

THERAPIE MIT KINDERN

ELTERNFRAGEBOGEN ZUM ABSCHLUSS DER THERAPIE

Name Ihres Kindes:

Datum:

Ich möchte mit Hilfe dieses Fragebogens einen umfassenden Eindruck davon bekommen, wie sich die Therapie auf Ihr Kind und auf Sie selbst ausgewirkt hat. Bitte betrachten Sie diesen Fragebogen als Rückblick auf den gesamten Verlauf der Therapie Ihres Kindes. Falls der vorhandene Platz bei einer Frage nicht ausreichen sollte, schreiben Sie bitte auf dem beigefügten Blatt weiter, mit Angabe der Nummer der Frage. Wie für alle Therapieunterlagen gilt auch hier, dass alle Informationen vertraulich behandelt werden.

Von wem wird der Fragebogen ausgefüllt?

- Vater
- Mutter
- andere Personen, z.B. bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern der/die neue Lebenspartner/in:

1. PROBLEMLAGE

1.01 Welche Probleme Ihres Kindes führten dazu, dass Sie sich zu einer Therapie entschlossen haben?

1.02 In welchem Ausmaß haben sich die Probleme seit Beginn der Therapie verändert? (Bitte nur **eine** Angabe!)

gar nicht	kaum	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.03 Wenn die ursprünglichen Probleme geringer geworden sind, wann begann die Besserung? Wann war diese Besserung zufriedenstellend?

Beginn der Besserung

- zu Beginn der Therapie
- während der Therapie
- gegen Ende der Therapie

zufriedenstellende Besserung

-
-
-

1.04 Wenn die ursprünglichen Probleme weiterhin vorhanden sind, wie belastend sind diese Probleme gegenwärtig für Sie? (Bitte nur **eine** Angabe!)

gar nicht	kaum	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.05 Wie belastend sind gegenwärtig diese Probleme für Ihr Kind? (Bitte nur eine Angabe!)

gar nicht	kaum	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.06 Wie häufig treten die ursprünglichen Probleme gegenwärtig auf? (Bitte nur eine Angabe!)

fast nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.07 Wenn Ihr Kind bereits zur Schule geht: Sind gegen Ende der Therapie neue Schwierigkeiten in der Schule aufgetreten, wie

- häufige Fehlzeiten
- häufiges Zuspätkommen
- Schwänzen
- Angst vor der Schule
- Leistungsschwankungen
- Probleme beim Lesen
- Probleme mit der Rechtschreibung
- Probleme beim Rechnen
- Sitzenbleiben
- „Vergessen“ oder Verschweigen von Hausaufgaben
- Kontaktschwierigkeiten mit Mitschülern und Mitschülerinnen
- Probleme mit Lehrern und Lehrerinnen
- andere, und zwar:

- nein, es sind keine neuen schulischen Schwierigkeiten aufgetreten

1.08 Gibt es gegenwärtig Verhaltensauffälligkeiten, die erst gegen Ende der Therapie aufgetreten sind, wie

- keine oder keine angemessene Reaktion bei Kontakten mit anderen Personen
- Schwierigkeiten bei der Veränderung gewohnter Abläufe
- Ruhelosigkeit, Ablenkbarkeit
- Lügen oder Stehlen
- Prügeleien
- Ungehorsam
- Missachtung der Rechte anderer Menschen
- Wutausbrüche
- Streitigkeiten mit Erwachsenen
- Angst vor Trennung von den Hauptbezugspersonen
- Zweifel an den eigenen Fähigkeiten
- in bestimmten Situationen auftretende Unfähigkeit zu sprechen
- ruckartige Bewegungen
- Bettnässen oder Einkoten
- Stottern
- andere, und zwar:

- nein, keine Auffälligkeiten

1.09 Gibt es neu auftretende Schwierigkeiten bei Ihrem Kind, wie

- Traurigkeit oder lustloses Verhalten
- Reizbarkeit
- Angst vor bzw. Vermeiden von bestimmten Situationen
- plötzliche Angstanfälle
- übermäßige Sorgen, z.B. vor Naturkatastrophen, Umweltzerstörung oder in Bezug auf die eigene Zukunft
- bestimmte Handlungen, die Ihr Kind immer wieder ausführt, ohne es zu wollen
- immer wiederkehrende Gedanken, die Ihr Kind gar nicht haben möchte
- Selbstverletzungen
- Schmerzen ohne auffindbare Ursache
- Angst vor Krankheit
- verändertes Essverhalten wie z.B. Heißhungerattacken, absichtliches Hungern, willentlich herbeigeführtes Erbrechen oder größere Gewichtsveränderungen
- Schlafstörungen oder Alpträume
- körperliche Erkrankungen:
- Krankenhausaufenthalte wegen:
- andere, und zwar:
- nein, keine

1.10 Wenn Ihr Kind gegenwärtig noch einmal das ursprünglich problematische Verhalten oder ein anderes für Sie schwer zu ertragendes Verhalten zeigt, wie reagieren Sie darauf?

1.11 Welchen Belastungen ist Ihre Familie gegenwärtig ausgesetzt?

Ihr Kind:

Sie selbst:

weitere Familienmitglieder:

- nein, keine Belastungen vorhanden

2. ERZIEHUNG, KONTAKTE INNERHALB UND AUSSERHALB DER FAMILIE, SCHULE

2.01 Haben sich Ihre Erziehungsziele während der Therapie verändert?

ja nein

Wenn sich Ihre Erziehungsziele verändert haben, stellen Sie dies bitte kurz dar.

2.02 Gelten gegenwärtig für Ihr Kind zu Hause konkrete Regeln?

ja nein

Wenn ja, welche Regeln sind dies?

2.03 Wie gut gelingt Ihrem Kind die Einhaltung dieser Regeln? (Bitte nur **eine** Angabe!)

sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.04 Wie bestrafen Sie Ihr Kind gegenwärtig?

Mutter:

Vater:

2.05 Wie belohnen Sie Ihr Kind gegenwärtig?

Mutter:

Vater:

2.06 Wie oft machen Sie gegenwärtig etwas gemeinsam mit Ihrem Kind? (Bitte nur **eine** Angabe!)

sehr selten	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.07 Hat sich bezüglich des Kontaktverhaltens Ihres Kindes in der Familie eine Veränderung ergeben?

ja nein

Wenn ja, worin besteht diese Veränderung?

2.08 Wie leicht nimmt Ihr Kind gegenwärtig Kontakt zu Erwachsenen außerhalb der Familie auf? (Bitte nur **eine** Angabe!)

sehr schwer	schwer	mittel	leicht	sehr leicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.09 Wie leicht findet Ihr Kind gegenwärtig Kontakt zu anderen Kindern? (Bitte nur **eine** Angabe!)

sehr schwer schwer mittel leicht sehr leicht

2.10 Wie viele Freunde oder Freundinnen hat Ihr Kind? (Bitte nur **eine** Angabe!)

keinen einen/eine 2 oder 3 viele sehr viele

2.11 Geht Ihr Kind gerne zur Schule?

ja nicht immer nein

2.12 Hat Ihr Kind besondere schulische Interessen?

ja nein

2.13 Wie verträgt ihr Kind sich mit seinen Mitschülern und Mitschülerinnen? (Bitte nur **eine** Angabe!)

sehr schlecht schlecht mittel gut sehr gut

3. ZUR THERAPIE

3.01 Wurden alle für Sie wichtigen Ziele in der Therapie erreicht?

ja nein

Wenn nein, welches Ziel wurden nicht erreicht?

3.02 Wurden für Sie und Ihr Kind wichtige Probleme in der Therapie nicht bearbeitet?

ja nein

Wenn ja, welche Probleme sind dies?

3.03 Hat Ihr Kind in der Therapie konkretes neues Verhalten gelernt?

ja nein

Wenn ja, welches Verhalten ist dies?

3.04 Wie gut gelingt es Ihrem Kind, diese neuen Verhaltensweisen in seinem Alltag anzuwenden?
(Bitte nur **eine** Angabe!)

fast gar nicht kaum mittel ziemlich sehr

3.05 Treten bei der Anwendung der neuen Fertigkeiten Schwierigkeiten auf?

ja nein

Wenn ja, welche Schwierigkeiten sind dies?

3.06 Haben Sie selbst in der Therapie neue Verhaltensweisen erlernt?

ja nein

Wenn ja, welche Verhaltensweisen sind dies?

3.07 Wie gut gelingt es Ihnen, diese neuen Verhaltensweisen in Ihrem Alltag anzuwenden? (Bitte nur eine Angabe!)

fast gar nicht	kaum	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.08 Treten bei der Anwendung der neuen Verhaltensweisen Schwierigkeiten auf?

ja nein

Wenn ja, welche Schwierigkeiten sind dies?

3.09 Hat sich durch die Therapie innerhalb Ihrer Familie etwas verändert?

- ja, positive Veränderungen
- ja, negative Veränderungen
- nein, keine Veränderungen

Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz die vorhandenen Veränderungen.

3.10 Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Ihrem Kind und seiner Therapeutin/seinem Therapeuten? (Bitte nur eine Angabe!)

sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.11 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Ablauf der Therapie? (Bitte nur eine Angabe!)

gar nicht	kaum	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.12 Was empfanden Sie als besonders gut, angenehm oder wirkungsvoll an der Therapie?

3.13 Was empfanden Sie als weniger gut, unangenehm oder wenig wirkungsvoll an der Therapie?

3.14 Gibt es weitere wichtige Anregungen oder Kritik, die Sie noch nicht erwähnt haben?

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich mit der Beantwortung dieses Fragebogens gemacht haben !