

## Elternfragebogen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

(modifiziert nach Görlitz, G. (2005): Psychotherapie für Kinder und Familien, Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta)

Name: ..... geb.: .....  
 Kinderarzt, Ki.-Psychiater: ..... Sorgerecht: .....  
 Schultyp/Klasse: ..... Notendurchschnitt: .....  
 Befindet/Befand sich einer Ihrer Familienangehörigen/Bekannten in psychotherapeutischer Behandlung bei der DGVT? (wenn ja, bitte Name der Therapeutin/des Therapeuten): .....

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und füllen diesen Fragebogen **so vollständig wie möglich** aus. Sie erleichtern dadurch das Erkennen der Problemzusammenhänge und auch die Durchführung der Behandlung. Die aufgeführten Fragen sind nur eine Vorbereitung auf das Gespräch, indem Sie Ihre Angaben noch ergänzen können. Viele der Fragen sind sehr persönlich, deswegen werden sie streng **vertraulich** behandelt.

### 1. Fragen zur Symptomatik

Welche Probleme sehen sie bei Ihrem Kind?

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

Seit wann bestehen die Probleme und wie haben sie sich bis heute entwickelt?

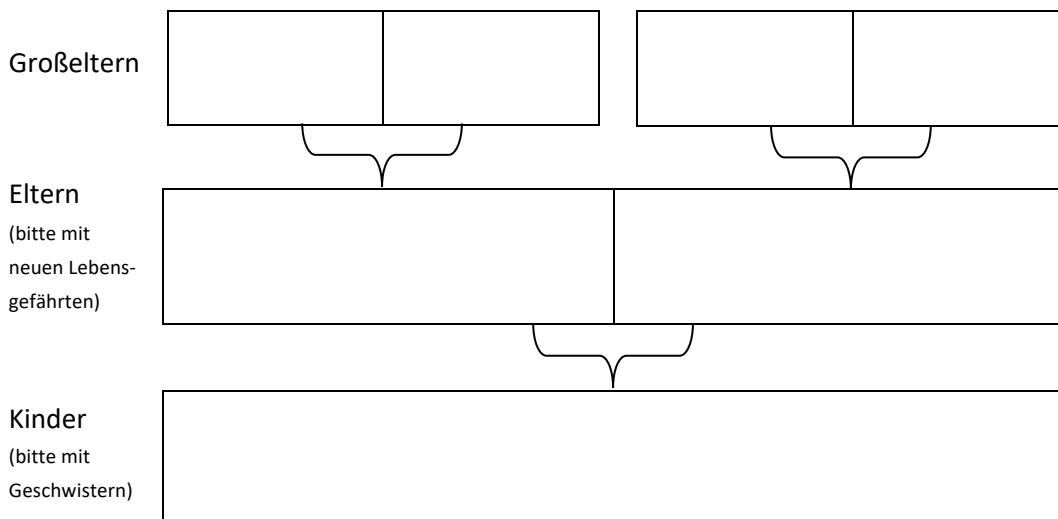
.....  
 .....

Gab es früher schon einmal ähnliche oder andere Auffälligkeiten (z.B. Kinderängste, Bettnässen, Alpträume, motorische Unruhe)? .....

Was hat Sie dazu bewogen, Hilfe aufzusuchen? .....

### 2. Lebensgeschichtliche Entwicklung

Bitte skizzieren Sie zunächst kurz Ihren Familienstammbaum mit **Geburtsjahrgang, Beruf bzw. Klasse/Schulart** und beschreiben sie die Personen kurz mit **drei Eigenschaften**:



**Entwicklung des Kindes:**

War Ihr Kind ein Wunschkind? Ja..... Nein.....

Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt? .....

Geburt: SSW:..... Größe:..... Gewicht:..... Apgar-Index:..... /..... /.....

Gab es Komplikationen vor oder nach der Geburt? Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutraf oder ergänzen Sie (z.B. vorübergehende Fehlgeburt, Schädigung des Embryos, Sauerstoffprobleme, Blutgruppenunverträglichkeit, Zuckerkrankheit, Abtreibungsversuche, Infektionen, Sauglockenentbindung, Sturzgeburt, verlängerte Wehentätigkeit, Kaiserschnitt, längere Krankenhausaufenthalte usw.).....

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja, Dauer:...../Nein: .....

In welchem Alter lernte es laufen?..... sprechen?.....

Wann mit Sauberkeitserziehung begonnen?..... Wann war es stuhlsauber?.....

Wann war es trocken: nachts?..... tags?.....

Gab es Besonderheiten, Auffälligkeiten? (z.B. Verzögerungen, Ergotherapie, Logotherapie, Frühförderung; **wenn ja wann?**)

Kindergarten ab ..... Jahren, Auffälligkeiten? .....

Einschulung mit ..... Jahren, Auffälligkeiten? .....

Bisher besuchte Schularten:.....

Gab es seit der Geburt belastende Lebensereignisse?

(z.B. Todesfälle in der Familie, Fehlgeburt, Trennung Eltern, Umzüge weg von Freunden oder mit Schulwechsel, Unfälle; **wenn ja wann?**)

**Leibliche Eltern:** Bitte Zeitangaben (Monat/Jahr) zu

Kennen lernen:..... Heirat:..... Trennung:..... Scheidung:.....

**Angaben der Mutter des Kindes:**

Alter bei Geburt des Kindes:..... Schulabschluss: .....

Beruf / Aktuelle Tätigkeit (Arbeitszeit/Woche): .....

Wie würden Sie ihre eigene Kindheit beschreiben? / Was hat Ihnen gefehlt?

Wie ist heute Ihr Kontakt zu Ihren Eltern? .....

Gab es in Ihrer Lebensgeschichte belastende Ereignisse in Ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter? (z.B. Todesfälle, Trennungen, Scheidungen, schwere Krankheit, Arbeitslosigkeit, Schulden, **wenn ja wann?**)

Wie ist die Beziehung zu Ihrem Kind? .....

**Angaben des Vaters des Kindes:**

Alter bei Geburt des Kindes:..... Schulabschluss: .....

Beruf / Aktuelle Tätigkeit (Arbeitszeit/Woche): .....

Wie würden Sie ihre eigene Kindheit beschreiben? / Was hat Ihnen gefehlt?

Wie ist heute Ihr Kontakt zu Ihren Eltern? .....

Gab es in Ihrer Lebensgeschichte belastende Ereignisse in Ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter? (z.B. Todesfälle, Trennungen, Scheidungen, schwere Krankheit, Arbeitslosigkeit, Schulden, **wenn ja wann?**)

Wie ist die Beziehung zu Ihrem Kind? .....

**Angaben der weiteren Bezugsperson, mit denen das Kind zusammenlebt: Stiefmutter/Stiefvater**

Alter: ..... Schulabschluss: ..... Beruf (Std./Woche): .....

Zusammenleben seit: ..... Eigenschaften: .....

Wie würden Sie ihre eigene Kindheit beschreiben? / Was hat Ihnen gefehlt?

Wie ist heute Ihr Kontakt zu Ihren Eltern? .....

Gab es in Ihrer Lebensgeschichte belastende Ereignisse in Ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter?  
(z.B. Todesfälle, Trennungen, Scheidungen, schwere Krankheit, Arbeitslosigkeit, Schulden, **wenn ja wann?**)

Wie ist die Beziehung zum Kind? .....

**Elterliches Wohlbefinden:**

Wie beurteilen Sie Ihre eigene seelische Verfassung?

(z.B. ausgeglichen, labil, ängstlich, nervös, zufrieden, antriebsarm, selbstsicher, deprimiert)

Mutter: .....

Vater: .....

Womit sind sie unzufrieden oder was belastet sie aktuell? (z.B. Arbeit, Ehe, psychische/körperliche Erkrankungen)

Mutter: .....

Vater: .....

**Erziehung:**

Von wem wurde Ihr Kind bislang erzogen? .....

Welche Erziehungsziele versuchen Sie zu verfolgen? .....

Wie und wie häufig beschäftigen Sie sich in der Regel mit Ihrem Kind?

Mutter: ..... Vater: .....

Welche Regeln und Pflichten gibt es für das Kind? (z.B. Hausaufgaben, Bettgezeit, Fernsehen, PC)

Welche Konfliktthemen gibt es in der Familie? (z.B. Religion, Haushalt, Beruf, Sexualität, Erziehung, Geld, Freunde, Schule, Ordnung, Gleichberechtigung, Verwandtschaft, Freizeit, Folgsamkeit, Fernsehen, Computer, Weggehen, Politik, Alkohol)

**Lebenssituation:**

Mit wem lebt das Kind zusammen? .....

Besuchsregelungen bei getrennt Lebenden Eltern: .....

Welche Rolle hat das Kind unter den Geschwistern? .....

Wie verbringen Sie als Familie ihre Freizeit? .....

Wie kommen Sie mit dem Familieneinkommen aus? .....

Welche Größe hat Ihre Wohnung? ..... Hat das Kind ein eigenes Zimmer? .....

Wie verhält sich ihr Kind gegenüber Gleichaltrigen/Erwachsenen/Ihnen?

Hat Ihr Kind Freunde (Vornamen, Treffen pro Woche)? .....

Haben sie selbst regelmäßige Treffen mit Freunden? Mutter: ..... Vater: .....

Welche regelmäßigen Aktivitäten hat Ihr Kind außerhalb des Elternhauses (Std./Woche)?

Welche Stärken / Fähigkeiten / Interessen hat Ihr Kind? .....

### 3. Psychischer Befund

Wie ist gewöhnlich die Grundstimmung Ihres Kindes? .....

Wie schätzen Sie seine intellektuellen Fähigkeiten ein? (bitte vorhandene **Testbefunde** beilegen)

Bitte beschreiben Sie die wichtigsten Eigenschaften Ihres Kindes

aus Sicht der Mutter: .....

aus Sicht des Vaters: .....

Welche Gefühle äußert/zeigt Ihr Kind am häufigsten (z.B. Wut, Traurigkeit, Angst, Ekel, Freude)?

### 4. Somatischer Befund

Aktuelle Größe: ..... Aktuelles Gewicht: ..... bei Mädchen: 1. Periode mit ..... Jahren

Bisherige Krankheiten, körperliche Auffälligkeiten: .....

Hat Ihr Kind Allergien, Schmerzen? .....

Gab es in der Vorgeschichte Krampfanfälle? .....

Gab es Auffälligkeiten in den Vorsorgeuntersuchungen (U2-U...; gelbes Untersuchungsheft)?

Medikamente? (was, wie oft, Menge) .....

### 5. Verhaltensanalyse

#### Bedingungsanalyse:

Wie ist das Problem Ihrer Meinung nach entstanden? (z.B. Zusammenhänge mit Komplikationen Schwangerschaft/Geburt, Erkrankungen des Kindes oder anderer Familienmitglieder, Erziehungsunsicherheiten, Zeitmangel der Eltern, Trennung der Eltern, Begabungsdefizite oder besondere Begabungen, mangelnde Entspannungsphasen, belastende Erlebnisse)

Welche Veränderungen (positiv oder negativ) oder Belastungen gab es in den Wochen oder Monaten vor dem Auftreten der Probleme in Ihrer Familie oder im Leben Ihres Kindes?

Wann und in welchen Situationen tritt das Problem häufig oder regelmäßig auf (Auslöser)?

Unter welchen Bedingungen tritt das Problemverhalten nicht oder nur selten auf?

Wer in der Familie (oder Verwandtschaft) leidet oder litt unter ähnlichen Problemen (Disposition)?

#### Erlebnisebenen:

Welche typischen Gedanken äußert Ihr Kind in Problemsituationen? (z.B. „Ich kann das nicht“)

welche Gefühle? (z.B. Wut, Traurigkeit, Angst, Ekel, Freude) .....

welche Körperreaktionen? (z.B. Anspannung, Unruhe, Schmerzen, Zittern) .....

wie verhält es sich? (z.B. schlagen, wegrennen, weinen) .....

**Funktionsanalyse:**

Was würde sich in der Familie positiv (+) oder negativ (-) verändern, wenn Ihr Kind keine Probleme mehr hätte? .....

Wie reagieren Sie oder Andere auf das Problemverhalten? .....

Welche Chance könnte das Problem für alle Beteiligten in sich bergen? .....

Welchen möglichen „Gewinn“ haben das Kind oder Angehörige von dem Problem?  
.....

**Selbsthilfestrategien:**

Was hilft Ihnen im Umgang mit den Problemen / Was hat weniger geholfen?  
.....

Bisherige Behandlungen und deren Erfolge:

(z.B. Beratungsstelle, Jugendamt, Kinderpsychiater, Psychotherapie, Klinik, **wenn ja wann?**)  
.....

**6. Bezeichnung bzw. bisherige Diagnose** des Problemverhaltens: .....

**7. Behandlungsziele**

Was möchten Sie durch die psychotherapeutische Behandlung verändern?  
.....

Was könnten Sie als Eltern zur Erreichung der Ziele beitragen?  
.....

**Motivation:**

Bitte schätzen sie die Bereitschaft aller Beteiligten für eine psychotherapeutische Behandlung ein:

(Zahl von 0 = keine Bereitschaft bis 100 = sehr große Bereitschaft)

Kind: ..... Mutter: ..... Vater: .....

Wie viel Zeit können Sie sich täglich zusätzlich für therapeutische Übungsaufgaben nehmen?

Kind: ..... Mutter: ..... Vater: .....

Welche **zusätzlichen Informationen** erscheinen Ihnen noch wichtig (z.B. Vorerkrankungen, beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse usw.)? Bitte halten Sie keine wichtigen Informationen zurück, denn der **Erfolg einer Psychotherapie** hängt auch wesentlich davon ab, dass Ihr Therapeut möglichst alle Informationen erhält, die direkt oder indirekt mit dem Problem zusammenhängen könnten. Sie können sicher sein, dass ihre Angaben vertraulich behandelt werden:  
.....  
.....  
.....

**Vielen Dank, dass sie sich die Mühe gemacht haben, diesen Bogen auszufüllen!**