

Therapeutenfragebogen zu KOF - Kinderorientierte Familientherapie

Sehr geehrte*r Kollege*in,

die „Kinderorientierte Familientherapie“ (KOF) findet in Deutschland inzwischen immer mehr Verbreitung. Nach wie vor ist die Datenlage zum Nachweis der Wirksamkeit sehr dürftig. Eine erste Befragung wurde bereits 2017/2018 durchgeführt und soll nun verändert fortgesetzt werden.

In diesem Sinne wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie bereit wären, den beiliegenden Therapeut*innen-Fragebogen auszufüllen, die Eltern zu bitten, den Fragebogen auszufüllen, am einfachsten mit Ihnen zusammen (oder selbständig zu versenden – dann sollten Sie vorher den Code eintragen). Es wäre toll, wenn die Eltern bereit wären, dass Sie mit dem Kind den Kinderfragebogen ausfüllen – natürlich dürfen die Eltern die Ergebnisse erfahren. Schließlich bitte ich Sie, den oder die Fragebogen an die unten stehende Adresse zurückzusenden.

Die Studie erfolgt anonym, daher ist die Nutzung eines CODES vorgesehen.

Ziel dieses Codes ist es, dass einerseits die Anonymität sichergestellt ist, andererseits eine eindeutige Zuordnung der Fälle gewährleistet ist. Hier wären der erste Buchstabe des Vor- und Nachnamen des Kindes günstig, sowie der Name der therapeutischen Alter-Ego-Figur. Bitte verwenden Sie denselben Code für alle Fragebögen, die Sie für ein Kind/eine Familie verwenden.

Der Einsendeschluss der ausgefüllten Bögen ist der 31.10.2021. Die Bitte ist, die Bögen an die folgende Adresse zu senden:

Per Mail (eingescannt) an info@kinderorientierte-familientherapie.de

Per Post (die Unkosten für Gebühren überweise ich Ihnen gerne auf Ihr Konto zurück) an [Bernd Reiners, Neustraße 42, D-52159 Roetgen.](#)

Ideal wäre es, wenn Sie die Bögen noch während des therapeutischen Prozesses an seinem Ende ausfüllen könnten. Es wäre auch ratsam, die Eltern- und Kinderfragebögen im Rahmen einer gemeinsamen Sitzung zu beantworten. Eventuell helfen Sie den Eltern/bzw. dem Kind beim Ausfüllen, oder Sie befragen Ihre Klienten mit Hilfe des Bogens und füllen ihn für sie aus. Das ist zwar weniger anonym, doch müssen Sie ja ohnehin die Bögen einer Familie mit ihrem eigenen Bogen zusammenfügen.

Für weitere Fragen zum Inhalt oder zur Vorgehensweise stehe ich natürlich zur Verfügung.

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Umfrage werden auf der Internetseite www.kinderorientierte-familientherapie.de sowie im Newsletter veröffentlicht.

Ich danke Ihnen herzlichst für Ihre Mitarbeit und Unterstützung! Hochachtungsvoll,



Bernd Reiners,

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderorientierte Familientherapie e.V.

Dipl.-Psychologe, Fachpsychologe für klinische Psychologie (BDP),
Systemischer (Lehr-)therapeut (DGSF), Systemischer Supervisor (DGSF, DGSv),
Kinderorientierter Familientherapeut (DGKOF)

CODE:

DATUM:

a. Problematik, Symptomatik (bitte EIN Hauptsymptom unterstreichen),
Symptome eher bei den Eltern:

- Erziehungsfragen
- verunsicherte Eltern
- Drogen/Alkohol
- psychosomatische Beschwerden
- Streit,
- Sorgerechtsfragen/Erziehungsfähigkeit
- Trennung/Scheidung der Eltern
- Anbahnung von Adoption/Pflegefamilien

Symptome eher beim Kind:

- Unsicher gebundenes Kind
- Autismus
- ADHS,
- selektiver Mutismus
- Trauma,
- Bindungsstörung
- psychosomatische Beschwerden

Bitte eine dieser beiden Symptomgruppen (für das Kind) auswählen:

- ausagierend,
- zurückgezogen,

Symptome eher auf Interaktionsebene

- Eltern verstehen ihr Kind nicht
- Vernachlässigung
- Tempo-Unterschiede zwischen Eltern und Kindern
- Eltern wenden Gewalt an (körperlich, sexuell),
- Vernachlässigung

b. Auftrag (bitte nur einzelne Stichworte)

c. Alter des Kindes, _____ Geschlecht _____

- d. Familienzusammensetzung (Personen, die im Haushalt zusammenleben)

- e. Elternteile, die an den Therapiesitzungen teilgenommen haben

- f. War KOF das einzige Behandlungsangebot Nein Ja

- g. Gab es vorher/nachher andere therapeutische Angebote? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

- h. Hat die Therapeutin das Kind erst im Spiel kennengelernt? Nein Ja

- i. Anzahl Sitzungen insgesamt? _____

- j. Anzahl Eltern-Gespräche vor dem ersten Spiel _____

- k. Anzahl KOF-Kind-Spiel? _____

Anzahl KOF-Eltern-Kind-Spiel? _____

Anzahl-Video-Auswertungen _____

Anzahl Sitzungen KOF insgesamt? _____

- l. Wurde die Behandlung abgebrochen? Nein Ja

- m. Wie schätzen Sie die Spielfähigkeit der Eltern ein?

Bitte geben Sie einen Wert von 1 bis 10 an,

(1 = sehr gering und 10 = sehr gut): _____

Sind zwischen Eltern und Kind gemeinschaftliche Handlungen gelungen?

(1 = sehr wenig 10 = sehr viel/gut): _____

- n. Ihre Interventionen im Spiel waren eher bezogen auf das Kind (1) oder auf die Eltern (10)

- o. Wie erfolgreich hilfreich war die KOF-Therapie nach Ihrer Einschätzung?

Bitte geben Sie einen Wert von 1 bis 10 an,

(1 = kaum und 10 = sehr): _____

| | | Sehr wenig | Wenig | Mittel | Viel | Sehr viel |
|----------|---|------------|-------|--------|------|-----------|
| P | Wie hilfreich war die KOF-Methode für Ihr Verständnis der Problematik? | | | | | |
| Q | Hat das KOF-Spiel Ihnen geholfen, das Kind zu verstehen? | | | | | |
| R | Hat das KOF-Spiel Ihnen geholfen, die Eltern zu verstehen? | | | | | |
| S | War das gemeinsame Auswertungsgespräch mit den Eltern hilfreich im therapeutischen Prozess? | | | | | |

Angaben zum(r) Therapeut(in)

T. Alter: _____

U. Grundausbildung: _____

V. Therapeutische Zusatzausbildung: _____

W. Therapeutische Berufserfahrung in Jahren: _____

X. Erfahrung mit KOF in Jahren: _____

Y. Erfahrung mit KOF in geschätzten Fällen _____

Z. Die beschriebene Therapie wurde in Ko-therapie durchgeführt: Nein Ja

Ä. Einrichtung in der die Therapie durchgeführt wurde. Bitte ankreuzen, bzw. ergänzen:

Ambulante Beratungsstelle;

ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis,

stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie;

teil-stationäre Einrichtung;

private ambulante Praxis;

Heim-Einrichtung;

Kindertagesstätte.

Sonstiges: _____

Ö. Warum haben Sie in diesem Fall KOF als Methode verwendet?

(Mehrfachantworten möglich)

a) Bei der *Symptomatik des Kindes* sprach für die Verwendung insbesondere

- Wegen des Symptoms (wie oben angegeben)
- Besondere Schwere der Symptomatik
- Besondere „Leichtigkeit“ der Symptomatik
- Sonstiges: _____

b) Die *familiären Variablen*, die für KOF sprachen, waren insbesondere

- Das Alter des Kindes
- Spielbereitschaft der Eltern und des Kindes
- Problematik *eines* Kindes beschrieben
- Familie schien sympathisch
- Sonstiges: _____

c) Die *persönlichen Vorlieben* des Therapeuten waren insbesondere

- KOF kann ich besonders gut
- KOF macht mir einfach Spaß
- KOF halte ich für besonders wirksam
- Sonstiges: _____

d) *Sonstige Gründe*, die für KOF sprachen, waren:

Ü. Gibt es etwas, was Sie mir zum Therapieverlauf noch mitteilen möchten?

ß. Gibt es etwas, was Sie mir sonst mitteilen möchten?

Vielen DANK!