



Traumasesensible Diagnostik und Förderplanung an der Schnittstelle

Romana Friedrich & Marc Schmid

Modul 4: Traumapädagogische Kooperationsstrukturen

Lerneinheit 1: Traumapädagogische Diagnostik und Förderplanung

traumapaedagogik.elearning-kinderschutz.de



Inhalt

1.	Einleitung	4
2.	Ordnen der Informationen bei der Aufnahme	7
2.1.	Visualisierungen des Lebens und des Hilfeverlaufs	8
2.2.	Sozialpädagogische Berichte	8
2.3.	Hinweise auf traumatische Belastungen in pädagogischen Berichten	9
3.	Somatische Arztbriefe	14
4.	Psychiatrische Arztbriefe (Aufbau und Inhalt)	15
4.1.	Diagnosen	15
4.2.	Aktuelle Situation, psychopathologischer Befund und Anamnese	18
4.3.	Testpsychologischer Befund	20
4.4.	Verlauf und Empfehlung	20
5.	Soziale Diagnostik als Teil einer biopsychosozialkulturellen Diagnostik	22
5.1.	Einleitung zur Diagnostik	22
5.2.	Diagnostik in der sozialen Arbeit und Sozialpädagogik	23
5.3.	Strukturierte Erhebungen in Erstgesprächen durch Fachdienste und Bezugspersonen	24
5.4.	Verhaltensbeobachtungen und diagnostische Prozesse mit dem Kind	27
5.5.	Fehleranfälligkeit von klinischen Urteilen	29
5.6.	Haltung zur psychometrischen Diagnostik	33
5.7.	Der diagnostische Prozess	35
5.8.	Diagnostische Entscheidungen in Abhängigkeit von innerer Sicherheit	38
6.	Nutzen der psychometrischen Diagnostik für die sozialpädagogische Praxis und Förderplanung	40

7.	Verfahren zur Erfassung der psychischen Belastung	42
7.1.	Zeitersparnis und Strukturierung	48
7.2.	Sensibilisierung für häufige Probleme von Kindern und Jugendlichen	48
7.3.	Gegenüberstellen von Fremd- und Selbsturteil	49
7.4.	Förderung des Selbstverstehens	51
7.5.	Sensibilisierung für Ressourcen	52
7.6.	Verlaufskontrolle	53
8.	Entwicklung einer gemeinsamen Sprache	55
9.	Ethisch korrekter Umgang mit diagnostischen Befunden – welche Haltung braucht das?	58
9.1.	Formulierung der Fragestellungen bei der Aufklärung, der Testdurchführung, der Interpretation der Testbefunde und beim Rückgabegespräch	58
9.2.	Ethische Aspekte und Haltung	60
10.	Fazit	62
11.	Literaturverzeichnis	64

In diesem Beitrag sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie Erkenntnisse aus der Biographie der Klientin bzw. des Klienten, Verhaltensbeobachtungen und Erkenntnisse aus Berichten für ein umfassendes Fallverständnis und eine gezielte Förderplanung genutzt werden können. Dabei wollen wir folgenden Fragen nachgehen:

- ▶ Wie können wir in schriftlichen Dokumenten Hinweise auf vorausgegangene Traumatisierungen und Traumafolgesymptome erkennen und werten ohne etwas zu übersehen oder überzuinterpretieren?
- ▶ Wie können wir die notwendigen biographischen Informationen erheben, ohne die Kinder und Familien unnötig mit ihren belastenden Lebensereignissen zu konfrontieren?
- ▶ Wie können wir erste Kontakte mit Kind und Eltern „sicher“ gestalten und dabei auch Belastungen erheben?
- ▶ Welchen Nutzen haben psychometrische Tests in sozialpädagogischen Settings?

1. Einleitung

Eine nützliche und gute „traumapädagogische“ Diagnostik dient in erster Linie dem Fallverstehen und sollte es ermöglichen, aus der Biographie heraus ein Erklärungsmodell für das aktuelle Verhalten zu entwickeln. Eine gute Diagnostik sollte aber auch Ansatzpunkte für die Förderung von Resilienzfaktoren liefern und helfen, wichtige Entscheidungen für zentrale Fragen in der interdisziplinären Hilfeplanung zu treffen, z. B. ob das Kind ein sonderschulisches Setting, eine Psychotherapie, eine Traumatherapie, eine (erneute) kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung etc. benötigt. Für all diese Fragen müssen vorliegende Informationen geordnet und neue Informationen gezielt gesammelt sowie reliabel und valide erhoben werden. Um sich mit anderen involvierten Fachkräften möglichst rasch und intensiv austauschen und die Einschätzungen abgleichen zu können, ist es sinnvoll, sich frühzeitig eine Entbindung von der Schweigepflicht geben zu lassen. Falls Eltern ihr Einverständnis verweigern oder dieses nur zögerlich geben wollen, ergibt es Sinn, einerseits den guten Grund für den Widerstand der Eltern zu explorieren und zu versuchen, mögliche Ängste, Befürchtungen, Schuld oder Schamgefühle auszuräumen. Andererseits sind die eigenen guten Gründe, warum die Informationen für die weitere optimale Hilfeplanung für das Kind notwendig sind, gut und transparent zu benennen. Es ist empfehlenswert, anfangs eine gewisse liebevolle und verständliche Hartnäckigkeit an den Tag zu legen, da die Erfahrung zeigt, dass eine fehlende Einverständniserklärung der Eltern die Kooperation im Hilfeverlauf nachhaltig blockieren kann. Zudem ist es in der Regel leichter, am Anfang auf die Notwendigkeit eines Austausches zu beharren als zu einem späteren Zeitpunkt, wenn der Hilfeverlauf stockt und man bemerkt, dass eine wichtige Information von einer involvierten Fachstelle fehlt, die vielleicht mit ähnlichen Problemen konfrontiert war. Es ist aus Perspektive der Klientin/des Klienten und seines Herkunftssystems auch nachvollziehbar, dass das Misstrauen steigt, wenn ausgerechnet dann, wenn Probleme auftreten, ein Austausch mit Einrichtungen erfolgen soll, mit denen sie nicht nur positive Erfahrungen gemacht haben bzw. aktuell machen.

Bei Eintritt eines Kindes oder Jugendlichen in ein sozialpädagogisches Setting, insbesondere in eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung, liegen den aufneh-

menden Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und den zuweisenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bzw. Jugendämtern je nach Situation, Biographie der Klientin/des Klienten und vorhergegangener Planbarkeit bzw. Dringlichkeit des Eintritts gar keine bis überwältigend viele schriftliche Dokumente zum Kind, dessen individueller Geschichte und seiner Familie vor. Neben fehlenden zeitlichen Ressourcen, die zur Durchsicht der Schriftstücke benötigt werden, stellen auch die verwendete (Fach-)Sprache, z. B. von Juristinnen und Juristen oder Ärztinnen und Ärzten, und schwammige oder intransparente Formulierungen teilweise eine Hürde zum Verständnis der Dokumente und damit auch zu einem umfassenden Einblick in die persönliche Geschichte des Kindes oder Jugendlichen dar. Letztlich ist es für die Hilfeplanung von entscheidender Bedeutung, aus vielen verschiedenen Informationen und Eindrücken schlussendlich ein Gesamtbild zu erschließen, auf dessen Basis verschiedene Interventionen entwickelt und gegebenenfalls notwendige Kooperationen mit anderen Hilfsystemen eingegangen werden. Leider ist oft zu beobachten, dass wichtige Informationsquellen nicht genutzt und dadurch wichtige diagnostische Hinweise bei der Hilfeplanung nicht ausreichend und vor allem nicht rechtzeitig beachtet werden, was dann zu problematischen Kinderschutzverläufen und suboptimalen Verläufen von Fremdplatzierungen führen kann. Deshalb ist es wichtig, sich rasch einen Überblick über den bisherigen Hilfeverlauf und die beteiligten Helfersysteme zu verschaffen.

Für einen gelungenen Übergang in eine neue Wohnsituation im Rahmen einer pädagogischen Platzierung ist das Verständnis für das Kind und dessen individuelle Problematik unabdingbar. Insbesondere das Wissen über vorangegangene Traumatisierungen und Beziehungsabbrüche, wie sie bei fremdplatzierten Kindern weit überdurchschnittlich häufig vorkommen (Jaritz et al., 2008; Schmid 2010), spielen oft eine große Rolle für ein traumapädagogisches Fallverständnis. Die Wahrnehmung von Interaktionen, Emotionen und das Verhalten eines Kindes im Alltag verändert sich, wenn man aus seiner psychosozialen Lerngeschichte gute Gründe für sein Interaktionsverhalten herleiten kann und diese bei der Ausgestaltung und Planung der pädagogischen Hilfen von Beginn an beachten kann. Genaue Kenntnisse und das Verständnis komplexer Zusammenhänge, die von Fachpersonen verschiedener Bereiche bereits in den Monaten oder Jahren vor der aktuellen Platzierung erarbeitet wurden,

können dem Kind und den pädagogischen Bezugspersonen den gemeinsamen Einstieg in den neuen Alltag und den Beziehungsaufbau deutlich erleichtern.

Bekannte Ressourcen, Resilienzfaktoren, Stärken und Vorlieben des Kindes können aufgegriffen werden und einen Neuanfang positiv beeinflussen. In der Vergangenheit bereits als nützlich erlebte Rituale, Copingstrategien und Unterstützungsmaßnahmen sollten bei einer Platzierung oder einem Platzierungswechsel nach Möglichkeit Bestand haben, so dass in schwierigen Situationen auf Bewährtes und Vertrautes zurückgegriffen werden kann.

Schriftliche Berichte ersetzen nicht die umfassende persönliche Übergabe und einen nach Möglichkeit gemeinsam mit dem Kind und unter Einbezug der Familie sowie möglicher weiterer Bezugspersonen gemeinsam geplanten und gestalteten Übergang. Schriftstücke haben jedoch den Vorteil, auch nach langer Zeit und unabhängig von personellen Wechseln noch angefordert werden zu können. Zudem können sie situationsabhängig hervorgeholt und erneut gelesen werden, weshalb eine gute schriftliche Dokumentation des Aufenthaltes und der Hilfesgeschichte von großem Nutzen für das Kind und seine weitere Entwicklung sein kann und nicht nur als unliebsame Schreibtischarbeit abgetan werden sollte.

2. Ordnen der Informationen bei der Aufnahme

Bei ungeplanten Aufnahmen in eine pädagogische Institution liegen manchmal kaum Informationen über die Umstände der Platzierung vor. In Fällen, in denen Traumatisierungen wie Misshandlung oder Vernachlässigung innerhalb der Familie zur Platzierung führen, oder wenn Eltern nicht erreichbar sind oder nicht für eine gelingende Zusammenarbeit gewonnen werden können, ist die Gefahr einer zusätzlichen traumatisierenden Erfahrung des Kindes durch die plötzliche Platzierung zu beachten (Blülle & Gahleitner, 2014; Friedrich & Schmid, 2014). Hier muss eine Stabilisierung erfolgen und ein Narrativ für die Gründe der Fremdplatzierung mit dem Kind erarbeitet werden. Das Kind muss schon in der Aufnahmesituation stabilisiert und beruhigt werden. Die Frage des Narrativs sollte im weiteren Hilfeverlauf immer wieder aufgegriffen werden. Ein reliabler und valider Informationsgewinn durch die Familie kann in solchen Krisensituationen erschwert bis unmöglich sein. Hier müssen über die/den platzierenden Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter Informationen eingeholt werden.

Andererseits kommt es bei Platzierungen von Jugendlichen mit einer umfangreichen Vorgeschichte vor, dass zahlreiche Berichte und Briefe verschiedener Institutionen vorhanden sind und eine zeitintensive Durchsicht erfordern. Häufig stammen Berichte von den zuständigen Ämtern (Jugendamt, Jugendgerichtshilfe etc.), von Institutionen in denen das Kind früher platziert oder hospitalisiert war, oder von behandelnden oder abklärenden, begutachtenden Ärztinnen/Ärzten oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. Gerade bei Familien, die eine lange Geschichte mit einer Vielzahl von involvierten Helfern haben, führt dies oft zu einer regelrechten Informationsflut, deren Komplexität reduziert werden sollte.

Fachpersonen berichten in ihren schriftlichen Ausarbeitungen oft jeweils die Sicht ihrer Disziplin, wie (auffällige) Verhaltensweisen, Stärken und Schwächen eines Kindes, erwähnen aber auch explizit oder implizit biographische und psychosoziale Umstände, die Hinweise auf traumatisierende Erfahrungen und Bewältigungsstrategien geben können.

Wichtig ist die eigene Wertung möglicher Hinweise: **Kein noch so guter Hinweis kann kausal interpretiert werden**, sondern stellt jederzeit nur einen Hinweis auf eine gewisse Wahrscheinlichkeit dar. Aus traumapädagogischer Perspektive ergibt es zwar wenig Sinn, Berichte nur nach potentiellen Belastungen und Traumatisierungen sowie detektivisch genau nach Details für die Rekonstruktionen von Traumatisierungen zu suchen, es ist aber für ein umfassendes Fallverständnis wichtig, die zentralen Belastungen in der Biographie eines Kindes anhand der vorliegenden Informationen rekonstruieren zu können. Hier können oft Elemente aus der Biographiearbeit sowie Visualisierungen des Lebensweges und des Hilfeverlaufs einen wichtigen Beitrag zum Fallverständnis liefern (Pantucek, 2009).

2.1. Visualisierungen des Lebens und des Hilfeverlaufs

Oft ergibt es Sinn, die vorliegenden Informationen zu ordnen. Normalerweise geschieht dies am einfachsten chronologisch, z. B. in Form einer Lebenslinie der Klientin bzw. des Klienten. Hier können die verschiedenen Stationen und Hilfen aufgezeichnet und dann nachgezeichnet werden, wie und bei wem das Kind gelebt hat und welche Belastungsfaktoren, aber auch Meilensteine der Entwicklung stattgefunden haben.

In der Regel liegen, wie oben bereits erwähnt, eine Vielzahl von Berichten vor, die im Idealfall schon von der platzierenden Sozialarbeiterin oder vom platzierenden Sozialarbeiter gesammelt wurden, oft aber noch recht mühsam eingeholt werden müssen. Eine solche Akte beinhaltet oft sozialpädagogische und ärztliche Berichte, deren Informationen gesichtet werden müssen. Es ist daher empfehlenswert, auch die einzelnen Hilfestationen zu visualisieren und die Berichte diesen Zeiträumen zuzuordnen.

2.2. Sozialpädagogische Berichte

Fachstellen, welche die Kinder und ihre Familien oft über einen langen Zeitraum begleiten und unter Umständen mehrere Platzierungen miterleben, können oft wertvolle Hinweise über Bedürfnisse, (Beziehungs-)Abbrüche, Abwer-

tungen und Kränkungen geben und so langjährige Muster in den Verhaltensweisen von Kind und Eltern aufzeigen. Es wird in den Berichten deutlich, ob die Entscheidungsfindung in Bezug auf die aktuelle Platzierung transparent und partizipativ verlief oder gar gegen den Willen der Beteiligten auf rechtlichen Grundlagen des Kindesschutzes durchgesetzt werden musste (Inobhutnahmen, Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes oder des gesamten Sorgerechts). Die Kooperation zwischen der Ursprungsfamilie und den bislang zuständigen Fachpersonen der öffentlichen Jugendhilfe und der Trägerschaften wird meist mehr oder weniger explizit beschrieben. Es lohnt sich, zu analysieren, was sich bewährt hat, und welche Versuche in der Kooperation gescheitert sind. Denn es erleichtert den Hilfeverlauf ungemein, wenn man auf eine gelungene Zusammenarbeit zwischen primären Bezugspersonen und Fachpersonen aufbauen und diese bei der weiteren Planung berücksichtigen und wertschätzen kann, sowie wenn man auf die Sichtweise und die geleisteten Verdienste der Eltern fokussieren kann. Es ist sinnvoll, mit dem Kind und seinem Herkunftssystem in der Diagnostikphase und der Förderplanung nochmals den guten Grund für die Notwendigkeit der Fremdplatzierung zu erarbeiten und ein für alle Beteiligten schlüssiges Narrativ zu definieren, aus dem konkrete Ziele für den Aufenthalt abgeleitet werden, z. B. im Sinne eines Satzes, mit dem Kind und Eltern ausdrücken, was sie während des Heimaufenthaltes lernen wollen (vgl. Friedrich & Schmid, 2014; Lattschar & Wiemann, 2011; vgl. Kapitel zur Zusammenarbeit mit dem Herkunftssystem).

2.3. Hinweise auf traumatische Belastungen in pädagogischen Berichten

In pädagogischen Berichten kann nach einer gelungenen, langjährigen Platzierung bestenfalls eine positive Entwicklung nachvollzogen werden. Es können bekannte Hobbies und Vorlieben benannt sein, die beim Platzierungswechsel berücksichtigt und weitergeführt werden können. Beschriebene Stärken und Ressourcen sowie Resilienzfaktoren eines Kindes können wieder gezielt gefördert werden. Pädagogische Bezugspersonen haben einen sehr engen und kontinuierlichen Kontakt zu den platzierten Jugendlichen und können über Verhalten und Verhaltensauffälligkeiten im Alltag oft eine sehr detail-

lierte Auskunft geben. Deshalb wäre es wichtig, standardisierte Einschätzungen aus psychometrischen Testverfahren und qualitative Berichte aus erster Hand einzuholen. Begleitende Aufzeichnungen aus Biographiearbeit (z. B. Lebensbücher, Stammbäume), die in den Einrichtungen gestaltet wurden, können Erlebnisse und Ereignisse des Kindes mit Einträgen und Bildern illustrieren. Eine fortlaufende Biographiearbeit kann das Kind wie einen roten Faden (Lebenslinie) begleiten und stärkend und identitätsstiftend wirken (Ryan & Walker, 2007; Lattschar & Wiemann, 2011).

Oft werden biographische Belastungen für das Kind in Berichten nicht explizit benannt, es lassen sich aber aus biographischen Schilderungen in Berichten und aus der Anamnese oft sehr schnell implizite Hinweise auf traumatische Erlebnisse generieren. In Berichten werden heftige biographische Belastungen oft mit einer sehr distanzierten Fachsprache überdeckt, unter der sich der Leser nichts Konkretes vorstellen kann, und die nichts über die Verarbeitung des Kindes aussagt (z. B.: „Nach einer konflikthafter Zuspitzung eines Ehestreits zog Frau M. nach einem kurzen stationären Krankenhausaufenthalt mit ihren Kindern ins Frauenhaus“; „Die Lehrerin machte sich Sorgen wegen des hygienischen Status der Kinder der Familie Müller, da sie beobachtete, dass diese nicht immer mit sauberen Kleidern in die Schule kamen.“; „Dem zehn Jahre älteren Stiefbruder falle es schwer, die sexuellen Schamgrenzen/Grenzen gegenüber K. zu wahren.“). Deshalb kann es sinnvoll sein, Berichte ganz konkret, im Hinblick auf mögliche implizite traumatische Belastungen nochmals mit dem Fokus auf solche Hinweise zu lesen, und diese dann noch einmal zu verifizieren, ohne sie sofort überzuinterpretieren.

Mögliche Hinweise für traumatische Belastungen können sein:

- ▶ Wurden Misshandlung und Vernachlässigung direkt benannt?
- ▶ Gab es Anzeigen oder Verurteilungen gegenüber Bezugspersonen oder Eltern wegen sexuellem Missbrauch oder Kindesmisshandlung?
- ▶ Gab es Gefährdungsmeldungen durch Dritte? Eventuell gar von Personen, die der Familie nahestanden?
- ▶ Gab es viele Wohnortwechsel und Wechsel der Zuständigkeiten?

- ▶ Gab es Hinweise auf Verwahrlosung der Wohnung? Problematische hygienische Zustände?
- ▶ Gab es plötzliche Abbrüche von Fremdplatzierungen?
- ▶ Wurden viele psychosoziale Hilfsangebote und Behandlungen plötzlich abgebrochen?
- ▶ Wurde ein kontinuierlicher Schulbesuch sichergestellt oder gab es Unterbrechungen?
- ▶ Wann verschwanden wichtige Bezugspersonen plötzlich aus dem Leben (Inhaftierung, plötzliche Trennungen, Abbrüche von Hilfen, Tod)?
- ▶ Ist die Familie isoliert, gibt es soziale Ressourcen (Großeltern, Freundschaften)?
- ▶ Wie war die Versorgung der Kinder während der Abwesenheit der Eltern geregelt?
- ▶ Gab es Situationen und Zeiten, in denen unklar war, wer für das Kind gesorgt hat? Gibt es Hinweise auf Probleme mit Vermietern? Obdachlosigkeit?
- ▶ Gibt es seltsame, nicht erklärbare Lücken im Hilfeverlauf? Was ist der gute Grund dafür?
- ▶ Wie war/ist die Beziehung zu männlichen Mitbewohnern (Stiefvätern, Onkeln etc.)?
- ▶ Gibt es Hinweise auf häusliche Gewalt (Aufenthalte im Frauenhaus, Polizeieinsätze, Krankenhausaufenthalte, ungeklärte Abwesenheiten der Eltern)?
- ▶ Gibt es Hinweise auf psychische Erkrankungen und/oder Suchterkrankungen der Eltern?
- ▶ Gibt es Hinweise auf Parentifizierung – Blockierung der Autonomiebedürfnisse des Kindes?
- ▶ Zeigte das Kind gegenüber psychosozialen Helfern auffälliges Ess- und Bindungsverhalten?
- ▶

Beim Lesen pädagogischer (Austritts-) Berichte gilt es, besonders aufmerksam gegenüber auffälligen Verhaltensweisen, abweichendem Beziehungs- und Bindungsverhalten und beschriebenen Gegenübertragungsreaktionen zu sein. **Die Symptome und Entwicklungsstörungen, welche auf kurz- und langfristige Traumatisierungen folgen können, sind ausgesprochen heterogen und können niemals kausal beweisend für Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen herangezogen werden.** Auffälligkeiten verändern sich oft in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen. Ein Kleinkind reagiert auf Belastungen entsprechend seines Entwicklungsstandes anders und mit anderer Symptomatik als ein Jugendlicher.

Typisch für die Verläufe von Klientinnen und Klienten mit einer Misshandlungs- und Vernachlässigungsgeschichte sowie Symptomen einer komplexen Traumafolgestörung sind oft diverse Vorbehandlungen mit komplexen Störungsbildern, wechselnden kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen und psychosozialen Indikationsstellungen. Häufig fällt auch auf, dass viele sozialpädagogische Hilfsmaßnahmen und Therapieversuche fremdinitiiert und sehr früh abgebrochen wurden, da das Familiensystem und die Täterin/der Täter Hilfen zu vereiteln versuchten. Selbstverständlich gelten dort beschriebene Hinweise und Ratschläge auch für die Lektüre von Fachstellenberichten oder pädagogischen Berichten, die oftmals eine sehr hilfreiche und genaue Schilderung der Problematik und der psychosozialen Umstände eines Kindes liefern können.

Individuelle Risiko- und ebenso Resilienzfaktoren können biologischen, psychosozialen oder psychologischen Ursprungs sein und beeinflussen die Entwicklung von psychiatrischen Symptomen und deren Schweregrad. Biologische, psychosoziale und psychologische Faktoren werden in Berichten beschrieben, in direkten Gesprächen benannt oder können von uns als Fachpersonen direkt erfragt werden (z. B. erbliche Belastungen, Erlebnisse, Umweltfaktoren). Ein Kind sollte immer im multisystemischen Kontext seines Umfeldes gesehen werden. Es liegen verschiedene manualisierte Instrumente

zur Einschätzung von Multisystemischer Diagnostik vor (siehe MST - Ecomap Vorlage.pdf unter Download).

3. Somatische Arztbriefe

Auch körpermedizinische Berichte, z.B. von Pädiatern, können sehr wichtige Hinweise auf (v.a. körperliche) Vernachlässigungs- oder Misshandlungserfahrungen geben.

Folgende anamnestische Informationen können auf eine Kindesmisshandlung hinweisen (Herman et al., 2010):

- ▶ Verspätete Vorstellung des Kindes bei gravierenden Verletzungen
- ▶ Lückenhafte Vorsorgeuntersuchungen
- ▶ Häufige Arztbesuche, auch bei wechselnden Ärzten/Kliniken
- ▶ Vorstellung des Kindes trotz deutlicher Verletzungsspuren wegen anderer, oft geringfügiger Beschwerden
- ▶ Fehlende plausible Erklärung für Verletzungen
- ▶ Unterschiedliche Erklärung des Verletzungsherganges durch verschiedene Personen
- ▶ Inadäquater Unfallmechanismus für das Alter bzw. den individuellen Entwicklungsstand
- ▶ Schlechter hygienischer Status, insbesondere der Zähne
- ▶ Wachstumsstörungen (Percentilenverlauf)
- ▶ Entwicklungsverzögerungen
- ▶ Hämatome oder Hinweise auf schlecht verheilte Knochenbrüche
- ▶ Auffälliges Interaktionsverhalten des Kindes in der Untersuchungssituation
- ▶ Infektionen an den Geschlechtsorganen
- ▶ Unerklärbare Verletzungen an Vagina und Anus

4. Psychiatrische Arztbriefe (Aufbau und Inhalt)

Aufgrund der hohen Rate psychiatrischer Erkrankungen unter fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen sind häufig psychiatrische oder psychologische Abklärungs- und Austrittsberichte unter den vorliegenden schriftlichen Dokumenten zu finden. Um diese zu verstehen, ist Hintergrundwissen zu folgenden Fragen hilfreich:

Wozu dient ein Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen? Wie kann ich die verschlüsselten Diagnosen verstehen? Welche Abschnitte eines Berichtes geben mir Einblick in die Vorgeschichte und die Symptomatik des Kindes?

4.1. Diagnosen

Für die ganzheitliche, systemische Behandlungsplanung und die Prognose bei psychischen Störungen im Kindesalter spielen nicht nur das Krankheitsbild und die Symptomatik des Kindes eine entscheidende Rolle, sondern auch dessen komplette Entwicklung, seine kognitiven Fähigkeiten und insbesondere sein psychosoziales Umfeld. Um dieser Komplexität Rechnung zu tragen und gleichzeitig den ätiologischen Aspekt, also die Krankheitsentstehung, zu berücksichtigen, ist es gängig, im kinder- und jugendpsychiatrischen Arztbericht sechs verschiedene diagnostische Achsen nach dem **Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) zu verschlüsseln. Neben der klinisch-psychiatrischen Diagnose (Achse 1) werden Entwicklungsrückstände und Intelligenzniveau (Achse 2 und 3) klassifiziert und aktuelle körperliche Erkrankungen verschlüsselt (Achse 4). Auf Achse 5 werden assoziierte psychosoziale Umstände aus dem Umfeld des Kindes codiert und dessen psychosoziales Funktionsniveau wird auf Achse 6 eingeschätzt (Remschmidt et al., 2012).

Achse 1

Am deutlichsten wird eine Traumafolgestörung im Bereich der verschlüsselten Diagnosen ausgedrückt. Auf der ersten Achse wird die klinisch-psychiatrische Erkrankung codiert. Unter dem Buchstaben F werden psychische Störungen und Verhaltensstörungen verschlüsselt.

Die Kombination **F43 steht dabei für Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen:**

Genauer steht F43.0 für eine akute Belastungsreaktion, welche nach einem traumatischen Erlebnis spätestens innerhalb weniger Tage wieder abklingt. Die Symptome einer akuten Belastungsreaktion variieren beträchtlich. Typischerweise beginnen sie „mit einer Art von „Betäubung“, mit einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung...“, welchem ein weiteres Zurückziehen oder ein „Unruhezustand und Überaktivität“ folgen, meist mit körperlichen Symptomen von Angst (ICD10 F43.0). F43.1 steht für die posttraumatische Belastungsstörung, die definiert wird als „verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Typische Merkmale der posttraumatischen Belastungsstörung sind Nachhallerinnerungen, emotionale Stumpfheit und Teilnahmslosigkeit, Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma auslösen könnten, (teilweise) fehlende Erinnerungen an das Trauma, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten. F43.2 codiert Anpassungsstörungen mit unterschiedlichen Symptomen wie depressive Stimmung, Angst, Einschränkungen bei der Bewältigung der alltäglichen Routine, aggressives oder dissoziales Verhalten, regressive Verhaltensweisen, die meist nicht länger als sechs Monate andauern.

U. a. auch Diagnosen von dissoziativen Störungen, Angststörungen oder depressiven Episoden können infolge einer traumatisierenden Erfahrung gestellt werden, da die Symptome und ihre Ausprägung interindividuell stark variieren können. Im zeitlichen Verlauf **häufig wechselnde Diagnosen auf Achse 1 oder die Komorbidität verschiedener Diagnosen kann, im Hinblick**

auf die Heterogenität und Komplexität der Symptomatik, ein Hinweis auf eine komplexe Traumafolgestörung sein, ist jedoch keinesfalls beweisend für eine vorangegangene Traumatisierung (Schmid, 2010; Cloitre et al., 2009; Teicher & Samson, 2013).

Achse 5

Auf der fünften Achse geben assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände relativ unmittelbar Hinweise auf belastende Erfahrungen und Konfrontation mit potentiell traumatisierenden Lebensereignissen der Patientinnen und Patienten. Hier finden intrafamiliäre Faktoren ebenso Berücksichtigung wie gesellschaftliche und schulische Belastungsfaktoren sowie die Lebensumgebung bzw. belastende Lebensereignisse im Umfeld des Kindes. Ausdrückliche Erwähnung finden Traumata u. a.

- ▶ in Punkt 1.3 Körperliche Kindesmisshandlung
- ▶ oder unter Punkt 6 - Akute, belastende Lebensereignisse: z. B. in Punkt 6.4 „Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)“ oder in Punkt 6.o „Verlust einer liebevollen Beziehung“.

Auch andere psychosoziale Umstände aus den verschiedenen Bereichen sollten beim Lesen unsere Aufmerksamkeit wecken. So könnten folgende Faktoren zur traumatischen Vernachlässigung oder psychischer Misshandlung des Kindes geführt haben:

- ▶ 1.0 Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung,
- ▶ 2.0 Psychische Störung eines Elternteils,
- ▶ 5.2 Isolierte Familie,
- ▶ 4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt,
- ▶ 1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung durch ein/beide Elternteil/e
- ▶ 4.3 Unangemessene Forderungen oder Nötigung ,
- ▶ 6.3 Ereignisse, die zu einer Herabsetzung der Selbstachtung führen.

Unter „8.0 Streitbeziehung zu Mitschülern“ und „8.1 Sündenbockzuweisung von Lehrern/Ausbildern“ finden sich Hinweise auf Mobbing-Situationen in der Schule oder am Arbeitsplatz. Unter „1.1 Disharmonie zwischen den Eltern“ und „6.2 Negativ veränderte familiäre Situation durch neue Familienmitglieder“ lassen sich Belastungen im Rahmen von Scheidungskonflikten bis hin zur häuslichen Gewalt aufführen. Wegen der expliziten Aufführung verschiedener Hinweise auf belastende Lebensumstände ist es im Zusammenhang sinnvoll, die Achse 5 in den verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Arztbriefen ganz genau zu analysieren und mit anderen Informationen abzugleichen, wenn man eine Belastungsanamnese erheben möchte.

Achse 6

Auf der Achse 6 wird das psychosoziale Funktionsniveau global beurteilt, wobei die „psychische, soziale und berufliche (schulische) Leistungsfähigkeit“ während der Krankheitsphase gespiegelt werden soll (Remschmidt, Schmidt & Poustka (Hrsg.) in Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 6. Auflage 2012). Die codierten Stufen der Ausprägung reichen von 0 (Herausragende/gute soziale Funktionen in allen sozialen Bereichen) bis 8 (Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung), Stufe 9 codiert „nicht einschätzbar“.

4.2. Aktuelle Situation, psychopathologischer Befund und Anamnese

In der Regel beinhaltet ein Arztbrief (meist am Anfang) eine Beschreibung der aktuellen Problematik, welche zur ambulanten oder stationären psychiatrischen Vorstellung geführt hat. Auch hier werden „typische“ posttraumatische Symptome wie Flashbacks, Hyperarousal oder dissoziative Zustände sofort ins Auge des psychotraumatologisch versierten Lesers springen. Im psychischen Befund beschreibt die behandelnde Ärztin/Psychotherapeutin bzw. der behandelnde Arzt/Psychotherapeut, wie er den psychischen Zustand der Patientin oder des Patienten erlebt, nebst den klassischen Symptomen, die oft auch im Bereich der Diagnose oder des Vorstellungsanlasses beschrieben sind.

Der psychische Befund enthält eine Einschätzung der seelischen Belastung, des Interaktionsverhaltens, der Emotionsregulationsfähigkeit, der Stimmung, der emotionalen Ansprechbarkeit und Ablenkbarkeit sowie der Fragen, ob inhaltliche oder formale Denkstörungen vorliegen. In der Regel werden auch die aktuelle Anspannung in der Untersuchungssituation, problematische Verhaltensweisen, Drogenmissbrauch, Hochrisikoverhalten und Delikte, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität beschrieben. Ebenfalls werden Traumasymptome im Rahmen eines psychopathologischen Befundes erhoben, z. B. ob die Patientin/der Patient übererregt, misstrauisch wirkt, sie/er dissoziiert, von einem negativen Selbstbild berichtet, oder Intrusionen und Flashbacks hat. Ein psychischer Befund ist somit ein zentraler Aspekt eines Arztbriefes, da darin eine Einschätzung von Symptomen, Auffälligkeiten und Ressourcen vorgenommen wird. Dort findet man viele Hinweise, die sich in der Interaktion mit der Klientin bzw. dem Klienten auch auf den pädagogischen Alltag auswirken. Eben diese Verhaltensauffälligkeiten werden im Alltag oftmals von pädagogischen Bezugspersonen oder Lehrkräften beobachtet und mit anderen Worten ebenso deutlich beschrieben.

In der Anamnese (oft untergliedert in persönliche, familiäre und schulische Anamnese) sind im Arztbericht die persönliche und familiäre Vorgeschichte des Kindes zusammengefasst. Diese Abschnitte eines klassischen Arztbriefes geben gelegentlich erste Hinweise auf potentiell traumatisierende Vorerfahrungen. Zu explizit erwähnten Traumata an dieser Stelle gehören u.a. innerfamiliäre Misshandlung und Konflikte, Scheidung der Eltern, aber auch Kriegs- und Fluchterfahrungen, Unfälle, der Verlust nahestehender Bezugspersonen. Andere Lebensumstände formulieren Traumata weniger direkt und klar, sollten jedoch aufmerksam machen, wie z. B. der Hinweis auf psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen der Eltern, was nicht selten zu bedeutsamer Vernachlässigung der Kinder führen kann (s.o.); ebenso Hinweise auf schwerwiegende oder chronische Erkrankungen beim Kind oder seiner Familie oder vage Hinweise auf mögliche Diskriminierungserfahrungen aufgrund bestimmter Überzeugungen, Glaubensrichtungen, der sexuellen Identität oder von möglicherweise stigmatisierenden Körpermerkmalen. Unter der schulischen Entwicklung und Anamnese erwähnte Auffälligkeiten, wie sozialer Rückzug aus dem Klassenverband, Leistungseinbruch oder (plötzlich) abnehmende

Bereitschaft zur Mitarbeit und zur Auskunft, sollten ebenfalls hellhörig machen. Diese Entwicklungen können verschiedene Gründe haben, aber auch Hinweise auf eine depressive Entwicklung nach Traumatisierungen sein.

4.3. Testpsychologischer Befund

In der Regel enthält jeder kinder- und jugendpsychiatrische Arztbrief neben klinischem Eindruck, Psychostatus und Anamnese auch einen testpsychologischen Befund. Im Rahmen einer testpsychologischen Untersuchung werden zumeist strukturierte Interviews durchgeführt oder psychometrische Fragebögen und Leistungstests vorgegeben, die einen Vergleich mit einer repräsentativen Normstichprobe zulassen (s.u.). Im Bereich der testpsychologischen Befunde kann man oft Ressourcen aber auch Schwächen des Kindes erkennen. Eine psychometrische Leistungsdiagnostik liefert oft Hinweise auf neuropsychologische Probleme sowie Teilleistungsschwächen und Entwicklungsverzögerungen. Diese können Hinweise auf Vernachlässigung und traumatische Erlebnisse sein (Beckett et al., 2007; Colvert et al., 2008; Rutter, 2007), wobei hier, wie oben bereits erwähnt, sehr vorsichtig interpretiert werden sollte, da die Ursachen für Entwicklungsauffälligkeiten stets multikausal sind. Interessant bezüglich der häufig verwendeten klinischen Fragebögen sind Hinweise aus Selbstbeschreibungen der psychischen Belastung sowie Diskrepanzen aus Fremd- und Selbsturteil. Komplex traumatisierte Kinder werden oft in vielen Unterskalen als psychisch hoch auffällig beschrieben. Eine sehr gute und umfangreiche klinische Diagnostik enthält gegebenenfalls auch Hinweise auf Schwierigkeiten in den Bereichen der Emotionsregulation, der Dissoziationsneigung und PTSD Diagnostik sowie Erkenntnisse zur Stressbelastung der Eltern (s.u.).

4.4. Verlauf und Empfehlung

Psychiatrische Berichte einer ambulanten oder stationären Therapie beschreiben in der Regel den Verlauf und die Entwicklung eines Kindes sowie seiner Probleme und enden mit einer weiterführenden Empfehlung. Abklärungsbe-

richte konzentrieren sich mehr auf die Empfehlung und mögliche Anschlusslösungen.

In beiden Fällen kann es für weiterbehandelnde Fachpersonen aus dem pädagogischen und psychologischen Bereich von großem Vorteil sein, die Eindrücke und Erfahrungen der vorherigen Bezugspersonen zu kennen. Auch wenn man nicht immer Einschätzung und Meinung teilt, so ist es für das Kind dennoch von Bedeutung, sich nicht bei jedem Bezugspersonenwechsel neue Strategien und Verhaltensweisen erarbeiten zu müssen, sondern auf Bekanntes und Bewährtes zurückgreifen zu können. Wir können aus Verlaufsbeschreibungen lernen, was im Vorfeld bereits besonders gut oder auch besonders schlecht funktioniert hat, welche Lösungsstrategien bei welchen Problemen schon mit welchem Erfolg ausprobiert und eingeführt wurden, und welche Entwicklung das Kind im Verlauf bereits gemacht hat. In der Regel spielt der Abschluss einer psychiatrischen Behandlung eine große Rolle: Hat der Patient abgebrochen und warum - oder wurde regulär im gemeinsamen Einverständnis abgeschlossen und mit welchem Ergebnis? Wie wird die Behandlung von Seiten der Klientin/des Klienten, seiner Familie und gegebenenfalls anderen involvierten Stellen bewertet?

Im Kontakt mit dem Kind und den betreuenden Bezugspersonen außer- und innerhalb der Familie wird man erfahren, ob abschließende Empfehlungen aus psychiatrischen Vorbehandlungen umgesetzt und als hilfreich empfunden wurden oder welches der gute Grund des Familiensystems war, Hilfsangebote abzulehnen bzw. was das Kind als hilfreich empfinden würde. In der Regel lohnt es sich sehr, die Vorbehandlungen und vorherigen Fremdplatzierungen aus Perspektive der Familie zu erfragen und mit der Perspektive der damals involvierten Fachkräfte abzugleichen. Insbesondere wenn diese Hilfen abgebrochen wurden, ergibt es Sinn, genau zu erfragen, wie es zu dem Abbruch kam, welche Überlegungen zum Abbruch geführt haben, und welche Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle im Vorfeld der Entscheidung aktualisiert wurden. Es empfiehlt sich, ähnliche Situationen und die damit einhergehenden Gefühle zu antizipieren und sich frühzeitig einen Plan zurecht zu legen, wie diesen Situationen in einer traumapädagogischen Haltung zu begegnen ist.

5. Soziale Diagnostik als Teil einer biopsychosozialkulturellen Diagnostik

5.1. Einleitung zur Diagnostik

Es liegt in der Natur des Menschen Kategorien zu bilden. Wir nehmen ständig so viele Reize auf, dass unser Gehirn diese in irgendeiner Form sortieren muss. Deswegen beginnen Menschen sehr schnell und früh in ihrer Entwicklung, Kategorien zu bilden und Dinge in einer gewissen Art und Weise für sich zu sortieren und abzulegen. Selbstverständlich ist dieser Schritt eine **Komplexitätsreduktion**, weil viele Aspekte außerhalb der verwendeten Kategorien nicht benutzt werden. Gerade bei der Beschreibung von Menschen, wie sie täglich geschieht, ist dies besonders notwendig, da die Persönlichkeit eines Menschen derart vielschichtig ist, dass es unmöglich ist, einen Menschen in seinem ganzen Wesen zu beschreiben, ohne Kategorien zu bilden und auf Verallgemeinerungen zurückzugreifen. Normalerweise schließen wir aus einmaligen oder mehrmaligen Beobachtungen (zum Beispiel einem Anlächeln) auf eine Verhaltenseigenschaft (zum Beispiel „Der Mensch ist nett“), auf deren Grundlage wir diese Person beschreiben werden.

Die Väter der Persönlichkeitspsychologie Gordon Allport und Sebastian Odbert (1936) identifizierten schon vor fast hundert Jahren 17'953 Wörter, um menschliche Persönlichkeitseigenschaften zu beschreiben. Sie gingen davon aus, dass die Sprache das Fundament der Persönlichkeitsforschung bilden sollte, da in ihr alle Beschreibungen festgehalten werden. Sie nannten diese Grundidee, dass sprachliche Beschreibungen das Wesen und letztlich auch ein wichtiger Aspekt der Diagnostik sind, die **Sedimentationshypothese**, die heute noch die Grundlage für fast alle faktorenanalytischen Persönlichkeitstheorien darstellt.

5.2. Diagnostik in der sozialen Arbeit und Sozialpädagogik

Auch in der sozialen/sozialpädagogischen Arbeit erfolgen permanent diagnostische Prozesse, bei denen es unvermeidbar ist, die Komplexität der fallbezogenen Informationen zu reduzieren, um daraus gezielt weitere Interventionen abzuleiten. Ein sehr großes Anliegen der sozialen Diagnostik ist es, den diagnostischen Prozess an den Einzelfall anzupassen sowie möglichst Komplexitätserhaltend und am Fallgeschehen orientiert zu arbeiten.

Mit einem zunehmend stärkeren Legitimationsdruck von psychosozialen Unterstützungsleistungen werden auch in der Sozial- und Sonderpädagogik verstärkt **kategoriale und klassifikatorische Unterstützungssysteme** eingesetzt, welche die Teilhabebeeinschränkung und soziale Belastungsfaktoren objektivieren sollen, um die Leistungen und die damit verbundenen finanziellen Aufwendungen zu legitimieren, z. B. die International Classification of Functioning (ICF) zur Abklärung von sonderpädagogischen Bedarfen (Hollenweger & de Camargo, 2011). Rein klassifikatorische Ansätze werden in der sozialen Arbeit oft kritisch hinterfragt, da der Zugang zu Hilfen möglichst niederschwellig und keinesfalls stigmatisierend sein sollte. Ebenso ist ethisch zu hinterfragen, ob ein Mensch in einer niederschweligen Hilfe, der sich selbst als hilfebedürftig ansieht und Unterstützung in seinem subjektiven Leid sucht, zurückgewiesen werden darf, weil eine angeblich „objektive“ Diagnose ergab, er sei zu wenig belastet.

Allgemein wird zwischen eher rekonstruktiven-hermeneutischen und eher klassifikatorischen Ansätzen in der sozialen Diagnostik unterschieden. **Rekonstruktive Ansätze** beziehen sich zumeist auf das Gespräch sowie die Visualisierung von Informationen aus der Biographie und dienen primär dem Fallverständnis durch Ordnung und Reduktion der Informationen. **Klassifikatorische Ansätze** verwenden auch standardisierte Erhebungserfahren, Klassifizierungen und Kategorisierungen der Ergebnisse, um einerseits Hilfebedarfe zu legitimieren und spezifische Interventionen für definierte Patientengruppen planen und evaluieren zu können. Trotz heftiger Diskussion wird zumeist für eine Kombination von beiden Ansätzen plädiert (Heiner, 2011; Glemser & Gahleitner, 2011; Gahleitner, 2013).

Relativ weit in der Praxis verbreitet haben sich recht einfache, aber sehr nützliche **Vier-Felder-Schemata** (s. Abb. 1), in denen Ressourcen und Belastungen einander gegenübergestellt werden können und zwischen interpersonellen Faktoren und Umweltfaktoren unterschieden wird (Gahleitner & Paul, 2011; Pantucek, 2009).

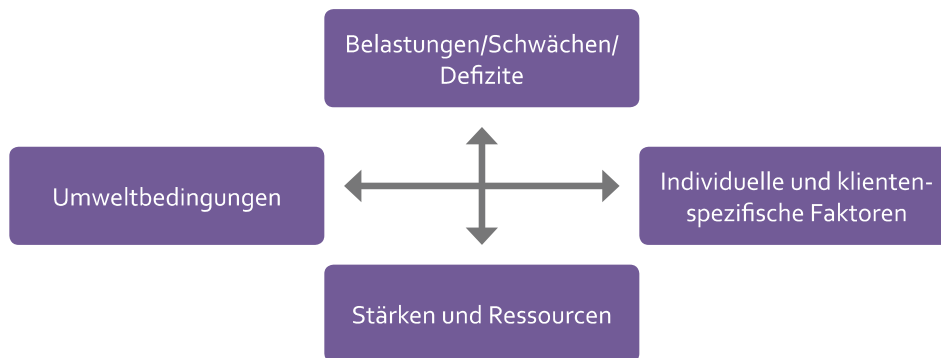


Abbildung 1: Vier-Felder-Schema nach Pauls 2004, zitiert nach Gahleitner & Pauls, 2013)

5.3. Strukturierte Erhebungen in Erstgesprächen durch Fachdienste und Bezugspersonen

Wie gestalten wir einen gelungenen Erstkontakt mit dem Kind und seiner Familie? Welches Setting ist geeignet für ein Erstgespräch? Wie können wir unterstützend wirken und Sicherheit geben?

Der Eintritt in eine pädagogische Institution erfolgt je nach den situativen Möglichkeiten möglichst transparent, geplant und partizipativ. Transparenz, Partizipation und Einbezug des Herkunftssystems in Entscheidungsfindungen tragen zum Gelingen von Fremdplatzierungen bei (Macsenaere & Esser, 2012; Friedrich & Schmid, 2014). Eine klare Rollenaufteilung mit Absprachen der Zuständigkeiten unter den professionellen Helfern (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Jugendamt, Pädagoginnen und Pädagogen, Heimleitung, Therapeutinnen und Therapeuten etc.) erleichtert nicht nur für das Helfersystem die Zusammenarbeit, sondern führt auch für das betroffene Familiensystem zu eindeutigen Ansprechpartnern und Entscheidungsträgern. Fremde, unbekannte Situationen sind für jeden eine Herausforderung, für Personen mit

Traumatisierungen und entsprechender Erfahrung von Kontrollverlust in der Vorgeschichte gilt dies umso mehr. Es ist wichtig, der Familie offen, wertschätzend und transparent zu begegnen sowie Sorgen und Ängste vielleicht schon zu antizipieren, aufzugreifen und direkt anzusprechen.

Darauf sollten wir in den ersten Kontakten große Rücksicht nehmen und das geplante Vorgehen sowie vorhandene Erwartungen, Strukturen und Regeln jederzeit altersadäquat, transparent, offen und ehrlich erläutern. Dabei ist eine alltagstaugliche Mischung aus berechenbaren und klar kommunizierten (institutionell) vorgegebenen Regeln, Strukturen und individuellen Absprachen mit dem Kind (und insbesondere mit einem Jugendlichen) empfehlenswert und erfolgversprechend. Wann immer die Vorgaben es zulassen, haben der Einbezug der Familie und Wahrung der Bedürfnisse von Kind und Eltern hohe Priorität. Es ist gegenüber den Eltern aber auch sehr wichtig, das problematische Erziehungsverhalten, Misshandlung und Vernachlässigung auf wertschätzende Art anzusprechen und die Sicherheit des Kindes sowie eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion als Ziel zu definieren. Auch im diagnostischen Prozess mit der Klientin/dem Klienten sollte direkt nach belastenden Erlebnissen (z. B. bei einer Lebenslinie) gefragt werden. Es ist natürlich wichtig, hier sorgsam und sehr sensibel vorzugehen und dem Kind oder Jugendlichen die Kontrolle darüber zu ermöglichen, was er erzählen möchte. Je nach Fall kann es sinnvoll sein, die „Tür“ mehrmals aufzumachen, um dem Kind oder Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, darüber zu sprechen oder solche Ereignisse auch direkt anzusprechen. Man sollte aber nie, auch nicht implizit, Druck aufbauen, darüber sprechen zu müssen. Die Angst, eine Klientin oder einen Klienten durch Fragen nach seinen Erlebnissen zu re-traumatisieren, ist nicht begründet. Es ist aber nicht völlig auszuschließen, dass eine Frage traumatische Wiedererinnerungen oder Anspannungszustände auslösen kann, wenn sie unvorbereitet gestellt wird. Deshalb ist es wichtig, die Fragen mit einleitenden Worten vorzubereiten und zu strukturieren, sich Zeit zu nehmen und Sicherheit herzustellen. So kann es sinnvoll sein, anfangs nur Überschriften zu benennen. Es ist natürlich wichtig, während und nach der Exploration nochmals zu überprüfen, ob die Exploration das Kind belastet hat, und es gegebenenfalls nochmals im Hier und Jetzt zu stabilisieren. Die Exploration sollte verlangsamt und abgebrochen werden, wenn jemand in unpassender Art und

Weise für die Vertrauensbeziehung zu schnell zu viel über traumatische Erfahrung erzählt oder wenn bemerkt wird, dass jemand über das Erzählen seiner Lebensgeschichte mehr und mehr aus der Beziehung im Hier und Jetzt geht und zu dissoziieren beginnt. Für die pädagogische Arbeit benötigt man in der Regel nicht alle Details, es ist aber wichtig, eine Belastungsanamnese zu haben, um bestimmte Verhaltensweisen einordnen zu können. Bei interdisziplinär arbeitenden Institutionen ist es ideal, wenn diese Traumaanamnese in Absprache mit dem Kind und der Pädagogin/dem Pädagogen von den Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten gemacht wird und nur die pädagogisch bedeutsamen Aspekte transparent an das Team weiter gegeben werden.

Wenn die Eltern selbst an den Traumatisierungen des Kindes beteiligt waren, kann es sinnvoll sein, intensiv mit ihnen daran zu arbeiten, dem Kind gegenüber die volle Verantwortung dafür zu übernehmen und dies auch klar zu kommunizieren (vgl. Kapitel zur Arbeit mit dem Herkunftssystem). Dem Kind sollte niemals suggeriert werden, dass es durch persönliches Versagen oder Missverhalten die Schuld an der schwierigen Situation trägt. Gerade in der Anfangsphase der Platzierung werden die Weichen für die künftige Zusammenarbeit gestellt, weshalb es sich insbesondere zu Beginn einer Maßnahme lohnt, die Eltern als Experten für ihre Kinder ins Boot zu holen und sich mit ihnen über bekannte Vorlieben der Kinder etc. auszutauschen. Bei Eltern, die nicht aktive Täter sind und zu denen die Kinder ein Vertrauensverhältnis haben, ist es durchaus auch sinnvoll, dass sie ausreichend häufig kommen, ihnen ihr Kind von seinen Integrationserfolgen berichten kann und die Fachkräfte sie an manchen Entscheidungen beteiligen, z. B.: „Frau Müller, wir sind uns nicht ganz sicher, ob wir das Ritual so oder so gestalten sollen. Wir neigen in Absprache mit Kevin dazu, es eher so zu machen. Ist das auch in Ihrem Interesse?“ (vgl. Beitrag zur Elternarbeit). Angesichts der Realität von personellen Wechsels in pädagogischen Institutionen im Rahmen eines üblichen Dienstplanes ist einer **gründlichen Dokumentation** im pädagogischen Alltag eine hohe Bedeutung zuzumessen. Wichtig ist es, dass im Zusammenhang mit der Dokumentation auch **Emotionen im Team und Einstellungen** übergeben werden. Die Fachkräfte sollten sich daher bewusst machen, dass die Art der Dokumentation die Begegnung ihres Nachfolgers mit dem Kind nicht unwesentlich beeinflusst. Tendenziell werden zumeist eher negative und krisenhafte Vor-

fälle dokumentiert und positive Erlebnisse mit dem Kind kaum berichtet, was den Blick einschränkt. Besonders wichtig ist es, um die eigene Selbstwirksamkeit und die Selbstwirksamkeit eines pädagogischen Teams zu befördern, genau zu dokumentieren, was getan wurde, um eine **Situation zu deeskalieren** und ein Kind zu beruhigen. Es ist für die Selbstwirksamkeit eines Teams wichtiger zu lesen, wie es den Kolleginnen und Kollegen gelungen ist, ein Kind wieder zu beruhigen, als alle Details seiner Zerstörungswut aufgelistet zu bekommen.

Bei einem geplanten Übertritt in eine andere Institution oder einem Austritt kommt der Übergabe und der Dokumentation des Verlaufs eine noch größere Bedeutung zu. Es ist wichtig, dass der Bericht **frühzeitig** angefertigt wird, um bereits den Start eines Kindes beeinflussen zu können. Berichte sollten jederzeit so formuliert sein, dass ihn **auch die Betroffenen verstehen und lesen können**. Inhaltlich sollte er keine unerwartete Überraschung für die Familie beinhalten und gegebenenfalls mit dieser vorbesprochen werden, v.a. wenn schwierige Verhaltensweisen oder Empfehlungen verschriftlicht werden, die von der Familie vermutlich nicht geteilt werden oder nicht erwünscht sind.

5.4. Verhaltensbeobachtungen und diagnostische Prozesse mit dem Kind

Wie geht das Kind mit der neuen Situation um? Wie verhält es sich bei Trennung und Wiedervereinigung mit der Bezugsperson? Wie kann ich für das Kind und mit dem Kind einen sicheren Ort gestalten?

Ziel ist, für das Kind einen zuverlässigen sicheren Ort zu schaffen. „Sichere Orte“ können gemeinsam gefunden, gemalt, gestaltet werden. Hierzu können Skalierungsfragen hilfreich sein, um herauszufinden, wann und unter welchen Umständen das Kind sich wie „sicher“ fühlt (z. B. eine Skala von 0 - 10), um ein „Schwarz-Weiß-Denken“ in den Kategorien „sicher“ und „nicht sicher“ zu vermeiden und das Gefühl der Sicherheit dadurch nach und nach weiter auszubauen („Was braucht es noch, dass es hier ein sicherer Ort werden kann?“).

In der Anfangsphase kommt der Verhaltensbeobachtung eine besonders große Bedeutung zu, da ein pädagogisches Team durch direkte Interaktion mit dem Kind und seine Beobachtung am meisten lernt. Gerade am Anfang sammeln sich sehr viele Eindrücke, die konkret von jeder Fachkraft beobachtet werden sollten. Es ist sinnvoll, diese Eindrücke systematisch im Team zusammenzutragen und dabei auch Ressourcen zu beachten. Dabei sind folgende Fragestellungen hilfreich:

- ▶ Was hat mich beim Kind diese Woche beeindruckt?
- ▶ Was macht mir Spaß mit ihr/ihm? Was war mein lustigstes Ereignis?
- ▶ Was kann sie/er gut? Was mag sie/er?
- ▶ Welche Gefühle löst sie/er bei wem aus?
- ▶ Wie kommt sie/er in der Gruppe zurecht? Mit wem kommt sie/er eher besser, eher schlechter aus? Warum? Braucht sie/er Unterstützung?
- ▶ Welche Anforderungen im Alltag/Schule sind für sie/ihn neu? Vor welchen Situationen hat sie/er Respekt/Angst?
- ▶ Was beruhigt sie/ihn? Wie kann sie/er entspannen? Was stresst sie/ihn?
- ▶ Welche Situationen fordern sie/ihn besonders heraus?
- ▶ Welche Problemfelder sind aufgetaucht? Wo braucht sie/er Unterstützung?
- ▶ Welche Emotionen drückt sie/er aus? Welche zeigt sie/er? Welche vermeidet sie/er? Wann wirkt sie/er verängstigt und misstrauisch?
- ▶ In welchen Situationen dissoziiert sie/er oder wirkt angespannt?
- ▶ Kann sie/er ihre/seine Bedürfnisse gegenüber den Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern/dem Team anmelden?
- ▶ Wie ist ihr/sein Essverhalten? Wie ist ihr/sein Umgang mit Eigentum? Was können wir kochen, dass sie/er sich wohl fühlt?
- ▶ Wie geht sie/er mit seinem Zimmer um? Kommt sie/er an? Braucht sie/er noch etwas, um sich wohler zu fühlen?
- ▶ Was erzählt sie/er von früher? Was gefällt ihr/ihm hier schon gut? Woran muss sie/er sich noch gewöhnen?

Beim weiteren Kennenlernen des Kindes können wir herausfinden, wie gut ein Kind in der Lage ist, eigene Bedürfnisse zu erkennen und durchzusetzen, und wie gut es sich selbst schützen kann. Es kann auch sinnvoll sein, ein Kind spielerisch mit einer Kamera zu interviewen oder ein gemeinsames Profil eines Kindes anzulegen, um es gegebenenfalls besser kennen zu lernen. Zur Einschätzung des Körpergefühls kann man dem Kind am Anfang auch Möglichkeiten geben, sich gemeinsam zu bewegen. Wertvolle Hilfsmittel können Zeichnungen sein. Hier erhält man viele Hinweise für den Entwicklungsstand eines Kindes. Eine Körperumrisszeichnung kann hilfreich sein, um Aufschluss über den Umgang mit Emotionen zu erhalten, aber auch um das Sicherheitsgefühl des Kindes zu stärken. Die Frage, wann es von wem an welchen Stellen berührt werden darf, wie sich das anfühlt etc., kann viele Informationen liefern und dem Kind signalisieren, dass achtsam mit seinen Grenzen umgegangen wird. Im Rahmen identitätsstiftender Biographiearbeit können z. B. Lebenslinien, Genogramme, Lebensbücher, Fotos, Landkarten hilfreich sein und gleichzeitig dem vertieften Kennenlernen dienen (vgl. Ryan & Walker, 2007; Lattschar & Wiemann, 2011). Es ist bei einer solchen Arbeit mit dem Kind sehr wichtig, dass es einerseits die Kontrolle darüber behält, was, wie viel, wann und wem es etwas erzählen möchte, dass es andererseits aber auch direkt nach belastenden Lebensereignissen gefragt wird, allein schon um ihm zu zeigen, dass diese Themen bei den Fachkräften gut aufgehoben sind.

Altersadaptiert sind die gemeinsame Gestaltung und Planung von Entwicklungszielen sowie eine regelmäßige offene Evaluation mit dem Kind und der Familie von großer Bedeutung.

5.5. Fehleranfälligkeit von klinischen Urteilen

Ein Großteil der Diagnostik in der sozialen und sozialpädagogischen Arbeit wird immer auf subjektiven und klinischen Einschätzungen beruhen, weshalb es wichtig ist, sich der Fehleranfälligkeit solcher Entscheidungen bewusst zu sein.

Eine sehr bekannte Metaanalyse von Grove et al. (2000) analysierte systematisch 136 Studien, um zu überprüfen, ob das klinische oder das statistische

Urteil oder eine Kombination von beiden erfolgreicher ist. Erfolgreich bedeutet dabei, dass sich die getroffenen Entscheidungen bewährt haben. In der Untersuchung wurden sehr unterschiedliche Fragestellungen aus der klinischen und Arbeits- und Organisationspsychologie kombiniert. Die Ergebnisse zeigten, dass das rein klinische Urteil einem rein statistischen und einer Kombination aus statistischem und klinischem Urteil deutlich unterlegen ist. Nur in acht der 136 Studien waren die Ergebnisse der klinischen Entscheidung besser als die statistische oder die Kombination von klinischem und statistischem Urteil.

Besonders bedeutsam und auch etwas erschreckend ist, dass bei der Kombination der beiden Methoden das bessere Ergebnis nur dann erzielt wird, wenn das klinische Urteil eine statistische Entscheidung ergänzt. Wenn trotz der Kombination der Methoden letztlich eine klinische Entscheidung getroffen wird, verbessert dies die Qualität der Entscheidungen kaum. Offensichtlich neigen Menschen und auch psychotherapeutisch und pädagogisch arbeitende, selbsterfahrene Menschen in vielen Grenzfällen dazu, die Qualität und Vorhersagekraft unseres klinischen Eindruckes zu überschätzen und diesen zu stark zu gewichten. Weil es im pädagogischen und psychotherapeutischen Alltag ständig notwendig ist, rasche Entscheidungen aufgrund einer klinischen Einschätzung zu treffen, ist es wichtig, sich über potentielle Fehlerquellen bewusst zu sein und sich selbst und seine „blinden Flecken“ möglichst gut zu kennen. Es gibt aber auch psychologische Phänomene, die dazu führen, dass klinische Urteile teilweise fehlerbehaftet sind und wichtige Informationen, die das Bild korrigieren könnten, nicht ausreichend beachtet werden. Zwei psychologische Phänomene sollen kurz dargestellt werden: Der Halo-Effekt (vom englische „Halo“ – „Heiligenschein“) und die Dissonanztheorie.

Der **Halo-Effekt** ist ein wichtiges Phänomen in der Sozialpsychologie, dessen Verständnis zur Einschätzung von anderen Menschen und den dabei entstehenden Fehltritten von großer Bedeutung ist. Der **Halo-Effekt** besagt, dass Menschen dazu neigen, vom Vorliegen einer bestimmten Eigenschaft automatisch auf andere Eigenschaften zu schließen und andere Informationen zu vernachlässigen. Zum Beispiel weiß man, dass physisch attraktive Kinder bessere Schulnoten bekommen und häufiger angelächelt werden sowie attraktive

Menschen im Schnitt mehr verdienen und seltener und geringer bestraft werden etc. (Hassebrauck, 2006). Außerdem ist bekannt, dass man Menschen, die einem ähnlicher sind, dieselben Interessen haben und ähnliche Karrieren und Lebenswege durchliefen, in der Regel attraktiver findet und positiver beurteilt. Dies kann zum Beispiel dazu führen, dass in Bewerbungsgesprächen Menschen mit einem vergleichbaren Lebenslauf bevorzugt werden (Leary et al., 1994).

Asch (1946) hat, um die Wirkung von **Schlüsseleigenschaften** zu untersuchen, ein interessantes Experiment durchgeführt. Er und seine Mitarbeiter haben eine Wortliste erstellt und gefragt, wie man eine Person einschätzt, und hat dann als Vorabinformation nur die Wörter „kalt“ und „warm“ variiert. Allein aufgrund dieser veränderten Information wiesen die Versuchsteilnehmer der Person ganz viele andere Eigenschaften zu, die nicht unbedingt etwas mit der Kerneigenschaft zu tun haben (z. B. Extraversion). Für die pädagogische Arbeit bedeutet dies, dass es wichtig ist, sich zu vergegenwärtigen, dass es für den Verlauf unserer Fallbesprechungen sehr wichtig ist, wie wir diese beginnen. Es ist wichtig, ausreichend Raum für Ressourcen und positive Interaktionen zu haben und zu überprüfen, welche Eigenschaften Zuschreibungen und Interpretationen sind, und welche mit konkreten Interaktionen auf Verhaltenesebene zu belegen sind. Vermutlich wird aber eine negative Zuschreibung zu einem frühen Zeitpunkt dazu führen, dass das Team - gar nicht unbedingt bewusst - weitere Eigenschaften wahrnimmt, die dieses Bild der Klientin oder des Klienten, in diesem Fall ein negatives, unterstreichen oder mit dieser negativen Eigenschaft scheinbar assoziiert sind. Wenn z. B. einem Klienten/ einer Klientin die Absicht vorgeworfen wird, das Team zu manipulieren, werden die Mitarbeitenden nach dem Gespräch nach Verhaltensweisen suchen, in denen sie das Verhalten des Klienten/der Klientin als nicht ganz aufrecht und potentiell manipulativ erlebten.

Ein anderer wichtiger Punkt für die Fehleranfälligkeit ist, dass beim klinischen Urteil oft zu schnell **Vorentscheidungen** getroffen werden, die dann nur schwer wieder zu revidieren sind. Sehr viele psychologische Untersuchungen konnten zeigen, dass die Ambivalenz, sich nicht zwischen mehreren Alternativen entscheiden zu können, für den Menschen ein unangenehmer, teils fast

belastender Zustand ist, welchen er möglichst zu vermeiden und zu beenden trachtet, insbesondere wenn die Entscheidung für ihn freiwillig und bedeutsam ist.

Nach einer ersten getroffenen Entscheidung suchen wir vielleicht vermehrt und intuitiv auch gezielt Informationen, die unseren Eindruck bestätigen, wie die **Dissonanztheorie** von Leon Festinger (1953 dr. 1978) belegt. Die Dissonanztheorie besagt, dass ambivalente Entscheidungen ein schlechtes Gefühl verursachen, wir daher nach einer Entscheidung gezielt Informationen suchen, die uns in der Entscheidung bestätigen, und Informationen meiden, welche diese eher hinterfragen (wenn man z. B. ein neues Auto gekauft habe, liest man lieber Tests, die die Vorzüge dieses Autos loben).

In der Regel haben Kliniker auch ein schlechtes Gefühl, eine Entscheidung sozusagen einem Entscheidungsbaum oder gewissen „Tool“ zu überlassen. Man empfindet diese Entscheidung als entmenschlichend. Andererseits muss hinterfragt werden, ob nicht auch schlechte Entscheidungen für die betroffenen Menschen entmenschlichend sind.

Um unser klinisches Urteil zu verbessern, kann man einige Dinge beachten (vgl. Kleinmunz, 1990, vom Autor ergänzt):

- ▶ **Es ist sinnvoll, klare, explizite Fragestellungen zu formulieren.** Wir neigen oft dazu, diese zu vermeiden oder mehrere Fragestellungen implizit zu akkumulieren. Zum Beispiel „Ist das die richtige Schule für das Kind?“, könnte man auch in mehrere kleinere, explizite Fragestellungen unterteilen: „Hat es die erforderliche Intelligenz?“, „Hat es einen angemessenen Schulleistungsstand?“, die man eindeutiger mit „ja“ und „nein“ aufgrund von Leistungen und Verhaltensbeobachtungen einschätzen kann.
- ▶ **Die Strategie unserer Entscheidungen sollte gut dokumentiert und Zwischenergebnisse festgehalten werden.**
- ▶ Wenn wir in einem Team entscheiden, **sollten wir auch jede Einzelmeinung hören** und nicht einen Teamkonsens voraussetzen, den dann doch die charismatischsten Teammitglieder oder die Führungskräfte stärker beeinflussen.

- ▶ Wir sollten die Folgen von **Entscheidungen gezielt evaluieren und kontrollieren, ob die Strategie zur richtigen Entscheidung geführt hat.**
- ▶ Wir sollten gezielt nach **Informationen suchen, die der eigenen Hypothese widersprechen** und den kritischen Stimmen in einem Team ausreichend Raum geben.
- ▶ Wir sollten eine sehr **breite Informationsbasis einholen und diese gewichten.**
- ▶ Wir sollten uns der **potenziellen Fehlern bewusst sein.**

5.6. Haltung zur psychometrischen Diagnostik

Beim Thema Diagnostik in der Heimerziehung wird die Diskussion oft recht schnell unsachlich, und es gibt sowohl grobe Fehler in der Argumentation der unkritischen Befürworter als auch der Personen, die eine kategoriale oder psychometrische Diagnostik zu kritisch ablehnen. Oft wird schon das Grundkonzept der psychometrischen Diagnostik nicht richtig verstanden. Wichtig ist es, hier nochmals hervorzuheben, dass es nicht möglich ist, die wahren Werte zu messen, jede Messung ist fehlerbehaftet. Gerade in der Psychologie oder in der Pädagogik ist das direkte Messen von Eigenschaften nicht möglich. Es wird in der Regel immer eine Leistung oder eine Beschreibung eines definierten Konstruktes gemessen, woraus auf die Ausprägung des Konstruktes bzw. eines Merkmals geschlossen wird. Sämtliche Messungen, die wir vornehmen, sind fehlerbelastet, und wir müssen sehr genau prüfen, ob wir bei der Interpretation der Ergebnisse den Geltungsbereich der Definition des Konstruktes einhalten. Sehr leicht kann es geschehen, dass Testergebnisse aus dem Zusammenhang gerissen und überinterpretiert werden.

Ein gutes Beispiel für die Unterscheidung zwischen Leistung und wahrem Wert sind Intelligenztests. Es wird hier zu einem Zeitpunkt eine Leistung gemessen, indem unter mehr oder weniger standardisierten Bedingungen verschiedene Aufgaben vorgegeben werden. Wir schließen aus der Zahl der richtig beantworteten Aufgaben auf die Intelligenz, die bekanntlich ein sehr breites Konstrukt darstellt und mit ganz vielen Facetten des Lebens und der Entwick-

lungungsverläufe korreliert (Resilienz, Bildungserfolg, Verdienst, soziale Kompetenzen etc.). Die in diesen Tests erbrachte Leistung kann natürlich auch von vielen anderen Bedingungen abhängig sein, zum Beispiel der Tagesform, einer plötzlich auftretenden Erkrankung, der Sprache, der Beziehung zur Testleiterin oder zum Testleiter, der Motivation und Stimmung der getesteten Person am Testtag etc. Es ist auch möglich, dass eine psychische Erkrankung die Leistung beeinflusst, zum Beispiel eine Depression. Deshalb ist es wichtig, Testergebnisse nicht ausschließlich für sich allein zu betrachten, sondern diese mit anderen Informationen abzugleichen. Intelligenz ist, wenn sich die Bedingungen, unter denen die Testung erfolgte, und die Förderbedingungen nicht wesentlich verändern, eines der stabilsten Konstrukte überhaupt (Sameroff et al., 1993). Bei Fällen, in denen sich die Förderbedingungen oder die psychische Gesundheit bei der Testung stark unterscheiden, können die Leistungen in Intelligenztests aber stark voneinander abweichen.

Es ist gerade bei fremdplatzierten Kindern, die häufig über längere Zeiträume Vernachlässigung und Misshandlung erlebt haben (Schmid, 2010), wichtig, Testbefunde aus der Kindheit, die oft in der akuten Belastungsphase absolviert wurden, nicht einfach immer weiter zu verwenden, sondern bei Gelegenheit zu wiederholen, um gegebenenfalls auch dort Veränderungen abbilden und gezielter fördern zu können.

Unkritische Leser fassen die Fragestellungen oft zu eng und gewichten solche Umweltfaktoren, die auf die Testergebnisse einwirken können, nicht ausreichend. Die Testergebnisse werden oft höher bewertet als Informationen aus anderen Quellen. Es kommt leicht ein Machtfaktor ins Spiel, da die Informationen, die im Testergebnis erbracht wurden, vorschnell von Diagnostikern als wahrer Wert interpretiert werden und sie dadurch ihr Wissen höher gewichten als die Erkenntnisse aus anderen Quellen und die Selbstbeobachtungen der Klientinnen und Klienten. Alternativerklärungen und Messfehler werden dann oft zu wenig berücksichtigt. Die Fehlertoleranz von Tests wird teilweise auch nicht ausreichend beachtet, das heißt, es werden oft Unterschiede interpretiert, die bei genauer Betrachtung gar keine sind. Die Unterschiede zwischen einem Intelligenzquotient von 131 und 127 oder 87 und 83 IQ-Wertpunkten liegen normalerweise in der Fehlertoleranz der meisten Intelligenztests und soll-

ten daher nicht oder sehr vorsichtig interpretiert werden. Testergebnisse werden tendenziell, insbesondere von unsichereren Diagnostikern, eher rascher verschriftlicht, als dass sie noch bei einem Gespräch mit der Perspektive der Klientin oder des Klienten abgeglichen und rückbesprochen werden. Dadurch vergibt man sich und der Klientin/dem Klienten aber eine wichtige Möglichkeit, aus den Testergebnissen noch mehr Informationen zu bekommen und gemeinsam ein klinisches Bild aus allen Informationen zu entwickeln und abzurunden. Die Kritiker argumentieren oft, dass die psychologische Diagnostik die Einzigartigkeit und die Komplexität eines Menschen nicht adäquat ablesen kann. Damit haben sie Recht. Kein noch so guter Diagnostiker würde behaupten, dass er alle Facetten eines Menschen abbilden kann. Er will in der Regel mit dem von ihm eingeleiteten diagnostischen Prozess eine gezielte Fragestellung zu einer Person beantworten. Oft wird von den Kritikern vergessen, dass sie ihre Entscheidungen mit weniger objektiven, reliablen und validen Instrumenten fassen, und dass sie sich oft nicht klar machen, aufgrund von welchen Informationen sie Entscheidungen treffen.

5.7. Der diagnostische Prozess

Tests und Fragebögen sind lediglich eine von vielen Informationsquellen. In der Regel verläuft ein diagnostischer Prozess - insbesondere in der sozialen Arbeit und Pädagogik, aber auch im psychotherapeutischen und (kinder- und jugend-)psychiatrischen Bereich sowie im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie - in drei Phasen. Auf eine erste Phase der Informationsgewinnung folgt eine Phase der Datenintegration und Strukturierung, abschließend erfolgt eine Phase der Entscheidungsfindung und Interventionsplanung. Auf eine Erhöhung der Informationsmenge und Komplexität durch Einholung von weiteren Informationen (z. B. Gespräche, Durchführung von Tests) erfolgt eine Komplexitätsreduktion durch Ordnung der Befunde und eine Kategorienbildung (Pantucek, 2009; Gahleitner & Pauls, 2011; Heiner, 2011). Ein diagnostischer Prozess gleicht einem Puzzlespiel, bei welchem aus vielen Informationen ein Gesamtbild zur Beantwortung einer Fragestellung entsteht. In das Puzzlespiel des Fallverständnisses gehen ganz viele Erkenntnisse ein: Vorbefunde, Informationen aus dem System, das Erklärungsmodell, ein Theoriege-

rüst, die Vorgeschichte, die eigenen Gegenübertragungsgefühle, das Bauchgefühl, die Information von Dritten, Verhaltensbeobachtungen im Alltag sowie eben auch die Ergebnisse und Beobachtungen aus psychometrischen Fragebögen und Leistungstests. Sehr viele der Informationen, die in eine solche Entscheidungsfindung eingehen, werden gar nicht bewusst wahrgenommen, gezielt herangezogen oder gar standardisiert erhoben, weshalb das Potential unserer diagnostischen Fähigkeiten oft nicht adäquat genutzt wird. Letztlich wird eine völlige Standardisierung deshalb auch nie gelingen und ist für pädagogische und psychotherapeutische Prozesse auch nicht anzustreben, da bei diesen auch sehr subjektive (Gegenübertragungs-)Gefühle, die in einer Interaktion aktualisiert werden, wichtige Informationsquellen für Einzelfallentscheidungen sein können. Es ergibt aber Sinn, solche Ressourcen zu nutzen, um die Qualität der Entscheidungsfindung zu verbessern. Mit wenigen implementierten diagnostischen Mitteln könnten pädagogische Entscheidungen auf einer wesentlich sichereren Grundlage gefällt werden, zum Beispiel durch die gezielte Vorgabe bzw. Vereinbarung von einigen Beobachtungskategorien, wie der Beschreibung von drei/vier definierten Verhaltensweisen, auf die ein Team bezüglich einer definierten Fragestellung besonders achten soll. Ein guter Auftrag für die Verhaltensbeobachtung kann die Qualität der erhobenen Informationen und folglich letzten Endes auch die Entscheidungsfindung für eine pädagogische Fragestellung sehr positiv beeinflussen.

Der eigentliche Ablauf eines diagnostischen Prozesses beginnt (vgl. Abb. 2 und 3), wie oben bereits erwähnt, mit der Formulierung einer expliziten, möglichst konkret zu beantwortenden Fragestellung. Aufgrund einer Fragestellung werden dann Testverfahren ausgewählt und die Klientin/der Klient über den Ablauf der Untersuchung aufgeklärt. Dann wird der Test vorgegeben. Dabei kommt der Verhaltensbeobachtung eine entscheidende Bedeutung zu, weil aus dieser auf potentielle Störvariablen geschlossen werden kann (ist die/der Getestete unruhig oder unaufmerksam, hört sie/er schlecht, steht sie/er unter Drogen etc). Etwaige Verhaltensbeobachtungen können dazu führen, dass die diagnostische Fragestellung ergänzt oder adaptiert werden muss. Anschließend folgen die Testauswertung und der Vergleich mit einer Normstichprobe. Hinter der gesamten psychometrischen Diagnostik steht die Grundannahme, dass psychometrische Variablen in der Allgemeinbevölkerung normalverteilt

vorkommen und Testergebnisse einer Person mit einer repräsentativen Stichprobe verglichen werden können. Die Annahme der Normalverteilung findet sich bei fast allen körperlichen und psychologischen Eigenschaften, dies bedeutet etwas überspitzt: Häufiges kommt öfters vor als Seltenes. Zum Beispiel gibt es nur sehr wenige Männer, die 2 Meter und 10 Zentimeter groß sind, und sehr viele, die zwischen 1 Meter 70 cm und 1 m 85 cm groß sind. In der gleichen Annahme geht man davon aus, dass es sehr viele Menschen mit durchschnittlicher Intelligenz gibt und wenige Hochbegabte oder weit unterdurchschnittlich Begabte.

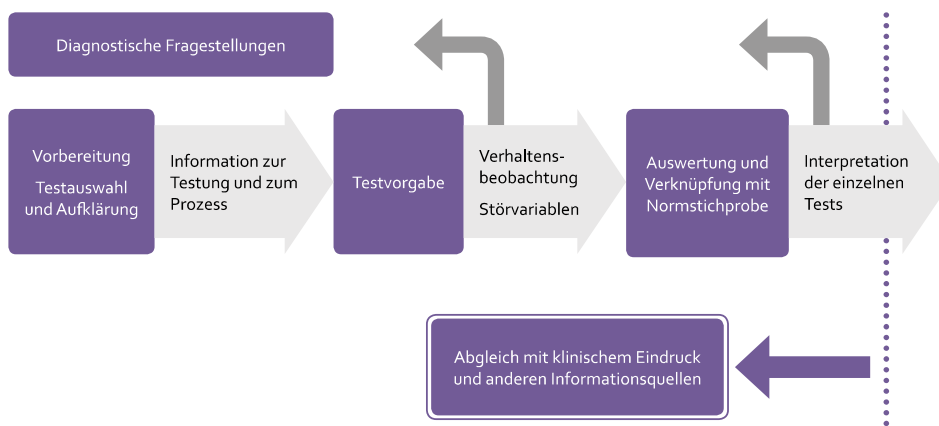


Abbildung 2: Komplexitätsgenerierende Phase des diagnostischen Prozesses (adaptiert Schmid 2016)

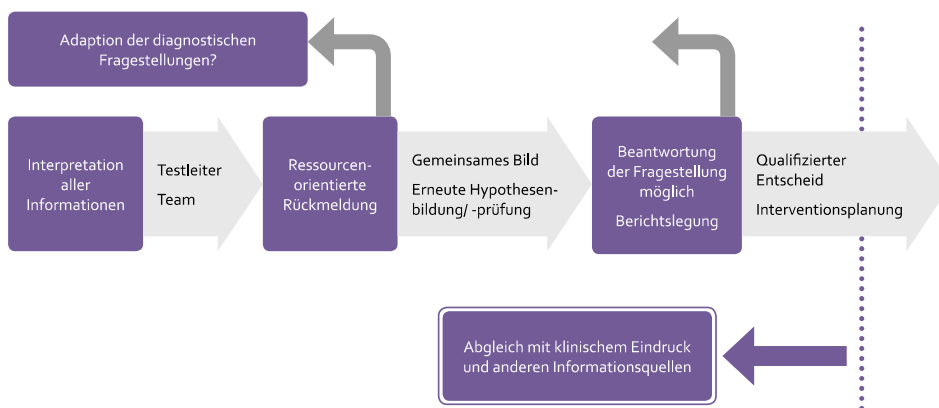


Abbildung 3: Komplexitätsreduzierende Phase des diagnostischen Prozesses (Adaptiert Schmid 2016)

5.8. Diagnostische Entscheidungen in Abhängigkeit von innerer Sicherheit

Wenn jemand dazu gezwungen ist schwerwiegende diagnostische Entscheidungen zu treffen, ist die Ausgestaltung dieses Prozesses oft auch eine Frage der inneren und äußeren Sicherheit. Wenn jemand eine hohe innere Sicherheit mit einer Entscheidung hat, wird diese Person in der Regel keinen großen Aufwand betreiben, um noch weitere diagnostische Befunde einzuholen. Wenn man aber mit einer Entscheidung unsicher ist, kann das Erheben weiterer Befunde oder das Interpretieren von psychometrischen Befunden eine große Bedeutung haben, da es sowohl einem selbst eine größere Selbstsicherheit bei der Entscheidungsfindung gibt als auch Entscheidungen fachlich legitimieren und über statistische Urteile zudem die äußere Sicherheit erhöhen kann. Wichtig ist natürlich, die Befunde nicht nur selektiv, im Sinne einer größeren Sicherheit, zu interpretieren, sondern auch die Offenheit zu haben, eine Entscheidung gegebenenfalls nochmals genauer zu hinterfragen, wenn Informationen vorliegen, die der ursprünglichen Entscheidungstendenz zuwiderlaufen. Im Idealfall ist es aber so, dass alle weiteren diagnostischen Informationen der Testergebnisse den klinischen Eindruck abrunden und untermauern. Sie bestätigen die Wahrnehmung und stützen die Entscheidungen und erhöhen somit die Selbstwirksamkeit sowie Handlungsfähigkeit. Es hilft oft, auch weitere Informationen einzuweben, die man davor vielleicht nicht so bedacht und mit in die Entscheidungsfindung einbezogen hat.

Falls neue Informationen und Testergebnisse ganz konträr zum bisherigen Bild der Klientin/des Klienten bzw. den diagnostischen Eindrücken sind, müsste man nach alternativen Erklärungen suchen und sich als Diagnostizierender einige Fragen stellen - getreu dem Motto:

„Ein Experte ist ein Mann, der hinterher genau sagen kann, warum seine Prognose nicht gestimmt hat.“

Sir Winston Churchill

Folgende Fragen sind dabei hilfreich:

- ▶ Was führt dazu, dass ein Testbefund nicht in das Gesamtbild passt?
- ▶ Gibt es eine alternative Erklärung?
- ▶ Gibt es Fehlerquellen in der Durchführung?
- ▶ Inwiefern ergibt das Ergebnis doch auch Sinn?
- ▶ Habe ich bei meinem ursprünglichen Bild von der Klientin/ dem Klienten etwas übersehen?
- ▶ Müssen wir unser Bild von der Klientin/ dem Klienten grundlegend revidieren und rekonstruieren?

6. Nutzen der psychometrischen Diagnostik für die sozialpädagogische Praxis und Förderplanung

Um die Qualität von rein klinischen Urteilen zu verbessern, spricht somit vieles dafür, klinische Einschätzungen mit standardisierten psychometrischen Testverfahren zu kombinieren.

Um die Möglichkeiten von testpsychologischen Verfahren und Zielerreichungsinstrumenten (z. B. Singer et al., 2009) in der Jugendhilfe optimal zu nutzen, ist es wichtig, diese passgenau in den Alltag und den Verlauf der Jugendhilfemaßnahme zu integrieren und auch kontinuierlich zur Vorbereitung von Hilfeplangesprächen und Standortbestimmungen zu verwenden. Es ergibt Sinn, in den ersten Wochen die Kennenlernphase der Klientinnen und Klienten auch für gezielte Verhaltensbeobachtungen und einen diagnostischen Prozess zu nutzen und sich Zeitfenster für die Diagnostik einzuplanen. Um die Motivation der Kinder/Jugendlichen zu erhöhen und Zeiten für die Dokumentation und Auswertung zu sparen, ist es sinnvoll, Testverfahren und Zielerreichungsinstrumente in computergestützter Form vorzugeben, wie dies beispielsweise im Rahmen des EQUALS-Projektes „Ergebnisorientierte Qualitätssicherung in sozialpädagogischen Einrichtungen“ von über 30 beteiligten Einrichtungen umgesetzt wird. Alle Ergebnisse sind durch eine computergestützte Vorgabe sofort zugänglich und können mit der gleichzeitigen Darstellung von bis zu vier Messzeitpunkten gedruckt und als PDF-Dateien gespeichert werden.

Eine solche Fokussierung auf Veränderungen im Hilfeverlauf mittels psychometrischer Fragebögen und die Verwendung eines Zielerreichungsinstrumentes, das allgemeine und individuelle Ziele in der Heimerziehung erfasst, kann helfen, die Diskrepanz zwischen den sehr abstrakten, großen gesellschaftlichen Zielen der Jugendhilfe (Autonomie und gesellschaftliche Teilhabe) und den oft sehr konkreten Alltagsproblemen (z. B. morgens aufzustehen und pünktlich in der Schule anzukommen) aufzulösen. Es ist motivierender, regelmäßig kleine Erfolge zu feiern und zu evaluieren, wodurch letztlich die Grobziele und somit auch die gesellschaftliche Teilhabe erreicht werden, als sich von Beginn an an einem zu großen und zu abstrakten Ziel abzuarbeiten. Im

Folgendes wird eine Auswahl von psychometrischen Testverfahren kurz vorgestellt, welche sich in der stationären Jugendhilfe als Screening für psychische Belastungen, zur Verlaufskontrolle und zur Traumadiagnostik sehr bewährt haben.

7. Verfahren zur Erfassung der psychischen Belastung

Eine wichtige Informationsquelle für das Erkennen von psychischen Problemen und die Verlaufskontrolle sowie die Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind psychometrische Testverfahren, welche die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen erfassen. Diese erfahren auch in der Jugendhilfe eine immer größere Verbreitung:

Child Behavior Checklist - CBCL (Fremdbeurteilung von Verhaltensauffälligkeiten, Döpfner et al., 1993; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist, 1998).

Dieser Fragebogen ist das weltweit am meisten verbreitete Breitbandverfahren zur Fremdbeurteilung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Jeweils rund 120 Fragen werden acht Unterskalen zugeordnet (vgl. Falldarstellung), die in den Gesamtskalen zusammengefasst werden. Durch die acht Subskalen lassen sich sowohl spezifische Probleme definieren als auch eine sehr breite und große Symptombelastung zeigen. Viele komplex-traumatisierte Kinder fallen in der CBCL durch eine hohe Symptombelastung sowohl im internalisierenden als auch im externalisierenden Bereich auf. Einzelne Items geben auch Hinweise auf eine PTBS, sollten aber nicht überinterpretiert werden (z. B. ich habe Alpträume). Die Ergebnisse ergeben keine Diagnosen, sondern weisen nur auf mögliche Problempunkte und Auffälligkeiten hin. Wenn sehr hohe Werte in mehreren Skalen auftreten, empfiehlt es sich, eine umfassendere psychologische Diagnostik oder eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung durchzuführen.

Youth Self-Report - YSR: Selbstbeurteilung von Verhaltensauffälligkeiten (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist, 1998)

Dieser Fragebogen dient der Selbstbeurteilung der Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Er beinhaltet die gleichen Fragen wie die CBCL und dient somit der Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdwahrnehmung. CBCL und YSR sind die weltweit am häufigsten eingesetzte Testverfahren zur

Erfassung von psychopathologischen Symptomen. Die Testgütekriterien sind in allen Sprachen gut bis sehr gut (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist, 1998).

CBCL und YSR haben gegenüber reinen Screening-Instrumenten den Vorteil, dass sie auch nach seltenen Symptomen fragen und somit auch helfen, Probleme zu entdecken, die im Alltag sonst nicht sofort auffallen. Zudem sind sie durch eine größere Anzahl von Fragen auch eher dazu geeignet, Veränderungen im Verlauf einer Therapie oder Jugendhilfemaßnahme abzubilden, weshalb CBCL und YSR auch in vielen Psychotherapiestudien verwendet werden. Mit der Teachers Report Form TRF liegt zudem ein Verfahren zur Erhebung des Lehrerurteils vor.

Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman, 1997) umfasst fünf Skalen: Verhaltensprobleme (z.B. hat oft Wutanfälle, ist aufbrausend), Hyperaktivität (z.B. ist unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen), emotionale Probleme (z. B. hat viele Sorgen, erscheint häufig bedrückt), Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen (z.B. ist ein Einzelgänger, spielt meist alleine) und prosoziales Verhalten (z.B. ist hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind). Jede Skala besteht aus fünf Items, die auf einer 3-Punkte-Skala eingeschätzt und aufaddiert werden. Aus der Summe der Problemskalen (ohne Skala „prosoziales Verhalten“) kann außerdem ein Gesamtproblemwert berechnet werden. Der SDQ liegt in einer Version für Jugendliche ab zehn Jahren, für Eltern und Lehrer sowie in vielen Sprachen vor.

Massachusetts Youth Screening Instrument-2 – MAYSI-2 (Grisso und Barnum, 2014) (Risiken im stationären Alltag)

Der MAYSI-2 ist ein Screening-Verfahren, das speziell für die Ersteinschätzung von delinquenten Jugendlichen beim Eintritt in Heime oder Untersuchungshaft entwickelt wurde - mit dem Ziel zu entscheiden, ob eine kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Abklärung indiziert ist. Die 52 Fragen des MAYSI-2 werden sieben Skalen zugeordnet, die psychische Auffälligkeiten (auch zur Suizidalität und zum Substanzmissbrauch) von Jugendli-

chen in Maßnahmen erheben. Er erfasst auch geschlechtsspezifisch traumatische Belastungen. Die Stärken des MAYSI-2 bestehen darin, dass er rasch erhöhte Risiken im stationären Alltag abbildet und für besonders kritische Verhaltensweisen ein sehr effektives Screening ist, dass er psychische Probleme aufdeckt und auch im hochbelasteten Bereich noch differenziert, weshalb er in fast allen Staaten der USA routinemäßig eingesetzt wird. Auch in den Niederlanden und der Schweiz ist er inzwischen in der Jugendhilfe weit verbreitet.

Fragebögen zur Erfassung von Traumafolgestörungen und Bindungsstörungen

Aus traumapädagogischer Perspektive ergibt es natürlich auch Sinn, direkt nach traumatischen Erlebnissen zu fragen und Bindungsauffälligkeiten systematisch zu erfassen. Ein nüchterner Fragebogen signalisiert die Bedeutung dieser Ereignisse, ist aber weniger invasiv und erlaubt ein Screening auf PTBS-Symptome und Bindungsstörungen. Beide sind vor allem für die interdisziplinäre Behandlungs- und Hilfeplanung und zur Vorbereitung einer kinder- und jugendpsychiatrischen oder psychotherapeutischen Abklärung von Interesse, unterstreichen aber auch die Notwendigkeit von traumapädagogischen Interventionen:

Relationship Problems Questionnaire - RPQ (Minnis et al. 2007)

Zur Erfassung von Bindungsauffälligkeiten kann die deutsche Übersetzung des RPQ (Minnis et al., 2007) wertvolle Informationen liefern. Der RPQ besteht aus nur 10 Items und dient als Screeninginstrument der Erfassung von Beziehungsproblemen und Verhaltensweisen, welche typisch für die Bindungsstörung sind und ermöglicht eine Differenzierung zwischen dem enthemmten und dem gehemmen Subtyp. Die deutschsprachige Version des RPQ (Kleinrahm et al., 2009) weist sowohl für die Gesamtskala (Cronbachs $\alpha = .81$) als auch für die beiden Subskalen enthemmtes (Cronbachs $\alpha=.86$) und gehemmtes Bindungsverhalten (Cronbachs $\alpha=.74$) gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf (Pérez et al., 2011). Ein Gesamtscore im RPQ, der höher als 7 ist (von 30 möglichen Wertpunkten), gilt als auffällig und legt eine eventuelle Bindungsstörung nahe. Dieser Cut-off-Wert wurde in einer Zwillingstudie mit über

13.000 Kindern im Alter von sieben bis Jahren aufgrund einer Clusteranalyse ermittelt (Minnis et al., 2007; Minnis et al., 2013). Der RPQ wurde in einer Schweizer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung normiert und in Pflegekinder- und Heimstichproben eingesetzt (Schröder et al., submitted).

Essener Trauma Inventar - ETI (Tagay et al., 2009)

Die traumatischen Erlebnisse wurden anhand der Traumaliste im Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche – Fremdurteil (ETI-KJF) erfasst (Tagay et al., 2009). Dieser Fremdbeurteilungsfragebogen wurde aus dem inzwischen weit verbreiteten und in vielen Sprachen vorliegenden Essener Trauma-Inventar (Tagay et al., 2007) entwickelt, um auch bei jüngeren Kindern, von denen noch kein ausreichend reliables und valides Selbsturteil in einem psychometrischen Fragebogen zu erwarten ist, die Belastung aufgrund von traumatischen Erlebnissen zuverlässig und ökonomisch erfassen zu können. Der Fragebogen ist in zwei Teile unterteilt. Im ersten Teil wird erfasst, welche traumatischen Ereignisse ein Kind bereits durchlebt und welche davon vom Kind als besonders belastend erlebt wurden. Im zweiten Teil werden die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung systematisch erfragt. Das ETI-KJ verfügt im Selbst- und Fremdurteil über gute psychometrische Gütekriterien (Tagay et al., 2011) und ermöglicht die Erfassung des Schweregrades der Traumasymptomatik sowie ein Screening, ob eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt.

Childhood Trauma Questionnaire CTQ

Für die Erfassung früher traumatischer Erlebnisse hat sich international die Kurzform des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) durchgesetzt. Der Childhood Trauma Questionnaire ist ein Fragebogen zur Erfassung von Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen. Er erfasst auf fünf Skalen/Faktoren die Bereiche emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung. Die deutsche Version (Klinzke et al., 2012) besitzt trotz ihrer Ökonomie mit nur 28 Items ausreichend gute Gütekriterien (Cronbachs alpha $>.80$). Der CTQ ist sehr sensibel. In Hochrisikopopulationen wie der Heimerziehung differenziert

er für den Einzelfall nur bedingt, hilft aber dabei, diese Art der Belastungen zu dokumentieren und ist wegen seiner weiten Verbreitung ein wichtiges Forschungstool.

Fragebögen zur Erfassung des elterlichen Stresses und des Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisikos

Es liegen mehrere Fragebögen zur Erfassung des elterlichen Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisikos vor, welche eingesetzt werden können, um Entwicklungen in der Elternarbeit abzubilden und das Risiko für eine Kindeswohlgefährdung und für Beurlaubungen etc. abzuschätzen. Diese Fragestellungen sind für alle Beteiligten oft sehr belastend, weshalb es sinnvoll ist, mit Checklisten zu arbeiten, um sicher sein zu können, die relevanten Punkte bedacht zu haben. Um nicht zu sehr unter sozial erwünschten Antworten zu leiden, fokussieren solche Verfahren in der Regel auf den elterlichen Stress und die Überforderung mit Erziehungsaufgaben. Bei sämtlichen Einschätzungen des Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisikos ist aber das Alter des Kindes mit zu berücksichtigen (Deegener et al., 2009; Trocmé et al., 1998). Zwei Fragebögen werden in der Jugendhilfepraxis häufig zusätzlich zu klinischen Checklisten, die das Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiko erfassen, eingesetzt (Wiesner, 2006).

Eltern Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (Deegener et al. 2009)

Der Fragebogen kann in 10 Minuten bearbeitet werden und erfasst mit einer Skala den elterlichen Belastungsgrad, welcher als Indikator für das Ausmaß einer möglichen Kindeswohlgefährdung im Sinne von körperlicher und emotionaler Vernachlässigung und Misshandlung gilt. Zusätzlich werden die Antworten in drei Skalen auf spezifische Antworttendenzen geprüft (sozial erwünschte Antworten, unreflektiertes sowie inkonsistentes Antwortverhalten). Die Testgütekriterien sind gut.

Parental Stress Scale – PSS (Berry & Jones 1995) (Elterliche Stressbelastung)

Dieser Fragebogen besteht aus 18 Fragen und erfasst die elterliche Stressbelastung. Er ist bei hoch belasteten Eltern sehr sensitiv, kann Veränderungen im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen gut abbilden und verfügt trotz seiner Ökonomie über gute Testgütekriterien. (Stadelmann et al., 2010; Hefti et al., 2016). Die Parental Stress Scale (PSS) erfasst positive Aspekte der Elternschaft (z. B. „Ich genieße es, Zeit mit meinem Kind/meinen Kindern zu verbringen.“) sowie negative Zuschreibungen (z. B. „Ich fühle mich meiner Verantwortung als Elternteil nicht gewachsen.“) auf einer fünfstufigen Likertskala („stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt genau“). Das Verfahren wurde von der Arbeitsgruppe um Kölch und Schmid (2008) ins Deutsche übersetzt. Das Verfahren wurde anhand einer Schweizer Stichprobe in der Allgemeinbevölkerung normiert.

Es gibt mehrere gute Gründe für den Einsatz von psychometrischen Testverfahren in der stationären Jugendhilfe, welche einen unmittelbaren Nutzen für die sozialpädagogische Arbeit bringen und deren Qualität nachhaltig steigern können. Im Folgenden soll der Nutzen des Einsatzes von psychometrischen Verfahren an folgenden Punkten aufgezeigt werden:

- ▶ Erhebliche Zeitersparnis und Strukturierung
- ▶ Sensibilisierung für Risiken und Symptome durch wirksames Screening - Schutz vor dem Übersehen von relevanten Problemen
- ▶ Perspektivenwechsel/-abgleich: Gegenüberstellung von Fremd- und Selbsturteil
- ▶ Förderung des Selbstverstehens
- ▶ Sensibilisierung für Ressourcen
- ▶ Verlaufskontrolle
- ▶ Gemeinsame Sprache im Team und mit Kooperationspartnern
- ▶ Institutionelle und fachpolitische Qualitätssicherung

7.1. Zeitersparnis und Strukturierung

Der Hauptvorteil von psychometrischen Fragebögen ist, dass sie ein unschlagbares Verhältnis von Zeitaufwand zu Informationsgewinn aufweisen. Durch die Standardisierung ist zudem sichergestellt, dass jede bzw. jeder alle Informationen in einer ähnlichen Art und Weise bekommt. Hingegen verläuft jedes Anamnesegespräch anders, und man bekommt oft nicht dieselben Informationen, auch wenn man mit derselben Person zweimal ein ähnliches Gespräch führen würde. Ein weiterer großer Vorteil und eine erhebliche Entlastung im Alltag ist es, dass die vorliegenden Testbefunde sehr strukturiert sind und gut weitergegeben werden können, was den Jugendlichen oft mühsame Doppelhebungen erspart.

7.2. Sensibilisierung für häufige Probleme von Kindern und Jugendlichen

Die Tatsache, dass psychometrische Fragebögen vorgegeben werden und dabei ganz gezielt nach einzelnen Symptomen gefragt wird, kann den sozialpädagogischen Fachkräften helfen, internalisierende Symptome besser und früher zu entdecken. Die Jugendlichen könnten dadurch effizienter und zeitnahe einer Behandlung zugeführt werden.

Es ist ziemlich erschreckend, wie weit verbreitet Depressionen, Ängste und Selbstverletzung in der Heimerziehung sind und wie häufig diese den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen nicht bekannt sind. Hier können Screening-Fragebögen Abhilfe schaffen. In einer Untersuchung von uns, in der wir selbstverletzendes Verhalten in Kliniken erfasst haben, wurden uns viele Jugendliche für die klinische Kontrollgruppe zugewiesen, bei deren genauerer Anamnese sich dann aber herausstellte, dass sie sich bereits mehrmals selbst verletzt hatten. Sie mussten daher nicht in die Kontrollgruppe, sondern in die Gruppe der selbstverletzenden Jugendlichen aufgenommen werden.

Die häufig genannte Sorge, dass Screening-Fragebögen zu einem negativeren Bild führen und nur auf Symptome und Probleme geschaut werde, kann vom Autor nicht geteilt werden. Es ist durchaus möglich, aus einem klinischen Fra-

gebogen, und insbesondere mit einem Fragebogen zur Persönlichkeitsentwicklung, die Erfassung von Stärken und Ressourcen in einer Testbatterie aufzunehmen, und diese dadurch einem Jugendlichen und seinen Bezugspersonen nochmals zu verdeutlichen. Eine Objektivierung durch einen psychometrischen Fragebogen kann diese auch für die Jugendlichen bewusster, annehmbar und nutzbarer machen.

Um auf Ressourcen hinzuweisen, internalisierende Probleme gut entdecken zu können oder auch unterschiedliche Interpretationen von externalisierenden Verhaltensproblemen aufzuzeigen, kann es sinnvoll sein, das Selbst- oder Fremdurteil des Kindes miteinander zu vergleichen.

7.3. Gegenüberstellen von Fremd- und Selbsturteil

Für diagnostische Prozesse mit schwer belasteten Jugendlichen ist sicherlich ein großes Problem, dass jemand psychisch relativ gesund sein muss, um sich selbst gut beschreiben zu können. Gerade in der Heimerziehung zeigen sehr viele Studien, dass sich die Heimjugendlichen oft deutlich weniger belastet beschreiben, als sie von ihren sozialpädagogischen Fachkräften beurteilt werden (Schmid, 2007; Schmid et al., 2013). Es gibt auch Studien, die zeigen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen psychischer Gesundheit und der Fähigkeit, sich gut einzuschätzen (z. B. Handwerk et al., 1999; Schmid, 2007; Rauber et al., 2012).

Ausdrücklich festhalten kann man, dass internalisierende Probleme wie Depression und Angst wesentlich besser, valider und reliabler im Selbsturteil eingeschätzt werden können, da diese von sozialpädagogischen Fachkräften nur schwer zu beobachten sind. Externalisierende Probleme, wie aufbrausendes oder aggressives Verhalten, können hingegen wesentlich besser aus der Außenperspektive eingeschätzt werden, insbesondere von Personen, die viele Jugendliche in diesem Altersbereich kennen und sehen und ihre Referenzwerte haben, wie zum Beispiel Lehrer und Erzieher (vgl. Döpfner et al., 2002). Es zeigt sich auch, dass psychisch belastete Eltern große Probleme haben, ihre Kinder realistisch einzuschätzen. Insbesondere depressive Eltern schätzen ihre Kinder oft als wesentlich verhaltensauffälliger ein, als sie eigentlich sind (Kölch

& Schmid, 2008). Eine eigene Studie zeigt jedoch, dass die Differenz auch vom Ausmaß der interpersonellen Traumatisierung beeinflusst wird (Kind et al., in Vorbereitung).

Die Gegenüberstellung der Perspektive des/der Jugendlichen mit der der sozialpädagogischen Fachkräfte und der Eltern ist eine sehr wirkungsvolle pädagogische Intervention. Für diese sollte man sich ausreichend Zeit nehmen und darauf achten, dass der/die Jugendliche sich sicher fühlt und keine Anzeichen von Anspannung zeigt. Das Bemühen, die unterschiedlichen Perspektiven in Einklang zu bringen und Erklärungen für die unterschiedlichen Wahrnehmungen zu suchen, hilft, die pädagogische Beziehung zu intensivieren, weil man die Wahrnehmungswelt des Gegenübers besser verstehen lernt. Die objektivierten Unterschiede regen die Selbstreflektion an und verlangen nach Erklärungen. Um ein solches Gespräch in Gang zu bringen und erfolgreich zu gestalten, ist es wichtig, dass die Fachkräfte ihre Expertenmeinung nicht per se höher gewichten, sondern die Perspektive und Einschätzung des/der Jugendlichen wertschätzen und sehr neugierig auf eine Erklärung für diese Unterschiede sind. Die Erfahrung zeigt, dass sich Jugendliche, wenn man ihnen mit einer solcher Haltung begegnet, in der Regel recht schnell öffnen und ihre Wahrnehmung mit Beispielen untermauern („Ich habe das so gesehen, weil...“, Wie schätzt du eine solche Situation ein...?“). Es geht dabei darum, die/den Jugendliche/n besser kennen zu lernen und verstehen zu können - nicht darum, ihn oder sie der Dissimulation zu überführen.

Ein wichtiger Ansatzpunkt ist es folglich, einen „guten Grund“ dafür zu suchen, dass der/die Jugendliche sich selbst oft als weniger auffällig beschreibt oder vice versa die sozialpädagogischen Fachkräfte eine stark abweichende Einschätzung treffen. Teilweise sind es (ir-)rationale Ängste darüber, was passieren könnte, wenn man sich nicht in ein positives Licht stellt. Zumeist sind die Ursachen aber eher in einer nicht ausreichend gut entwickelten Selbstwahrnehmungsfähigkeit zu suchen. Eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung ist natürlich ein sehr wichtiges pädagogisches und psychotherapeutisches Ziel. Deshalb kann es sehr sinnvoll sein, die Differenzen zwischen Fremd- und Selbsturteil sehr intensiv zu besprechen, um daraus konkrete Unterstützungsangebote ableiten zu können. Aus solchen Gesprächen lassen sich einerseits

klare Ziele benennen und festhalten, z. B. „Ich möchte mein Verhalten bezüglich der/des Jugendlichen besser einschätzen können.“ Andererseits lassen sich daraus auch rasch pädagogische Interventionen ableiten, welche die Jugendliche/den Jugendlichen in seiner Selbstwahrnehmung unterstützen können (z. B. Selbstbeobachtungsaufgaben, Achtsamkeitsübungen, Feedback einholen). Im Rahmen von Verlaufsmessungen mit Messwiederholungen ist erfreulicherweise zu sehen, dass sich bei erfolgreichen Verläufen die Beurteilung von sozialpädagogischen Fachkräften und Jugendlichen im Normalfall annähern.

Außerdem können die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen die Jugendliche/ den Jugendlichen auf diesem Weg unterstützen. Regelmäßige Tagesreflexionen mit dem Blick auf Fortschritte sind eine hervorragende Intervention und führen zu einem ritualisierten Austausch. Die Fachkräfte können definiertes Zielverhalten dann auch im Alltag konsequent und kontingent verstärken. Man kann den Klientinnen und Klienten helfen, ein spezifisches Verhalten bei sich besser zu beobachten, mit ihnen Protokollbogen entwickeln und immer wieder besprechen sowie für die Umsetzung loben.

7.4. Förderung des Selbstverstehens

Das Erklären der Tests und der Symptomatik hilft den heranwachsenden Klientinnen und Klienten, sich selbst und das eigene Verhalten besser kennen und verstehen zu lernen. Testverfahren sind wegen ihrer Objektivität und der Einordnung im Vergleich zu anderen Heranwachsenden eine starke Intervention. Die Ergebnisse müssen gemeinsam mit der/dem Jugendlichen plausibilisiert und die daraus entstehenden Fragen beantwortet werden. Diese Fragen und Antworten stellen oft eine hervorragende Grundlage für ein psychoedukatives Gespräch dar. Die/der Jugendliche und die Fachkraft können gemeinsame Überlegungen darüber anstellen, wie diese Symptome/Auffälligkeiten im Testprofil biographisch entstanden sein könnten und warum sie in der Vergangenheit vielleicht wichtig waren. Die Objektivierbarkeit und die Möglichkeit, seine Ergebnisse selbst von außen zu sehen, sind in der Regel selbst für sehr misstrauische Jugendliche interessant. Es hilft sehr, diese Ergebnisse von

Persönlichkeitstests und klinischen Screening-Verfahren zu externalisieren und von außen auf einer Metaebene zu betrachten („So hast du dich beschrieben, passt das zu dir? Was könnte das für unsere gemeinsame Arbeit hier bedeuten?“). Wie positiv die Jugendlichen diese Rückmeldungen und Besprechung der Testbefunde aufnehmen, zeigte eine qualitative Untersuchung zum EQUALS-Programm (Schröder et al., 2014). In dieser Untersuchung berichteten Jugendliche zum Beispiel:

„Hilfreich war für mich, dass ich meine Schwächen und Stärken besser erkennen konnte, dass ich mich selber sehen konnte, wie ich bin, wie die anderen Leute mich sehen.“

Jugendliche/rB4

„Was hilfreich ist, ist dass man sich selber erkennt, wie man ist und so.“

Jugendliche/rB2

„Vor allem es hilft viel mehr, wie auch den Jugendlichen und die Sozis viel besser einzuschätzen. Natürlich hat nicht gerade jeder Freude daran, da 103 Fragen zu beantworten, aber man sollte es eigentlich schon machen. Weil es hilft schon, ich habe das gemerkt.“

Jugendliche/rW2

7.5. Sensibilisierung für Ressourcen

Mit psychometrischen Fragebögen und Leistungstests lassen sich nicht nur Probleme beschreiben, sondern auch Ressourcen und Stärken abbilden (Petermann & Schmidt, 2009). Einerseits kann bei diesem hochbelasteten Klientel in der Jugendhilfe die Abwesenheit von Problemen schon als Ressource aufge-

führt werden. Andererseits gibt es auch einige Fragebögen, die sehr spezifisch nach Ressourcen und Kompetenzen fragen und gezielt Dinge erfassen, die man gut kann. Dieser Ansatz hat teilweise aber das Problem, dass man auch mit vielen Dingen konfrontiert wird, die man nicht so gut kann. Der Autor ist der Meinung, dass es mehr bringt, diese Ressourcen sehr lebensfeldorientiert zu erfragen und sehr kurze Fragebögen, die gezielt Resilienzfaktoren erfassen, vorzugeben (z. B. Selbstwirksamkeitsskalen). Im Rahmen von EQUALS wurde daher ein anderer Weg beschritten. Über die Bildung eines Avatars können die Jugendlichen ein individuelles Profil anlegen, in dem sie angeben können, was sie mögen, wer sie sind, was ihre Identität ausmacht, was sie gerne machen, was ihnen hilft, welche Menschen ihnen wichtig sind, was ihre Wünsche und Visionen sind etc. Ein solches Profil trifft den Zeitgeist der Jugendlichen relativ gut und greift ihr Interesse auf, da in einem Poesiealbum oder heutzutage auf Facebookprofilen etc. sehr oft ähnliche Informationen erhoben werden.

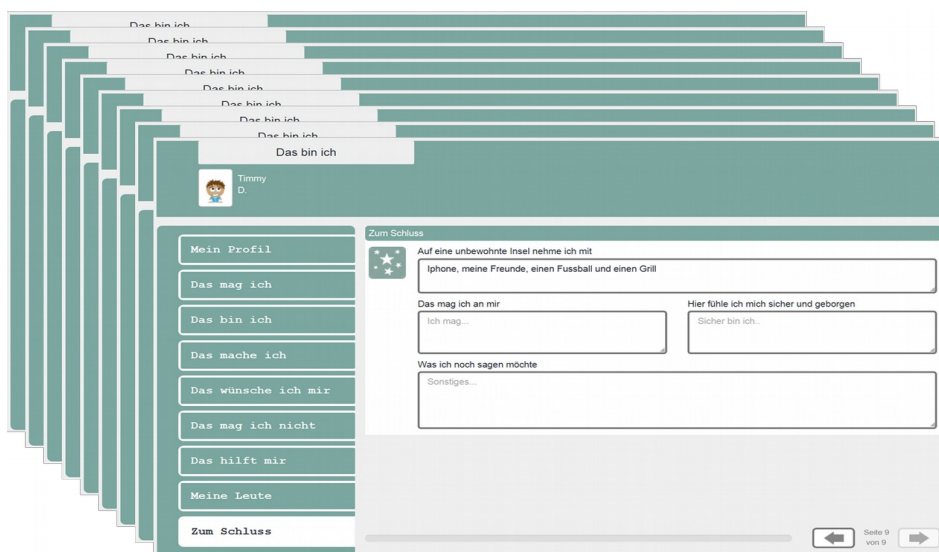


Abbildung 4: Ressourcenprofil am Beispiel von EQUALS

7.6. Verlaufskontrolle

Gerade bei längeren pädagogischen und therapeutischen Prozessen bietet es sich an, das gleiche Testverfahren regelmäßig zu wiederholen, um dadurch

Veränderungen abbilden und darstellen zu können. Durch eine solche Verlaufskontrolle lassen sich die Entwicklung eines Falles im Verlauf der Maßnahme und die Wirkung der pädagogischen Intervention überprüfen. Die Kontrolle, ob sich ein Fall wie gewünscht entwickelt, oder ob die Entwicklung stagniert und deshalb in der Hilfe/Förderplanung etwas verändert werden muss, kann ein wichtiges Steuerungsinstrument darstellen. Trotzdem muss klar sein, dass neben der Pädagogik auch noch viele andere Faktoren (Familie, Peers, Medikation, Schule) einwirken und ein simpler Prä-Post-Vergleich einer wichtigen Skala nicht ausreicht, um das gesamte Spektrum der Wirkung von pädagogischen Maßnahmen abzubilden. Es ist jedoch eine sehr bedeutsame Aussage, wenn sowohl die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen als auch eine Jugendliche/ein Jugendlicher angeben, dass sie/er sich nach einigen Monaten in der Institution deutlich wohler fühlt und weniger Verhaltensauffälligkeiten zeigt. Eine solche Dokumentation von Fortschritten kann auch für Ressourcen und Gelingensfaktoren im pädagogischen Prozess sensibilisieren und helfen, diese weiter auszubauen. Natürlich erhöht eine solche Dokumentation von Fortschritten den Selbstwert des Jugendlichen und der Fachkräfte, insbesondere wenn man diese auch den Zuweisenden und Eltern bei den Standortbestimmungen präsentieren kann. Für die Fachkräfte haben diese standardisierten Erhebungen zudem den Vorteil, dass sie helfen können, Standortbesprechungen zu strukturieren. Aus den Abbildungen und Ergebnisdarstellungen der Verläufe kann oft leicht abgeleitet werden, was einerseits bereits gut gelingt, und woran andererseits noch weiter gearbeitet werden muss.

8. Entwicklung einer gemeinsamen Sprache

Ein weiterer, sehr erheblicher Nutzen besteht darin, dass sich über die Testdiagnostik eine gemeinsame Sprache entwickelt. Die Verwendung von ähnlichen Beschreibungen und Testverfahren erleichtert die Kommunikation innerhalb der Einrichtung und mit externen Kommunikationspartnern. Fallbesprechungen können dadurch sehr viel ökonomischer gestaltet werden, da die Informationen für jede Fallbesprechung ähnlich aufbereitet werden können. Insbesondere in Zusammenarbeit mit einem kinder- und jugendpsychiatrischen Liaisondienst können Institutionen sehr viel Zeit und Geld einsparen, wenn sie die Abklärungen mit klinischen Screeningverfahren vorbereiten. Zudem ermöglicht diese Runde auch, Erfahrungen weiterzugeben, wenn ein Jugendlicher die Wohngruppe wechselt oder innerhalb einer Institution verlegt wird, zum Beispiel weil er so große Fortschritte macht, dass sie/er von einer geschlossenen auf eine offene Abteilung wechseln kann.

Qualitätssicherung – Nutzen von psychometrischen Fragebögen auf institutioneller und fachpolitischer Ebene

Für die Fachpolitik und die einzelnen Institutionen besteht ein großer Vorteil des Einsatzes von klinischen Fragebogen vor allem darin, dass bei wiederholter Vorgabe von Testverfahren die Wirkung der Jugendhilfemaßnahme sehr eindrücklich dokumentiert werden kann. Wenn eine Einrichtung dokumentieren kann, dass z. B. 85% der betreuten Jugendlichen nach einem Jahr angeben, sich deutlich weniger belastet zu fühlen, ist dies ein Qualitätsausweis gegenüber den Zuweisenden. Außerdem können mit psychometrischen Testverfahren die pädagogischen, psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Bedarfe der Heranwachsenden beschrieben und veröffentlicht werden. So hat zum Beispiel die eindrückliche Beschreibung der außergewöhnlich hohen psychischen Belastung von Heimjugendlichen (vgl. Abbildung 5, vgl. Schmid, 2013) dazu beigetragen, dass in vielen Kantonen in der Schweiz die Bereitschaft stieg, Liaisonangebote an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe zu implementieren.

Psychische Belastung (Gesamtwert CBCL für t1)

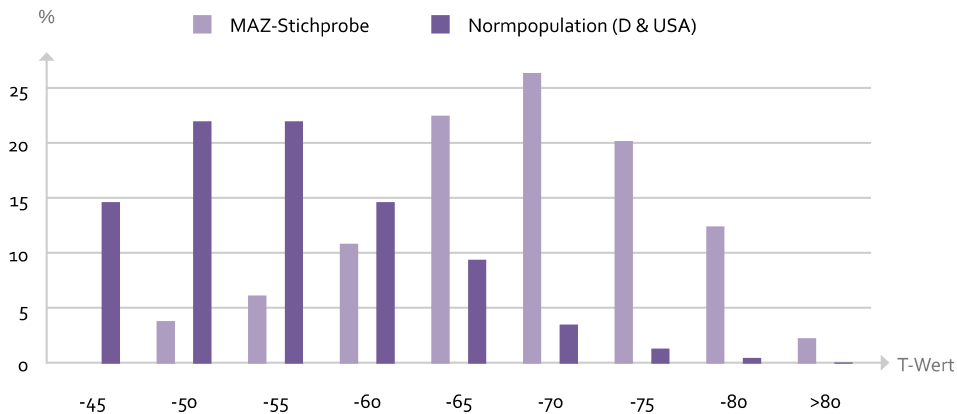


Abbildung 5: Psychische Belastung

Allgemein bedeutsam ist, dass diese Belastung an sich nichts Statisches ist, so dass mit psychometrischen Fragebögen auch Entwicklungen und Schwankungen im Rahmen der institutionellen Belegung beschrieben und entsprechende Fragen beantwortet werden können (z. B.: Werden unsere Jugendlichen wirklich immer schwieriger? Bekommen wir vermehrt Mädchen mit Suizidgedanken und Selbstverletzungen? Sind die Flüchtlingskinder auffälliger als unsere anderen Zuweisungen?). Solche Fragen können beantwortet und dokumentiert werden, wenn sich Institutionen regelmäßig einer Qualitätssicherung unterziehen und alle Jugendlichen im Verlauf der Maßnahme regelmäßig klinische Screening-Fragebögen ausfüllen.

Für Institutionen ist dabei auch eine andere Betrachtungsweise inhaltlich interessant, nämlich zu sehen, in welchen Bereichen und in welchen Subskalen von psychischen Problemen, der Lebensqualität und Kompetenzen sich die Jugendlichen in einer Einrichtung besonders verbessern und in welchen nicht. Daraus kann abgeleitet werden, inwiefern dies vielleicht auch mit den angewendeten pädagogischen Konzepten zusammenhängt, sodass man gegebenenfalls dort andere Schwerpunkte setzen und seine Stärken weiter ausbauen, besser nach Außen darstellen und Schwächen gegebenenfalls gezielt optimieren kann. Wenn zum Beispiel auffällt, dass die Veränderungen im Bereich der Emotionsregulation geringer ausfallen als im Bereich der Aufmerksamkeits-

probleme, könnte man überlegen, wie diese Fertigkeiten besser gefördert werden können.

9. Ethisch korrekter Umgang mit diagnostischen Befunden – welche Haltung braucht das?

Das Wichtigste ist sich zu vergegenwärtigen, dass aufgrund von psychometrischen Testbefunden weitreichende Entscheidungen getroffen werden und die Fachkraft damit viel Macht über den Menschen erhält. Diagnostizierende Fachkräfte sollten sich ihrer Verantwortung diesbezüglich immer bewusst sein und die Testbefunde entsprechend sorgfältig und bewusst kommunizieren. Die Haltung eines Diagnostizierenden zeigt sich aber während des gesamten diagnostischen Prozesses. Bei der Testung von Kindern und Jugendlichen ergibt es Sinn, traumapädagogische Handlungsprinzipien an den Tag zu legen und Transparenz, Partizipation, Wertschätzung und Freude entsprechend auch in gutachterlichen und diagnostischen Prozessen zu leben (Steinlin & Schmid, 2014).

9.1. Formulierung der Fragestellungen bei der Aufklärung, der Testdurchführung, der Interpretation der Testbefunde und beim Rückgabegespräch

Es ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass sich wissenschaftliche Untersuchungen zur prognostischen Bedeutung von diagnostischen Befunden stets nur auf Wahrscheinlichkeiten und Studien mit vielen hundert Probanden und nicht auf Einzelfälle beziehen. Dies bedeutet zum Beispiel, dass es nicht möglich ist, im Einzelfall von einem hohen IQ automatisch auf eine gute Ausbildungsfähigkeit und Erfolg bei der Berufsfindung zu schließen. Es ist aber sicher, dass die Wahrscheinlichkeit, diese Entwicklungsschritte zu bewältigen, wesentlich höher ist, wenn eine Klientin/ ein Klient über eine überdurchschnittlich hohe Intelligenz verfügt.

Ein anderes wichtiges psychologisches Konstrukt, mit dem bei der Interpretation der Ergebnisse ethisch sehr verantwortlich umgegangen werden muss, ist die **Diagnostik von psychopathischen Persönlichkeitseigenschaften und eingeschränkten prosozialen Fertigkeiten**.

Eine ethisch heikle Frage ist es, wie eine Institution bei einer diagnostischen Vorabklärung mit Befunden umgeht, die von einer besonderen Belastung einer/eines Jugendlichen zeugen und darauf hinweisen, dass das Risiko eines Misserfolgs der Maßnahme deutlich erhöht ist und die Klientin/der Klient einen höheren Bedarf als andere Anfragen aufweist. Soll diese Einrichtung den Fall dennoch aufnehmen und ihre Mitarbeitenden herausfordern, vielleicht sogar überfordern? In Anbetracht des Befundes, dass das relative Risiko für einen Abbruch dreimal höher ist, wenn eine Klientin/ein Klient hoch auffällige Ergebnisse im Youth Psychopathic Trait Inventory aufweist (Schmid et al., 2014), wird beispielsweise klar, welche Herausforderung diese Persönlichkeitszüge für sozialpädagogische und psychotherapeutische Settings darstellen. Aus unzähligen Längsschnittstudien ist zudem bekannt, wie negativ sich diese Persönlichkeitseigenschaften für die weitere Entwicklung darstellen, und wie viel höher die Wahrscheinlichkeit von weiteren schweren Delikten und negativen Verläufen ist (Überblick bei Frick, 2012).

Was ist nun aus einem solchen diagnostischen Ergebnis zu folgern? Sollte eine Heimeinrichtung auf eine Aufnahme verzichten, wenn sie solche Befunde erhebt? Es muss auch nicht rein die Psychopathie sein, es können auch besonders ausgeprägte Traumafolgestörungen sein. Es wäre naheliegend, dass sich Einrichtungen ohne Belegungsdruck vor allem jene Fälle aussuchen, mit denen sie besonders erfolgreich arbeiten können. Ethisch ist dies aber problematisch, da dann die vermeintlich besten Einrichtungen, die eine hervorragende Diagnostik machen, die Verantwortung für diese Jugendlichen an andere Institutionen delegieren, die das Problem vielleicht erst wahrnehmen, wenn es zu eskalieren beginnt. Eigentlich wäre es wünschenswert, dass man solche Befunde beschreibt, diese dann bei der Förderplanung berücksichtigt und sich gerade tragfähige Einrichtungen mit guten diagnostischen Standards dieser Heranwachsenden annehmen, da es wesentlich problematischer ist, wenn eine Einrichtung unvorbereitet auf eine solche Ausprägung von Hochrisikomerkmale trifft. Optimal wäre es zudem, wenn man schon frühzeitig mit anderen Kostenträgern den Mehraufwand über individuelle Zusatzleistungen gegenfinanzieren könnte, wenn man einen besonderen Bedarf spezifizieren kann.

Die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs zwischen besonderen Belastungen einer/eines Jugendlichen und dem Risiko eines Misserfolgs der Maßnahme ist sicherlich hoch, aber es gibt immer Ausnahmen, und diese muss man auf individueller Ebene fördern.

Es ist wichtig sich stets zu vergegenwärtigen, welche Reaktionen und Folgen ein Befundbericht auslösen kann. Ein verantwortungsvoller Diagnostizierender sollte sich stets fragen: Wer liest meine Befunde, aus welchem Grund und mit welchem Interesse? Für wen muss er geschrieben werden? Es sollte eine Sprache gewählt werden, die auch die/der Jugendliche theoretisch gut nachvollziehen kann. Es ist wichtig, sich hier bei Max Weber und der Verantwortungsethik zu bedienen und nicht einfach eine Abklärung zu machen, welche die fachlichen Standards erfüllt, sondern sich in seinem Handeln auch daran zu orientieren, welche Folgen diagnostische Abklärungen für die Klientinnen und Klienten haben können. Das bedeutet zum Beispiel auch, dass stets sehr gezielt notwendige Fördermöglichkeiten sowie der gute Grund und nicht nur die Defizite beschrieben werden. Oft kann es sinnvoll sein, eine erneute Überprüfung einzufordern, falls ein zu befürchtendes Ereignis antizipiert werden kann (z. B.: „Sollte die hier beschriebene berufliche Integrationsmaßnahme nicht den gewünschten Erfolg zeigen, sollte vor der Erwägung einer IV-Berentung unbedingt eine weiter umfassende Begutachtung erfolgen, da die Klientin/der Klient in folgenden Bereichen über Ressourcen verfügt...“).

9.2. Ethische Aspekte und Haltung

Testergebnisse sollten nur dafür verwendet werden, Klientinnen und Klienten zu unterstützen und gezielt zu fördern, nicht um diese zu selektionieren oder um eigene Leistungen dadurch zu legitimieren. Die Partizipation und die Transparenz der Ziele der Testung müssen gegenüber der Klientin/dem Klienten zu jeder Zeit ihrem/seinem Entwicklungsalter entsprechend gewährleistet werden. Die getestete Person sollte jederzeit wissen, warum diese Tests gemacht werden, wohin die Testergebnisse gehen, wie die einzelnen Testverfahren aussehen, und was diese messen. Eine gute Aufklärung verbessert die Datenqualität und führt zu einer höheren Motivation der Jugendlichen für die

diagnostische Untersuchung sowie zu viel offeneren und besseren Antworten. Die Testergebnisse gehören der Klientin/dem Klienten und unterliegen der höchsten Stufe der Schweigepflicht, deshalb dürfen sie nur mit deren/dessen schriftlichem Einverständnis der getesteten Person und ihrer/seiner Sorgeberechtigten weitergegeben werden. Es ist wichtig, sich dieses Einverständnis rechtzeitig geben zu lassen. Bei der Weitergabe sollte reflektiert werden, aus welchem guten Grund man Testbefunde weitergibt, und sichergestellt werden, dass sie von dort ebenfalls geschützt, nicht unvorsichtig eingesetzt oder weitergegeben werden. Um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und der Klientin/dem Klienten anstrengende Diagnostiktermine zu ersparen, ist es in der Regel sehr sinnvoll, Testbefunde mit vertrauenswürdigen Kooperationspartnern großzügig auszutauschen, zumal durch das Zusammenführen von Informationen oft bessere Entscheidungen getroffen werden und Entwicklungen eines Falles besser nachvollzogen werden können.

Testleiterinnen und Testleiter bei Leistungstests sollten stets Bedingungen herstellen, die es der Klientin/dem Klienten ermöglichen, ein optimales Testergebnis zu erzielen. Dies bedeutet manchmal einen größeren Aufwand, wenn es gilt, wichtige Tests teilweise zu wiederholen, wenn Unklarheiten da sind. Des Weiteren sollte darauf geachtet werden, dass eine gute Beziehung zwischen Testleiterin/Testleiter und den zu Testenden entsteht, dass der Testraum dem Alter der Jugendlichen entsprechend eingerichtet ist und es zum Beispiel Möglichkeiten gibt, sich bequem hinzusetzen. Dies ist zum Beispiel oft bei kleinen Kindern ein Problem, bei welchen die Unruhe, die in der Testsituation zu beobachten ist, auch eine Folge davon ist, dass die Stühle eher für ältere Kinder konzipiert sind. Auch wichtig ist, die Testverfahren ausreichend gut zu kennen und Testverfahren, die man nicht oft anwendet, gut vorzubereiten, um sie sicher durchführen zu können. Mit einer computergestützten Vorgabe können genau diese Aspekte und die Ungenauigkeit von Testverfahren, Testinterpretationen und Testauswertung minimiert werden. Durch eine elektronische Vorgabe lassen sich Eingabefehler sowie unvollständig ausgefüllte und nicht interpretierbare Tests minimieren. Um ein einfaches Durchklicken ohne genaue Reflexion der Fragen zu kontrollieren, werden die Zeiten gestoppt, und bei kritischen Werten wird angezeigt, dass die Zeit für das Ausfüllen derart kurz ist, dass eine Reflexion der Fragen vermutlich nicht möglich war.

10. Fazit

Diagnostische Prozesse und Entscheidungen sind ein fester Bestandteil des sozialpädagogischen Alltags. Im Rahmen von sozialpädagogischen Diagnosen werden vielfältige und sehr spezifische Informationen gesammelt und dann bezüglich ihres Komplexitätsgrades im Hinblick auf eine möglichst explizite Fragestellung reduziert. Aus traumapädagogischer Perspektive sind insbesondere Hinweise auf biographische Belastungen, Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungserlebnisse, unterdrückte Beziehungsbedürfnisse und Beziehungsabbrüche von Interesse, da diese das Fallverständnis erhöhen und helfen, Hypothesen über auffälliges Interaktionsverhalten zu bilden. Diese sollten auch Teil des diagnostischen Prozesses sein und sensibel angesprochen werden. Der Klientin/dem Klienten sollte viel Kontrolle darüber gelassen werden, was sie/er erzählen möchte.

Die Erfahrung zeigt, dass ein standardisiertes Vorgehen und das Verwenden von etablierten Verfahren sowohl den Fachkräften als auch den Klientinnen und Klienten Sicherheit geben. Ideal ist es, wenn eine enge Kooperation zum kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen System besteht, so dass eine Anamnese auch gemeinsam erhoben und genutzt werden kann. Die Befürchtung, bei der Erhebung von traumatischen Erlebnissen die Klientinnen und Klienten über die Maßen zu belasten, resultiert oft aus dem Vermeidungsverhalten des Helfersystems und ist bei einer sensiblen Befragung der Klientin/des Klienten, bei der diese/dieser Kontrolle über Inhalte und Geschwindigkeit des Gesprächs hat, in der Regel unbegründet. Generell ist es aber wichtig, durch direktes Nachfragen schon früh im Prozess zu signalisieren, dass alle den Jugendlichen belastenden Themen angesprochen werden können und ein offenes Ohr finden. Dies ermöglicht die Korrektur von Erfahrungen, in denen den Klientinnen und Klienten nicht geglaubt wurde und über diese Belastungen einfach hinweggegangen wurde.

Psychometrische Testverfahren können auf sehr vielen Ebenen zu einem besseren sozialpädagogischen Fallverständnis beitragen. Sie helfen, Entscheidungen sicherer zu treffen und können diagnostische Prozesse im sozialpädagogischen Bereich ergänzen. Um die Sicherheit der Fachkräfte im Umgang mit

psychometrischen Testverfahren zu erhöhen, ist es einerseits wichtig, diese gut in die Aus- und Weiterbildung zu integrieren und ihnen andererseits die Möglichkeit zu verschaffen, diese Testverfahren optimal in ihren pädagogischen Alltag einzubauen. Deshalb ist es unabdingbar, für diese wichtigen und qualitätssichernden Prozesse ausreichend Ressourcen im pädagogischen Alltag einzuplanen, um die Möglichkeiten zu generieren, diese Verfahren routinemäßig in der Praxis einsetzen und optimal nutzen zu können. Es ist sehr bedauerlich, wenn aufwendige Diagnostik gemacht wird, und die Erkenntnisse dann nicht ausreichend intensiv mit den Kindern und Jugendlichen besprochen und somit nicht optimal für die partizipative Förderplanung genutzt werden können. Es darf auch nicht sein, dass die Ressourcen im pädagogischen Alltag derart knapp sind, dass die Ressourcen für Diagnostik, Dokumentation und Qualitätssicherung aus der wertvollen Qualitätszeit, die die Pädagoginnen und Pädagogen mit der Gruppe oder der/dem einzelnen Jugendlichen verbringen können, abgezweigt werden müssen. Eine gute Pädagogik braucht alle drei Aspekte, ein gutes Fallverständnis, den Aspekt der Qualitätssicherung und klientenzentrierte Qualitätszeiten. Jede gute Pädagogin und jeder gute Pädagoge wird hoffentlich lieber mit dem betreuten Kind oder dem/der Jugendlichen interagieren als Testauswertungen und Dokumentationen zu machen. Deshalb ist es wichtig, dass spezifische Zeiten und Ressourcen in den Institutionen intern, aber auch von den Kostenträgern, für Diagnostik und Qualitätssicherung eingeplant werden – eine Qualitätssicherung/-steigerung kann es nicht zum Nulltarif geben. Eine qualitativ gute Diagnostik braucht ausreichend Zeit sowie etwas Erfahrung im Umgang mit den Testergebnissen und der Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen. Diese theoretischen und praktischen Kenntnisse zur Psychometrie sollten in der (Weiter-)Qualifikation der Pädagogen stärker vermittelt werden, so dass sich die Sicherheit im Umgang mit Testverfahren erhöht und die Fachkräfte gerne, selbstsicher und selbstwirksam mit Kindern und Jugendlichen Gespräche über ihre Testergebnisse führen und diese Gespräche für die Intensivierung der pädagogischen Beziehung, das Fallverständnis und eine effektive pädagogische Förderplanung optimal nutzen können.

11. Literaturverzeichnis

- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47(1), i-171.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Bearbeitung der Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18), Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen bearbeitet von Döpfner M., Plück J., Melchers P. und Heim K.* Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Asch, S. E. (1946). Forming impressions of personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41(3), 258-290.
- Bader, K., Hänny, C, Schäfer, V., Neuckel, A & Kuhl, C. (2009). Childhood Trauma Questionnaire – Psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Version. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (4), 223-230.
- Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2007). Scholastic attainment following severe early institutional deprivation: a study of children adopted from Romania. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 1063-1073.
- Blattberg, R. C., & Hoch, S. J. (1990). Database Models and Managerial Intuition: 50% Model + 50% Manager. *Management Science*, 36(8), 887-899.
- Blülle, S., & Gahleitner, S. B. (2014). Traumasensibilität in der Kinder- und Jugendhilfe. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 103-117). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.

- Colvert, E., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., Hawkins, A., . . . Sonuga-Barke, E. J. (2008). Emotional difficulties in early adolescence following severe early deprivation: Findings from the English and Romanian adoptees study. *Development and Psychopathology, 20*(2), 547-567.
- Deegener, G., Spangler, G., Körner, W., & Becker, N. (2009). *Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Petermann, F., & Scheitauer, H. (2002). Diagnostik psychischer Störungen. In F. Petermann (Ed.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* (Vol. 5, pp. 95-130). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Melchers, P., Fegert, J. M., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Schmeck, K., . . . Poustka, F. (1993). Deutschsprachige Konsensus-Versionen der Child Behaviour Checklist (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung, 3*, 54-59.
- Festinger, L. (1978). *Theorie der Kognitiven Dissonanz. unveränderter Nachdruck der Ausgabe von 1978 (ISBN 3-456-80444-X, Verlag Hans Huber, herausgegeben von Martin Irle)*. Bern: Huber Verlag.
- Frick, P. J. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*(3), 378-389.
- Friedrich, R., & Schmid, M. (2014). Pflegefamilie oder Heim? Wann und für wen ist ein Leben ausserhalb der eigenen Familie sinnvoll? *Pädiatrie*(1), 25-29.
- Gahleitner, S. B., & Pauls, H. (2011). Psychosoziale Diagnose. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Ed.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (7. Überarb. Aufl., pp. 905-906). Baden-Baden: Nomos.
- Gahleitner, S. B., & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner, G. Hahn, & R. Glemser (Eds.), *Psychosoziale Diagnostik. Series: Klinische*

Sozialarbeit, Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Band 5
(pp. 61-77). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Gahleitner, S. B. (2013). Diagnostik in der Jugendhilfe: zum aktuellen Stand der Theorie- und Methodenentwicklung in der Sozialen Arbeit. *Jugendhilfe*, 51(2), 80-88.
- Glemser, R., & Gahleitner, S. B. (2012). Ressourcenorientierte Diagnostik. In A. Knecht & S. Franz-Christian (Eds.), *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (pp. 278-291). Stuttgart: Kohlhammer.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 38(5), 581-586.
- Grisso, T., & Barnum, R. (2014). *Massachusetts Youth Screening Instrument - Version 2 (MAYSI-2): Language Translations*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Handwerk, M. L., Larzelere, R. E., Soper, S. H., & Friman, P. C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out-of-home settings. *Psychological Assessment*, 11(1), 14-23.
- Hassebrauck, M. (2006). Physische Attraktivität. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Eds.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (pp. 219-225). Göttingen: Hogrefe.
- Hefti, S., Kölch, M., Di Gallo, A., Stierli, R., Roth, B., & Schmid, M. (in press). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfe erhalten?. *Kindheit und Entwicklung*.
- Heiner, M. (2011). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In H. U. Otto & H. Thiersch (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (4 ed., pp. 237-250). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Herrmann, B., Banaschak, S., Thyen, U., & Dettmeyer, R. (2010). *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. Springer-Verlag.
- Hollenweger, J., & de Camargo, O. K. (2011). *ICF-CY: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Jaritz, C., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt, 2*(4), 266-277.
- Kind et al. (in Vorbereitung). Influence of traumatic experience to the discrepancies between self and staff reported psychopathology
- Kleinmuntz, B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: Toward an integrative approach. *Psychological Bulletin, 107*(3), 296-310.
- Kleinrahm, R, Ziegenhain, U. & Schmid, M. (2009). *Deutschsprachige Version des Relationship Problems Questionnaire*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Kölch, M., & Schmid, M. (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57*(10), 774-788.
- Lattschar, B., & Wiemann, I. (2011). *Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte* (3 ed.). Weinheim: Juventa.
- Leary, M. R., Nezlek, J. B., Downs, D., Radford-Davenport, J., Martin, J., & McMullen, A. (1994). Self-presentation in everyday interactions: Effects of target familiarity and gender composition. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(4), 664-673.
- Macsenaere, M., & Esser, K. (2012). *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten*. München: Reinhardt.

- Minnis, H., Reekie, J., Young, D., O'Connor, T., Ronald, A., Gray, A. & Plomin, R. (2007), Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 490-495.
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, B., Butcher, J., Sim, F., Baynham, K., Davidson, C., and Gillberg, C. (2013) Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *British Journal of Psychiatry*, 202(5), pp. 342-346.
- Music, G. (2010). *Nurturing Natures: Attachment and Children's Emotional, Sociocultural and Brain Development*. Hove, UK: Psychology Press.
- Pantucek, P. (2009). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (3 ed.). Wien: Böhlau.
- Pérez, T., Di Gallo, A., Schmeck, K. & Schmid, M. (2011). Zusammenhang zwischen interpersonaler Traumatisierung, auffälligem Bindungsverhalten und psychischer Belastung bei Pflegekindern. *Kindheit und Entwicklung*, 20 (2), 1–11.
- Petermann, F., & Schmidt, M. H. (2009). Ressourcenorientierte Diagnostik– eine Leerformel oder nützliche Perspektive?. *Kindheit und Entwicklung*, 18(1), 49-56.
- Rauber, R., Hefti, S., In-Albon, T., & Schmid, M. (2012). Wie psychisch belastet fühlen sich Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 21(1), 23-39.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5 ed.). Bern: Huber.
- Rutter, M. (2007). Gene-environment interdependence. *Developmental Science*, 10(1), 12-18.
- Ryan, T., & Walker, R. (2007). *Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen* (4 ed.). Weinheim: Beltz.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: the influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64(1), 80-97

- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M. (2010). Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: "Traumasensibilität" und "Traumapädagogik". In J. M. Fegert, U. Ziegenhain, & L. Goldbeck (Eds.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (pp. 36-60). Weinheim: Juventa.
- Schmid, M., Kölch, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & MAZ.-Team. (2013). *Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen. Zugriff unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf>*.
- Schmid, M., Dölitzsch, C., Pérez, T., Jenkel, N., Schmeck, K., Kölch, M., & Fegert, J. M. (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung*, 23(3), 161-173.
- Schmid, M., Pérez, T., Schröder, M., & Gassmann, Y. (2014). Möglichkeiten der traumasensiblen/-pädagogischen Unterstützung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 118-132). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmid, M., Purtscher, K., & Stellermann-Strehlow, K. (2014). Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 174-191). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schröder, M., Shuler, B., Jenkel, N., & Schmid, M. (2014). Was denken die Jugendlichen und ihre BezugsbetreuerInnen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe über partizipative Qualitätssicherung am Computer? *unsere jugend*, 66(11+12), 486-500.

- Singer, H., Prestel, A., Schmid, M., Keller, F., Fegert, J. M., & Kölch, M. (2009). Wirkungsmessung pädagogischer Interventionen: Anpassung eines Zielerreichungsinstrumentes an jugendforensische Anforderungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *58*(6), 450-464.
- Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M., & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern. Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, *19*(2), 72-81.
- Steinlin, C., & Schmid, M. (2014). Traumasensibilität und traumapädagogische Haltung in der forensischen Psychiatrie. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M. Baierl, M. Kühn, & M. Schmid (Eds.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (pp. 192-209). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steyerberg, E. W. (2009). Evaluation of performance. In E. W. Steyerberg (Ed.), *Clinical Prediction Models: A Practical Approach to Development, Validation, and Updating* (pp. 255-280). New York: Springer New York.
- Tagay, S., Düllmann S. & Senf W. (2009). Das Essener Traumainventar für Jugendliche -Fremdbeurteilung (ETI-KJ-F). Zugriff am 10.10.2010. Verfügbar unter http://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-pp/projekte/deutscheti-eti-kj_fremdbeurteilung_sept2010.pdf
- Tagay, S., Erim, Y., Stoelk, B., Möllering, A., Mewes, A., Mewes, R. et al. (2007). Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, *1*, 75–89.
- Tagay S., Düllmann S., Hermans E., Repic N., Hiller R., Senf W. (2011). Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. *39* (5), 323-340.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, *170*(10), 1114-1133.

Thorndike, E. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, 4(1), 25-29.

Trocme, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment*, 1(2), 145-155.

Widom, C. S., & Wilson, H. W. (2015). Intergenerational Transmission of Violence. In J. Lindert & I. Levav (Eds.), *Violence and Mental Health* (pp. 27-45): Springer Netherlands.

Wiesner, R. (2006/2015). *SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar* (3 ed.). München: Beck.