

Dieter Irblich
Gerolf Renner (Hrsg.)

Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie

Die ersten sieben Lebensjahre



HOGREFE



Literatur

- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychological Association (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Zugriff am 1. 12. 2007, <http://www.apa.org/ethics/code2002.pdf>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie und Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2005). *Ethische Richtlinien der DGPs und des BDP*. Zugriff am 26. 12. 2007, <http://www.bdp-verband.org/bdp/verband/ethik.shtml>
- European Federation of Psychologists Associations (EFPA) (2005). *Meta-Code of Ethics. Revised edition accepted by General Assembly, Granada 2005*. Zugriff am 8. 01. 2008, www.efpa.be
- Höger, C., Reiter-Theil, S., Reiter, L., Derichs, G., Kastner, M. & Schulz, T. (1997). Fallbezogene ethische Reflexion. Ein Prozessmodell zur Ethikkonsultation in der Kinderpsychiatrie und Psychotherapie. *System Familie*, 10, 174–179.
- Pearce, J. (1994). Consent to treatment during childhood. The assessment of competence and avoidance of conflict. *British Journal of Psychiatry*, 165, 713–716.

6 Befundbesprechung mit den Eltern

Gerolf Renner & Dieter Irblich

Fallbeispiel:

Der 4;8-jährige Marco wird auf Drängen des Kindergartens in einem Sozialpädiatrischen Zentrum vorgestellt. Die Leistungsdiagnostik zeigt eine kognitive und sprachliche Entwicklungsverzögerung. Im Kindergarten spricht Marco nicht mit den Erzieherinnen und nimmt wenig Kontakt mit Gleichaltrigen auf. Im Befundgespräch möchte der Psychologe die Mutter für eine heilpädagogische Frühförderung und eine psychologische Beratung motivieren. Diese äußert wie schon im Erstgespräch, dass ihr Kind keine Probleme habe. Sie nimmt Marco zu sich auf den Schoß, streichelt und küsst das Kind und vermeidet jeglichen Blickkontakt zum Psychologen.

1 Einleitung

Der diagnostische Prozess wird von Amelang und Schmidt-Atzert (2006) als „Abfolge von Maßnahmen zur Gewinnung diagnostisch relevanter Informationen“ (S. 380) definiert. Am Ende steht die Beantwortung einer Fragestellung in Form einer Diagnose oder Prognose, die schließlich dem Auftraggeber vermittelt wird. Erstaunlicherweise wird dieser letzte Schritt in Lehrbüchern der psychologischen Diagnostik gar nicht oder nur am Rande behandelt. Ohne eine gelungene Kommunikation mit den Eltern können die Befunde jedoch nicht für die weitere Entwicklung des Kindes nutzbar gemacht werden. Das Gespräch über die Ergebnisse einer psychologischen Untersuchung wird daher hier als bedeutsamer Bestandteil des diagnostischen Prozesses verstanden, der zumindest ebenso viel Aufmerksamkeit und fachliche Kompetenz verlangt, wie das Erheben einer sorgfältigen Anamnese (→ Kapitel 8) und die Durchführung und Interpretation geeigneter Testverfahren (→ Kapitel 7). Es dient dem Ziel, zwischen Eltern und Fachleuten eine gute Kooperation im Interesse des Kindes zu etablieren, Hilfestellungen anzubieten und Zukunftsperspektiven zu eröffnen und geht somit weit über die bloße Mitteilung einer Diagnose hinaus.

Neben der hier im Vordergrund stehenden Kommunikation mit Eltern werden Befunde in vielen Settings auch schriftlich dokumentiert und dem Auftraggeber (z. B. überweisender Arzt), dem Kostenträger einer Behandlungsmaßnahme (z. B. Sozial- und Jugendämter bei Maßnahmen nach SGB VIII und SGB XII) oder anderen Personen, die im weiteren Behandlungsprozess eine wichtige Rolle spielen, übermittelt. Für die schriftliche Dokumentation gelten je nach Kontext und Zweck unterschiedliche Gepflogenheiten und Regeln (z. B. Scheying, Kalz & Mehl, 2007; → Kapitel 3).

2 Herausforderungen des Befundgesprächs

Ein Befundgespräch ist nicht notwendigerweise eine schwierige oder komplexe Angelegenheit. Wenden sich Eltern mit einer klaren Fragestellung an den Psychologen, dessen Diagnose die Erwartungen der Eltern weitgehend bestätigt und dazu führt, dass sie die gewünschten Behandlungsmaßnahmen erhalten, sind keine Komplikationen zu erwarten. Ganz anders stellt sich die Situation dar, wenn gravierende oder unerwartete Diagnosen gestellt werden. Diagnosen wie chronische oder progrediente Erkrankungen oder angeborene Behinderungen werden Eltern in der Regel erstmals von Ärzten mitgeteilt. Sinnvollerweise sind dabei in vielen Institutionen Psychologen in die Befundmitteilung mit einbezogen, da hier besondere Gesprächskompetenzen und die Fähigkeit zum Umgang mit emotional hoch belasteten Reaktionen gefordert sind. Nicht selten muss auch nach einer psychologischen Untersuchung erstmals über lebensverändernde Befunde gesprochen werden (z. B. geistige Behinderungen).

In Anlehnung an Buckman (1984) können belastende Befunde definiert werden als alle neuen Informationen, die die Sicht der Eltern von ihrem Kind und dessen Zukunft drastisch und negativ verändern. Sie stellen kritische Lebensereignisse dar, die enorme Anpassungsleistungen der Familie verlangen und die Lebensplanung und -ziele der Eltern in Frage stellen. In der Literatur ist dokumentiert, dass Eltern die erste Mitteilung negativer Befunde als belastend bis traumatisch erleben, in einen schockähnlichen Zustand geraten und starke emotionale Reaktionen wie Trauer, Wut, Schuld und Angst zeigen (z. B. Sarimski, 1998; Skotko, 2005) und in der Folge Informationen wesentlich schlechter aufnehmen können (Noeker & Haverkamp, 1996). Darüber hinaus beschreiben viele Eltern, dass sie das Vorgehen im Befundgespräch als inkompetent und verletzend erlebt haben (z. B. Sarimski, 1998).

Diagnostik erfolgt nach einem Regelsystem, dessen Verständnis eine langjährige Ausbildung voraussetzt und das eigenen Sprachregeln folgt. Es gibt keinen Grund zur Annahme, dass Eltern in den gleichen Kategorien wahrnehmen und denken und mit den Sprachgepflogenheiten der psychologischen Diagnostik vertraut sind. Die Möglichkeit zu Missverständnissen ist unbegrenzt. *Beispiel:* Eine liebevolle Mutter mit geringer Schulbildung wirkt während der Ergebnisbesprechung sehr verärgert, als der Psychologe die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung erläutert. Als er die Mutter darauf anspricht, platzt sie empört heraus: „Ich gebe meinem Kind doch genug Aufmerksamkeit. Wie können Sie denn behaupten, dass der ein Aufmerksamkeitsdefizit hat!“

Missverständnisse werden nicht nur durch die Verwendung von Fachtermini gefördert: Sie entstehen auch, wenn alltägliche Begriffe für Fachleute andere Bedeutungsinhalte haben. *Beispiel:* Wenn Eltern sagen, dass ihr Kind nicht so schön spricht, aber „alles“ versteht, denken sie i. d. R. an alltägliche Situationen, in denen das Kind auf verbale Ansprache so reagiert, wie sie es erwarten. In der psychologischen Untersuchung wird das Sprachverständnis jedoch nur dann als unauffällig beurteilt werden können, wenn das Kind altersgerechte Aufforderungen auch ohne nonverbale Hinweisreize und zusätzliche Hilfestellungen umsetzen kann.

Eine fachlich fundierte Diagnostik bringt notwendigerweise eine gewisse Komplexität mit sich. Während die akademische Ausbildung die Kompetenz des Diagnostikers, diese

Komplexität möglichst differenziert zu erfassen, betont, werden Eltern die Befunde oft in einfache und ihnen vertraute Schemata einordnen. Womöglich wird dann eine aufwändige Diagnostik auf die Frage „Aber er ist doch nicht dumm?“ reduziert.

Das Befundgespräch wird erschwert, wenn Eltern negative Informationen nicht wahrnehmen oder bestreiten. *Beispiel:* Bei einem kurz vor der Einschulung vorgestellten Jungen ergibt die Diagnostik eine kognitive Retardierung (Lernbehinderung). Nach einem ausführlichen Gespräch hat der Psychologe den Eindruck, alle wichtigen Sachverhalte vermittelt und intensiv über Risiken für die schulische Laufbahn informiert zu haben. Die Eltern haben scheinbar aufmerksam zugehört, keinen Widerspruch geäußert und wirken keineswegs schockiert. Bei der Verabschiedung äußert der Vater zwischen Tür und Angel: „Ja, dann ist doch alles in Ordnung. Ich habe doch gleich gesagt, dass er auf die Grundschule gehen kann“.

Befundgespräche werden auch kompliziert, wenn Diagnosen nicht mit Sicherheit gestellt werden können. Komplexe differenzialdiagnostische Fragestellungen, widersprüchliche Befunde oder mangelndes Wissen des Psychologen können dazu führen, dass er in das Befundgespräch mit Unsicherheit oder Unklarheit geht, was Eltern in der Regel erspüren und nicht als hilfreich erleben werden.

Exkurs: Bewältigungstheoretischer Hintergrund

Aus bewältigungstheoretischer Sicht (Brandstädter & Renner, 1990, 1992; s. a. Seltzer, Greenberg, Floyd & Hong, 2004) können zwei grundlegende Formen der Auseinandersetzung mit belastenden Lebensereignissen unterschieden werden. *Assimilative* Bewältigung umfasst alle Anstrengungen, wichtige Lebensziele durch aktives Handeln zu erreichen. Führen diese nicht zum Ziel, setzt ein Prozess der *akkommodativen* Bewältigung ein, bei dem zielorientiertes Handeln in den Hintergrund tritt und eine Neuordnung von Lebenszielen und Werten angestoßen wird. Die Übergangsphase ist von Emotionen wie Depression oder Verzweiflung gekennzeichnet. Zum Schutz der Integrität des eigenen Selbst dienen auch Prozesse der Selbstkonzeptimmunisierung (Greve, 2007), bei denen die subjektiven Definitionen und Operationalisierungen von wichtigen Persönlichkeitseigenschaften so verändert werden, dass bedrohliche Informationen als weniger relevant für zentrale Dimensionen des Selbst erscheinen.

Bei Eltern, die sich der Entwicklungsverzögerung oder Behinderung ihres Kindes bewusst werden, sind – u. U. nach einer Phase des initialen Schocks – erst einmal assimilative Bewältigungsreaktionen zu erwarten. Bevor das Ziel, das eigene Kind möge sich gesund und „normal“ entwickeln, aufgegeben werden kann oder Veränderungen wichtiger Bestandteile des Selbstkonzepts initiiert werden, stehen aktive, zielorientierte Bemühungen im Vordergrund. Auf diesem Hintergrund ist die Akzeptanz einer Entwicklungsstörung nicht Ziel der ersten Befundmitteilung. Akzeptanz ist bei Störungen, für die es keine Heilungsmöglichkeiten gibt, nur über akkommodative Bewältigungsprozesse zu erreichen. Werden diese unmittelbar nach der Befunderhebung gefordert, missachtet der Diagnostiker u. U. die akute emotionale Belastung der Eltern oder interferiert mit der einsetzenden assimilativen Bewältigung. Nimmt er die Frage „Was können wir für unser Kind alles tun?“ nicht ernst und erwartet schon eine emotionszentrierte Verarbeitung, werden sich die Eltern nicht verstanden fühlen.

Kasten 1: Beispiele für Bewältigungsreaktionen bei Konfrontation mit einer belastenden Diagnose

- *Assimilative Bewältigung:* Therapie und Förderung des Kindes, Anschaffung von Hilfsmitteln, Beantragung einer Integrationshilfe, Informationssuche, Gründung einer Selbsthilfegruppe.
- *Akkommodative Bewältigung:* Neubewertung von Lebenszielen („Ich weiß jetzt, was wirklich wichtig ist im Leben“), Sinnfindung („Früher habe ich so vor mich hingelegt, aber seit der Erkrankung meines Kindes hat mein Leben einen ganz anderen Sinn bekommen“), Wahrnehmung positiver Auswirkungen („Früher habe ich alles mit mir machen lassen, aber durch die Probleme meines Kindes habe ich gelernt, wie man für seine Ziele kämpft“).
- *Selbstkonzeptimmunisierung:* Neudefinition der Rolle „eine gute Mutter sein“: Statt konventioneller Standards („Eine gute Mutter hat ein Kind, das sich normal entwickelt“) wird der Umgang mit Herausforderungen betont („Eine gute Mutter steht auch zu ihrem Kind, wenn alle anderen es ablehnen“).

3 Wovon hängen Reaktionen der Eltern ab?

Die Reaktionen der Eltern werden nicht zuletzt durch die Art der *Diagnose* bestimmt:

- Diagnosen unterscheiden sich erheblich in ihren Auswirkungen auf die Lebensplanung und die alltägliche Lebensführung der Familie. Progrediente Erkrankungen (z. B. Duchenne-Muskeldystrophie), die mit kontinuierlichem Funktionsverlust und reduzierter Lebenserwartung einhergehen, stellen ein Extrem einer massiven Belastung dar. Einschätzungen von Eltern und Fachleuten müssen dabei nicht übereinstimmen: In Einzelfällen können vermeintlich banale Diagnosen für die Eltern sehr belastend sein, so dass stets ihre subjektive Bewertung beachtet werden muss.
- Diagnosen werden mit unterschiedlicher Sicherheit gestellt. Je unklarer die Äußerungen des Diagnostikers sind, desto mehr muss er mit – unter Umständen immer den gleichen – Nachfragen rechnen oder erleben, dass weitere Meinungen eingeholt werden (ein durchaus verständliches Anliegen, auf das man nicht gekränkt reagieren sollte).
- Für viele Eltern ist die Klarheit über die Ursache einer Erkrankung – insbesondere einer Behinderung – von großer Bedeutung. Die Frage nach dem „Warum?“ kann über lange Jahre immer wieder quälend gestellt werden, wenn es keine gesicherte Antwort gibt.
- Diagnosen werden auch unabhängig von ihrem Schweregrad unterschiedlich akzeptiert. Eine Sprachentwicklungsstörung wird von den meisten Eltern weniger bedrohlich erlebt als die Diagnose einer mentalen Retardierung. Dabei ist aber mit beträchtlichen interindividuellen Unterschieden zu rechnen. *Beispiel:* Die Mutter eines unruhigen und ungesteuerten Kindes ist geradezu erleichtert, als die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung gestellt wird. Sie hat sich im Internet ausführlich informiert und ist überzeugt, dass Eltern an dieser Störung nicht schuld sind – ein für sie ganz wichtiger Aspekt. Dass es sich um eine chronische Störung handelt, beunruhigt sie nicht. Entlastet von ihren Schuldgefühlen wird sie alles in ihrer Kraft

stehende für ihr Kind tun. Die Mutter eines im Verhalten ganz ähnlichen Kindes äußert dagegen, dass sie Angst vor der ADHS-Diagnose habe. Sie habe im Fernsehen Kinder mit dieser Störung gesehen, die sich ganz schrecklich benommen hätten, so etwas würde sie nicht aushalten.

Außerdem spielen *Vorerfahrungen, Erwartungen und Persönlichkeit der Eltern* eine wichtige Rolle:

- Eltern sind sich vielleicht schon sicher, dass ihr Kind ein Problem hat und erhoffen vom Fachmann eine genaue Diagnose und Hilfestellungen. Sie können aber auch überzeugt sein, dass im Grunde alles in Ordnung ist und wünschen nur noch die Bestätigung ihrer Einschätzung. Sie haben vielleicht schon selbst eine Diagnose gestellt und genaue Vorstellungen über die Behandlung, die sie nur mit einer offiziellen Diagnose erhalten werden. Je größer die Diskrepanz zwischen den Hoffnungen der Eltern und dem tatsächlichen Befund ist, desto eher sind negative Reaktionen zu erwarten (vgl. Nissenbaum, Tollefson & Reese, 2002).
- Jedes Elternteil bringt seine persönliche Lebensgeschichte mit. *Beispiel:* Eine Mutter hat als Kind von ihrem Vater gehört „Am besten wärst du gleich gestorben“, weil sie mit einer Körperbehinderung zur Welt gekommen ist. Aus solchen Erfahrungen resultieren Befürchtungen und Verletzlichkeiten, die bei der Untersuchung des eigenen Kindes aktiviert werden können. Dies muss sich nicht notwendigerweise negativ auswirken, kann aber dazu führen, dass Informationen selektiv verarbeitet werden und emotionale Reaktionen intensiver ausfallen.

Fallbeispiel (Fortsetzung):

Marcos Mutter, die mit 16 schwanger wurde, lebt nach der Geburt in der Herkunftsfamilie des Vaters. Die dominante Großmutter greift regelmäßig in die Erziehung des Kindes ein und macht die Mutter für alle kindlichen Auffälligkeiten und Erkrankungen verantwortlich. Als der Kindergarten Marcos Vorstellung im SPZ anregt, fühlt sich die Großmutter bestätigt.

Vor diesem Hintergrund stellt der Psychologe die Hypothese auf, dass die Mutter jede negative Diagnosemitteilung als Angriff auf ihre elterliche Kompetenz erleben wird und nimmt sich vor, seine Einschätzung zum Behandlungsbedarf zwar mitzuteilen, bei Widerspruch aber nicht zu diskutieren, sondern die Einwände der Mutter interessiert aufzugreifen („Zu Hause spricht er also viel mehr als in meiner Untersuchung“, „Da gibt es vieles, was Ihnen an Ihrem Sohn Freude macht“). Er vermeidet bestimmende Äußerungen, durch die die Mutter den Eindruck gewinnen könnte, sie oder ihr Kind werde vom Untersucher kritisiert, und auf die sie vermutlich mit Abwehr reagieren würde („Der gehört auch zu denen, die mich und mein Kind schlecht machen wollen“). Er wird die Mutter explizit als maßgebliche Entscheidungsträgerin ansprechen, ohne inhaltlich von seiner eigenen Bewertung abzurücken. Er spürt rechtzeitig, dass ihn die intensive Beschäftigung der Mutter mit dem Kind (s. o. in Teil 1) ärgerlich macht und stellt seinen spontanen Impuls, dies negativ zu kommentieren, zurück. Im Verlauf des Gesprächs weicht die Mutter zwar nicht von ihrer Einschätzung ab, dass Marco ein ganz normal entwickeltes Kind sei, stimmt aber der Aufnahme einer heilpädagogischen Förderung zu. Zwei Monate später fragt sie von

sich aus nach, ob Marco nicht auch eine logopädische Behandlung bekommen könne, seine Sprachentwicklung mache ihr Sorgen. Die angebotene psychologische Beratung wird nicht in Anspruch genommen, wobei die zuständige Heilpädagogin in enger Zusammenarbeit mit dem Psychologen bei der Mutter regelmäßig auch Marcos zurückgezogenes und unsicheres Verhalten thematisiert.

- Psychische Erkrankungen können die Fähigkeit der Eltern, die Befundbesprechung zu verarbeiten, beeinträchtigen, z. B. wegen einseitiger und verzerrter Wahrnehmungen oder mangelnder Belastbarkeit. Eine depressive Mutter interpretiert u. U. sachlich vorgetragene Äußerungen über den Entwicklungsstand ihres Kindes als Vorwurf, ist im weiteren Gespräch mit ihren eigenen Schuldgefühlen beschäftigt und vermag den Erläuterungen des Diagnostikers nicht zu folgen.
- Eltern verfügen über unterschiedliche Ressourcen. Die Mitteilung einer Diagnose wird bei den Eltern auch die Frage auslösen: „Was kommt auf mich zu?“. Unter Ressourcen fallen auch die sozialen Kompetenzen, die es Eltern ermöglichen, sich bei Behörden durchzusetzen, bei Ärzten Gehör zu verschaffen und sich Unterstützung zu organisieren. Eine der wichtigsten Ressourcen ist eine stabile Partnerschaftsbeziehung, in der Gefühle geteilt und praktische Lebensaufgaben gemeinsam gelöst werden (s. Trute & Hauch, 1988).
- Eltern haben mit ihren Kindern unterschiedliche Belastungen und Krisen durchlitten. Vor diesem Hintergrund entwickeln sie individuelle Bewertungsmaßstäbe für ihr Kind. *Beispiel:* Ein dreijähriges Mädchen (extreme Frühgeburt mit erst letaler Prognose) spricht zum Zeitpunkt der Diagnostik gerade die ersten Worte. Der fachlichen Einschätzung einer erheblichen Sprachentwicklungsverzögerung steht die Freude und Dankbarkeit der Eltern über den neuen Entwicklungsschritt gegenüber.
- Eltern haben u. U. schon umfangreiche Vorerfahrungen mit Fachkräften verschiedener Professionen. Dabei haben sie womöglich erfahren, dass mit hoher Überzeugung vorgetragene professionelle Einschätzungen („Ihr Kind wird nie laufen lernen“) unzutreffend waren und sind nicht mehr bereit, den Aussagen von Fachleuten zu trauen.
- Auch eine Ausschlussdiagnose kann zu kritischen Reaktionen der Eltern führen, z. B. wenn ein subjektives Gefühl, mit dem Kind stimme etwas nicht, Anlass der Vorstellung war (etwa bei unsicheren Eltern, die an ihrer Erziehungskompetenz zweifeln) und das Ausbleiben einer konkreten Diagnose das Weiterbestehen der diffusen Ängste und Sorgen mit sich bringen wird. Das vermeintlich kurz abzuhandelnde Befundgespräch kann sich in diesem Fall zum Erstaunen des Psychologen zu einer erneuten Problemschilderung entwickeln, bei der bisher noch nicht genannte Beobachtungen und Sorgen erstmals thematisiert werden.

4 Rahmenbedingungen

Für das Gespräch muss ausreichend Zeit eingeplant werden, um die Befunde und ihre Implikationen zu erläutern und auf die Reaktionen der Eltern eingehen zu können. Die notwendige Aufmerksamkeit für die Gefühle und Bedürfnisse der Eltern verträgt sich nicht mit einer inneren Haltung, die von Zeitdruck oder Ungeduld geprägt ist. Nur bei

überschaubaren Fragestellungen und eindeutigen, wenig belastenden Befunden kann es ein realistisches Ziel sein, in *einem* Termin Untersuchungsergebnisse, Behandlungsempfehlungen und Prognose abschließend mit den Eltern zu besprechen.

Befundgespräche müssen im persönlichen Kontakt geführt werden, Telefongespräche oder schriftliche Mitteilungen sind unangemessen (vgl. Jan & Girvin, 2002). Störungen sind auszuschließen. Die gemeinsame Teilnahme beider Eltern ist anzustreben (z. B. Baird, McConachie & Scrutton, 2000). Eltern dürften mit der Weitergabe komplexer Informationen oft überfordert sein, was in der Folge zu unnötigen innerfamiliären Konflikten führen kann (s. a. Straßburg, Dacheneder & Kreß, 2008). Bei getrennt lebenden Eltern wird ein gemeinsames Befundgespräch nur sinnvoll sein, wenn beide eine partnerschaftliche und respektvolle Zusammenarbeit im Interesse ihres Kindes für gesichert halten. Wenn die Teilnahme von Personen angefragt wird, die nur eine professionelle Beziehung zur Familie haben, ist bei der ersten Diagnosemitteilung Zurückhaltung angebracht, da deren Gegenwart die Eltern daran hindern kann, sich emotional zu öffnen. Von der Hinzuziehung Dritter ist abzuraten, wenn der Diagnostiker im Befundgespräch persönliche Themen (z. B. Partnerschaftsprobleme) oder das elterliche Erziehungsverhalten ansprechen will (zur Anwesenheit von Kindern bei Elterngesprächen → Kapitel 2).

5 Vorbereitung des Gesprächs

Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation ist das Vertrauen der Eltern. Dieses muss *vor* der Befundbesprechung gewonnen werden. Die Vorbereitung des Befundgesprächs beginnt daher mit dem ersten Kontakt zu den Eltern. Das Gespräch wird umso besser gelingen, je mehr die Eltern den Diagnostiker als kompetenten, einfühlsamen und wertschätzenden Fachmann wahrnehmen, der sich für ihre Wünsche und Sorgen interessiert und sich mit Freude mit dem Kind beschäftigt (→ Kapitel 2). Schon bei der Anamneseerhebung können anerkennende Kommentare zu den Leistungen der Eltern die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit legen („Ich bin beeindruckt, was sie nach der Geburt alles für ihr Kind getan haben“).

Beim Erstkontakt ist der Überweisungskontext (der Einfluss von Personen oder Institutionen, die der Familie eine diagnostische Abklärung empfohlen haben) hoch relevant (→ Kapitel 2). Von besonderer Bedeutung ist es, die Erwartungen der Eltern abzuklären. Oft sind diese eher diffus. Eltern können aber auch sehr präzise Vorstellungen haben, was sie vom Diagnostiker erwarten und werden enttäuscht sein, wenn ihr eigentliches Anliegen im Befundgespräch keine Rolle spielt, z. B. weil eine aus Sicht des Psychologen vorrangige, aber für die Eltern nebensächliche Diagnose gestellt wird. Die Frage „Worauf soll ich in der Untersuchung besonders achten?“ kann den Eltern signalisieren, dass sie mit ihren Bedürfnissen und Fragen wahrgenommen werden. Im Zuge der Exploration und Anamneseerhebung ergibt sich auch ein Eindruck über mögliche Implikationen, die eine ungünstige Diagnose haben kann. *Beispiel:* „Mein Mann ist ziemlich sauer, dass ich mit meinem Kind hier bin. Ich weiß gar nicht, was ich ihm sagen soll, wenn eine Behandlung nötig wird“. Je besser der Diagnostiker die Ausgangslage kennt, desto genauer kann er einschätzen, ob und in welchem Ausmaß Befunde von den Eltern möglicherweise als belastend oder bedrohlich erlebt werden.

Der Diagnostiker sollte sich vor der Befundmitteilung fragen, ob bei ihm während der Untersuchung negative Gefühle entstanden sind (z. B. Verärgerung über abwertende Äußerungen der Eltern), die einer empathischen Befundmitteilung im Wege stehen können. Ebenso kann die Mitteilung einer Diagnose für den Psychologen selbst zur Belastung werden, wenn er Angst vor den emotionalen Reaktionen der Eltern hat oder Themen aus seiner eigenen Lebensgeschichte berührt werden. Vor dem Gespräch sollte der Diagnostiker überprüfen, ob er zu den wichtigsten Punkten des Gesprächs (Mitteilung der Diagnose und ihrer Konsequenzen für die Entwicklung des Kindes, mögliche Ursachen, Prognose, Behandlungsmöglichkeiten) eine fundierte Einschätzung abgeben kann. Bei unklaren oder unsicheren Diagnosen sollte vorab gut geplant werden, welche Informationen schon gegeben werden können und wo die Aussage „Das kann ich noch nicht sagen“ zwar unangenehm, aber notwendig ist. Natürlich sind den Eltern auch dann möglichst klare Perspektiven für weitere Untersuchungsschritte oder Gespräche zur emotionalen Stützung anzubieten. In interdisziplinären Einrichtungen ist auf vorherige Absprachen zu achten, Meinungsverschiedenheiten dürfen nicht über die Eltern ausgetragen werden (→ Kapitel 3). Es empfiehlt sich, vor dem Gespräch festzulegen, welches die *wichtigste* zu vermittelnde Information ist.

6 Prinzipien der Gesprächsführung

Höflichkeit, Respekt und Wertschätzung sind elementare Voraussetzungen, um mit Menschen über potenziell belastende Sachverhalte sprechen zu können. Für das Befundgespräch gelten alle Grundregeln gelingender Kommunikation (s. z. B. Schulz von Thun, 1981). Von spezieller Bedeutung sind nach unserer Einschätzung folgende Haltungen und Regeln:

- Diagnosen sind nur eine von vielen Möglichkeiten, Verhalten, Fähigkeiten und Persönlichkeit eines Kindes zu beschreiben. Es ist daher völlig legitim, wenn Eltern andere Wahrnehmungsdimensionen und Beschreibungsebenen bevorzugen. Eine „gemeinsame Wirklichkeit“ (Herb & Streeck, 1995) kann nicht vorausgesetzt, sondern muss erst im Dialog hergestellt werden (vgl. Abrams & Goodman, 1998).
- Auch nach einer gründlichen Diagnostik kann es zu Fehleinschätzungen kommen. Nicht selten können erst Verlaufsuntersuchungen zuverlässige Ergebnisse liefern. Der Dialog mit den Eltern kann helfen, die eigene Einschätzung kritisch zu prüfen und Fehler zu korrigieren.
- Es ist nicht Aufgabe der Eltern, die diagnostischen Erkenntnisse dankbar und ohne Widerspruch entgegenzunehmen, sondern Aufgabe des Diagnostikers, sich auf das Anliegen der Eltern und ihre Möglichkeiten, den diagnostischen Sachverhalt zu verstehen und zu verarbeiten, einzustellen.
- Gleichzeitig ist er verpflichtet, im Interesse des Kindes zu handeln und darf seine fachliche Verantwortung nicht aus dem Auge verlieren (→ Kapitel 5). Er muss bereit sein, seinen Standpunkt klar zu vertreten, auch wenn er dafür negative Reaktionen der Eltern erlebt. Der Untersucher wird sich manchmal auf lange Sicht das Vertrauen Eltern erwerben, gerade weil er sich als zuverlässig in seinen Aussagen erweist und nicht aus Bequemlichkeit Beschwichtigungen und Leugnungen zustimmt. Diese Haltung recht-

fertigt allerdings nicht rechthaberische Belehrungen oder Abwertungen der Eltern, wenn sie an ihren Meinungen festhalten.

- Auch wenn es vordergründig im Befundgespräch um die Mitteilung von Diagnosen und Therapievorschlügen geht, müssen die Eltern mit ihren Reaktionen und Gefühlen wahrgenommen und als die wichtigsten Personen im Leben ihres Kindes respektiert werden.
- Die Eltern haben das Recht, jegliche emotionale Reaktion zu zeigen. Es ist Aufgabe des Diagnostikers, negative Gefühle nicht als Angriff auf seine Person zu verstehen, sondern diese einfühlsam aufzugreifen. Negative Reaktionen auf belastende Diagnosen allein sind kein Hinweis auf Pathologie der Eltern, auch wenn sich u. U. die Notwendigkeit einer längerfristigen psychotherapeutischen Betreuung ergeben kann (s. Krause, 2002).
- Schuldgefühle und Selbstvorwürfe sind mögliche Reaktionen, die besonderer Aufmerksamkeit bedürfen (Sarimski, 1998). Eine an den subjektiven Deutungen der Eltern interessierte und verständnisvolle Haltung eröffnet die Möglichkeit, alternative Sichtweisen und sachliche Informationen über die Ursachen von Entwicklungsstörungen einzuführen. Wie bei anderen intensiven emotionalen Reaktionen ist es oft erforderlich, den Eltern eine Fortsetzung des Gesprächs anzubieten.
- Eltern sind mit Befundgesprächen zufriedener, wenn sie fundierte sachliche Informationen erhalten (Hasnat & Graves, 2000). Eine *ausschließliche* Fokussierung auf die Gefühlsebene wird den Eltern nicht gerecht. Der Diagnostiker ist auch als Experte gefragt, der qualifiziertes Fachwissen zur Verfügung stellt, das den Eltern bei der Bewältigung der auf sie zukommenden Aufgaben hilft. Eltern, die praktische Hilfestellungen und nützliche Informationen erhalten, erleben weniger Unsicherheit und Hilflosigkeit (Taanila, Järvelin & Kokkonen, 1998).
- Die Stärken und Kompetenzen der Eltern sind für die weitere Entwicklung und für die oft langwierigen und zeitaufwändigen Behandlungsmaßnahmen von großer Bedeutung und müssen gewürdigt werden (s. a. Theunissen & Garlipp, 1999; Kearney & Griffin, 2001). Möglichkeiten zur konkreten positiven Rückmeldung sind immer zu finden und können auch aus der persönlichen Lebensgeschichte der Eltern abgeleitet werden. *Beispiel:* Der als Kind schwer misshandelten Mutter eines trotzigen und massiv provozierenden vierjährigen Jungen ist es gelungen, ihr Kind nie zu schlagen.
- Entscheidend ist eine klare, anschauliche und dem Vorwissen der Eltern angepasste Sprache. Fragen – auch wiederholte Fragen zum gleichen Thema – sind nicht nur erlaubt, sondern sollten explizit gefördert werden. Mehrfache Wiederholungen des gleichen Sachverhaltes sind anders als in der schriftlichen Kommunikation sinnvoll und notwendig.
- Von den Eltern darf nicht erwartet werden, dass sie bei einer ersten Diagnosemitteilung negative Zukunftsaussichten ihrer Kinder und andauernde Belastungen ihrer Lebenssituation zügig akzeptieren. Es ist kritisch zu fragen, ob hinter der Forderung nach Akzeptanz manchmal nicht der Wunsch steht, man möge durch Sorgen und Leiden der Eltern und deren nicht seltenen Oszillation zwischen Hoffnung und Verzweiflung nicht weiter belästigt werden.
- Zeigen die Eltern Widerstand gegen die Mitteilung der Diagnose, ist es vor einer direkten Konfrontation sinnvoll, dies positiv konnotieren, ohne dabei von der eigenen

Einschätzung abzuweichen. „Mir gefällt, dass Sie die positiven Seiten ihres Kindes betonen. Es ist ganz wichtig, dass Eltern nicht nur die Schwächen ihres Kindes sehen, sondern es lieben und annehmen, auch wenn Entwicklungsprobleme bestehen.“ Widerstand und Leugnung sind vorerst nur dann problematisch, wenn sie die Einleitung von wichtigen Behandlungen gefährden. Es kann sich auch um eine anfängliche Schutzreaktion handeln, die in der weiteren Zusammenarbeit (Beratung, Förderung des Kindes) von einer realistischeren Sichtweise abgelöst wird. Nicht selten sind Eltern mit Behandlungsmaßnahmen einverstanden, auch wenn sie nicht alle Einschätzungen des Diagnostikers teilen.

- Familien haben bei komplexen Störungsbildern häufig mit verschiedenen Fachkräften und Institutionen zu tun. Im Befundgespräch sollte stets die Gesamtsituation der Familie berücksichtigt und bei der Maßnahmenplanung eine gute Abstimmung aller beteiligten Fachkräfte angestrebt werden.

7 Ablauf des Gesprächs

Die Mitteilung von Diagnosen und Behandlungsvorschlägen wird nie einem starren Schema folgen können, da die Wirkung einer diagnostischen Einschätzung und Empfehlung von vielen Faktoren abhängt und die Eltern auch überraschende Reaktionen zeigen können. *Beispiel:* Gleich zu Beginn des Befundgesprächs äußert ein Vater, der während der Entwicklungsdiagnostik anwesend war, mit erregter Stimme: „Also was Sie da von meinem Kind verlangt haben, das ist doch alles Blödsinn, so was habe ich erst in der Schule gelernt.“ In dieser Situation muss erst versucht werden, wieder eine vertrauensvolle Gesprächsbasis herzustellen, indem auf die Kritik des Vaters eingegangen und die dadurch ausgedrückte Sorge angesprochen wird, z. B. durch die Äußerung „Gut, dass Sie das ansprechen. Ich habe den Eindruck, Sie sind verärgert über diese Untersuchung, und jetzt haben Sie vielleicht die Sorge, dass ich Ihr Kind nicht fair beurteilen könnte“. Erst wenn sich die Gesprächssituation beruhigt hat und der Vater sich in seinen Sorgen ernst genommen fühlt, kann der nächste Schritt – Darstellung der Diagnose – erfolgen: „Ich glaube, ich habe jetzt verstanden, was Sie bewegt. Es ist mir wichtig, dass ich nun auch über meine Einschätzung sprechen kann.“

Falls die Eltern bei der Untersuchung anwesend waren, empfiehlt es sich, sie nach ihren eigenen Eindrücken zu fragen: „Hat Ihr Kind sich während der Untersuchung so verhalten, wie Sie es auch kennen?“ „Gab es Aufgaben, bei denen Sie gedacht haben, dass kann mein Kind eigentlich besser?“. Der Untersucher signalisiert damit, dass er den Eltern seine Einschätzungen nicht einseitig aufdrängen will und erhält außerdem erste Hinweise auf mögliche emotionale Reaktionen.

Ein möglicher Einstieg in die Befundmitteilung ist eine kurze Zusammenfassung der Fragestellung, wobei der Schwerpunkt auf dem Anliegen der Eltern liegen sollte, aber auch darauf hingewiesen werden kann, dass es aus fachlicher Sicht noch weitere Aspekte zu beachten gilt. Der Diagnostiker kann sein Vorgehen erläutern, dabei auch Testmaterial vorstellen, um seine Ausführungen anschaulicher zu machen.

Die eigentlichen diagnostischen Einschätzungen sollten mit positiven Aspekten beginnen, wobei Verallgemeinerungen, die zu Missverständnissen einladen, zu vermeiden sind. *Beispiel:* „Ihr Sohn hat bei allen Aufgabenstellungen bereitwillig mitgearbeitet“ fokussiert den Aspekt der Mitarbeit deutlicher als die Aussage „Das lief alles gut“, aus der die Eltern heraushören könnten, dass es auch in ihrem Sinne – z. B. Ausschluss einer Entwicklungsstörung – gut gelaufen ist. Dabei können auch authentische persönliche Stellungnahmen hilfreich sein, die nicht auf diagnostisch relevante Verhaltensweisen abzielen („Es hat mir Freude gemacht, mit Ihrem Kind zu arbeiten“). Im Anschluss wird zur eigentlichen Fragestellung übergeleitet, z. B. mit dem Hinweis, dass es wichtig ist, diese positiven Seiten nicht zu vergessen, wenn nun über die Probleme des Kindes gesprochen wird (Braaten, 2007).

Die wichtigste Botschaft sollte an den Anfang gestellt werden, da im Verlauf die Aufnahmefähigkeit der Eltern nachlassen wird. Alle bedeutenden Aussagen sollten eindeutig erkennbar sein, z. B. durch kurze Einleitungssätze: „Und jetzt möchte ich etwas über die Frage sagen, die Sie als Eltern besonders bewegt“, „Mir ist noch etwas aufgefallen, das für die Einschulung wichtig ist“. Es ist sinnvoll, sich zu vergewissern, ob die Eltern die Einschätzungen teilen. Zwischenzeitliche Zusammenfassungen oder Wiederholungen des wichtigsten Punktes sind empfehlenswert. Es sollten auch die Konsequenzen angesprochen werden, die sich aus den Befunden ergeben, soweit sie für die Eltern zum gegebenen Zeitpunkt relevant und fassbar sind. So ist es bei einem dreijährigen Kind mit einer erheblichen allgemeinen Entwicklungsverzögerung meist noch nicht erforderlich, dass der Untersucher von sich aus den wahrscheinlichen späteren Besuch einer Schule für geistig Behinderte erwähnt. Er sollte sich vielmehr auf aktuell anstehende Themen konzentrieren, z. B. den Besuch einer Fördereinrichtung, nächste Förderschritte, Verstehen aktueller Verhaltensauffälligkeiten im Lichte der nun festgestellten Entwicklungsrückstände usw.

Spätestens nach der Mitteilung der wichtigsten Befunde sollte sich die Frage nach dem Befinden der Eltern anschließen: „Sie hatten anfangs große Hoffnung, dass Ihr Kind keine Entwicklungsverzögerung hat. Wie ist das jetzt für Sie?“. Den Eltern wird Raum gegeben, ihre Gefühle auszudrücken, an dieser Stelle sind Einfühlungsvermögen und eine stützende Haltung des Diagnostikers gefordert. Die Beratungshaltung der Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1981) ist in diesem Zusammenhang von besonderer Wichtigkeit.

Anschließend werden den Eltern nötigenfalls Vorschläge für die Förderung des Kindes und die Unterstützung der Familie gemacht. Es empfiehlt sich eine letzte Zusammenfassung der bedeutendsten Informationen und ein konkretes Angebot, sich bei weiteren Fragen oder zur vertieften Beratung wieder an den Diagnostiker wenden zu können.

8 Trends

In den letzten Jahrzehnten wurde vor allem im Zusammenhang mit chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen vermehrt über die Gestaltung von Befundgesprächen diskutiert (z. B. Lambeck, 1992). Dabei stehen oft medizinische Diagnosen im Vorder-

grund. Zur Mitteilung von psychologischen Diagnosen und deren Verarbeitung durch Eltern gibt es wenig empirische Forschung und noch keine anerkannten und wissenschaftlich fundierten Standards. Wünschenswert wären eine größere Würdigung der für das Befundgespräch erforderlichen fachlichen Kompetenzen, eine bessere Verankerung der Thematik in der universitären und berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung und eine intensivere Forschung zu den Determinanten gelingender Kommunikation zwischen Eltern und Fachleuten.

Literatur

- Abrams, E. Z. & Goodman, J. F. (1998). Diagnosing developmental problems in children: Parents and professionals negotiate bad news. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 87–98.
- Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Baird, G., McConachie, H. & Scrutton, D. (2000). Parents' perceptions of disclosure of the diagnosis of cerebral palsy. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 475–480.
- Braaten, E. B. (2007). Personality assessment feedback with parents. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (pp. 73–83). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1992). Coping with discrepancies between aspirations and achievements in adult development. A dual-process model. In L. Montada, S.-H. Filipp & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 301–319). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597–1599.
- Greve, W. (2007). Selbst und Identität im Lebenslauf. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 305–336). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hasnat, M. J. & Graves, P. (2000). Disclosure of developmental disability: A study of parent satisfaction and the determinants of satisfaction. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36, 32–35.
- Herb, G. & Streeck, S. (1995). Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 150–158.
- Jan, M. M. S. & Girvin, J. P. (2002). The communication of neurological bad news to parents. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 29, 78–82.
- Kearney, P. M. & Griffin, T. (2001). Between joy and sorrow: Being a parent of a child with developmental disability. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 582–592.
- Krause, M. P. (2002). *Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder*. München: Reinhardt.
- Lambeck, S. (1992). *Diagnoseeröffnung bei Eltern behinderter Kinder*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Nissenbaum, M. S., Tollefson, N. & Reese, M. (2002). The interpretative conference: Sharing a diagnosis of autism with families. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 17, 30–43.
- Noeker, M. & Haverkamp, F. (1996). Ärztliche Aufklärung und elterliche Diagnoseverarbeitung bei der kindlichen Epilepsie. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 234–239.
- Rogers, C. R. (1981). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (3. Auflage). München: Kinkler.
- Sarimski, K. (1998). Pädagogisch-psychologische Begleitung von Eltern chromosomal geschädigter Kinder. *Geistige Behinderung*, 37, 323–334.
- Scheying, H., Kalz, G. & Mehl, B. (2007). Empfehlungen zur Dokumentation und schriftlichen Berichterstattung in Sozialpädiatrischen Zentren. In C. Fricke, C. Kretzschmar, H. Hollmann & R. G. Schmid (Hrsg.), *Qualität in der Sozialpädiatrie Band 2* (S. 279–294). Alttötting: Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander Reden 1 – Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbeck: Rowohlt.
- Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Floyd, F. J. & Hong, J. (2004). Accommodative coping and well-being of midlife parents of children with mental health problems or developmental disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2004, 74, 187–195.
- Skotko, B. (2005). Mothers of children with Down Syndrome reflect on their postnatal support. *Pediatrics*, 115, 64–77.
- Straßburg, H. M., Dacheneder, W. & Kreß, W. (2008). *Entwicklungsstörungen bei Kindern* (4. Auflage). München: Elsevier.
- Taanila, A., Järvelin, M.-R. & Kokkonen, J. (1998). Parental guidance and counselling by doctors and nursing staff: Parents' views of initial information and advice for families with disabled children. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 505–511.
- Theunissen, G. & Garlipp, B. (1999). Kompetente Eltern. Vergessen in der Professionalität der Behindertenarbeit? *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 4/5/99. Zugriff am 14.07.2008, <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh4-99-vergessen.html>.
- Trute, B. & Hauch, C. (1988). Building on family strength: A study of families with positive adjustment to the birth of a developmentally disabled child. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 185–193.