir die „Störung mit Trennungsangst“:

„Störung mit Trennungsangst“ (zitiert aus Unnewehr, Schneider und Margraf 1995, S.16-17)

Für die Diagnose einer Störung mit Trennungsangst werden die nachfolgenden Symptome nur dann als zutreffend kodiert, wenn sie über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen andauern bzw. andauerten. In anderen Fällen oder bei minimalen Abweichungen der geforderten Zeitdauer sollte dies notiert werden.

1. Hast Du große Angst, Dich von Deinen Eltern (anderen Bezugspersonen) zu trennen? Z.B. wenn

Du einmal abends alleine zu Hause bleiben sollst, oder wenn Du einmal woanders als zu Hause schlafen sollst? Hast Du dann Angst, Deinen Eltern oder Dir selbst könnte in dieser Zeit etwas zustoßen?

JA- NEIN-

Falls gegenwärtig NEIN, Früher?

JA- NEIN-

Falls NEIN, weiter zu Panikanfall

Schätzen Sie anhand der folgenden Skala die Häufigkeit der Symptome ein (zur Diagnosestellung werden nur Symptome herangezogen, die ab 2 kodiert werden):

0 1	2	3
nie/selten manchmal	oft	sehr oft

gegenwärtige Phase

1.1 *Sorgst Du dich darum, dass Deinen Eltern etwas zustoßen könnte?* _____

1.2 *Hast Du Angst, ein schlimmes Ereignis (z.B. ein Unfall, eine Entführung) könnte Dich von Deinen Eltern trennen?* _____

1.3 *Gehst Du nur ungern in die Schule, weil Du lieber zu Hause bei Deinen Eltern bleiben möchtest?* _____

1.4 *Gehst Du abends ungern alleine schlafen, möchtest Du, dass Deine Eltern solange bei Dir sind, bis Du eingeschlafen bist?* _____

1.5 *Bist Du zu Hause am liebsten immer ganz in der Nähe von Deinen Eltern (spielst Du nur ungern alleine in Deinem Zimmer)?* _____

1.6 *Träumst Du davon, dass Du von Deinen Eltern getrennt bist oder getrennt werden könntest?* _____

1.7 *Hast Du an Tagen, an denen Du zur Schule musst, oft Kopfweh oder Bauchschmerzen, oder ist Dir übel ?* _____

Falls NEIN bei allen Fragen, weiter zu Panikanfall (DSM-IV und ICD-10 verlangen mindestens 3 der genannten Symptome).

1.8 *Bist Du ganz traurig oder auch ganz ärgerlich, wenn es Tage gibt, an denen Du nicht bei Deinen Eltern sein kannst (z.B. auch, wenn Du zur Schule musst)?* _____

1.9 *Wenn Du von Deinen Eltern getrennt bist, sagst Du dann z. B., dass Du nach Hause zurück möchtest, oder rufst Du nach Deinen Eltern, wenn sie nicht da sind?* _____

2. *Dauern die genannten Symptome über mindestens 4 Wochen hinweg an?* JA- NEIN

3. *Seit wann hast Du diese Angst, Dich von Deinen Eltern zu trennen oder alleine zu sein?* Beschreiben: _____

4. *War etwas Außergewöhnliches passiert, kurz bevor Du diese Angst bekommen hast?* JA- NEIN-
Beschreiben: _____

5. *Wie stark fühlst Du Dich durch diese Ängste in Deinem Leben, in der Schule, in der Freizeit, im Umgang mit Freunden usw. beeinträchtigt?*

Schätzen Sie die Beeinträchtigung auf einer Skala von 0-4 ein:

0	1	2	3	4
gar nicht	ein wenig	mäßig	schwer	sehr schwer/ massiv beeinträchtigt

Das strukturierte Interview ist primär auf die Erfassung zahlreicher störungsspezifischer Symptome orientiert. Aus ihrer syndromatischen individuellen Belegung lässt sich unter Berücksichtigung des Zeitkriteriums auf das Vorliegen einer Störung schließen. Das ist das Hauptanliegen des Kinder-DIPS. Diese Zielstellung macht auch verständlich, dass für das Erfassen anamnestischer Daten im diagnostischen Interview nur wenig Zeit bleibt. Aus diesem Grunde werden nur wesentliche soziodemographische Angaben zu Patient und Familie ermittelt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Schule, besuchte Klasse, Kind lebt bei ..., Beruf des Vaters, Beruf der Mutter, Angaben zum Familienstand, zu den Geschwistern (Geschlecht, wo lebend?, wann Familie verlassen?), gab es in letzter Zeit Veränderungen oder Schwierigkeiten mit Familie, Freunden Schulkameraden, Gesundheit oder Delinquenz?

Der spezifische anamnestische Teil bezieht sich auf die psychiatrische Krankheitsgeschichte des Patienten (Behandlung wegen psychischer Auffälligkeiten im Lebenslauf [Zeitpunkt der einzelnen Erkrankung, Behandler, Problem, Behandlung durch Medikation]).

Ferner wird die psychiatrische Familienanamnese erhoben, also ob psychische Störungen bei Eltern, Großeltern, Tanten und Onkeln, Vettern und Nichten vorkamen, ob diese deswegen behandelt wurden oder Probleme hatten, aber keine Hilfe suchten. Durch die Erhebung dieser Daten sind Rückschlüsse auf die Vulnerabilität des Patienten und auf genetische Belastungen sowie auf belastende Lebensumstände möglich.

Die Elternversion des Kinder-DIPS unterscheidet sich nur unwesentlich von der Kinderversion, so dass Kind bzw. Jugendlicher und Eltern – gleiches Frageverständnis vorausgesetzt – denselben Sachverhalt beurteilen. Dies wiederum schafft günstige

Voraussetzungen für die Ermittlung von Zuverlässigkeit und Gültigkeit des diagnostischen Interviews. Die Autoren des Kinder-DIPS haben vielfältige Untersuchungen zu Reliabilität und Validität vorgenommen, über die nun zusammenfassend berichtet werden soll. Die Reliabilität beurteilten sie mittels prozentualer Übereinstimmung zwischen den Ratern, mittels Kappa-Koeffizienten (Cohen, 1960) und Yule's Y-Koeffizienten (Yule, 1912), um methodischen Einwänden gegen einzelne Kennwerte zu begegnen.

Die Re-Test-Koeffizienten der Kinderversion liegen nach einem einwöchigen Intervall für die Oberklassen-Diagnosen (Expansive Verhaltensstörungen usw.) bezüglich der prozentualen Übereinstimmung im Bereich von 75 bis 100 Prozent. Die Kappa-Werte variieren zwischen 0.50 und 1.00 und die Y-Koeffizienten liegen im Bereich 0.60 bis 1.00. Damit sind die Reliabilitäten für die Kinderversion des Kinder-DIPS als zufriedenstellend bis gut einzuschätzen.

Auch die Retest-Reliabilität zur Elternversion ergibt eine günstige Aussage zur Zuverlässigkeitsbeurteilung des Kinder-DIPS. Die prozentuale Übereinstimmung liegt für die einzelnen Oberklassen zwischen 89 bis 100 Prozent. Die Kappa-Werte variieren zwischen 0.49 und 1.00, während die Y-Koeffizienten im Intervall von 0.65 bis 1.00 liegen. Für beide Vier-Felder-Koeffizienten entfallen die ungünstigsten Werte jeweils auf die Angststörungen. Die Autoren erklären das Ergebnis u.a. damit, dass es Unterschiede im Erfassen des subjektiven Erlebens und im Verhalten bei Kindern bzw. Jugendlichen und Eltern gibt.

Während die Bewertung der Zuverlässigkeit bei nahezu allen strukturierten Interviews vorgenommen und mitgeteilt werden, sind Angaben zur Validität spärlich. Aus diesem Grunde haben sich Unnewehr, Schneider und Margraf (1995) besonders um den Validitätsnachweis bemüht. Sie bezogen zur kriterienorientierten Validierung der Kinderform eine Reihe von in der Forschung bewährten Fragebögen ein, so:

- Youth Self Report (YSR, Achenbach, 1991a)
- Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ, Stiensmeier-Pelster et al., 1989)
- State-Trait Angstinventar für Kinder (STAIC, Spielberger, 1973)
- Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC, Groeger, 1976)

Zur Validierung der Elternversion des Kinder-DIPS wurde die Child Behavior Checklist (CBCL) von Achenbach (1991b) herangezogen.

Etwas verallgemeinert lässt sich sagen, dass Kinder mit einer spezifischen Kinder-DIPS-Diagnose (2) in den Fragebogenverfahren häufiger inhaltsnahe Symptome als Kinder mit einer anderen Kinder-DIPS-Diagnose (1) und solche ohne eine Kinder-DIPS-Diagnose (0) aufweisen, also die Gruppenvergleiche zu folgenden statistischen Ergebnissen führen müssten:

$$2 > 1 \geq 0$$

Für Kinder mit Angststörungen konnten über den FSS-FC, STAIC und YSR die erwarteten Unterschiede nachgewiesen werden. Ebenso konnten für Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Störungen mit Oppositionellem Trotzverhalten sowie Störungen des Sozialverhaltens, Störungen mit Trennungsangst und Störungen mit Kontaktvermeidung die entsprechenden Unterschiede im Summenscore des YSR ermittelt werden.

Mit Hilfe der CBCL konnte die Validität der Elternversion des Kinder-DIPS für alle Expansiven Verhaltensstörungen und die Störung mit Kontaktvermeidung nachgewiesen werden.

Wenn auch von den Autoren des Kinder-DIPS nicht so bewertet, sehen wir in der Eltern-Kind-Übereinstimmung bei der Beantwortung der Fragen einen wichtigen Validitätsbeweis. Da die Ergebnisse im Handbuch mitgeteilt sind, sollen sie hier hervorgehoben werden. Sie belegen, dass Kinder bzw. Jugendliche und ihre Eltern über die kindliche Symptomatik sehr Ähnliches bzw. das Gleiche aussagen, so dass der Untersucher eine Diagnose ableiten kann. Die prozentuale Übereinstimmung für die Oberklassen variiert zwischen 80 und 99 Prozent und liegt bei den untergeordneten Störungskategorien im Allgemeinen durchschnittlich sogar noch höher.

6.2 BADO

Die Zielstellung der Basisdokumentation „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ (BADO-KJPP) besteht neben der diagnostischen Absicht vor allem darin, die Therapieindikation, den Schweregrad der Symptomatik, die Art der Behandlung und den Behandlungsverlauf zu erfassen und anhand dieser Aussagen die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen sowohl für den einzelnen Behandler, als auch im Vergleich unterschiedlicher Therapeuten und Institutionen zu überprüfen.

Tabelle 6.1: Module der BADO und Anzahl der Items

	Anzahl der Items	
	obligat	zusätzlich
01 Aufnahmebedingungen und soziodemographische Daten	21	6
02 Anamnese einschließlich familiäre Belastungen	24	2
03 Psychopathologischer Aufnahmebefund	17	
04 Somatisch-neurologischer Befund	4	1
05 Diagnosen nach Multiaxialer Klassifikation	6	
06 Zusätzliche somatische Diagnostik	11	
07 Zusätzliche psychologische Diagnostik	10	
08 Therapie Leistungsdokumentation	9	18
09 Kritische Ereignisse während der Behandlung	9	
10 Ende der Behandlung	4	
11 Behandlungsergebnis	3	
12 Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen		
Summe der Items	122	27

Das Dokumentationssystem ist so gut entwickelt, dass Analysen mit unterschiedlichen Fragestellungen sachgerecht und rationell, da rechnergestützt, und, da in der Dokumentation auch z.B. soziodemographische Daten, der psychopathologische Befund und Bewertungen des Behandlungsergebnisses (vgl. Tabelle 6.1) einbezogen wurden, bearbeitet werden können.

Die BADO gliedert sich in 12 Module mit einer durch die Kooperation von Wissenschaftlern und Praktikern akzeptierten spezifischen Anzahl von Fragen. Von den 149 erfassten Sachverhalten oder Merkmalen (Items) sind 122 obligat bei jedem Patienten und bei jedem erneuten Behandlungszeitraum zu beantworten und 27 Items können ergänzend ausgefüllt werden.

Das Modul Anamnese umfasst 24 obligate und 2 zusätzliche Items. Die Lebens- und Krankengeschichte des Kindes und seiner Familie beginnt mit der Entbindung (Frage 1). Aus der Ermittlung des Lebensalters der Mutter zu diesem Zeitpunkt gewinnt der Untersucher einen Eindruck, ob Belastungen aus einer verfrühten Schwangerschaft oder Komplikationen für die Entwicklung des Kindes durch die Tatsache einer Spätgebärenden abzuleiten sind und ob zu erwarten ist, dass diese Frau ihren Aufgaben und Pflichten als Mutter nachkommen kann.

Die Fragen 2 bis 5 beziehen sich auf die globale Ermittlung von Komplikationen und Risiken im Schwangerschaftsverlauf, unter der Geburt und postpartal. Mit diesem Vorgehen werden vor allem Sachverhalte erfasst, die für die (werdende) Mutter sehr eindrucksvoll waren und damit wahrscheinlich Bedeutung für die Entwicklung des Kindes haben.

Mit den Fragen 6 bis 9 werden Entwicklungsbesonderheiten in den Bereichen Motorik, Sprache und Sauberkeit und das Auftreten schwerer Erkrankungen in der frühen Kindheit ermittelt. Auch hier erfolgt eine breite und unspezifische Erhebung von Risiken und Entwicklungsmarkern.

Die Erfassung der Geschlechtsreife der Mädchen erfolgt mit den Fragen 10 und 11.

Während sich Frage 12 auf die Art der besuchten Kindereinrichtung bezieht, wird mit Frage 13 beurteilt, ob im vorschulischen Bereich Probleme wie Trennungsangst, Kontakt- und Spielstörungen, hypermotorisches Verhalten und Auffälligkeiten im Sozialverhalten vorlagen. Mit dieser Frage werden Symptome von Störungen ermittelt, die besonders im sozialen Bereich zu beobachten sind oder die sich in der vorschulischen Kommunikation und Interaktion, also bereits recht früh herausbilden.

Die Fragen 14 bis 19 gehen auf die Schulzeit näher ein. Frage 14 bewertet den Schulstart, hinsichtlich zeitgerecht, vorzeitig oder zurückgestellt. Aus den Antworten kann der Untersucher folgern, ob allgemeine Entwicklungsprobleme vorlagen oder sich diese auf die Teilbereiche kognitive, soziale oder emotionale Entwicklung bezogen. Aber auch die vorzeitige Einschulung legt eine Reihe von Überlegungen nahe, so z. B. Kontinuität oder Diskontinuität der Entwicklung in einzelnen Teilbereichen sowie die Frage, von wem und mit welcher Vehemenz und Zielstellung die vorzeitige Einschulung betrieben wurde. Die Fragen 15 und 16 konzentrieren sich auf den Schulfortschritt (Klassenwiederholungen, Umschulungen).

Mit Frage 17 wird das erreichte Bildungsniveau (z.B. Haupt-, Realschule, Gymnasium, aber auch Förderschulen wie Schule für Lernbehinderte, Schule für Erziehungshilfe) ermittelt. Aus diesen Ergebnissen kann der Untersucher folgern, ob das Kind den schulischen Belastungen gewachsen ist, Hilfe und Unterstützung benötigt oder sich den schulischen Anforderungen verweigert.

Bei Jugendlichen wird der höchste erreichte Schulabschluss mit Frage 18 gesondert hervorgehoben.

Die Frage 19 wendet sich speziellen schulischen Problemen zu, wie schlechtes Betragen und aggressives Verhalten, Kontakt- und Konzentrationsstörungen, Auffälligkeiten durch hypermotorisches Verhalten, aber auch Schulschwänzen, Schulverweigerung und Schulangst. Damit werden z.B. Symptome ermittelt, die im Zusammenhang mit Auffälligkeiten im Sozialverhalten, mit Selbstwertstörungen oder Ängsten stehen. Mit Frage 20 ermittelt der Untersucher, ob und inwieweit der Übergang in das Berufs- und Erwerbsleben geglückt ist.

Die letzten sechs Fragen des Anamneseschemas beziehen sich auf die Anzahl leiblicher Geschwister, die Stellung in der Geschwisterreihe, das Vorliegen von Mehrlingsgeburten in der Familie. Dies sind keineswegs banale Angaben, da wir aus der kinderpsychologischen Forschung und Praxis wissen, dass mit dem Anwachsen der Geschwisterzahl Eltern mit der individuellen Betreuung der Kinder oftmals überfordert sind und sich die Möglichkeiten von Geschwisterrivalitäten potenzieren oder es den Eltern in dieser Konstellation schwer fällt, die Wünsche der Kinder im „Normalmaß“ zu befriedigen. Die Stellung in der Geschwisterreihe sollte auch in der Situation der geringen Anzahl von Kindern beachtet werden, da oftmals den Erstgeborenen Verantwortung und Betreuungsaufgaben zugemutet werden, die sie überfordern. Auch die Nachzügler (Nesthäkchen) verdienen unsere Aufmerksamkeit, weil sie tatsächlich oftmals von den Eltern geschützt werden und sie deshalb nicht lernen, Grenzen zu beachten. Kinder aus Mehrlingsgeburten sind in den Sprechstunden von Kinder- und Jugendlichentherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern relativ häufig, da eine Mehrlingsgeburt sehr oft eine Risikogeburt ist. Oftmals leiden das zweite und die folgenden Kinder unter Sauerstoffmangel und haben wegen dieser Mangelversorgung Entwicklungsschwierigkeiten im kognitiven oder sozialen Bereich.

Mit Frage 25 und 26 werden Belastungen des Kindes oder des Jugendlichen durch Erkrankungen anderer Familienmitglieder im psychiatrischen oder anderen Bereichen erfasst. Die Forschungen des letzten Jahrzehnts haben eindringlich auf kindliche Belastungen durch depressive oder schizophrene, aber auch andere elterliche Störungen aufmerksam gemacht.

Da die BADO als Routineverfahren in der Sprechstunde bzw. Klinik angewendet wird, hat man sich bei der Kodierung von Problemen und Auffälligkeiten auf ein grobes Antwortmodell geeinigt (1= nein, 2= ja, 9 = unbekannt), was zwar zum einen ihre Handhabung erleichtert, es zum anderen aber an Plastizität der Daten fehlen lässt.

7 Die verfahrenstechnische Güte anamnestischer Daten

Die diagnostische Brauchbarkeit von Anamnesen als grundlegende diagnostische Verfahren hängt wie bei jedem anderen diagnostischen Instrument (z.B. Intelligenz-, Konzentrations- oder Persönlichkeitstest) von der messtechnischen Güte, also von Objektivität, Reliabilität und Validität ab. Von methodenkritisch orientierten Autoren (Clauß, 1964; Schmidt und Kessler, 1976; Guthke, 1986 und Ettrich, 1991) wird immer wieder auf fehlende oder unzureichende empirische Untersuchungen verwiesen, die es uns gestatten, die Güte anamnestischer Daten im Allgemeinen und für spezifische Anamneseschemata im Besonderen zu beurteilen. Die Gründe für diese Mängel sind vielfältig und liegen zum einen auf Seiten des Befragten und zum anderen auf Seiten des Diagnostikers (des Befragers).

Versuchen wir uns zunächst einmal Einflüsse auf die **Objektivität des Befragten** vorzustellen und Fakten zu nennen, warum er nicht immer präzise auf die Frage antwortet:

- Der Befragte erfasst den Inhalt der Frage nicht exakt.

Z.B. (Frage 5 aus 5.4.1): In welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen?

In diesem Fall kann der Befragte das Gehörte auf „laufen“ reduzieren und er überhört das wesentliche Attribut „frei“. Auf Grund seines Frageverständnisses erinnert er sich an Episoden, in denen sein Kind an Möbeln entlang rutschte und benennt ein früheres Lebensalter als die Realität (Wir haben in der Praxis mehrfach als Antwort von stolzen Vätern bekommen: „Der (der Sohn) ist gleich nach der Geburt über den Wickeltisch gelaufen.“).

- Hinter den Antworten des Befragten steht eine Tendenz zur Beschönigung des Verhaltens des Kindes.

(Frage 5 aus 5.4.3): Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen?

Eltern könnten auf die Frage mit „es hat gute Spiel- und Beschäftigungsideen“ antworten, um seine Selbstständigkeit und Kreativität zu betonen, aber vergessen zu erwähnen, dass dieses Verhalten „leider nicht sehr lange“ durchgehalten wurde und dies zu zahlreichen Problemen führte.

- Die Antworten der Befragten zielen auf eine Aggravation der Störung ab, um Hilfe und Unterstützung des Befragers oder zumindest dessen Mitgefühl zu erlangen.

(Fragen 8 und 9 aus 5.4.6): Eine Mutter berichtet über besondere Schwierigkeiten im Leistungsbereich, obwohl sie dem Kind permanent helfe und mit ihm täglich übe. Im Gegensatz zu den Klagen der Mutter fielen die Zensuren im letzten Zeugnis nicht schlechter als „3“ aus. Auch die verbale Einschätzung im Zeugnis stand den Schilderungen der Mutter diametral entgegen.

Gehen wir nun zu den Faktoren weiter, die die **Objektivität des Diagnostikers** einschränken können:

- Für die Codierung der Antworten steht kein Kategoriensystem zur Verfügung.
- a) Der Diagnostiker notiert die Antworten des Befragten frei. In einem solchen Fall wird er die für die Einschätzung des Patienten und seiner Familie wichtigen Daten zwar erfassen, diese Aussagen werden im Wiederholungsfall oder der Beurteilung durch einen zweiten Rater möglicherweise verbal ganz anders ausfallen und damit dem Sachverhalt ein anderes Gewicht zuweisen.
- b) Liegt kein Kategoriensystem vor, kann der Diagnostiker oder der Co-Rater zu Schlussfolgerungen kommen, die keinesfalls den Tatsachen entsprechen. Erfahren die Untersucher beispielsweise, dass der Kindesvater einen Hochschulabschluss besitzt, folgern sie oder einer der Untersucher, dass dieser auch das Abitur erworben hat, weil dies zur Zeit des Untersuchers Voraussetzung für den Universitätszugang war. Die Veränderungen im Bildungssystem werden bei dieser Schlussweise nicht berücksichtigt.

Wenden wir uns nun der Reliabilität, also der Messgenauigkeit anamnestischer Angaben zu. Es ist wohl jedem verständlich, dass wir die einschränkenden Faktoren auf die Objektivität weitgehend ausschließen müssen. Bei der Erarbeitung unseres Anamneseschemas haben wir durch Probeinterviews in Kinder- und jugendpsychologischen Sprechstunden die weitestgehende Verständlichkeit und die Zumutbarkeit unserer Fragen bei Probanden mit unterschiedlichem Bildungsgrad überprüft und entsprechende (erforderliche) Korrekturen am Text vorgenommen.

Den Antworttendenzen der Befragten sowohl in positiver als auch negativer Richtung kann man am besten dadurch begegnen, dass man den Eltern sein Verständnis für ihre Situation signalisiert und ihnen klar macht, dass sie sich und dem Patienten am meisten helfen, wenn sie ehrlich sein Verhalten und die familiären Beziehungen schildern.

An Stellen, wo tendenziöse Abweichungen erkennbar sind, ist es zweckmäßig, Vorstehendes zu wiederholen und geduldig nachzufragen. Durch geduldiges Nachfragen gelingt es meist sehr gut, das Vertrauen in die professionelle Kompetenz des Diagnostikers zu fördern.

Um die Objektivität der Befrager positiv zu beeinflussen, haben wir allen Fragen Antwortkategorien zugeordnet sowie ihre Abbildprägnanz durch erfahrene Kinderpsychologen beurteilen lassen und in speziellen Teamdiskussionen Veränderungen vorgenommen.

Die **Reliabilität** unseres Anamneseschemas wurde in Qualifikationsarbeiten (Diplomarbeiten und Dissertationen) mehrfach analysiert, wobei drei Vorgehensweisen Anwendung fanden:

1. die Anamnese wurde von zwei Untersuchern gemeinsam erhoben, wobei wie in der Exploration üblich Untersucher A die Anamnese erhob und für sich protokollierte und Untersucher B nur die Antworten im Anamnesebogen festhielt, sich aber am Gespräch nicht beteiligte. Die Befunde von Untersucher A und Untersucher B wurden für jede Einzelfrage korreliert.

2. Die Anamneseerhebung wurde nach einem Intervall von drei Monaten vom gleichen Untersucher wiederholt. Hier handelte es sich ausschließlich um Therapiefälle. Die Wiederholung der Befragung wurde mit der meist erfolgreichen Arbeit des Therapeuten begründet und mit seinem Interesse für die Lebensgeschichte des Patienten und der Hoffnung, durch diese neue Einsichten für die therapeutische Hilfe abzuleiten. Die Befunde von Erst- und Zweituntersuchung wurden wiederum korreliert und damit eine klassische Test-Retest-Zuverlässigkeit ermittelt.

3. Überall dort, wo wir durch Kumulation von Einzelfragen einen inhaltlich umschlossenen Fragebereich abgrenzen konnten, haben wir die innere Konsistenz dieser Bereiche über Cronbachs-Alpha bestimmt.

Die Fragen, die in unser Anamneseschema aufgenommen wurden, ergaben sich aus der kinder- und jugendpsychologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Erfahrung der Autoren (Ettrich, 1980; Ettrich, 1983), wobei Arbeiten von Kemmler (1965, 1974), Gutjahr und Kukla (1969), Ettrich und Guthke (1972) und Dehmelt, Kuhnert und Zinn (1974) berücksichtigt wurden.

Die **Augenschein- und Inhaltsvalidität** unseres Anamneseschemas wurde von 15 erfahrenen Kinderpsychologen überprüft, die die Vielfalt der angesprochenen Sach-

verhalte und ihre Bedeutung für die präzise Erfassung psychischer Störungsbilder im Sinne der ICD bewerteten.

Die diagnostische Relevanz der Fragen unseres Anamneseschemas wurde durch den Vergleich mit Literaturbefunden abgesichert. Auf einige Gewährspersonen möchten wir besonders hinweisen:

- Über die Auswirkungen von prä-, peri- und postnatalen Risikofaktoren auf die neurologische und psychische Entwicklung liegen zahlreiche Befunde vor (Lempp, 1970; Göllnitz, 1970, 1992).
- Die Arbeit von Meyer-Probst und Teichmann (1984) belegt die ungünstigen Auswirkungen der Risikokumulation auf die psychische Entwicklung, insbesondere dann, wenn biologische und psychosoziale Risiken gleichzeitig auftreten.
- Die Bedeutung des Kleinstkind- und Vorschulalters für die späteren Entwicklungsabschnitte sowie der Einfluss der institutionellen Betreuung auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gehen beispielsweise aus den Arbeiten von Schmidt-Kolmer (1963) und Ettrich (1980) hervor.
- Die Entwicklung des Leistungsverhaltens findet im Anamneseschema besondere Beachtung, da schulische Leistungsschwierigkeiten und leistungsbezogene Verhaltensprobleme im Ursache-Folge-Geschehen bei psychischen und psychosomatischen Störungen eine hohe Relevanz besitzen, so Löwe (1961), Rösler (1967).
- Fragen zur Erfassung der familiären Lebensbedingungen (psychosozialer Risiken) konnten zum Teil aus Smets (1985) und Mattejat (1985) abgeleitet werden.

Anhand einer Stichprobe von 188 Patienten im Alter von 4;4 bis 10;5 Jahren (Ettrich und Jentzsch, 1990) einer kinderpsychologischen Praxis haben wir die Test-Retest-Zuverlässigkeit unseres Anamneseschemas analysiert, über die Ergebnisse werden wird nachfolgend zusammenfassend berichten, wobei auf Fragen mit unzureichender und mit hervorragender Reliabilität besonders verwiesen wird.

1. Pränatale Belastungsfaktoren: Die Retestkoeffizienten variierten im Intervall von 0,30 (berufliche Belastungen der KM) bis 1,0 (hoher Blutdruck, Oedeme). Der Mittelwert für diesen Analysebereich lag bei von $r_{tt}=0,71$. Dieses Ergebnis ist für anamnestic Angaben recht befriedigend.

2. Peri- und postnatale Belastungsfaktoren: Hier lagen die entsprechenden Koeffizienten im Intervall von 0,30 (Herzfrequenzalteration, Zustand post partum) und 1,0 (protrahierter Geburtsverlauf, Lageanomalien, Nabelschnurumschlingung, keine Spontanatmung) bei einem Mittelwert von $r_{tt}=0,79$. Das Ergebnis der Zuverlässig-

keitsüberprüfung ist bei diesen Daten im Allgemeinen sehr gut, da Ereignisse und Umstände unter der Geburt und der Zustand des Kindes sich den Müttern fest eingeprägt haben.

3. Wunschkindproblematik und Entwicklung im ersten Lebensjahr: Bei diesem Datenbereich wurden Schlafstörungen der Kinder von den Müttern recht unzuverlässig erinnert (0,34), während Nahrungsverweigerungen und Erbrechen mit großer Präzision (nämlich 1,0) benannt wurden. Das Mittel lag bei $r_{tt}=0,83$. Die Retestdaten verdeutlichen, dass sowohl die Wunschkindthematik als auch Entwicklung im ersten Lebensjahr von den Müttern meist akribisch beobachtet wurde.

4. Entwicklung von Motorik, Sauberkeit, Sprache und Sozialverhalten: Die Retestwerte variieren hier im Intervall von 0,37 (bevorzugte Spielpartner und 1,0 (Kopf heben, freies Sitzen, Kriechen, Stehen) bei einem Mittel von $r_{tt}=0,75$. Auch über die breite Palette der Entwicklungsmarker können Mütter mit hoher Zuverlässigkeit berichten.

5. Merkmale des leistungsorientierten Spiels, der reaktiven Verarbeitung des Umwelterlebens, der Kindergartenzeit und der mütterlichen Intelligenzeinschätzung: Die Werte liegen im Bereich von 0,37 (Sachbeschädigung, Angst vor Dunkelheit und 0,79 (Überforderung durch Tagesregime) bei einem Durchschnittswert von $r_{tt}=0,53$. Die Zuverlässigkeitswerte in diesem Bereich fallen im Durchschnitt deutlich geringer aus, weil die Mütter hier über Verhaltensweisen der Kinder berichten, an denen sie selbst nur sporadisch teilhaben oder von anderen über ihre Kinder erfahren.

6. Die Symptome psychischer Störungen werden mit recht unterschiedlicher Zuverlässigkeit wiedergegeben: 0,30 für Einkoten, Trotz, Ungehorsam sowie Bauchschmerzen, während Daumenlutschen, Albernheit und Stottern mit hoher Zuverlässigkeit, also mit Werten von 0,86 erinnert werden. Der Mittelwert für diesen Komplex liegt bei $r_{tt}=0,55$. Auch für diesen Verhaltensbereich fallen die zeitliche und situative Wahrnehmungs- und Beobachtungssituation der Mütter sehr unterschiedlich aus, so dass auch hier die Zuverlässigkeitskoeffizienten in dieser mittleren Größenordnung liegen.

7. Die Fragen zur Familienstruktur und sozioökonomischen Lage werden im Allgemeinen gut repliziert. Die ungünstigste Korrelation ergibt sich mit 0,46 für das Merkmal „psychologische Behandlung der Kindesmutter“, aber so eindeutige Merkmale wie Angaben zur Anzahl der Kinder, zur Geschwisterposition, der Berufstätig-

keit des Kindesvaters, zur Schulbildung der KM, des KV, zur Berufsausbildung von Mutter und Vater, aber auch zu Wohnungswechsel, Heimunterbringung der Kinder, zu Wohnungsgröße und eigenem Zimmer für den Patienten korrelieren mit 1,0 bei einem Mittel von $r_{tt}=0,91$. Da in diesem Fragenkomplex nahezu alle Merkmale sehr stabil und eindeutig sind, ergeben sich für die Reliabilitätsbeurteilung nahezu ideale Bedingungen, was sich auch im Mittel der r_{tt} -Werte widerspiegelt.

8. Die Retestwerte zu den Fragen nach den **ehelichen Beziehungen und Erziehungseinstellungen** liegen im Intervall von 0,27 (Bestrafung durch Nichtbeachtung des Kindes) und 0,94 (Gründe für die Eheschließung). Das Mittel von $r_{tt}=0,62$ ist für einen Bereich, der vor allem familiäre Interaktionen erfasst, recht befriedigend.

9. Der Bereich zur **Familiendynamik**, der ja vor allem auf die Ermittlung psychosozialer Faktoren für Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen gerichtet ist, weist eine hohe Schwankungsbreite der Retestkoeffizienten aus. Vor allem sind die „emotionalen Beziehungen der Kindesmutter zum Patienten“ deutlichen zeitlichen und situativen Schwankungen des Verhaltens des Patienten und des Erlebens der Mutter ausgesetzt. Die Korrelation liegt hier nur bei 0,15, während die emotionalen Beziehungen des Vaters zum Kind mit 0,54 dagegen relativ stabil sind. Die Väter haben einen geringeren Direktkontakt zum Patienten und bilden ihre Meinung oft erst durch die Schilderungen der Mütter. Die höchsten Retestwerte mit 0,84 ergeben sich in diesem Bereich für „Großelterneinfluss“ und für die „Einbeziehung des Patienten in Urlaubsvorbereitungen“. Erwartungsgemäß liegt die mittlere Korrelation bei $r_{tt}=0,50$ und damit am niedrigsten für unser Anamneseschema.

Wenn wir die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse abschließend bewerten, so lassen die vorliegenden Befunde den Schluss zu, dass durch die Vorgabe eindeutiger Antwortkategorien die Objektivität der Anamneseerfassung begünstigt wurde und diese Absicherung sich auf die Zuverlässigkeit der Daten positiv ausgewirkt hat.

Die Validität unseres Anamneseschemas haben wir durch Inhaltsanalyse und Expertenurteile abgesichert. Empirische Untersuchungen im Sinne der Kriteriumsvalidität haben wir durch Korrelation mit Berichten der Geburtskliniken und durch Erhebung der Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U3 für prä-, peri- und postnatale Belastungsfaktoren wahrnehmen können:

1. Für den **pränatalen Bereich** lagen die r_{tc} -Werte im Intervall von 0,65 (Erkrankungen während der Schwangerschaft) und 1,0 (Blutungen in den ersten 5 Schwanger-

schaftsmonaten). Der mittlere Gültigkeitskoeffizient lag bei einem r_{tc} -Wert von 0,77 für diesen Datenkomplex.

2. Die **peri- und postnatalen Merkmale** korrelierten im Spektrum von 0,41 (Nabelschnurumschlingung) und 0,93 (Geburtsgröße, Geburtsgewicht, Geburt unter Narkose). Auch hier ist das Mittel der Korrelationen mit 0,65 ein recht befriedigendes Ergebnis, das für die diagnostische Verwendung anamnestischer Daten spricht.

3. Auf weitere kriteriumsorientierte Validitätsnachweise konnten wir bereits in unseren Ergebniskästen 1 bis 13 eingehen. Hier bezieht sich das Kriterium auf den Entwicklungsstatus der Kinder.

8 Zusammenfassung

Wir wollten mit unseren Ausführungen zum einen die Bedeutung der Anamnese im Rahmen einer komplexen kinder- und jugendpsychotherapeutischen Diagnostik verdeutlichen.

Wir wollten zum anderen darlegen, welche essentiellen und welche fakultativen Bereiche die Anamnese enthalten muss, um im diagnostischen Prozess hilfreich zu sein.

Dabei sind wir bewusst relativ ausführlich auf die Meilensteine kindlicher und jugendlicher Entwicklung eingegangen und haben außerdem Ergebnisse eigener Untersuchungen zur Veranschaulichung herangezogen.

Wir wollten drittens einen Ablauf des Anamnesegesprächs vorschlagen, der sich in der Praxis an sehr vielen Kindern und Jugendlichen und deren Familien als hilfreich und praktikabel erwiesen hat.

Viertens - und das halten wir für besonders hervorhebenswert – können wir aufgrund jahrzehntelanger Erfahrungen ein Anamneseschema vorlegen, welches nicht nur praxisrelevant und plausibel ist, sondern über eine umfassende methodenkritische Absicherung verfügt.

Abschließend haben wir an ausgewählten Beispielen gezeigt, wie die anamnestische Datenerhebung in größere und umfassendere Diagnostik-Systeme eingebettet ist, was natürlich mit einem Verlust an anamnestischen Daten erkaufte werden muss.

Denn: Eine gute Anamnese ist mehr als die Leidens- und Krankheitsgeschichte eines Menschen, gerade in Kindheit und Jugend sollte sie die Lebensgeschichte in bio-psycho-sozialer Hinsicht widerspiegeln. Damit ist sie von hohem Wert für die Diagnose einer Störung, für deren effiziente Therapie und kann damit einen entscheidenden Beitrag für eine Verbesserung der Prognose leisten.

Literatur

Achenbach, T.M.(1991a): Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. (1991b): Manual for the Child Behavior Checklist /4-18 and Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978): Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, NY: Erlbaum

Boerhaave, H. (1737): Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis. Rotterdam

Borg-Laufs M., (Hrsg.) (1999/2001). Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen/Band 2: Interventionsmethoden. Tübingen: dgvt-Verlag.

Bowlby J (1969): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler.

Bowlby J (1995): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Heidelberg: Dexter.

Bowlby J (1973): Attachment and loss, vol.2: Separation:Anxiety and anger. New York: Basic Books.

Bretherton I !985): Attachment theory.Retrospect and prospect. In. Bretherton, I, Waters, E eds.Growing points of attachment theory and research. Monographs of She society for research in Child Development United Kingdom Blackwell Publishing 50 (1-2); 3-35.

Brisch KH (1999). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: klett-Cotta.

Brisch KH (2001): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch KH (2003): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch KH, Grossmann KE, Grossmann K, Köhler L (Hrsg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch KH und Hellbrügge Th (Hrsg.) (2008): Der Säugling – Bindung, Neurobiologie und Gene. Stuttgart. Klett-Cotta

Clauß G. (1964): Zur Standardisierung psychodiagnostischer Verfahren. Probl. Erg. Psychol. 9, 7-31.

Cohen J(1960).A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.

Cohen R.(1969). Systematische Tendenzen bei der Persönlichkeitsbeurteilung. Bern: Huber.

Collins NL & Read SJ (1990): Adult attachment, working model, and relationships quality in dating couples. Journal of Personality and social Psychology 56: 644-663.

Dehmelt, Kuhnert und Zinn (1974). Diagnostischer Elternfragebogen. Beltz: Weinheim.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (2000, 2002, 2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag. Internet: www.uni-duesseldorf.de/www/awmf

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber.

Dilling H. Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – Forschungskriterien. Bern: Hans Huber.

Döpfner, M. und Lehmkuhl, G. (1998). DISYPS. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. Bern: Verlag Hans Huber.

Eggers C, Fegert JM, Resch F (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.

Eggers C, Lempp R, Nissen G, Strunk P (1994): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.

Esser G (Hrsg) (2003): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart: Thieme.

Ettrich, C. (1980). Untersuchungen und Analysen zur Frage der Infektanfälligkeit bei in Tageskrippen betreuten Kindern im 1. bis 3. Lebensjahr. Diss. A, AfÄF, Berlin.

Ettrich, C. (1998, 2002): Konzentrations-Trainings-Programm. Handanweisung Vorschulalter. Vandenhoeck u. Ruprecht.

Ettrich, C. (1998, 2002): Konzentrations-Trainings-Programm. Handanweisung 1. und 2. Klasse. Vandenhoeck und Ruprecht.

Ettrich, C. (1998, 2002): Konzentrations-Trainings-Programm. Handanweisung: 3. und 4. Klasse. Vandenhoeck und Ruprecht.

Ettrich, C. (1998, 2002, 2007): Konzentrations-Trainings-Programm. Arbeitsheft Vorschulalter. Vandenhoeck u. Ruprecht.

Ettrich, C. (1998, 2002, 2007): Konzentrations-Trainings-Programm. Arbeitsheft 1. und 2. Klasse. Vandenhoeck und Ruprecht.

Ettrich, C. (1998, 2002, 2007): Konzentrations-Trainings-Programm. Arbeitsheft 3. und 4. Klasse. Vandenhoeck und Ruprecht.

Ettrich, C. (2000a): Entwicklungsneurologische Diagnostik im Vorschulalter. In: Ettrich, K. U. (Hrsg.): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Vandenhoeck und Ruprecht.

Ettrich, C. (2000b): Entwicklungsneurologische Screening-Verfahren. In: Ettrich, K. U. (Hrsg.): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Vandenhoeck und Ruprecht.

Ettrich, C. (2001): Depressionen im Kindes- und Jugendalter. In: Zeitschrift „Synopsis“ 5 (2), S. 10-15.

Ettrich, C. (2001): Haptische Wahrnehmung im Kontext der Sensorischen Integrationstherapie. In: Grunwald, M. u. Beyer, L. (Hrsg.): Der bewegte Sinn“. Birkenhäuser Verlag. S. 125-134.

Ettrich, C. (2004): Bindungsentwicklung – Bindungsstörung – selbstverletzendes/suizidales Verhalten: eine Fallvignette. In: Ettrich, K. U.: Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Thieme Verlag.

Ettrich, C. (2004): Bindungsstörungen und Möglichkeiten der therapeutischen Einflussnahme. In: Ettrich, K. U.: Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Thieme Verlag.

Ettrich, C. (2005): ADHS Konzentrationsübungen – Spielerische Förderung zu Hause. MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn. ISBN 3-00-015817-0

Ettrich, C. (2006): ADHS – Regeln vereinfachen das Leben und das Zusammenleben. Spielerische Förderung zu Hause. MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1985): Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter - eine Herausforderung zur integrativen Zusammenarbeit von Kinderarzt, Psychologe und Kinderneuropsychiater. In: Schröder, H. und Reschke, K. (Hrsg.): Beiträge zur Theorie und Praxis der Medizinischen Psychologie. Heft 2, KMU, Leipzig.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1988a): Interdisziplinäre Untersuchungen zur früh- und Differentialdiagnostik von Entwicklungsgefährdungen im Vorschulalter. Psychologie für die Praxis 1, 49-59.

Ettrich, C. und Ettrich, K.U. (1988b): Entwicklungsverläufe drei- und fünfjähriger Kinder im psychosozialen Kontext – ausgewählte Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Symposium der APW Neubrandenburg. Berlin.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1989a): Entwicklungsverläufe Drei- bis Fünfjähriger im psychosozialen Kontext - ausgewählte Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In: Funke, R. (Hrsg.): Zur psychischen Entwicklung der Persönlichkeit im Kindesalter. GfP, Berlin.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1989b): Frühdiagnostik von Entwicklungsbeeinträchtigungen im Kindesalter. Heilberufe 41, 143-145.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1989c): Diagnostik motorischer Fähigkeiten. In: Ettrich, K. U. (Hrsg.): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter - Grundfragen-Ergebnisse-Neuentwicklungen. KMU, Leipzig.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1990): Entwicklung des Leistungs- und Sozialverhaltens drei- bis fünfjähriger Vorschulkinder im psychosozialen Kontext. In: Schröder, H. und Reschke, K. (Hrsg.): 15 Jahre Psychologie an der Alma mater Lipsiensis - Standpunkte und Perspektiven. KMU, Leipzig.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1992): Differentielle Entwicklungsverläufe psychologischer und neurologischer Parameter bei Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 7 Jahren. In: K. F. Wessel und H. A. G. Bosinski (Hrsg.), Interdisziplinäre Aspekte der Geschlechtsverhältnisse in einer sich wandelnden Zeit. Bielefeld: Kleine Verlag.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (1993): Die Bedeutung sozialer Netzwerke beim Übergang zur Elternschaft. In: Kindheitskonzepte (Hrsg. H. Keller). Unipress Osnabrück.

Ettrich, C. und Ettrich, K.U. (1995): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und erlebter sozialer Unterstützung beim Übergang zur Elternschaft - Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 42, 29-39.

Ettrich, C. und Ettrich, K. U. (2000): Objektivierung von Lernbehinderungen als Ausgangspunkt für Fördermaßnahmen. In: Zeitschrift Akzente Nr. 47/1.

Ettrich, C. u. Ettrich, K. U. (2006a): Persönlichkeitsentwicklung verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie. Verlag Dr. Kovac, Hamburg. ISBN 3-8300-2144-5.

Ettrich, C., Ettrich, K. U. (2006b): Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Springer Verlag Heidelberg. ISBN 3-540-33343-6

Ettrich, C. und Herbst, M. (2003): Analyse von Selbst- und Fremdurteil bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 9, S. 363-369. Fachverband für Behindertenpädagogik.

Ettrich, C. und Murphy-Witt, M. (2003, 2005, 2007): ADS – So fördern Sie Ihr Kind. Verlag Gräfe und Unzer GmbH München.

Ettrich, C. und Pfeiffer, U. (Hrsg.) (2001): Anorexie und Bulimie: Zwischen Todes-Sehnsucht und Lebens-Hunger. Verlag Urban & Fischer München.
ISBN 3-437-45656-3

Ettrich, C., Herbst, M. und Nürnberger, H. (1999a): Persönlichkeitsentwicklung verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher. In: Zeitung des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie, 7.

Ettrich, C., Herbst, M. und Nürnberger, H. (1999b): Förderschule für Erziehungshilfe - Ort integrativer Bemühungen von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

In: Zeitschrift für Heilpädagogik 6/99, S. 285-293. Fachverband für Behindertenpädagogik.

Ettrich, C., Herbst, M. u. Pampel, I. (2007): Verhaltensgestört – was nun? Tectum. Der Wissenschaftsverlag.

Ettrich, C., Prothmann, S., Krumbiegel, P. u. Ettrich, K. U. (2000): Biopsychosoziale Einflüsse auf die kognitive und soziale Entwicklung von Klein- und Vorschulkindern. In: Kindheit und Entwicklung 11 (1), S. 21-28; Hogrefe-Verlag Göttingen.

Ettrich, K. U., Ettrich, C. (2005): KHV-VK. Konzentrations-Handlungsverfahren für Vorschulkinder. Hogrefe-Verlag Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

Ettrich, K.U. (1983). Anamnese für die kinderpsychologische Praxis. Leipzig: Jugendgesundheitsschutz.

Ettrich, K.U. (1991). Beobachtungen zum Freispielverhalten von Kindergartenkindern. Forschungsbericht 2/91. Institut für Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik der Universität Leipzig.

Ettrich, K.U. (2000). Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Ettrich, K. U. (2004). Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Thieme Verlag.

Ettrich, K.U. (2007). Anamnese für die kinderpsychologische und kinder- und jugendlichen Psychotherapie. Leipzig: Institut für psychologische Therapie.

Ettrich, K. U., Ettrich, C. (2001) : Soziale Unterstützung beim Übergang zur Elternschaft in Ostdeutschland. In: Nickel, H. Quaiser-Pohl, C (Hrsg.): Junge Eltern im kulturellen Wandel. Untersuchungen zur Familiengründung im internationalen Vergleich. Juventa Verlag Weinheim. S. 245-253; ISBN 3 7799 1421 2

Ettrich, K. U., Ettrich, C. (2005): KHV-VK. Konzentrations-Handlungsverfahren für Vorschulkinder. Hogrefe-Verlag Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

Ettrich, K. U. und Guthke, J. (1972). Zur diagnostischen Valenz eines Kindergartenbeobachtungsbogens für Schulanfänger. *Probl. Erg. Psychol.* 41. 67-84.

Ettrich, K. U. und Jahn, H-U. (1994). Wechselbeziehungen zwischen erlebtem Familienklima, schulbezogener Selbstwirksamkeit und Schulleistung bei Schuljugendlichen im Adoleszenzalter unter den Bedingungen sozialer Wandlungsprozesse. *Zeitschrift für Familienforschung.* 6. Jahrgang

Ettrich, K. U. und Jentzsch (1990). Analysen anamnestischer Daten in einer Inanspruchnahmepopulation der kinderneuropsychiatrischen Abteilung Leipzig-Grünau. Forschungsbericht. Universität Leipzig. Sektion Psychologie.

Ettrich, K. U.; Anwer, K. M. und Ettrich, C. (1997): Die Bedeutung sozialer Netzwerke beim Übergang zur Elternschaft in Ost-Deutschland und der Jemenitischen Arabischen Republik. In: Glück, J. Tagungsband der 13. Tagung Entwicklungspsychologie, Wien.

Ettrich, K. U., Anwer, K. M. und Ettrich, C. (1998): Bedeutung sozialer Netzwerke beim Übergang zur Elternschaft in Ost-Deutschland und der Jemenitischen Arabischen Republik. In: Werneck, H. und Reichle, B.

Ettrich, K. U., Krause, R. und Jahn, H-U. (1996). Veränderungen von Einstellungen und Selbstkonzeptmerkmalen Jugendlicher unter dem Einfluss von sozialem Wandel und familiärer Sozialisation. In: Wittruk, E. und Friedrich, G. (Hrsg). *Pädagogische Psychologie im Streit um ein neues Selbstverständnis.* Landau: Verlag für empirische Pädagogik.

Ettrich, K. U., Ettrich, C. und Krause, R. (1998): Sozialer Wandel und seelisch-körperliches Befinden. In: Brähler, E. und Hessel, E. (Hrsg.), *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie.*

Feyer, R.-P. und Ettrich, C. (1996): Entwicklung und soziale Integration jugendlicher Epileptiker. In: K. U. Ettrich u. M. Fries (Hrsg.) „Lebenslange Entwicklung in sich wandelnden Zeiten“. Verlag: Empirische Pädagogik, Landau.

Filipp, S.-H. (Hg.) (1981). Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg.

Fremmer-Bombik E (1997): Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg): Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung. 2. durchges. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Garnezy (1974, 1985). Children at risk. The search for the antecedents of schizophrenia: II ongoing research programs, issues, and intervention. Schizophrenia Bulletin, 9,. 55-125

Gärtner, H. (Hrsg.) (1962): Die Fragen des Arztes an den Kranken. Berlin. Akademie-Verlag.

Gardner RA (2002): Das elterliche Entfremdungssyndrom Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

George C, Goldwyn, R. Kaplan N, Main M (1985): The adult attachment interview (unpublished manuscript). Berkeley: Department of Psychology, University of California.

Göllnitz G (1981): Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Jena: Fischer.

Görlitz, G. (2004). Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Groeger, W. (1976). Fear Survey Schedule (FSS-FC). In: D. Schulte (Hrsg.) 1976. Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban und Schwarzenberg.

Grossmann, K. (1995). Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.). Die Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Grossmann KE, Becker-Stoll F, Grossmann K (1997): Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: Keller H (Hrsg): Handbuch der Kleinkindforschung. Bern: Huber.

Guthke, J. (1986). Biografische Diagnostik – Eine kritische Übersicht. Psychiat. Neurol. Med. Psych. 38/10.561-572.

Guthke J., Böttcher H.R., Sprung L. (Hrsg) (1991): Psychodiagnostik. Band 2. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften

Gutjahr, W. und Kukla, H. (1969). Der Mütterbefragungsbogen. Probl. Erg. Psychol.31.15-44.

Hartwig, K., Ettrich, K.U. und Ettrich, C. (2004). Bindungsmuster bei psychisch auffälligen Jugendlichen. In: Ettrich, K.U. (Hrsg.)(2004). Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Stuttgart: Thieme Verlag.

Hausen, K (2001): Geschlechtshierarchie und Arbeitsteilung. Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht

Herbst, M., Ettrich, C. (2002): Längsschnittstudie „Persönlichkeitsentwicklung verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher“. In: Ettrich, C.: Bewahren und Verändern. Sammelband zur Festveranstaltung anlässlich des 75-jährigen Bestehens der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Leipzig. Diakonische Leipziger gGmbH.

Herbst, M., Ettrich, C. und Nürnberger, H. (2000): Untersuchungen zum Einsatz von YSR und TRF der Child Behavior Checklist in einer Förderschule für Erziehungshilfe. „Behavioral disorders and Learning Disabilities in the Current Professional Discussion“. Universität Oldenburg.

Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (2003): Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.

Heubrock, D. Petermann F. (2000): Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention. Göttingen. Hogrefe.
In: Zeitschrift für Heilpädagogik 6/99, S. 285-293. Fachverband für Behinderten-
ISBN 3-437-45656-3

Jacobson, S.W. & Jacobson, J.L. (1992). Breastfeeding and intelligence. The Lancet, 339, 926.

Jacobson, S.W., Fein, G., Jacobson, J.L., Schwarz, P.M., Dowler, J.K. (1985). The effect of intrauterine PCB exposure on visual recognition memory. Child Development, 56, 853-860.

Jentsch, E. (1990). Stellenwert der Anamnese bei der Diagnostik ausgewählter kinderpsychiatrischer Patientengruppen – Darstellung und empirische Überprüfung des diagnostischen Wertes eines Anamneseschemas. Diss. Universität Leipzig. Sektion Psychologie.

Jünemann, M. und Ettrich, K.U. (2004). Bindungsstrategien bei jugendlichen Straftätern. In: Ettrich, K.U. (Hrsg.)(2004). Bindungsentwicklung und Bindungsstörung. Stuttgart; Thieme Verlag.

Karpinski, R. (1988).Bedeutungsanalyse biopsychosozialer Anamnesedaten für die Entwicklung von Klein- und Vorschulkindern. Diplomarbeit. Universität Leipzig Sektion Psychologie,

Keller, H. (1989). Handbuch der Kleinkindforschung. Heidelberg: Springer-Verlag.

Kemmler L(1965, 1974).Die Anamnese in der Erziehungsberatung. Bern: Huber

Koopman-Esseboom, C., Huisman, M., Weisglas-Kuperus, N., van der Paauw, C.G., Tuinstra, L.G.M.T., und Sauer, P.J.J. (1996). Effects of polychlorinated biphenyl/dioxin exposure and feeding type on infant's mental and psychomotor

Klug, J. und Rey, E.R. (1975). Hirnschädigungen: Herausforderung für die Psychologie. *Psychologie heute*, 2, 41-47.

Kramer J (1972): Kramer-Test. Solothurn: Antonius-Verlag.

Krause R., Ettrich K. U., Jahn H.-U. (1996): Der Einfluss des Familienklimas auf die Schulleistungen ost- und westdeutscher Jugendlicher. In: Ettrich K. U., Fries M. (Hrsg): *Lebenslange Entwicklung in sich wandelnden Zeiten*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

Krauß H, Ettrich K.U. (1996): Einflussfaktoren auf die kindliche Entwicklung im ökologischen Kontext – Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In: Ettrich KU, Fries M (Hrsg): *Lebenslange Entwicklung in sich wandelnden Zeiten*. Landau: Verlag Empirische Pädagogik.

La Freniere, P. J. und Dumas J. E. (1992). A transaktional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. *Development and Psychopathology*. 4, 385-402.

Lauth, G.W., Brack, U.B. Linderkamp, F. (Hrsg.) (2001). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Leontjew A. N. (1980): *Probleme der Entwicklung des Psychischen*. Königsstein i.T.: Athenäum.

Lehr, U. (1982), *Familie in der Krise?* München: Olzog Verlag.

Löwe, H. (1961). *Probleme des Leistungsversagens*. Berlin: Volk und Wissen.

Lukesch, H. (1976). *Elterliche Erziehungsstile. Psychologische und soziologische Bedingungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Main, M. (1995). Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (Hrsg.). *Die Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Main, M. und Cassidy, J. (1988) Categories of Response to Reunion with the Parent at Age 6: Predictable from Infant Attachment Classifications and Stable over 1-Month Period. *Developmental Psychology*, Vol. 24, No. 3, 415-426.

Mattejat, F. (1985): Familie und psychische Störungen – Eine Übersicht zu den empirischen Grundlagen des familientherapeutischen Ansatzes. Stuttgart: Enke

Mattejat, F. (Hrsg.) (2006): Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. München: CIP-Medien.

Meyer-Probst B, Teichmann H (1984): Risiken in der Persönlichkeitsentwicklung im Kindesalter. Rostocker Längsschnittstudie. Leipzig: Thieme.

Myers D.G. (2005): Psychologie. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer

Nickel H. (1975). Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Band I und II. Bern: Verlag Hans Huber.

Oerter, R. und Montada, L. (2002) (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. Weinheim: Psychologische Verlags Union.

Petermann F, Niebank H, Scheithauer H (2004): Entwicklungswissenschaft. Berlin Heidelberg New York Tokio: Springer.

Prothmann, S., Krumbiegel, P. und Ettrich, C. (2000): Umweltbelastung und Entwicklung im Vorschulalter. In: Zeitschrift Akzente Nr. 47/1.

Remschmidt, H. und Schmidt, M.H., Poustka, F. (Hrsg.) (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber.

Rösler, H.-D., (1967). Leistungshemmende Faktoren in der Umwelt des Kindes. Leipzig: Barth.

Schneewind, K.A. und Hermann, T. (Hrsg.)(1980). Erziehungsstilforschung. Stuttgart: Huber.

Schmidt, L. R. und Kessler, B. H. (1976): Anamnese: Methodische Probleme. Erhebungsstrategie und Schemata. Weinheim. Beltz

Schmidt-Kolmer, E. (1963). Verhalten und Entwicklung des Kleinkindes. Berlin: Akademie-Verlag.

Schmidt-Kolmer, E. (1963). Zum Einfluß von Familie und Krippe auf die Entwicklung von Kindern in der frühen Kindheit. Berlin: Volk und Gesundheit.

Silbereisen, RK. (1976). Perzipierte mütterliche Erziehungseinstellungen und Rollenübernahme bei Kindern. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie. 8, 288-297.

Smets, A., C. (1985). Systems and Symptoms – Family Cohesion and Adaptability as Correlats of Childhood Psychopathology. Proefschrift. University of Nijmegen. Repro Geneskunde.

Spangler G, Schieche M (1995): Psychobiologie der Bindung. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg): Die Bindungstheorie – Grundlage, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spangler G, Zimmermann P (Hrsg) (1995): Die Bindungstheorie, Grundlagenforschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spielberger, C.D. (1973). STAIC. Preliminary manual for the State-Trait-Anxiety for Children. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Steinhausen, H.-C. und von Aster, M. (1999). Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union

Stiensmeier-Pelster, J. Schürmann, M und Duda, K. Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Strauß B, Buchheim A, Kächele H (2002): Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer.

Strauß B, Lobo-Drost A (1999): Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR): Eine Methode zur Erfassung der Bindungsqualität im Erwachsenenalter, basierend auf dem Adult Attachment Prototype Rating von Pilkonis. Version 1.0 Unveröffentlichtes Manual. Jena/Hamburg.
studie. Symposium der APW Neubrandenburg. Berlin.

Teichmann H(1980).Risiken der Persönlichkeitsentwicklung im frühen Kindesalter. Diss. B. Universität Rostock

Touwen BCL (1982): Die Untersuchung von Kindern mit geringen neurologischen Funktionsstörungen. Stuttgart: Thieme.

Touwen BCL, Prectl HFR (1970): The neurological examination of the child with minor nervous dysfunction. London: Clinics in Developmental Medicine. No. 38. SIMP/Heinemann.

Unnewehr, S., Schneider, S. und Margraf, J. (Hrsg.) (1996), Kinder DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer.

Werner, R. (1982). Problemfamilien – Familienprobleme. Berlin: Verlag der Wissenschaften.

Wiener, J.A. und Steingrüber, H.J. (1998 b). Developmental Neurotoxicity of polychlorinated Biphenyls (PCBs): Cognitive and psychomotor functions in 7 months old children. Toxicology Letters, 102-103, 423-428.

Winneke, G., Altmann, L., Krämer, U., Turfeld, M., und Walkowiak, J. (1998 a). Bleibelastung und neuropsychologische Entwicklungsstörungen bei Kindern. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. Sonderheft 25/1998.

Winneke, G., Bucholski, A., Heinzow, B., Krämer, U., Schmidt, E., Walkowiak, J., Wiener, J.A. und Steingrüber, H.J. (1998 b). Developmental Neurotoxicity of polychlorinated Biphenyls (PCBs): Cognitive and psychomotor functions in 7 months old children. Toxicology Letters, 102-103, 423-428.

Winnicott DW (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler.

Wittchen H-U, Saß H, Zaudig M, Koehler K (1991): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-III-R. Weinheim: Psychologische Verlagsunion.

Wittruk, E. und Friedrich, G. (Hrsg) (1996). Pädagogische Psychologie im Streit um ein neues Selbstverständnis. Landau: Verlag für empirische Pädagogik.

Wolf, C. (1995). Sozio-ökonomischer Status und berufliches Prestige. ZUMA-Nachrichten 37, Jg. 19, 102-136.

Yule GU (1912). On the methods of association between two attributes. Journal of the Royal Statistical Society, 75, 579-642

Anhang

Leitfaden zur Anamneseerhebung in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Auswertungsschema

**Christine Ettrich
und Klaus Udo Ettrich**

Anhang

**Leitfaden zur Anamnese für die
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie**

Erfassungsbogen

**Christine Ettrich
und Klaus Udo Ettrich**

Anhang

**Leitfaden zur Anamnese für die
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie**

Erfassungsbogen

Christine Ettrich und Klaus Udo Ettrich

Leitfaden

**Anamnese für die kinder- und
jugendlichenpsychotherapeutische Sprechstunde**

Liebe Nutzerinnen und Nutzer des vorliegenden Anamneseleitfadens,

Es besteht wohl kein Zweifel daran, dass die Anamnese einer der elementaren, wenn nicht der elementarste Bestandteil der Diagnostik überhaupt ist.

Das Anamnesegespräch ist meist das erste Gespräch des Therapeuten mit seinem Patienten und/oder dessen Angehörigen.

Im Anamnesegespräch geht es also neben der Informationsgewinnung ganz vordergründig auch um den Beziehungsaufbau zwischen Patient und Therapeut.

Das Anamnesegespräch soll deshalb in einer Atmosphäre stattfinden, die dem Patienten und /oder seinen Angehörigen die Mitteilung von Beschwerden und Problemen erleichtert und ihm das Gefühl vermittelt, an der „richtigen Stelle“ zu sein.

Die Anamnese ist weit mehr als die Darlegung von Beschwerden und Problemen aktueller Natur. Sie sollte immer das bio-psycho-soziale Gewordensein unseres Patienten berücksichtigen, im besten Fall also eine biografische Anamnese sein.

Der gute Diagnostiker sollte (s)einen Anamneseleitfaden immer im Hinterkopf haben, ihn in der konkreten Situation aber so souverän handhaben können, dass der Patient sich im Anamnesegespräch nicht ausgefragt fühlt, sondern sein Gegenüber als wertschätzend, einfühlsam, interessiert und korrekt empfindet.

Das vorliegende Anamnese-Schema hat sich bei der Anamnese Tausender Eltern von Kindern und Jugendlichen bewährt und kann daher als Grundlage gelingender Anamnesegespräche dienen.

In unserem gleichnamigen Buch haben wir die Bedeutung der Anamnese für die Sprechstunde des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten dargestellt sowie die Wertigkeit einzelner Fragen anhand eigener Studienergebnisse zu verdeutlichen versucht. Wir empfehlen deshalb, diesen Anamneseleitfaden in Verbindung mit dem erwähnten Buch zu nutzen, um eine effiziente Anamneseerhebung zu gewährleisten.

Wir wünschen Ihnen nun viel Erfolg mit dem vorliegenden Anamneseleitfaden und sind für Ihre Rückmeldungen jederzeit dankbar.

Christine und Klaus Udo Ettrich

Leipzig, im Herbst 2009

Inhaltsverzeichnis

0 Personendaten	4
1 Anlass der Vorstellung des Kindes in der Sprechstunde	5
2 Schwangerschaft und Geburt	7
2.1 Schwangerschaft	7
2.2 Geburt	9
3 Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr	11
4 Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren in ausgewählten Bereichen	14
4.1 Motorik	14
4.2 Entwicklung des Sprechens und der Sprache	15
4.3 Sauberkeitserziehung und Selbstständigkeitsentwicklung	16
4.4 Kontaktverhalten/ Soziale Kompetenz	17
4.5 Leistungsorientiertes Spiel	18
4.6 Entwicklung des Leistungsverhaltens	18
5 Anamnestisch relevante Bereiche für die Herausbildung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	26
5.1 Bindung als grundlegende Voraussetzung gelingender oder misslingender kindlicher Entwicklung	26
5.2 Reaktive Verarbeitung des Umwelterlebens	29
5.2.1 Angstproblematik als Grundlage vieler psychischen Störungen	29
5.2.2 Aggressives Verhalten	30
5.2.3 Entwicklung von Abhängigkeit und Unabhängigkeit	31
5.2.4 Sexualität	31
6 Familienanamnese	32
6.1 Familienstruktur und sozio-ökonomische Lage	32
6.2 Beziehungen zwischen den Eltern	35
6.3 Erziehungsstil, -interesse, -verhalten	37
6.4 Familiendynamik (Rollen- und Funktionsverteilung) - Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, zwischen Geschwistern	39

0 Personendaten

Patientennummer: _____ Spezielle Untersuchungsnummer: _____

Name des Patienten: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

PLZ	Ort	Straße/Nr.	Telefon
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Kindereinrichtung/Schule

PLZ	Ort	Straße/Nr.	Telefon
Name der Einrichtung: _____			
_____	_____	_____	_____
Name der Einrichtung: _____			

Mutter:
Name: _____ **Vorname:** _____ **geb. am** _____
Beruf: _____ **Tätigkeit:** _____
Arbeitsstelle: _____

Vater:
Name: _____ **Vorname:** _____ **geb. am** _____
Beruf: _____ **Tätigkeit:** _____
Arbeitsstelle: _____

Stiefmutter/Stiefvater
Name: _____ **Vorname:** _____ **geb. am** _____
Beruf: _____ **Tätigkeit:** _____

Arbeitsstelle: _____

Geschwister, Halbgeschwister (ehelich **He, außerehelich **Ha**) Stiefgeschwister, Adoptivkind, Pflegekind**

Kindertagesstätte, Kindergarten, Grundschule, Hauptschule, Realschule (Mittelschule), Gymnasium

Leistungsprobleme, Verhaltensprobleme

Name	Vorname	geb. am	Alter	Verwandtschaft	Schule	Probleme
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

1 Anlass der Vorstellung des Kindes in der Sprechstunde

1. Die Vorstellung in der Sprechstunde geht aus von

a) Arzt: _____ ☐

Überweisungsdiagnose: _____

b) Kindertagesstätte, Kindergarten, Schule, Heim, Jugendhilfe ☐

c) Eltern ☐

2. Gründe der Vorstellung

a) Verhaltensauffälligkeiten ☐

b) Leistungsauffälligkeiten ☐

c) Konzentrationsschwierigkeiten ☐

d) Psychosomatische Beschwerden ☐

e) Spezielle Fragestellung: _____ ☐

3. Auffälligkeiten seit:

4. Vermutungen der Eltern über die Ursachen der Auffälligkeiten:

5. Bisherige Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeiten:

a) Medikamente (welche): _____ ☐

wie lange? _____ ☐

Erfolg? _____ ☐

b) Beratung und Psychotherapie (durch wen?) _____ ☐

wie lange? _____ ☐

Erfolg: _____ ☐

c) erzieherische Maßnahmen durch Eltern: _____ ☐

_____ ☐

wie lange? _____ ☐

Erfolg: _____ ☐

2 Schwangerschaft und Geburt

2.1 Schwangerschaft

1. Waren Sie während der Schwangerschaft krank, befanden Sie sich in ärztlicher Behandlung oder Überwachung?

1 ja ☐

2 nein

(wenn mit 1 geantwortet, dann nachfolgend Erkrankungen, Störungen, Symptome abfragen. Codierung von ja mit 1, von nein mit 2, ist keine eindeutige Antwort zu erlangen, bleibt das Kästchen frei.

a) Blutungen bis zum 5. SM ☐	l) Gelbsucht (SM____) ☐
b) Blutungen nach dem 5.SM ☐	m) Toxoplasmose (SM____) ☐
c) drohender Abort ☐	n) Geschlechtskrankheiten (SM____) ☐
d) Erbrechen nach dem 3.SM ☐	o) Nierenerkrank. (SM____) ☐
e) erhöhter Blutdruck (>140/>90) ☐	p) Herz-Kreislauf-Erkrank.(SM____) ☐
f) geschwollene Beine (Ödeme) ☐	q) Diabetes mellitus (SM____) ☐
g) Eiweiß im Urin ☐	r) Anämie ☐
h) Gewichtszunahme (>500g/W) ☐	s) Hyperthyreose ☐
i) Grippe (SM____) ☐	t) Hypothyreose ☐
j) Röteln (SM____) ☐	u) Rh-, AB0-Unverträglichkeit ☐
k) Mumps (SM____) ☐	v) andere Erkr. _____ ☐

Summe der Auffälligkeiten a bis v ☐ ☐

2. Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

1 ja ☐

2 nein

wenn 1, welche _____

3. Hatten Sie während der Schwangerschaft Tierkontakte?

1 ja ☐

2 nein

wenn 1, mit welcher Art _____

4. Kamen Sie während der Schwangerschaft mit giftigen Substanzen in Berührung?

- 1 ja ☐
2 nein
wenn 1, mit welchen _____

5. Haben Sie während der Schwangerschaft Wein, Sekt, Bier, Likör, Schnaps getrunken?

- 1 täglich, spezifizieren nach Art und Menge _____ ☐
2 gelegentlich, spezifizieren _____ ☐
3 nie

6. Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?

- 1 täglich 3 Zigaretten und mehr ☐
2 gelegentlich
3 nein

7. Wurden an Ihnen während der Schwangerschaft Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

- 1 ja ☐
2 nein
wenn 1, welche _____

8. Hatten Sie während der Schwangerschaft Unfälle?

- 1 ja ☐
2 nein
wenn 1, welche _____

9. Waren Sie während der Schwangerschaft seelischen Belastungen ausgesetzt?

- 1 ja ☐
2 nein
9a durch Beruf ☐
9b durch Partnerkonflikt ☐
9c durch Familie ☐

10. Befanden Sie sich während der Schwangerschaft in nervenärztlicher oder psychologischer Behandlung?

- 1 ja ☐
2 nein
wenn 1, warum _____

Summe der Fragen

☐ ☐

2.2 Geburt

1. Erfolgte die Entbindung termingerecht?

1 ja

2 nein

wenn 2, wann

1a Gestationsalter unter 34 Wochen

1b Gestationsalter 34. bis 37. Woche

1c Gestationsalter über 41 Wochen (10 Tage über Termin)

2. Wie verlief die Geburt?

1 normal

2 kompliziert

wenn mit 2 geantwortet, welche Komplikationen traten auf:

a) Wehenschwäche ☐	i) Plazenta praevia ☐
b) Wehentropf ☐	j) mekoniumhaltiges Fruchtwasser ☐
c) protrahierte Geburt (über 12h) ☐	k) Herzfrequenzalteration ☐
d) Fruchtblasenruptur vor mehr als 24h ☐	l) Vakuumextraktion ☐
e) Mehrlingsschwangerschaft ☐	m) Forzepsentbindung ☐
g) Nabelschnurumschlingung ☐	o) Narkose/Analgesie ☐
h) vorzeitige Plazentalösung ☐	p) andere Komplik. _____ ☐

Summe der Komplikationen a bis p

☐ ☐

3. Wie war der Gesundheitszustand des Kindes unmittelbar nach der Geburt und in den ersten Lebenstagen?

1 normal

2 beeinträchtigt

wenn 2, in welcher Weise

☐

a) Apgar 1 Min. 3=8-10, 2=4-7, 1=0-3 ☐	g) Neugeborenenengelbsucht ☐
b) Apgar 5 Min. (s.o.) ☐	h) Transfusionen ☐
c) keine Spontanatmung ☐	i) Meningo-Enzephalitis ☐
d) Atemstörung ☐	j) Fehlbildungen des ZNS ☐
e) Krämpfe ☐	k) andere Beeinträchtigungen ☐
f) Zyanose ☐	_____

Summe a bis k

☐ ☐

4. Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Gewichtsangabe notieren _____ und dann zuordnen

☐

- 1 unter 2000g
- 2 2001 bis 2500g
- 3 2501 bis 3000g
- 4 3001 bis 3500g
- 5 3501 bis 4000g
- 6 4001 bis 4500g
- 7 über 4500g

5. Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Größenangabe notieren _____ und dann zuordnen

☐

- 1 unter 41 cm
- 2 41 bis 45 cm
- 3 46 bis 50 cm
- 4 51 bis 55 cm
- 5 56 bis 60 cm
- 6 über 60 cm

6. Wie groß war der Kopfumfang des Kindes bei der Geburt?

Exakte Angabe notieren _____ und dann zuordnen

☐

- 1 unter 31 cm
- 2 31 bis 33 cm
- 3 34 bis 36 cm
- 4 37 bis 39 cm
- 5 über 39 cm

7. War das Kind von Ihnen erwünscht?

- 1 ja, absolut erwünscht
- 2 es kam, jetzt freuen wir uns darüber
- 3 nein, nicht zu diesem Zeitpunkt
- 4 ambivalente Einstellung
- 5 nein, absolut nicht (offene Ablehnung)

☐

8. Spontane Äußerungen, die auf eine negative Einstellung zum Kind schließen lassen (ja, nein)

☐

welche: _____

3 Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

1. Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt?

- 1 überhaupt nicht
- 2 bis zu 3 Wochen
- 3 bis zu 6 Wochen
- 4 bis zu 9 Wochen
- 5 bis zu 12 Wochen
- 6 bis zu ½ Jahr
- 7 über ½ Jahr

☐

2. Wer hat das Kind im ersten Lebensjahr hauptsächlich betreut (unmittelbare Bezugspersonen [mehrere Angaben möglich])?

- 1 Mutter
- 2 Vater
- 3 Oma
- 4 Geschwister
- 5 eine andere Pflegeperson
- 6 Kinderkrippe
- 7 Kinderheim

☐☐☐☐☐☐☐

3. In welchem Alter wurde das Kind in die Krippe aufgenommen?

- 1 4. bis 6. Monat
- 2 7. bis 9. Monat
- 3 10. bis 12. Monat
- 4 13. bis 18. Monat
- 5 19. bis 24. Monat

☐

6 nach dem 24. Monat
7 besuchte keine Krippe

4. Zeigten sich Anpassungsstörungen (Adaptationsstörungen)?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, welche:

a) Schreien, Weinen ☐	f) Kontaktschwierigkeiten ☐
b) Schlafstörungen ☐	g) Aggressivität ☐
c) Nahrungsverweigerung ☐	h) Jaktationen (Kopf-/ Körperwerfen) ☐
d) Erbrechen ☐	i) häufige Infekte ☐
e) Gewichtsabnahme ☐	j) andere Auffälligkeiten ☐

Summe der Auffälligkeiten a bis j

☐ ☐

5. Aus welchen Gründen wurde das Kind in einer Kinderkrippe betreut (Motive für Krippenbetreuung)?

1 Mutter allein erziehend

☐

2 um Arbeit nachzugehen, weil für die eigene Persönlichkeitsentwicklung wichtig

3 finanzielle Gründe

4 Haushalt und Kind füllten nicht aus

5 Kontakte zu Arbeitskollegen persönlich wichtig

6 Koordination von beruflichen und familiären Belangen

7 weil kombinierte Erziehung des Kindes durch Krippe und Elternhaus als optimal angesehen wird

6. Wie waren Sie mit der Krippenerziehung zufrieden?

1 sehr zufrieden

☐

2 im Allgemeinen zufrieden

3 kaum zufrieden

4 nicht zufrieden

7. Welche Krankheiten hatte das Kind im ersten Lebensjahr?

Erkrankung	in welchem Monat	wenn stationär, wie viel Tage
a) Windpocken ☐		
b) Röteln ☐		
c) Masern ☐		

d) Mumps	☐		
e) Scharlach	☐		
f) Lungenentzündung	☐		
g) Ohrenentzündung	☐		
h) Infekte der oberen Luftwege	☐		
i) Ernährungsstörungen	☐		
j) Harnwegsinfekte	☐		
k) Meningo-Encephalitiden	☐		
l) Krämpfe	☐		
m) Gehirnerschütterung	☐		
n) Knochenbrüche	☐		
o) Operationen	☐		
p) andere Erkrankungen	☐		

Summe der Erkrankungen im ersten Lebensjahr a bis p

8. Welche Krankheiten hatte das Kind nach dem ersten Lebensjahr?

Erkrankung	in welchem Lebensjahr	wenn stationär, wie viel Tage
a) Windpocken	☐	
b) Röteln	☐	
c) Masern	☐	
d) Mumps	☐	
e) Scharlach	☐	
f) Lungenentzündung	☐	
g) Ohrenentzündung	☐	
h) Infekte der oberen Luftwege	☐	

i) Erkr. d. Verdauungstraktes	☐		
j) Harnwegsinfekte	☐		
k) Meningo-Encephalitiden	☐		
l) Krämpfe	☐		
m) Gehirnerschütterung	☐		
n) Knochenbrüche	☐		
o) Operationen	☐		
p) andere Erkrankungen	☐		

Summe der Erkrankungen nach dem ersten Lebensjahr a bis p

☐ ☐

4 Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren in ausgewählten Bereichen

4.1 Motorik

1. In welchem Alter konnte Ihr Kind, auf dem Rücken liegend, den Kopf für kurze Zeit heben?

1 unter 4 Monaten

☐

2 4 bis 5 Monate

3 6 bis 7 Monate

4 später als 7 Monate

2. Wann konnte es frei sitzen?

1 unter 7 Monaten

☐

2 7 bis 8 Monate

3 9 bis 10 Monate

4 später als 10 Monate

3. In welchem Alter begann es zu krabbeln?

1 unter 7 Monaten

☐

2 7 bis 8 Monate

3 9 bis 10 Monate

4 später als 10 Monate

5 gar nicht

4. In welchem Alter konnte es allein stehen, ohne dass es gehalten wurde?

1 bis 11 Monate

☐

2 11 bis 12 Monate

3 13 bis 14 Monate

4 später als 14 Monate

5. In welchem Alter konnte Ihr Kind frei laufen?

1 bis zum 12. Monat

☐

2 13. bis 15. Monat

3 16. bis 18. Monat

4. später als 18. Monat

6. Erinnern Sie sich an Besonderheiten in der motorischen Entwicklung?

1 keine Auffälligkeiten

☐

2 auffallend träge

3 steif

4 unbeholfen

5 Sturzneigung

6 Gangstörungen

7) Ist Ihr Kind Linkshänder?

1ja

☐

2 nein

3 Beidhänder

4 versuchen Sie Ihr Kind auf die rechte Hand umzustellen?

4.2 Entwicklung des Sprechens und der Sprache

1. In welchem Alter sprach Ihr Kind sein erstes sinnvolles Wort (Wort bzw. Lautfolge, mit dem es etwas bezeichnete)?

1 bis 12 Monate

☐

2 13 bis 18 Monate

3 später als 18 Monate

2. Wann sprach Ihr Kind seinen ersten einfachen Satz (Zwei- bis Dreiwortsätze)?

1 2. Lebensjahr

☐

2 3. Lebensjahr

3 4. Lebensjahr und älter

3. Hatte Ihr Kind Sprachschwierigkeiten?

a) Lautbildung (Stammeln) _____ bis ☐ Lebensjahr

b) Satzbildung (Gravierende Fehler in der intuitiven Grammatik) bis ☐ Lebensjahr

4. Beobachteten oder beobachten Sie Stottern?

1 ja

☐

2 nein

wenn 1, seit wann

in welchen Situationen: _____

4.3 Sauberkeitserziehung und Selbstständigkeitsentwicklung

1. Seit wann kotet das Kind nicht mehr ein?

1 vor Vollendung des ersten Lebensjahres

☐

2 vor Vollendung des zweiten Lebensjahres

3 vor Vollendung des dritten Lebensjahres

4 vor Vollendung des vierten Lebensjahres

5 vor Vollendung des fünften Lebensjahres

6 später

7 kommt jetzt noch vor

Wenn 7:

Wie oft in der Woche

☐

2. Seit wann nässt das Kind am Tage nicht mehr ein?

1 vor Vollendung des ersten Lebensjahres

☐

2 vor Vollendung des zweiten Lebensjahres

3 vor Vollendung des dritten Lebensjahres

4 vor Vollendung des vierten Lebensjahres

5 vor Vollendung des fünften Lebensjahres

6 später

7 kommt jetzt noch vor

wenn 7:

wie oft in der Woche

☐

3. Seit wann nässt das Kind nachts nicht mehr ein?

1 vor Vollendung des ersten Lebensjahres

☐

2 vor Vollendung des zweiten Lebensjahres

3 vor Vollendung des dritten Lebensjahres

4 vor Vollendung des vierten Lebensjahres

5 vor Vollendung des fünften Lebensjahres

6 später

7 kommt jetzt noch vor

wenn 7:

wie oft in der Woche

☐

4. Ist das Kind hinsichtlich Körperpflege und Bekleidung selbstständig?

- 1 nein, ich muss es waschen und anziehen
- 2 nein, muss ständig angeleitet und ermahnt werden
- 3 ja, altersentsprechend
- 4 ja, weiter als Kinder in diesem Alter

☐

5. Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen?

- 1 es hat gute Spiel- und Beschäftigungsideen
- 2 leider nicht sehr lange
- 3 es braucht immer einen Partner, der zum Spielen oder zu Beschäftigungen anregt

☐

6. Wie erledigt es ihm übertragene Aufgaben?

- 1 selbstständig und zuverlässig
- 2 muss ermahnt und kontrolliert werden
- 3 widerwillig, nachlässig
- 4 verweigert sich

☐

4.4 Kontaktverhalten/ Soziale Kompetenz

1. Wie tritt Ihr Kind zu Erwachsenen in Kontakt?

- 1 ohne Schwierigkeiten
- 2 anfangs meist schüchtern
- 3 eher kess, keine gesunde Distanz
- 4 zurückhaltend
- 5 Kontaktverweigerung

☐

2. Wie nimmt Ihr Kind Kontakt zu Gleichaltrigen auf?

- 1 ohne Schwierigkeiten
- 2 anfangs meist schüchtern
- 3 eher kess, keine gesunde Distanz
- 4 zurückhaltend
- 5 Kontaktverweigerung

☐

3. Welche Spielpartner bevorzugt Ihr Kind?

- 1 ältere
- 2 gleichaltrige
- 3 jüngere
- 4 gegengeschlechtliche

☐☐

4. Verhalten in der Gemeinschaft

1 will bestimmen

☐

2 Initiator gemeinsamer Spiele

3 fügt sich unauffällig ein

4 sondert sich ab

5 störender Außenseiter

4.5 Leistungsorientiertes Spiel

1. Wie ist die Phantasie Ihres Kindes entwickelt?

1 viele und gute Spielideen,

☐

deshalb von anderen Kindern bevorzugt

2 kaum eigene Ideen, macht aber mit

3 keine eigenen Ideen, lehnt Vorschläge anderer ab

2. Wie viel Ausdauer zeigt Ihr Kind beim Spielen mit anderen?

1 beim Spielen große Ausdauer

☐

2 Ausdauer gering

3 es muss immer etwas Neues passieren

3. Beobachten Sie Bewegungsbesonderheiten bei Ihrem Kind?

1 Bewegungen flüssig und geschmeidig

☐

2 un gelenk, hölzern, eckig

3 zerstört unabsichtlich Dinge, die es selbst gebaut hat

4. Welche Spiele werden gegenwärtig von Ihnen bei Ihrem Kind beobachtet?

a) Funktionsspiele

☐

b) Konstruktionsspiele

☐

c) Illusionsspiele

☐

d) Rollenspiele

☐

e) Regelspiele

☐

4.6 Entwicklung des Leistungsverhaltens

1. Ging das Kind gern in den Kindergarten?

1 ja

☐

2 nein

3 keinen Kindergarten besucht

wenn 2

a) überfordert durch Tageseinteilung	☐
b) überfordert durch Leistungsanforderungen	☐
c) mangelnde Mitarbeit bei den Beschäftigungen	☐
d) mangelnde Sauberkeit und Genauigkeit in den Arbeiten	☐
e) feinmotorische Schwierigkeiten (Malen, Basteln)	☐
f) bei Sportspielen ungeschickt	☐

Summe der Auffälligkeiten a bis f

☐

2. Wurde vom Kindergarten über das soziale Verhalten geklagt?

1 nein

2 ja

wenn 2

a) weil es zwischen dem Kind und anderen Kindern oft Streit gab	☐
b) weil Kind und Erzieherin sich oft nicht verstanden	☐
c) weil das Kind sehr ängstlich war	☐
d) weil sich das Kind oft isolierte	☐
e) weil es immer im Mittelpunkt stehen wollte	☐
f) andere soziale Probleme _____	☐

Summe der Auffälligkeiten a bis f

☐

3. Wurde das Kind altersgerecht eingeschult?

1 ja, es bestanden keine Bedenken

2 ja, obwohl wir Bedenken hatten

3 ja, aber Schularzt bzw. Kindergarten hatten Bedenken

4 nein

wenn 4

Rückstellungsgründe _____

☐

4. Wie gestaltete sich die schulische Entwicklung des Kindes?

1 von Anfang an ein sehr guter bzw. guter Schüler

2 von Anfang an ein durchschnittlicher Schüler

3 von Anfang an Probleme

4 Klassenwiederholungen _____

5 Förderschulüberprüfungen _____

☐
☐
☐

5. Beobachteten Sie bei Ihrem Kind einen Abfall der schulischen Leistungen?

1 ja, ab Klasse _____

☐

2 nein

6. Treten Jahresschwankungen im Leistungsbereich bei Ihrem Kind auf?

1 im ersten Halbjahr immer besonders schwache Leistung,
im zweiten Halbjahr besser

☐

2 umgekehrt

3 keine Leistungsschwankungen

7. Bezieht die Schule Ihr Kind in besondere Maßnahmen ein?

1 ja, Fördermaßnahmen in _____

☐

2 ja, Zirkelarbeit

3 nein

8. Nennen Sie die letzten Zeugnisnoten Ihres Kindes!

Halbjahr: _____ Jahresabschluss: _____

Betragen	☐	Geographie	☐
Fleiß	☐	Chemie	☐
Ordnung	☐	Physik	☐
Mitarbeit	☐	Biologie	☐
Deutsch	☐	Englisch	☐
Rechtschreiben	☐	Französisch	☐
Grammatik	☐	Religion/Ethik	☐
Literatur	☐	Kunst	☐
Lesen	☐	Werken	☐
Sachunterricht	☐	Sport	☐
Mathematik	☐	Musik	☐
Astronomie	☐	andere Fächer: _____	☐

9. Hat Ihr Kind besondere Schwierigkeiten in einigen Fächern?

- 1 Rechtschreiben (Fehler im Diktat durchschnittlich bei _____) ☐
- 2 Lesen (sehr stockend, ratend) ☐
- 3 Mathematik (Zahlenrelationen, Textaufgaben, Sachaufgaben) ☐
- 4 andere spontan genannte Probleme _____ ☐

10. Erzählt Ihnen Ihr Kind von schulischen Ereignissen oder verschweigt es diese eher?

- 1 erzählt alles ☐
- 2 berichtet nur über Erfolge
- 3 berichtet nur über Misserfolge
- 4 berichtet über Schwierigkeiten mit Mitschülern und Lehrern
- 5 erzählt von sich aus nichts über die Schule

11. Meinen Sie, dass Ihr Kind an sich selbst bezüglich der Schulleistungen hohe Anforderungen stellt?

- 1 ja, in allen Fächern ☐
- 2 ja, in allen Fächern mit Ausnahme von _____
- 3 ja, aber nur in Lieblingsfächern _____
- 4 nein, könnte allgemein mehr leisten
- 5 nein, wäre auch nicht zu guten Leistungen fähig

12. Wo macht das Kind seine Hausaufgaben?

- 1 im Hort ☐
- 2 im Wohnzimmer
- 3 in der Küche
- 4 im eigenen Zimmer

13. Wer hilft dem Kind bei den Hausaufgaben?

- 1 braucht keine Hilfe ☐
- 2 Mutter
- 3 Vater
- 4 Geschwister
- 5 Hortnerin
- 6 andere Person _____

14. Wie oft wird dem Kind geholfen?

- 1 keine Hilfe nötig ☐
- 2 gelegentlich
- 3 jeden Tag oder fast jeden Tag

15. Wie lange braucht das Kind im Allgemeinen für die Anfertigung seiner Hausaufgaben?

- 1 bis zu einer halben Stunde
- 2 bis zu einer Stunde
- 3 bis zu 1 ½ Stunden
- 4 bis zu 2 Stunden
- 5 mehr als 2 Stunden
- 6 macht keine Hausaufgaben

☐

16. Wird in einem oder mehreren Fächern zusätzlich mit Ihrem Kind geübt?

- 1 nein
- 2 ja _____
- 3 durch Eltern
- 4 durch Mitschüler, Lehrer

☐☐

17. Verhält sich Ihr Kind anders als sonst, wenn eine Klassenarbeit (Leistungskontrolle, Prüfung) bevor steht?

- 1 in seinem Verhalten unauffällig
- 2 schon Tage vorher aufgereggt
- 3 klagt über Beschwerden, um von der Schule befreit zu werden
- 4 am Morgen vor der Arbeit keinen Appetit
- 5 kann in der Nacht vorher nicht richtig schlafen
- 6 Erbrechen oder Übelkeit oder Bauchschmerzen am Morgen
- 7 klagt über Kopfschmerzen

☐

18. Wie verhält sich das Kind nach der Klassenarbeit?

- 1 in seinem Verhalten unauffällig
- 2 ist sehr erleichtert
- 3 ist nach der Arbeit niedergeschlagen, unsicher
- 4 klagt über Kopfschmerzen oder ist sehr erschöpft
- 5 hat Angst vor der Zensur

☐

19. Wie reagieren Sie auf eine gute Zensur (Schulnote)?

- 1 zeige dem Kind, das ich mich darüber freue
- 2 belohne es mit _____
- 3 das ist selbstverständlich, so dass ich die Zensur nur zur Kenntnis nehme
- 4 habe keine Zeit, um mich um die Zensuren zu kümmern

☐

20. Wie reagieren Sie auf eine mittelmäßige Zensur (Schulnote)?

- 1 weil das Lernen dem Kind schwer fällt, freue ich ☐
mich darüber (mit ihm freuen)
- 2 weil das Lernen schwer fällt, belohne ich es mit _____
- 3 solche Zensuren sind nicht akzeptabel, zeige
das auch (Negieren, Ausschimpfen, Ermahnen)
- 4 es braucht nicht jeder ein „Einstein“ zu werden,
mittlere Zensuren reichen aus
- 5 habe keine Zeit, um mich um die Zensuren zu kümmern

21. Wie reagieren Sie auf eine schlechte Zensur (Schulnote)?

- 1 habe mich daran gewöhnt ☐
- 2 zeige dem Kind meine Missachtung
- 3 schimpfe mit ihm
- 4 bestrafe es mit _____
- 5 fordere zum Lernen (zum Üben) auf
- 6 übe mit dem Kind

22. Welche Einstellung hat das Kind zu seinem Klassenlehrer?

- 1 hält ihn für streng ☐
- 2 hält ihn für nachsichtig
- 3 hält ihn für gerecht ☐
- 4 hält ihn für ungerecht
- 5 erzählt häufig von seinem Klassenlehrer ☐
- 6 erzählt selten oder nie von seinem Klassenlehrer
- 7 mag seinen Klassenlehrer ☐
- 8 lehnt seinen Klassenlehrer ab

23. Hatten oder haben Sie Probleme mit Ihrem Kind wegen Schulschwänzens?

- 1 nein ☐
- 2 kam (kommt) gelegentlich vor
- 3 kam (kommt) öfters vor
- 4 war (ist) ein ernstes Problem, geht nur unter Aufsicht in die Schule

24. Welche Auffälligkeiten beobachten Sie bei Ihrem Kind während der Schulzeit?

a) Reizbarkeit ☐	n) unkonzentriertes Verhalten ☐
b) Streiten ☐	o) sexuelle Spielereien ☐
c) Schlagen ☐	p) Nägelkauen ☐
d) Bettnässen ☐	q) Stottern ☐
e) Einkoten ☐	r) Trotz, Ungehorsam ☐
f) Daumenlutschen ☐	s) Unselbstständigkeit ☐
g) Geschwisterrivalitäten ☐	t) Albernheit ☐
h) Essstörungen ☐	u) Erbrechen ☐
i) Faulheit ☐	v) Bauchschmerzen ☐
j) Frechheit ☐	w) Kopfschmerzen ☐
k) Lügen ☐	x) Krämpfe ☐
l) Stehlen ☐	y) Schlafstörungen ☐
m) nervöse Zuckungen ☐	z) And. Auffälligkeiten: _____ ☐

Summe der Symptome a bis z

☐ ☐

25. Wenn Sie Schul- und Ferienzeiten vergleichen, beobachten Sie dann in der Schulzeit häufiger als in der Ferienzeit folgende Auffälligkeiten?

a) Reizbarkeit ☐	n) unkonzentriertes Verhalten ☐
b) Streiten ☐	o) sexuelle Spielereien ☐
c) Schlagen ☐	p) Nägelkauen ☐
d) Bettnässen ☐	q) Stottern ☐
e) Einkoten ☐	r) Trotz, Ungehorsam ☐
f) Daumenlutschen ☐	s) Unselbstständigkeit ☐
g) Geschwisterrivalitäten ☐	t) Albernheit ☐
h) Essstörungen ☐	u) Erbrechen ☐

i) Faulheit ☐	v) Bauchschmerzen ☐
j) Frechheit ☐	w) Kopfschmerzen ☐
k) Lügen ☐	x) Krämpfe ☐
l) Stehlen ☐	y) Schlafstörungen ☐
m) nervöse Zuckungen ☐	z) And. Auffälligkeiten: _____ ☐

Summe der Symptome im Vergleich a bis z

☐ ☐

26. Fühlt sich Ihr Kind in seiner Klasse wohl?

1 ja

☐

2 nein

wenn 2, dann

1 wird von einigen Mitschülern abgelehnt

☐

2 wird von den meisten Mitschülern abgelehnt

3 Einzelgänger

4 Prügelknabe

5 zu starke Rivalitäten zu einigen Mitschülern

27. Wie schätzen Sie Ihr Kind hinsichtlich seiner Intelligenz (geistigen Leistungsfähigkeit) ein?

1 überdurchschnittlich

☐

2 durchschnittlich

3 unterdurchschnittlich

5 Anamnestisch relevante Bereiche für die Herausbildung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

5.1 Bindung als grundlegende Voraussetzung gelingender oder misslingender kindlicher Entwicklung

1. Wenn ich mein Kind im Kleinkindalter (etwa als Zweijähriges) mal allein (also unter fremder Aufsicht) lassen musste,

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1 | war es unruhig und hat es viel geschrieen, | ☐ |
| 2 | es beruhigte sich bei meiner Rückkehr sehr schnell, | ☐ |
| 3 | meine Rückkehr war ihm eher gleichgültig | ☐ |
| 4 | der Babysitter berichtete Angstreaktionen | ☐ |
| 5 | es wollte mit mir schmusen | ☐ |
| 6 | Spielsachen waren ihm wichtiger als ich | ☐ |
| 7 | spielte es mit der Aufsichtsperson ungestört weiter | ☐ |
| 8 | ließ sich vom Babysitter, der Oma usw. nicht beruhigen | ☐ |
| 9 | zeigte mir deutlich, dass es mit meiner Abwesenheit unzufrieden war. | ☐ |

Werden die Antworten **1, 2, 5** angekreuzt, so handelt es sich eher um ein **sicher gebundenes** Kind.

Finden wir das Antwortmuster **3, 6, 7**, liegt eher eine **unsicher-vermeidende Bindung** vor.

Im Falle von **4, 8, 9** ist eher von einer **unsicher-ambivalenten Bindung** auszugehen.

Ist **kein klares Bindungsmuster** zu identifizieren und wird zusätzlich von **unerwarteten Verhaltensweisen** (wie unvollständigen Bewegungen, vom

„Einfrieren“ von Bewegungen für einige Sekunden) berichtet, handelt es sich eher um eine **unsicher-desorganisierte Bindung**.

2. Nach einer längeren Veranstaltung oder einer Klassenfahrt, an der ich nicht teilnehmen konnte, beobachtete ich bei meinem Kind, dass es mich

1 herzlich begrüßte ☐

2 sehr gern wiedersah und gern über das Erlebte berichtete ☐

3 eher gleichgültig begrüßte und mir nur ungern berichtete ☐

4 mich wie ein Kleinkind umtanzte ☐

5 mich liebevoll an sich drückte ☐

6 seinen körperlichen oder emotionalen Abstand zu mir

bewahrte oder vergrößerte ☐

7 lieber links liegen ließ und lieber mit anderen

als mit mir sprach ☐

8 eher ablehnte oder beleidigt tat ☐

9 sich vor lauter Freude an mich drückte und deshalb

nicht in der Lage war, über seine Erlebnisse zu sprechen ☐

Werden bei Frage 2 (Altersgruppe 6 bis 10) die Antworten **1, 2, 5** angekreuzt, so handelt es sich nach Main und Cassidy (1988) eher um ein **sicher-zuversichtlich gebundenes** Kind.

Finden wir das Antwortmuster **3, 6, 7**, liegt eher eine **unsicher-vermeidende Bindung** vor.

Im Falle von **4, 8, 9** ist eher von einer **unsicher-ambivalenten Bindung** auszugehen.

Ist **kein klares Bindungsmuster** zu identifizieren und wird zusätzlich von **altkluger Fürsorglichkeit** berichtet, handelt es sich eher um eine **unsicher-kontrollierende Bindung**.

3. Seit unser Kind ein Jugendlicher ist, haben sich seine sozialen Beziehungen sehr intensiv ausgeprägt. Schätzen Sie folgende Aussagen mit der nachstehenden Skala ein:

- 1 sehr zutreffend
- 2 ziemlich zutreffend
- 3 mäßig zutreffend
- 4 etwas zutreffend
- 5 gar nicht zutreffend
- 6 keine Aussage

1 Neigt dazu, Beziehungen aus einer optimistischen Grundhaltung

zu beschreiben und verbindet damit eine echte Befriedigung.

☐

2 Neigt dazu, sich sehr von anderen Menschen abhängig

zu machen, wirkt anklammernd in Beziehungen.

☐

3 Erlebt Ärger oder Wut bei realer oder phantasierter

Zurückweisung durch andere.

☐

4 Hilft lieber anderen, als selbst Hilfe zu empfangen.

☐

5 Betont die Bedeutung von Selbstbeherrschung,

Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit.

☐

6 Besteht auf eigener Unabhängigkeit und verlässt sich

wenig auf andere.

☐

7 Ist ziemlich „blind“ für die Wirkung des eigenen

Verhaltens auf andere und interessiert sich nur wenig

☐

für deren Bedürfnisse.

Von einer vorwiegend **sicheren Bindung** im Jugendalter können wir ausgehen, wenn auf Statement (1) die Antworten 1 bis 3 und bei den übrigen Aussagen die Antworten 4 bis 6 zutreffen.

Eine eher **unsicher-ambivalente Bindung** liegt vor, wenn bei den Statements (2), (3) oder (4) mit 1 bis 3 und bei den übrigen Items mit 4 bis 6 geantwortet wurde.

Eine **unsicher-vermeidende Bindung** ist zu vermuten, wenn bei Statement (5), (6) oder (7) der Antwort - Schwerpunkt bei 1 bis 3 und bei den übrigen Aussagen bei 4 bis 6 liegt.

Eine **unverarbeitet-traumatisierte Bindung** ist zu vermuten, wenn neben dem Zutreffendurteil auf die Statements (2) bis (7) im Bereich 1 bis 3 über Erfahrungen des Jugendlichen mit psychischen und oder körperlichen Misshandlungen, sexuellem Missbrauch oder Tod einer Bindungsperson berichtet wird.

5.2 Reaktive Verarbeitung des Umwelterlebens

5.2.1 Angstproblematik als Grundlage vieler psychischen Störungen

1. Beobachteten Sie bei Ihrem Kind Anzeichen einer starken Ängstlichkeit (phasenbezogene Ängstlichkeit)?

a) Acht-Monats-Angst

☐

b) Trennungsangst (1. bis 3. Lebensjahr)

☐

c) Umweltangst

☐

d) Leistungsangst

☐

e) Anpassungsangst

☐

f) Existenzangst

☐

2. Wie haben Sie versucht, Ängste abzubauen?

1 Zuspruch

☐

2 Heranführen an das Angstobjekt

☐

3 Bestrafen

☐

4 andere Maßnahmen _____

☐

3. Welche Situationen und Objekte herrschten in den Angstsituationen vor?

- a) Angst vor Tieren _____ ☐
- b) Angst vor Krankheiten _____ ☐
- c) Angst vor med. Eingriffen _____ ☐
- d) Angst vor Verletzungen _____ ☐
- e) Angst vor Dunkelheit _____ ☐
- f) Angst vor Tod _____ ☐
- g) Angst vor Versagen/Kritik _____ ☐
- h) Angst vor Feuer _____ ☐
- i) Angst vor lauten Geräuschen _____ ☐

5.2.2 Aggressives Verhalten

1. Schlägt sich Ihr Kind gegen den Kopf, beißt oder kratzt sich, reißt sich Haare aus, bestraft sich selbst oder zeigt es sonstige Autoaggressionen (z.B. Ritzen)?

- 1 nie ☐
- 2 manchmal
- 3 oft

2. Schlägt, kneift, beißt, verletzt, verspottet es andere oder streitet es mit anderen Kindern?

- 1 nie ☐
- 2 manchmal
- 3 oft

3. Macht es eigene oder fremde Sachen absichtlich kaputt?

- 1 nie ☐ ☐
- 2 manchmal
- 3 oft

4. Was ist die vermeintliche Ursache dieses aggressiven Verhaltens?

- 1 Kind fühlt sich bedrängt
- 2 Kind fühlt sich missachtet
- 3 Kind fühlt sich provoziert
- 4 Kind ist (von Natur aus) sehr aggressiv
- 5 Ursachen nicht erkennbar

☐

5.2.3 Entwicklung von Abhängigkeit und Unabhängigkeit

1. Wie schätzen Sie die Selbstständigkeitsentwicklung Ihres Kindes ein?

- 1 dem Alter entsprechend selbstständig (meidet Gefahren, sucht Hilfe bei Eltern und anderen vertrauten Erwachsenen)
- 2) muss häufig kontrolliert und angeleitet werden
- 3) muss ständig kontrolliert und angeleitet werden

☐

2. Wie reagiert Ihr Kind auf Lob?

- 1 freut sich über die Anerkennung
- 2 versucht, erwünschtes Verhalten zu wiederholen
- 3 keine nachhaltige Wirkung
- 4 keine adäquate Reaktion

☐

3. Wie reagiert es auf Tadel?

- 1 zeigt sich betroffen
- 2 bemüht sich, das gerügte Verhalten zu vermeiden
- 3 keine nachhaltige Wirkung
- 4 keine adäquate Reaktion

☐

5.2.4 Sexualität

1. Haben Sie im sexuellen Bereich bei Ihrem Kind auffällige Beobachtungen gemacht?

- 1 nein
 - 2 ja
- wenn 2, welche

☐

Auffälligkeit	Anmerkung	Alter
a) genitale Spielereien ☐		
b) Masturbation ☐		
c) exzessive Masturbation ☐		
d) mutuelle Masturbation ☐		
e) Verführung zur Homosexualität ☐		

f) Verführung zum Geschlechtsverkehr ☐		
g) häufig wechselnde Geschlechtspartner ☐		

Summe der Auffälligkeiten a bis g

☐

2. Haben Sie Ihr Kind aufgeklärt?

1 nein

☐

2 ja

3 der Altersstufe entsprechend

6 Familienanamnese

6.1 Familienstruktur und sozio-ökonomische Lage

1. Wie viele Personen gehören zum Haushalt?

Anzahl

☐

2. Wie viele Kinder gehören zur Familie?

Anzahl

☐

3. Welche Position nimmt das Kind in der Geschwisterreihe ein?

1 einziges Kind

☐

2 erstes von ____ Kindern

3 letztes von ____ Kindern

4 in der Mitte der Geschwisterreihe

____ Kinder sind älter und ____ Kinder sind jünger

4. Haben ein oder mehrere Geschwister Leistungsprobleme?

1 ja

☐

2 nein

5. Haben ein oder mehrere Geschwister Verhaltensprobleme?

1 ja

☐

2 nein

6. Familienstand der Eltern des Patienten

- a) Kindesmutter
- b) Kindesvater
- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 geschieden
- 4 verwitwet
- 5 Lebensgemeinschaft

☐☐

7. Schulbildung

- a) Mutter
- b) Vater
- 1 Sonder- oder Förderschule, weniger als 9 Klassen Hauptschule
- 2 Hauptschule (9 Klassen)
- 3 Real- oder Mittelschule (10 Klassen)
- 4 Gymnasium (12 oder 13 Klassen)

☐☐

8. Berufsabschluss

- a) Mutter
- b) Vater
- 1 ungelernt
- 2 angelernt
- 3 Facharbeiter
- 4 Fachschulabschluss
- 5 Hochschulabschluss

☐☐

9. Berufstätigkeit

- a) Mutter
- b) Vater
- 1 vollbeschäftigt
- 2 teilbeschäftigt
- 3 Schichtarbeit
- 4 nicht berufstätig
- 5 arbeitslos
- 6 berentet

☐☐

10. Besondere Ereignisse im Leben des Kindes

a) Tod der Mutter ☐	g) Tod des Vaters ☐
b) Mutter leidend oder behindert ☐	h) Vater leidend oder behindert ☐
c) Scheidung der Eltern (Kind bei M) ☐	i) Scheidung der Eltern (Kind bei V) ☐
d) Wiederverheiratung der Mutter ☐	j) Wiederverheiratung des Vaters ☐
e) Adoption ☐	k) Heimaufenthalt(e) _____ ☐
f) Häufiger Wohnungswechsel ☐	l) längerer Krankenhausaufenthalt ☐
m) and. Ereignis _____ ☐	n) and. Ereignis _____ ☐

Summe der Ereignisse a bis n

☐ ☐

Wie wurden die Ereignisse bewältigt?

11. Befanden oder befinden Sie sich oder andere Blutsverwandte in nervenärztlicher oder psychologischer Behandlung?

a) *nervenärztlich*

☐

b) *psychologisch*

☐

1 nein

2 ja

wer und warum _____

12. Wie viele Räume gehören zu Ihrer Wohnung?

1 1Raum

☐

2 1 ½ Räume

3 2 Räume

4 2 ½ Räume

5 3 Räume

6 3 ½ Räume

7 4 Räume

8 4 ½ Räume

9 5 und mehr Räume

13. Wohnungsgröße der Personenzahl angemessen (Wohnraumindex)?

1 ja _____

☐

2 nein

14. Hat das Kind einen Bereich in der Wohnung, den es primär für sich hat?

1 nein

☐

2 eigenes Zimmer

3 Spielecke

4 Arbeitsplatz für Schularbeiten (Basteleien)

15. Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen (beide Elternteile zusammen, einschließlich Kindergeld)?

Angabe fakultativ

1 unter 1000 €

☐

2 1001 € bis 1500 €

3 1501 € bis 2000 €

4 2001 € bis 2500 €

5 2501 € bis 3000 €

6 3001 € bis 3500 €

7 über 3500 €

16. Reichen nach Ihrer Meinung Ihre finanziellen Mittel für die Versorgung der Familie aus?

1 ja, wir kommen gut aus

☐

2 ja, müssen aber gut einteilen

3 nein, bei uns geht viel Geld für Nebensächlichkeiten drauf
(Alkohol, Zigaretten)

4 nein, es reicht trotz Einteilung und keinen nebensächlichen Ausgaben
nicht

6.2 Beziehungen zwischen den Eltern

1. Wie alt waren Sie bei der Eheschließung (Beginn der Lebensgemeinschaft)?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 18 -21 Jahre

2 22 – 24 Jahre

3 25 – 27 Jahre

4 28 – 30 Jahre

5 31 – 33 Jahre

6 älter als 33 Jahre _____

2. Aus welchen Gründen haben Sie geheiratet (leben Sie zusammen)?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 Liebe und Zuneigung
- 2 Partner schien Sicherheit und Halt zu geben
- 3 um der Bevormundung durch die eigenen Eltern zu entgehen
- 4 Pflichtgefühl (Kind unterwegs)
- 5 andere Gründe a) _____
b) _____

3. Wie würden Sie die Atmosphäre in Ihrer Ehe bezeichnen?

- a) Mutter ☐
- b) Vater ☐
- 1 harmonisch, gesunde Spannung
- 2 öfters Diskrepanzen, öfters (belastende) Schwierigkeiten
- 3 disharmonisch, nur Kind (Kinder) halten die Ehe zusammen

4. Gibt es zwischen Ihnen und Ihrem Ehepartner öfters Auseinandersetzungen über folgende Probleme?

a) Mutter

a) über die Kindererziehung im Allgemeinen ☐	i) über Anschaffungen ☐
b) über die Erziehung des Patienten ☐	j) über unsere sexuellen Beziehungen ☐
c) über die Haushaltsführung ☐	k) weil mein P. außereh. Beziehungen hatte ☐
d) über unser Leben ☐	l) weil ich außereheliche Beziehungen hatte ☐
e) über meine berufliche Entwicklung ☐	m) weil mein Partner übertrieben genau ist ☐
f) über seine berufliche Entwicklung ☐	n) w. m. P. sich zu wenig um die Fam. kümmert ☐
g) weil mein Partner trinkt ☐	o) w. sich m. P. nicht mit um d. Haushalt kümmert ☐
h) weil ich trinke ☐	p) mein Partner ist sehr unzuverlässig ☐

Summe der Ereignisse a bis p

☐ ☐

b) Vater

a) über die Kindererziehung im Allgemeinen ☐	i) über Anschaffungen ☐
b) über die Erziehung des Patienten ☐	j) über unsere sexuellen Beziehungen ☐
c) über die Haushaltsführung ☐	k) weil meine P. außereh. Beziehungen hatte ☐
d) über unser Leben ☐	l) weil ich außereheliche Beziehungen hatte ☐
e) über meine berufliche Entwicklung ☐	m) weil meine Partn. übertrieben genau ist ☐
f) über ihre berufliche Entwicklung ☐	n) w. m. P. sich zu wenig um die Fam. kümmert ☐
g) weil meine Partnerin trinkt ☐	o) w. sich m. P. nicht mit um d. Haushalt kümmert ☐
h) weil ich trinke ☐	p) meine Partnerin ist sehr unzuverlässig ☐

Summe der Ereignisse a bis p

☐ ☐

6.3 Erziehungsstil, -interesse, -verhalten

1. Sind Sie sich mit Ihrem Ehepartner hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 ja

2 nein, häufig uneinig

2. Wie ist das Verhältnis zwischen Ihnen und dem Kind?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 besonders eng und herzlich

2 wenig Zuneigung, aber keine dauerhaften Spannungen

3 dauerhaft gespannt

4 offene Ablehnung

3. Wird das Kind von Ihnen besonders verwöhnt?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 ja

2 nein

4. Wie bestrafen Sie Ihr Kind?

a) Mutter

a) Ermahnungen ☐	e) Drohungen (Anschreien) ☐
b) Fernsehverbot ☐	f) Nichtbeachtung ☐
c) Hausarrest ☐	g) Strafarbeiten ☐
d) Schläge, Ohrfeigen ☐	h) Andere Strafen: _____ ☐

Summe Strafen(Mutter) a bis h

☐

b) Vater

a) Ermahnungen ☐	e) Drohungen (Anschreien) ☐
b) Fernsehverbot ☐	f) Nichtbeachtung ☐
c) Hausarrest ☐	g) Strafarbeiten ☐
d) Schläge, Ohrfeigen ☐	h) Andere Strafen: _____ ☐

Summe Strafen (Vater) a bis h

☐

5. Kommt es vor, dass Ihr Partner die Strafe, die Sie ausgesprochen haben, vorzeitig aufhebt oder mildert?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 ja, weil ich leicht überziehe

2 ja, weil er inkonsequent ist

3 nein

6. Beschäftigen Sie sich mit dem Kind in der Freizeit (Spiel, Basteln, Hobby)?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 nahezu täglich

2 ein- bis zweimal wöchentlich

3 nur am Wochenende

4 nein, keine Zeit

7. Zusammenfassende Einschätzung des Erziehungsstils (Folgerung, keine Frage).

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

- 1 autoritäre Erziehung
- 2 vernachlässigende Erziehung
- 3 emotional erdrückende Erziehung
- 4 emotional abweisende Erziehung
- 5 Pendelerziehung
- 6 konsequente, Kind akzeptierende (autoritative) Erziehung

6.4 Familiendynamik (Rollen- und Funktionsverteilung) - Beziehungen zwischen Eltern und Kindern, zwischen Geschwistern

1. Verträgt sich der Patient mit seinen Geschwistern?

1 meistens

☐

2 selten

3 keine Geschwister

2. Ist der Patient eifersüchtig auf seine Geschwister?

1 nein

☐

2 ja, ohne eigentlichen Grund

3 eifersüchtig auf Schulerfolg der Geschwister

4 weil er glaubt, dass andere Geschwister durch die Eltern bevorzugt werden

5 fühlt sich bei Geschenken benachteiligt, übergangen

6 keine Geschwister

3. Fühlt sich von Geschwistern unterdrückt, wird gehänselt, wird geprügelt?

1 nein

☐

2 ja

3 keine Geschwister

4. Wie reagieren die anderen Geschwister auf das Problemverhalten des Patienten?

1 ignorieren sein Verhalten

☐

2 versuchen ihm zu helfen

3 reagieren leider nicht richtig, so dass sie mit dazu beitragen, die Probleme zu verstärken

4 keine Geschwister

5. Ist das Erleben von Zärtlichkeiten (nicht GV!) zwischen Ihnen und Ihrem Partner für das Kind etwas Selbstverständliches?

1 ja

☐

2 nein

6. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen der Eltern zu den Kindern?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

- 1 geprägt durch Wärme und Zuneigung
- 2 geprägt durch emotionale Gleichgültigkeit
- 3 geprägt durch Ablehnung und Distanz

7. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen der Eltern zu dem Patienten ?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

- 1 geprägt durch Wärme und Zuneigung
- 2 geprägt durch emotionale Gleichgültigkeit
- 3 geprägt durch Ablehnung und Distanz

8. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen in der Familie?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

- 1 geprägt durch Wärme und Zuneigung
- 2 geprägt durch emotionale Gleichgültigkeit
- 3 geprägt durch Ablehnung und Distanz

9. Gibt es in Ihrer Familie eine feste Aufgaben- und Funktionsteilung?

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

c) für jedes Kind

☐

d) auch für den Patienten

☐

- 1 ja
- 2 nein

10. Welche Aufgaben gehören zu den täglichen Verpflichtungen des Patienten?

a) Erledigen kleiner Einkäufe ☐	h) Blumen gießen ☐
b) Schuhe putzen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
c) eigene Sachen aufräumen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
d) eigenes Zimmer aufräumen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
e) Abwasch erledigen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
f) Spülmaschine ein- und aufräumen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐
g) Müll wegbringen ☐	i) andere Aufgabe: _____ ☐

Summe der täglichen Verpflichtungen

☐ ☐

11. Wie erfüllt das Kind diese Verpflichtungen?

- 1 es macht ihm Spaß zu helfen
 2 muss laufend ermahnt werden
 3 erfüllt die Aufgaben nur, weil es muss

☐

12. Teilt das Kind mit Geschwistern und Eltern?

- 1 ja, gern
 2 ja, weil es sich so gehört
 3 von sich aus nicht
 4 nein, will alles für sich behalten

☐

13. Machen Sie sich in der Familie auch außerhalb von Ostern, Weihnachten oder Geburtstag kleine Geschenke?

- 1 ja, zwischen allen Familienmitgliedern
 2 ja, aber nur zwischen den Eltern
 3 ja, aber nur zwischen Eltern und Kindern
 4 nein

☐

14. Beschenkt der Patient gern andere?

- 1 ja, alle Familienmitglieder
 2 ja, aber nur die Mutter
 3 ja, aber nur den Vater
 4 ja, aber nur Geschwister
 5 nein

☐

15. Versucht das Kind, Sie manchmal angenehm zu überraschen (z.B. Tisch decken, Abwasch, ohne dass dies zu den Pflichten gehört)?

1 ja

☐

2 nein

16. Bekommt Ihr Kind Taschengeld?

1 nein

☐

2 ja, unregelmäßig

3 ja, für besondere Leistung

4 ja, regelmäßig

17. Darf Ihr Kind über sein Taschengeld allein verfügen?

1 nein, es soll vor dem Ausgeben mit uns sprechen

☐

2 ja, mit Buchführung

3 ja, ohne Einschränkung

18. Beraten Sie mit Ihren Kindern gemeinsam Urlaubsreisen (bzw. bereiten sie diese mit ihnen vor)?

1 ja

☐

2 nein

19. Sind die Großeltern ein wichtiger Teil Ihres Familienlebens?

1 nein

☐

2 ja, erziehungskonform

3 ja, aber teilweise Diskrepanzen

4 mischen sich in alles ein (störend)

20 Glaubwürdigkeit der elterlichen Aussagen (Folgerung, keine Frage).

a) Mutter

☐

b) Vater

☐

1 glaubwürdig

2 sozial erwünscht

3 Tendenz zur Überhöhung der Probleme

Erfassungsbogen für die Psychologische Anamnese

(Zutreffendes unterstreichen bzw. Zahlen der Antwortkategorien aus dem Leitfaden ergänzen.)

Ausgefüllt am:.....
Mit wem:.....
Durch wen:.....

Personalien

Pat.-Nr.:.....
Unters.-Nr.:.....
Name:.....Vorname:.....
geb.am:.....
.....
PLZ Ort Straße/Nr. Telefon:
.....
Kindereinrichtung/Schule: Erzieher/Lehrer:
.....
Mutter:
Name,
Vorname:.....geb.:.....
Beruf/Tätigkeit:.....
Arbeitsstelle/Tel.:.....
Vater:
Name:
Vorname:.....geb.:.....
Beruf/Tätigkeit:.....
Arbeitsstelle/Tel.:.....
Geschwister:
Name Vorname geb. Verwandt. Schule Probleme
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vorstellungsanlass:

durch wen
Arzt (Diagnose), Kindereinrichtung, Selbstmelder
.....
Gründe der Vorstellung:
Verhaltensauffälligkeiten:
Leistungsauffälligkeiten:
Konzentrationsschwierigkeiten:
Psychosomatik:
Spezielle
Fragestellung:.....
.....
.....
Auffälligkeiten seit:
(Geburt – Krippenalter – Kiga – Einschulung –
Schulalter)
Vermutungen der Eltern über Ursachen:
(keine – eigene Probleme – genetisch – fremde Belastung –
im Kind- multipel)
Bisherige Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeiten
(welche, wie lange, Erfolg)
Medikamente:.....
.....
.....

Beratung/Psychotherapie/durch wen:
.....
.....

Erzieherische Maßnahmen:

Zuspruch/Strafen – Konsequenz/Inkonsequenz

Erfolg/ohne Erfolg
.....
.....

Schwangerschaft:

1. ärztliche Behandlung

Erkrankungen während der Schwangerschaft:

2. Medikamente.....

3. Tierkontakte

4. giftige Substanzen

5. Alkohol

6. Rauchen

7. Röntgen

8. Unfälle

9a Belastungen durch Beruf

9b Belastungen durch Partnerkonflikte

9c Belastungen durch Familie

10. psychologische oder psychiatrische

Behandlung

Summe

Geburt

1. termingerecht

2. Komplikationen:

Summe Komplikationen

Zustand post partum

3. Zustand des Kindes pp

Summe der Beeinträchtigungen post partum

4. Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Gewichtsangabe notieren _____ und dann
zuordnen ☐

5. Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Größenangabe notieren _____ und dann
zuordnen ☐

6. Wie groß war der Kopfumfang des Kindes bei der
Geburt?

Exakte Angabe notieren _____ und dann
zuordnen ☐

7. War das Kind erwünscht? ☐

8. Spontane Äußerungen, die auf eine negative Einstellung
zum Kind schließen lassen. ☐

Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

1. Wie lange wurde das Kind gestillt? ☐

2. Wer hat das Kind im ersten Lebensjahr hauptsächlich
betreut (unmittelbare Bezugspersonen [mehrere Angaben
möglich])? ☐

3. In welchem Alter wurde das Kind in die Krippe
aufgenommen? ☐

4. Anpassungsstörungen	☐
andere Auffälligkeiten	☐ ☐
5. Motive für Krippenbetreuung	☐
6. Zufriedenheit mit der Krippenerziehung	☐
7. Krankheiten im 1. Lebensjahr	☐ ☐
8. Krankheiten nach dem ersten Lebensjahr	☐ ☐

Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren in ausgewählten Bereichen

Motorik

1. In welchem Alter konnte das Kind, auf dem Rücken liegend, den Kopf für kurze Zeit heben? ☐
2. Wann konnte es frei sitzen? ☐
3. In welchem Alter begann es zu krabbeln? ☐
4. In welchem Alter konnte es allein stehen, ohne dass es gehalten wurde? ☐
5. In welchem Alter konnte das Kind frei laufen? ☐
6. Besonderheiten in der motorischen Entwicklung ☐
7. Ist das Kind Linkshänder? ☐

Entwicklung des Sprechens und der Sprache

1. In welchem Alter sprach das Kind sein erstes sinnvolles Wort? ☐
2. Wann sprach das Kind seinen ersten einfachen Satz (Zwei- bis Dreiwortsätze)? ☐
3. Hatte das Kind Sprachschwierigkeiten? ☐
- a) Lautbildung bis Lebensjahr ☐
- b) Satzbildung bis Lebensjahr ☐
4. Stottern? ☐

Sauberkeitserziehung und Selbstständigkeitsew.

1. Seit wann kotet das Kind nicht mehr ein? ☐
2. Seit wann nässt das Kind am Tage nicht mehr ein? ☐
3. Seit wann nässt das Kind nachts nicht mehr ein? ☐
4. Ist das Kind hinsichtlich Körperpflege und Bekleidung selbstständig? ☐
5. Kann sich das Kind allein beschäftigen? ☐
6. Wie erledigt es ihm übertragene Aufgaben? ☐

Kontaktverhalten/ Soziale Kompetenz

1. Wie tritt das Kind zu Erwachsenen in Kontakt? ☐
2. Wie nimmt das Kind Kontakt zu Gleichaltrigen auf? ☐
3. Welche Spielpartner bevorzugt das Kind? ☐
4. Verhalten in der Gemeinschaft ☐

Leistungsorientiertes Spiel

1. Wie ist die Phantasie des Kindes entwickelt? ☐
2. Wie viel Ausdauer zeigt das Kind beim Spielen mit anderen? ☐
3. Bewegungsbesonderheiten ☐
4. Welche Spiele werden gegenwärtig beobachtet? ☐
- a) Funktionsspiele ☐
- b) Konstruktionsspiele ☐
- c) Illusionsspiele ☐
- d) Rollenspiele ☐
- e) Regelspiele ☐

Entwicklung des Leistungsverhaltens

1. Ging das Kind gern in den Kindergarten? ☐
- Belastungen: ☐
2. Wurde vom Kindergarten über das soziale Verhalten geklagt? ☐
- Anzahl ☐
3. Wurde das Kind altersgerecht eingeschult? ☐
4. Wie gestaltete sich die schulische Entwicklung des Kindes? ☐
5. Wurde beim Kind ein Abfall der schulischen Leistungen beobachtet? ☐
6. Treten Jahresschwankungen im Leistungsbereich auf? ☐
7. Bezieht die Schule das Kind in besondere Maßnahmen ein? ☐
8. Letzte Zeugnisnoten des Kindes
Halbjahr: _____
Jahresabschluss: _____

Betragen ☐	Geographie ☐
Fleiß ☐	Chemie ☐
Ordnung ☐	Physik ☐
Mitarbeit ☐	Biologie ☐
Deutsch ☐	Englisch ☐
Rechtschreiben ☐	Französisch ☐
Grammatik ☐	Religion/Ethik ☐
Literatur ☐	Kunst ☐
Lesen ☐	Werken ☐
Sachunterricht ☐	Sport ☐
Mathematik ☐	Musik ☐
Astronomie ☐	andere Fächer: _____ ☐

9. Hat das Kind besondere Schwierigkeiten in einigen Fächern?

- 1 Rechtschreiben ☐
- 2 Lesen ☐
- 3 Mathematik ☐
- 4 andere Probleme _____ ☐
10. Erzählt das Kind von schulischen Ereignissen oder verschweigt es diese eher? ☐
11. Stellt das Kind an sich selbst bezüglich der Schulleistungen hohe Anforderungen an sich? ☐

12. Wo macht das Kind seine Hausaufgaben? ☐

13. Wer hilft dem Kind bei den Hausaufgaben? ☐

14. Wie oft wird dem Kind geholfen? ☐

15. Wie lange braucht das Kind im Allgemeinen für die Anfertigung seiner Hausaufgaben? ☐

16. Wird mit dem Kind zusätzlich geübt? ☐

17. Verhält sich das Kind anders als sonst, wenn eine Klassenarbeit bevorsteht? ☐

18. Wie verhält sich das Kind nach der Klassenarbeit? ☐

19. Wie reagieren die Eltern auf eine gute Schulnote? ☐

20. Wie reagieren die Eltern auf eine mittelmäßige Schulnote? ☐

21. Wie reagieren die Eltern auf eine schlechte Schulnote? ☐

22. Welche Einstellung hat das Kind zu seinem Klassenlehrer?

- 1 hält ihn für streng ☐
2 hält ihn für nachsichtig ☐
3 hält ihn für gerecht ☐
4 hält ihn für ungerecht ☐

- 5 erzählt häufig von seinem Klassenlehrer ☐
6 erzählt selten oder nie von seinem Klassenlehrer ☐

- 7 mag seinen Klassenlehrer ☐
8 lehnt seinen Klassenlehrer ab ☐

23. Gibt es Probleme wegen Schulschwänzens? ☐

24. Welche Auffälligkeiten des Kindes während der Schulzeit? ☐ ☐

25. Treten die gleichen Probleme während der Ferienzeit auf? ☐ ☐

26. Fühlt sich das Kind in seiner Klasse wohl? ☐

Anzahl der Probleme ☐

27. Wie wird von der Mutter das Kind hinsichtlich seiner Intelligenz (geistigen Leistungsfähigkeit) beurteilt? ☐

Bindung

1. Kleinkindalter (etwa als Zweijähriges)

sichere Bindung ☐

unsicher-vermeidende Bindung

unsicher-ambivalente Bindung

desorganisierte Bindung

2. Vorschul- und Grundschulalter

sicher-zuversichtliche Bindung ☐

unsicher-vermeidende Bindung

unsicher-ambivalente Bindung

unsicher-kontrollierende Bindung

3. Jugendalter

sicher-autonome Bindung ☐

unsicher-distanzierte Bindung

unsicher-verwickelte Bindung

unverarbeitete Bindung

Reaktive Verarbeitung des Umwelterlebens

1. Hinweise auf phasenbezogene Ängste ☐

2. Versuche des Angstabbaus:

a) Zuspruch ☐

b) Heranführen an das Angstobjekt ☐

c) Bestrafen ☐

d) andere Maßnahmen ☐

3. Welche Situations- und Objektängste treten auf? ☐

Aggressives Verhalten

1. Autoaggressionen (z.B. Ritzen)? ☐

2. Schlägt, kneift, beißt, verletzt, verspottet es andere oder streitet es mit anderen Kindern? ☐

3. Macht es eigene oder fremde Sachen absichtlich kaputt? ☐

4. Was ist die vermeintliche Ursache dieses aggressiven Verhaltens? ☐

Entwicklung von Abhängigkeit und Unabhängigkeit

1. Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes ☐

2. Wie reagiert das Kind auf Lob? ☐

3. Wie reagiert es auf Tadel? ☐

Sexualität

1. Auffällige Beobachtungen im sexuellen Bereich ☐

Anzahl der Auffälligkeiten ☐

2. Wurde das Kind aufgeklärt? ☐

Familienstruktur und sozioökonomische Lage

1. Wie viele Personen gehören zum Haushalt? ☐

2. Wie viele Kinder gehören zur Familie? ☐

3. Welche Position nimmt das Kind in der

Geschwisterreihe ein? ☐

4. Haben ein oder mehrere Geschwister

Leistungsprobleme? ☐

5. Haben ein oder mehrere Geschwister

Verhaltensprobleme? ☐

6. Familienstand der Eltern des Patienten

a) Kindesmutter ☐

b) Kindesvater ☐

7. Schulbildung

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

8. Berufsabschluss

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

9. Berufstätigkeit

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

10. Besondere Ereignisse im Leben des Kindes: ☐ ☐

11. Befanden oder befinden sich Eltern oder andere Blutsverwandte in nervenärztlicher oder psychologischer Behandlung?

a) nervenärztlich ☐

b) psychologisch ☐

12. Wie viele Räume gehören zur Wohnung? ☐

13. Wohnungsgröße der Personenzahl angemessen

(Wohnraumindex)? ☐

14. Hat das Kind einen Bereich in der Wohnung, den es primär für sich hat? ☐

15. Monatliches Haushaltsnettoeinkommen (beide Elternteile zusammen, einschließlich Kindergeld)?

(Angabe fakultativ) ☐

16. Reichen die finanziellen Mittel für die Versorgung der Familie aus? ☐

Beziehungen zwischen den Eltern

1. Alter der Eltern bei der Eheschließung (Beginn der Lebensgemeinschaft)?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

2. Gründe der Heirat (der Lebensgemeinschaft)::

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

3. Atmosphäre in der Ehe:

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

4. Auseinandersetzungen über folgende Probleme:

a) Mutter ☐ ☐

b) Vater ☐ ☐

Erziehungsstil, -interesse, -verhalten

Erfassungsbogen für die Psychologische Anamnese

(Zutreffendes unterstreichen bzw. Zahlen der Antwortkategorien aus dem Leitfaden ergänzen.)

Ausgefüllt am:.....
Mit wem:.....
Durch wen:.....

Personalien

Pat.-Nr.:.....
Unters.-Nr.:.....
Name:.....Vorname:.....
geb.am:.....
.....
PLZ Ort Straße/Nr. Telefon:
.....
Kindereinrichtung/Schule: Erzieher/Lehrer:
.....
Mutter:
Name,
Vorname:.....geb.:.....
Beruf/Tätigkeit:.....
Arbeitsstelle/Tel.:.....
Vater:
Name:
Vorname:.....geb.:.....
Beruf/Tätigkeit:.....
Arbeitsstelle/Tel.:.....
Geschwister:
Name Vorname geb. Verwandt. Schule Probleme
.....
.....
.....
.....
.....

Vorstellungsanlass:

durch wen
Arzt (Diagnose), Kindereinrichtung, Selbstmelder
.....
Gründe der Vorstellung:
Verhaltensauffälligkeiten:
Leistungsauffälligkeiten:
Konzentrationsschwierigkeiten:
Psychosomatik:
Spezielle Fragestellung:.....
.....
.....
Auffälligkeiten seit:
(Geburt – Krippenalter – Kiga – Einschulung – Schulalter)
Vermutungen der Eltern über Ursachen:
(keine – eigene Probleme – genetisch – fremde Belastung – im Kind- multipel)
Bisherige Maßnahmen zur Behebung der Auffälligkeiten (welche, wie lange, Erfolg)
Medikamente:.....
.....
.....

Beratung/Psychotherapie/durch wen:

Erzieherische Maßnahmen:

Zuspruch/Strafen – Konsequenz/Inkonsequenz

Erfolg/ohne Erfolg

Schwangerschaft:

1. ärztliche Behandlung

Erkrankungen während der Schwangerschaft:

2. Medikamente.....

3. Tierkontakte

4. giftige Substanzen

5. Alkohol

6. Rauchen

7. Röntgen

8. Unfälle

9a Belastungen durch Beruf

9b Belastungen durch Partnerkonflikte

9c Belastungen durch Familie

10. psychologische oder psychiatrische
Behandlung

Summe

Geburt

1. termingerecht

2. Komplikationen:

Summe Komplikationen

Zustand post partum

3. Zustand des Kindes pp

Summe der Beeinträchtigungen post partum

4. Wie schwer war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Gewichtsangabe notieren _____ und dann
zuordnen ☐

5. Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

Exakte Größenangabe notieren _____ und dann
zuordnen ☐

6. Wie groß war der Kopfumfang des Kindes bei der
Geburt?

Exakte Angabe notieren _____ und dann
zuordnen ☐

7. War das Kind erwünscht? ☐

8. Spontane Äußerungen, die auf eine negative Einstellung
zum Kind schließen lassen. ☐

Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

1. Wie lange wurde das Kind gestillt? ☐

2. Wer hat das Kind im ersten Lebensjahr hauptsächlich
betreut (unmittelbare Bezugspersonen [mehrere Angaben
möglich])? ☐

3. In welchem Alter wurde das Kind in die Krippe
aufgenommen? ☐

4. Anpassungsstörungen	☐
andere Auffälligkeiten	☐
5. Motive für Krippenbetreuung	☐
6. Zufriedenheit mit der Krippenerziehung	☐
7. Krankheiten im 1. Lebensjahr	☐
8. Krankheiten nach dem ersten Lebensjahr	☐

Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren in ausgewählten Bereichen

Motorik

1. In welchem Alter konnte das Kind, auf dem Rücken liegend, den Kopf für kurze Zeit heben?	☐
2. Wann konnte es frei sitzen?	☐
3. In welchem Alter begann es zu krabbeln?	☐
4. In welchem Alter konnte es allein stehen, ohne dass es gehalten wurde?	☐
5. In welchem Alter konnte das Kind frei laufen?	☐
6. Besonderheiten in der motorischen Entwicklung	☐
7. Ist das Kind Linkshänder?	☐

Entwicklung des Sprechens und der Sprache

1. In welchem Alter sprach das Kind sein erstes sinnvolles Wort?	☐
2. Wann sprach das Kind seinen ersten einfachen Satz (Zwei- bis Dreiwortsätze)?	☐
3. Hatte das Kind Sprachschwierigkeiten?	☐
a) Lautbildung bis Lebensjahr	☐
b) Satzbildung bis Lebensjahr	☐
4. Stottern?	☐

Sauberkeitserziehung und Selbstständigkeitsew.

1. Seit wann kotet das Kind nicht mehr ein?	☐
2. Seit wann nässt das Kind am Tage nicht mehr ein?	☐
3. Seit wann nässt das Kind nachts nicht mehr ein?	☐
4. Ist das Kind hinsichtlich Körperpflege und Bekleidung selbstständig?	☐
5. Kann sich das Kind allein beschäftigen?	☐
6. Wie erledigt es ihm übertragene Aufgaben?	☐

Kontaktverhalten/ Soziale Kompetenz

1. Wie tritt das Kind zu Erwachsenen in Kontakt?	☐
2. Wie nimmt das Kind Kontakt zu Gleichaltrigen auf?	☐
3. Welche Spielpartner bevorzugt das Kind?	☐
4. Verhalten in der Gemeinschaft	☐

Leistungsorientiertes Spiel

1. Wie ist die Phantasie des Kindes entwickelt?	☐
2. Wie viel Ausdauer zeigt das Kind beim Spielen mit anderen?	☐
3. Bewegungsbesonderheiten	☐
4. Welche Spiele werden gegenwärtig beobachtet?	☐
a) Funktionsspiele	☐
b) Konstruktionsspiele	☐
c) Illusionsspiele	☐
d) Rollenspiele	☐
e) Regelspiele	☐

Entwicklung des Leistungsverhaltens

1. Ging das Kind gern in den Kindergarten?	☐
Belastungen:	☐
2. Wurde vom Kindergarten über das soziale Verhalten geklagt?	☐
Anzahl	☐
3. Wurde das Kind altersgerecht eingeschult?	☐
4. Wie gestaltete sich die schulische Entwicklung des Kindes?	☐
5. Wurde beim Kind ein Abfall der schulischen Leistungen beobachtet?	☐
6. Treten Jahresschwankungen im Leistungsbereich auf?	☐
7. Bezieht die Schule das Kind in besondere Maßnahmen ein?	☐
8. Letzte Zeugnisnoten des Kindes	
Halbjahr: _____	
Jahresabschluss: _____	

Betragen	☐	Geographie	☐
Fleiß	☐	Chemie	☐
Ordnung	☐	Physik	☐
Mitarbeit	☐	Biologie	☐
Deutsch	☐	Englisch	☐
Rechtschreiben	☐	Französisch	☐
Grammatik	☐	Religion/Ethik	☐
Literatur	☐	Kunst	☐
Lesen	☐	Werken	☐
Sachunterricht	☐	Sport	☐
Mathematik	☐	Musik	☐
Astronomie	☐	andere Fächer: _____	☐

9. Hat das Kind besondere Schwierigkeiten in einigen Fächern?

1 Rechtschreiben	☐
2 Lesen	☐
3 Mathematik	☐
4 andere Probleme _____	☐
10. Erzählt das Kind von schulischen Ereignissen oder verschweigt es diese eher?	☐
11. Stellt das Kind an sich selbst bezüglich der Schulleistungen hohe Anforderungen an sich?	☐

12. Wo macht das Kind seine Hausaufgaben?

13. Wer hilft dem Kind bei den Hausaufgaben?	☐
14. Wie oft wird dem Kind geholfen?	☐

15. Wie lange braucht das Kind im Allgemeinen für die Anfertigung seiner Hausaufgaben?

16. Wird mit dem Kind zusätzlich geübt?	☐
17. Verhält sich das Kind anders als sonst, wenn eine Klassenarbeit bevorsteht?	☐
18. Wie verhält sich das Kind nach der Klassenarbeit?	☐
19. Wie reagieren die Eltern auf eine gute Schulnote?	☐
20. Wie reagieren die Eltern auf eine mittelmäßige Schulnote?	☐
21. Wie reagieren die Eltern auf eine schlechte Schulnote?	☐

22. Welche Einstellung hat das Kind zu seinem Klassenlehrer?

- 1 hält ihn für streng ☐
2 hält ihn für nachsichtig ☐
3 hält ihn für gerecht ☐
4 hält ihn für ungerecht ☐

- 5 erzählt häufig von seinem Klassenlehrer ☐
6 erzählt selten oder nie von seinem Klassenlehrer ☐

- 7 mag seinen Klassenlehrer ☐
8 lehnt seinen Klassenlehrer ab ☐

23. Gibt es Probleme wegen Schulschwänzens? ☐

24. Welche Auffälligkeiten des Kindes während der Schulzeit? ☐ ☐

25. Treten die gleichen Probleme während der Ferienzeit auf? ☐ ☐

26. Fühlt sich das Kind in seiner Klasse wohl? ☐

Anzahl der Probleme ☐

27. Wie wird von der Mutter das Kind hinsichtlich seiner Intelligenz (geistigen Leistungsfähigkeit) beurteilt? ☐

Bindung

1. Kleinkindalter (etwa als Zweijähriges)

sichere Bindung ☐

unsicher-vermeidende Bindung

unsicher-ambivalente Bindung

desorganisierte Bindung

2. Vorschul- und Grundschulalter

sicher-zuversichtliche Bindung ☐

unsicher-vermeidende Bindung

unsicher-ambivalente Bindung

unsicher-kontrollierende Bindung

3. Jugendalter

sicher-autonome Bindung ☐

unsicher-distanzierte Bindung

unsicher-verwickelte Bindung

unverarbeitete Bindung

Reaktive Verarbeitung des Umwelterlebens

1. Hinweise auf phasenbezogene Ängste ☐

2. Versuche des Angstabbaus:

a) Zuspruch ☐

b) Heranführen an das Angstobjekt ☐

c) Bestrafen ☐

d) andere Maßnahmen ☐

3. Welche Situations- und Objektängste treten auf? ☐

Aggressives Verhalten

1. Autoaggressionen (z.B. Ritzen)? ☐

2. Schlägt, kneift, beißt, verletzt, verspottet es andere oder streitet es mit anderen Kindern? ☐

3. Macht es eigene oder fremde Sachen absichtlich kaputt? ☐

4. Was ist die vermeintliche Ursache dieses aggressiven Verhaltens? ☐

Entwicklung von Abhängigkeit und Unabhängigkeit

1. Selbstständigkeitsentwicklung des Kindes ☐

2. Wie reagiert das Kind auf Lob? ☐

3. Wie reagiert es auf Tadel? ☐

Sexualität

1. Auffällige Beobachtungen im sexuellen Bereich ☐

Anzahl der Auffälligkeiten ☐

2. Wurde das Kind aufgeklärt? ☐

Familienstruktur und sozioökonomische Lage

1. Wie viele Personen gehören zum Haushalt? ☐

2. Wie viele Kinder gehören zur Familie? ☐

3. Welche Position nimmt das Kind in der

Geschwisterreihe ein? ☐

4. Haben ein oder mehrere Geschwister

Leistungsprobleme? ☐

5. Haben ein oder mehrere Geschwister

Verhaltensprobleme? ☐

6. Familienstand der Eltern des Patienten

a) Kindesmutter ☐

b) Kindesvater ☐

7. Schulbildung

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

8. Berufsabschluss

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

9. Berufstätigkeit

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

10. Besondere Ereignisse im Leben des Kindes: ☐ ☐

11. Befanden oder befinden sich Eltern oder andere Blutsverwandte in nervenärztlicher oder psychologischer Behandlung?

a) nervenärztlich ☐

b) psychologisch ☐

12. Wie viele Räume gehören zur Wohnung? ☐

13. Wohnungsgröße der Personenzahl angemessen

(Wohnraumindex)? ☐

14. Hat das Kind einen Bereich in der Wohnung, den es primär für sich hat? ☐

15. Monatliches Haushaltsnettoeinkommen (beide Elternteile zusammen, einschließlich Kindergeld)?

(Angabe fakultativ) ☐

16. Reichen die finanziellen Mittel für die Versorgung der Familie aus? ☐

Beziehungen zwischen den Eltern

1. Alter der Eltern bei der Eheschließung (Beginn der Lebensgemeinschaft)?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

2. Gründe der Heirat (der Lebensgemeinschaft)::

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

3. Atmosphäre in der Ehe:

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

4. Auseinandersetzungen über folgende Probleme:

a) Mutter ☐ ☐

b) Vater ☐ ☐

Erziehungsstil, -interesse, -verhalten

1. Sind die Ehepartner hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

2. Wie ist das Verhältnis zwischen Eltern und Kind?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

3. Wird das Kind von Den Eltern besonders verwöhnt?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

4. Praktizierte Strafen

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

5. Partner hebt Strafen vorzeitig auf:

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

6. Beschäftigen sich die Eltern in der Freizeit mit dem Kind (Spiel, Basteln, Hobby)?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

7. Zusammenfassende Einschätzung des Erziehungsstils (Folgerung, keine Frage).

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

12. Teilt das Kind mit Geschwistern und Eltern? ☐

13. Macht man sich in der Familie auch außerhalb von Ostern, Weihnachten oder

Geburtstag kleine Geschenke? ☐

14. Beschenkt der Patient gern andere? ☐

15. Versucht das Kind, die Eltern manchmal angenehm zu überraschen (z.B. Tisch decken, Abwasch,

ohne dass dies zu den Pflichten gehört)? ☐

16. Bekommt das Kind Taschengeld? ☐

17. Darf das Kind über sein Taschengeld allein verfügen? ☐

18. Beratungen über gemeinsame Urlaubsreisen: ☐

19. Sind die Großeltern ein wichtiger Teil des

Familienlebens? ☐

20 Glaubwürdigkeit der elterlichen Aussagen (Folgerung, keine Frage).

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

Familiendynamik (Rollen- und Funktionsverteilung)

1. Verträgt sich der Patient mit seinen

Geschwistern? ☐

2. Ist der Patient eifersüchtig auf seine

Geschwister? ☐

3. Fühlt sich von Geschwistern unterdrückt, wird gehänselt, wird geprügelt? ☐

4. Wie reagieren die anderen Geschwister auf das Problemverhalten des Patienten? ☐

5. Ist das Erleben von Zärtlichkeiten (nicht GV!) zwischen den Eltern für das Kind etwas

Selbstverständliches? ☐

6. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen der Eltern zu den Kindern?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

7. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen der Eltern zu dem Patienten ?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

8. Wie sind im Allgemeinen die emotionalen Beziehungen in der Familie?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

9. Gibt es in der Familie eine feste Aufgaben- und Funktionsteilung?

a) Mutter ☐

b) Vater ☐

c) für jedes Kind ☐

d) auch für den Patienten ☐

10. Welche Aufgaben gehören zu den täglichen Verpflichtungen des Patienten? ☐ ☐

11. Wie erfüllt das Kind diese Verpflichtungen? ☐

Raum für Ergänzungen: