

## Früherkennung psychischer Auffälligkeiten im Schulkontext

## Vorschlag für einen Beobachtungsbogen

Bereich	Intensität (0–3)	Beispiele		
<b>Verhalten</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Rückzug, Vermeidung, geringe Beteiligung, Raum verlassen, Überforderung		
<b>Emotion</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Traurigkeit, Angst, Sorgen, Weinen, Reizbarkeit		
<b>Kognition</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	„Ich kann das nicht“, Selbstabwertung, Grübeln, negative Zukunft		
<b>Körper</b>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Bauch-/Kopfschmerzen, Müdigkeit, Fehlzeiten, Stressreaktionen		
<b>Kontext (tritt v. a. auf bei...)</b>				
<input type="checkbox"/> mündlichen Leistungen	<input type="checkbox"/> Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/> Tests	<input type="checkbox"/> Pausen	<input type="checkbox"/> Übergängen

Verlauf über Zeit				
Woche 1 = <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Woche 2 = <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Woche 3 = <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Woche 4 = <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Woche 5= <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Beeinträchtigung				
Bereich	keine	leicht	mittel	stark
Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschätzung				
Über 2 Wochen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zunehmende Intensität?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beeinträchtigung & Leidensdruck?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	