

Fragebogen zur Verhaltenstherapie mit Ihrem Kind

Name Alter

Datum

Die Absicht dieses Fragebogens besteht darin, ein umfassendes Bild Ihres Kindes und der Umwelt zu bekommen, in der es lebt.

Wenn Sie diesen Fragebogen so vollständig und genau wie möglich ausfüllen, erleichtern Sie sich und Ihrem Therapeuten das Erkennen der Problemzusammenhänge sowie die Durchführung der therapeutischen Behandlung. Die ausgeführten Fragen sind nur eine Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrem Therapeuten, der jede einzelne Frage noch einmal mit Ihnen durchsprechen wird. Sie können dann Ihre Angaben jederzeit noch ergänzen oder korrigieren.

Die folgenden Fragen verdeutlichen Ihnen vielleicht bereits, dass wir davon ausgehen, dass der Mensch viele Selbsthilfemöglichkeiten besitzt, die mit Hilfe einer verhaltenstherapeutischen Behandlung mobilisiert werden können. Der Therapeut selbst versteht sich nur als Begleiter und Wegweiser, Verhaltenstherapie als Hilfe zur Selbsthilfe.

Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich. Ihre Angaben werden daher streng vertraulich behandelt. Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Daten einzusehen. Nach der Besprechung und Auswertung erhalten Sie den Fragebogen wieder zurück

Bitte planen Sie für diesen Fragebogen ca. 3-5 Stunden störungsfreier Zeit ein und bringen Sie ihn ausgefüllt zum nächsten Gespräch mit.

Falls Sie zu einzelnen Punkten mehr schreiben möchten, benutzen Sie bitte die Rückseite des vorherigen Blattes und notieren zu welcher Frage Sie sich detaillierter äußern.

Bitte schreiben Sie mit einem gut lesbaren Stift.
(Am Besten mit schwarzem Kuli).

I. Angaben zur Symptomatik:

1. Bitte unterstreichen Sie im folgenden nur die Probleme, die für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten oder heute noch bestehen.

Nägelknabbern	Haarausreißen
Tics	Einnässen
Einkoten	Anfallsleiden
Krämpfe	Schlafwandeln
nächtliches Schreien	Entwicklungsverzögerung
vorzeitige Entwicklung	Wachstumsstörung
Übergewicht – Untergewicht	Essstörungen (z.B. Magersucht, Ess-Brechsucht...)
Selbstverletzungen	übertriebene Selbstbefriedigung
sexuelle Abweichungen	Stehlen
Lügen	Zündeln
Ausreißen	Schuleschwänzen
Konzentrationsstörungen	Lese-, Rechnen- oder Schreibstörungen
Lispeln – Stottern – Stimmeln	Poltern oder andere Sprachstörungen
Kopfschmerzen	Kreislaufbeschwerden
Magen-Darm-Beschwerden- Übelkeit	Missbrauch von Medikamenten
Alkohol-Rauchen-Drogen	Allergien
Atembeschwerden – Asthma	übertriebener Ehrgeiz
Leistungsschwankungen	Minderwertigkeitsgefühle
Kontaktprobleme	Unselbständigkeit
Ängste	Zwänge
Ordnungsdrang	Schlampigkeit
Distanzlosigkeit	Kasperverhalten
aggressives Verhalten	Trotz- Eifersucht
Selbstmordäußerungen	Traurigkeit

Eigene Beschreibung von oben nicht aufgeführten Beschwerden und Schwierigkeiten im häuslichen, sozialen und schulischen Umfeld:

Die folgenden Fragen beziehen sich nun auf das Problem, unter dem Ihr Kind momentan am meisten leidet, auf den Grund Ihres Kommens:

2. Angaben zur Symptomatik, Problembeschreibung:

3. Seit wann bestehen das/die Probleme?

4. Bitte beschreiben Sie, wie sich das/die Probleme vom ersten Auftreten bis heute entwickelt haben.

5. Haben Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt einen Psychotherapeuten aufgesucht, oder sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, oder waren Sie bereits in einer psychotherapeutischen Klinik? (Therapieform/Jahr/Dauer)

6. Wie versuchen Sie bisher Ihrem Kind zu helfen?

II. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse der Lebensgeschichte Ihres Kindes während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik:

0-3 Jahre (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindlicher Entwicklung)

3-6 Jahre (z.B. Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel usw.)

6-10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern, usw.)

10-15 Jahre (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme usw.)

15-20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht usw.)

Familie: Beschreiben Sie die Atmosphäre in Ihrer Familie! (z.B. harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich, usw.) Unterstreichen Sie Zutreffendes und beschreiben Sie dieses mit Ihren eigenen Worten:

Mutter: geboren: Beruf:.....
falls verstorben: Jahr:
Todesursache:

Beschreiben Sie kurz Ihre eigene Persönlichkeit und die Beziehung zu Ihrem Kind

An welche besonderen Erlebnisse mit Ihrem Kind erinnern Sie sich heute noch?

Schreiben Sie bitte drei typische Sätze auf, die Sie Ihrem Kind sagen oder sagten:

1.
2.
3.

Erziehungsstil (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge, usw.):

Wie versuchen Sie selbst, heute einen Beitrag zu einer befriedigenden Beziehung zu Ihrem Kind zu leisten?

Hatten Sie Früh- oder Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder
Anderes?

Vater: geboren:..... Beruf:.....

falls verstorben: Jahr:

Todesursache:

Beschreiben Sie kurz Ihre eigene Persönlichkeit und die Beziehung zu Ihrem Kind

An welche besonderen Erlebnisse mit Ihrem Kind erinnern Sie sich heute noch?

Schreiben Sie bitte drei typische Sätze auf, die Sie Ihrem Kind sagen oder sagten:

1.

2.

3.

Erziehungsstil (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge, usw.):

Wie versuchen Sie selbst, heute einen Beitrag zu einer befriedigenden Beziehung zu Ihrem Kind zu leisten?

Geschwister:

Beschreiben Sie die Beziehungen Ihres Kindes zu den Geschwistern:

Name (Alter)	früher	heute
--------------	--------	-------

.....		
.....		
.....		

andere Bezugspersonen:

Hat eines Ihrer Kinder spezielle Probleme?

3. Einstellung der Eltern gegenüber Sexualität

Gab es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie?

4. Welche der folgenden Erkrankungen trifft auf eines Ihrer Familienmitglieder zu?

Seelische Erkrankungen

schwere körperliche Erkrankungen

Alkoholismus- Selbstmordversuche – Behinderungen

Welche Familienmitglieder oder andere Verwandte leiden unter ähnlichen Problemen?

Schulische/berufliche Laufbahn:

Welche Schulzweige besucht Ihr Kind (von – bis)

1. 3.

2. 4.

Schulabschluss: Durchschnittsnote:

Anschließende Berufsausbildung:

von bis

Berufswunsch der Eltern:

eigener Berufswunsch des Kindes:

bisherige Arbeitszeiten:

Wie viel Geld bekommt Ihr Kind von Ihnen: Euro

von Anderen: Euro

Aktuelle Lebenssituation:

1. Zeichnen Sie nun eine klein Skizze Ihrer Wohnung (evtl. auf der Rückseite des vorherigen Blattes) und machen Sie daneben kurze Angaben über Größe, Positives und Negatives Ihrer Wohnsituation.

2. Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

Wie viel Zeit verbringen Sie mit Ihrem Kind?

Mutter:Std. am TagStd. in der Woche

Vater:Std. am TagStd. in der Woche

Gibt es gemeinsame Freizeitaktivitäten? Spielen Sie mit Ihrem Kind? (Wie oft, wie lange)

3. Welche Hobbys (sportlich, künstlerisch, Computer, etc.) hat Ihr Kind und wie häufig im Monat beschäftigt es sich damit?

4. Wie gestalten sich Wochenenden und Urlaub?
Was gefällt Ihrem Kind daran? Was gefällt Ihrem Kind nicht?

5. Was soll sich an der Lebenssituation verändern?

6. Was behindert die Veränderung?

7. Wie versucht sich Ihr Kind dabei bereits selbst zu helfen?

III. Psychischer Befund / Beziehung zum Therapeuten:

1. Wie ist gewöhnlich die Grundstimmung Ihres Kindes?

2. Hat Ihr Kind in der Schule, beim Arbeitsamt oder an anderen Stellen bereits eine psychologische Testuntersuchung gemacht?

3. Wie wünschen Sie sich idealerweise die Beziehung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten?

4. Was befürchtet Ihr Kind im Kontakt mit seinem Therapeuten?

5. Was befürchten Sie im Kontakt mit dem Therapeuten Ihres Kindes?

IV Somatischer Befund:

1. Welche ärztlichen Diagnosen und Untersuchungsbefunde der letzten fünf Jahre sind Ihnen bekannt:

2. Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen hat Ihr Kind durchgemacht?

3. Größe Gewicht (heute)
frühere Daten (falls extrem abweichend):
4. Wie viele warme und kalte Mahlzeiten isst Ihr Kind pro Tag?
5. Ernähren Sie sich auf eine bestimmte Art und Weise?
6. Wann geht Ihr Kind gewöhnlich zu Bett: Uhr – und steht wieder auf: Uhr
7. Wie viele Stunden schläft Ihr Kind im Durchschnitt?
Halten Sie dies für ausreichend?
8. Wie viele Stunden pro Tag macht Ihr Kind Hausaufgaben? Ist es eher schnell oder langsam?
9. Welche der Substanzen und Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein:

V Verhaltensanalyse:

a) Bedingungsanalyse:

1. Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen der Probleme bekannt, was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?

2. In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten die Probleme gehäuft auf?

3. In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten die Probleme nicht bzw. seltener auf? Wann fühlt sich Ihr Kind besser?

b) Phänomenologie (Erlebnisebenen):

1. Welche typischen Gedanken bestimmen heute das Leben ihres Kindes?
2. Welche Gefühle, die Sie wahrgenommen haben, sind damit verbunden?
3. Welche körperlichen Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit den Problemen?
4. Wie verhält sich Ihr Kind, wenn das Problem auftritt? Was tut es, um sich zu helfen?

c) Funktionsanalyse (Krankheitssinn):

1. Wer unterstützt Ihr Kind im Umgang mit seinen Problemen? Wer hilft ihm und spricht mit ihm?
2. Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise auch eine Chance und ein positiver Sinn liegt. Welchen möglichen Sinn könnte das Problem haben?

für seine Umgebung:

3. Welche Personen außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?
4. Woran hindert das Problem Ihr Kind?
5. Wann benutzt Ihr Kind seine Problemen auch schon mal als Ausrede?
6. Was müsste passieren, damit das Problem wie von selbst verschwindet?

7. Auf welche mögliche Überforderung oder Überbelastung macht das Problem Sie und Ihr Kind aufmerksam?

8. Wer hilft Ihnen als Eltern? Wo holen Sie sich Unterstützung?

9. Was würde sich für Sie als Eltern ändern, wenn es das Problem nicht mehr gäbe?

d) Analyse weiterer Einflussfaktoren:

1. Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten:
Was kann Ihr Kind gut? Was macht ihm Spaß (früher – heute)?

Wofür erhält es Lob und Anerkennung?

Was beruhigt Ihr Kind?

2. Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfertigkeiten:
Wie haben Sie sich und Ihrem Kind bisher bei Krisen oder Lebensproblemen geholfen?

Sind Sie und Ihr Kind bereit, zwischen den einzelnen Sitzungen Therapieaufgaben zu erledigen (z.B. täglich schriftliche Problemaufzeichnungen, Umstellung von Gewohnheiten, Kontaktübungen o.ä.)?

Wie viele Prozent der Verantwortung für das Problem tragen

Sie selbst (0-100):Ihr Kind (0-100)andere (0-100)

3. Defizite / Schwächen / fehlende Strategien:
Welche Anforderungen des Lebens sind für Ihr Kind besonders schwer zu erfüllen?

Welche Schwächen kennen Sie?

In welchen Situationen fühlt Ihr Kind sich völlig hilflos?

Was vermeidet Ihr Kind?

4. Umweltbedingungen:
Wie viele und welche Gedanken macht sich Ihr Kind über gesellschaftliche Bedingungen, Politik, Umweltbedrohungen und Umweltzerstörung?

Mit welchen Umweltthemen beschäftigt sich Ihr Kind (z.B. Naturerhaltung, Kernkraft, Energiesparen, Ozon, Müllvermeidung usw.)?

Was tut es selbst, um sich diesbezüglich besser zu fühlen?

5. Motivationsanalyse:
In welcher Form kann Ihr Kind selbst zur Unterstützung der gewünschten Veränderung beitragen?

Wer außer Ihnen hat noch Interesse daran, dass sich Ihr Kind in Therapie begibt?

Wer steht der psychotherapeutischen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

Wie dringend ist es für Ihr Kind, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

0 (unnötig) – 20 – 40 – 50 (mittel) – 60 – 80 – 100 (unbedingt sofort erforderlich)

Welche Bezugspersonen wären bereit, gelegentlich zu Therapiesitzungen mitzukommen?

VI Diagnose:

Wie bezeichnen Sie selbst das Problem Ihres Kindes?

.....

Wie bezeichnen Andere das Problem?

.....

Diagnose des Hausarztes:

.....

andere fachärztliche Diagnosen:

.....

VII Therapieziele:

Nennen Sie die fünf wichtigsten
Veränderungsziele:

Was wäre zu tun, um diese Ziele zu
erreichen?

1.

1.

2.

2.

3.

3.

4.

4.

5.

5.

VIII Behandlungsplan:

a) Wie viel Zeit können Sie und Ihr Kind pro Tag für therapeutische Aufgaben zur Mobilisierung der Selbsthilfekräfte einplanen?

b) Wie viele Sitzungen und Monate sollte eine therapeutische Behandlung Ihrer Meinung nach dauern? (mindestens/höchstens)

c) Wie haben Sie sich im Vorfeld der Therapie mit Hilfsmöglichkeiten beschäftigt (z.B., Autogenes Training, Lesen psychologischer Literatur, Selbsthilfegruppen usw.)?

d) Ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens irgend etwas deutlicher oder bewußter geworden, das Ihnen selbst helfen könnte, die Probleme zu bewältigen?

e) Welche Veränderungsschritte kosten

am wenigsten Mut:

am meisten Mut:

Zum Schluss:

Der Erfolg der Therapie hängt u.a. auch von Ihrer Bereitschaft ab, dem Therapeuten möglichst umfassende Informationen zu geben. Welche zusätzlichen Informationen erscheinen Ihnen noch wichtig zu sein (beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse, kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen, usw.)?

Wenn es Ihnen gelungen ist, diesen Fragebogen offen und ehrlich bis hierher auszufüllen, dann ist dies bereits ein erster wichtiger therapeutischer Schritt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.