

Schmerzfragebogen für Kinder

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Schulart: _____ Klasse: _____

Datum: _____

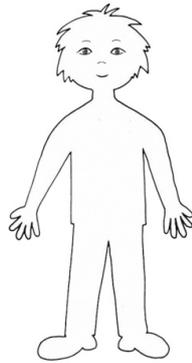
Hallo,

wir wollen uns auf unser erstes Gespräch möglichst gut vorbereiten, um dir dann schon erste Tipps mitzugeben, wie es dir bald wieder besser gehen kann. Deshalb brauchen wir vorab einige Informationen zu dir und deinen Schmerzen.

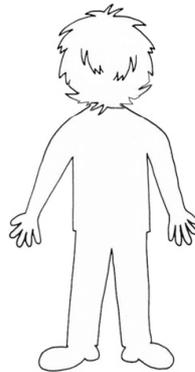
Bitte fülle den Bogen deshalb ganz sorgfältig aus!

Bis zum persönlichen Kennenlernen
viele Grüße,
das SPZ-Team

Bitte kreuze die Stellen an, an denen du Schmerzen hast:
(Körperschema: vorn/ hinten/ seitlich)



Körpervorderseite



Körperrückseite

Wie oft hast du diese Schmerzen in der letzten Zeit gehabt?

- täglich
- mehrmals in der Woche
- ca. einmal in der Woche
- mehrmals im Monat
- ca. einmal im Monat
- seltener

Wie empfindest du deine Schmerzen?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> beengend | <input type="checkbox"/> pochend |
| <input type="checkbox"/> pressend | <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> pulsierend |
| <input type="checkbox"/> pochend | <input type="checkbox"/> stechend | (hier kannst du mehrere Punkte ankreuzen) |

Wie lange dauern die Schmerzen meistens?

Treten deine Schmerzen zu einer bestimmten Tageszeit oder in Zusammenhang mit einer bestimmten Tätigkeit auf? Wenn ja, zu welcher bzw. mit welcher?

Wachst du nachts wegen der Schmerzen auf?

ja

nein

Wie stark waren deine Schmerzen in den letzten 7 Tagen?

Wie stark waren **die stärksten Schmerzen**:

Kreuze die Zahl auf dem Pfeil ein.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein Schmerz

schlimmster
vorstellbarer Schmerz

Wie stark waren **die Schmerzen meistens**?

Kreuze die Zahl auf dem Pfeil ein.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kein Schmerz

schlimmster
vorstellbarer Schmerz

Bist du danach wieder fit oder müde und erschöpft

wieder fit

müde und erschöpft

Welche Beschwerden bestehen bei dir noch, wenn du Schmerzen hast?

- Übelkeit
- Erbrechen
- Appetitlosigkeit
- Lichtempfindlichkeit
- Lärmempfindlichkeit
- Geruchsempfindlichkeit
- Blässe
- Gesichtsrötung
- Temperatur-Misempfindungen (Frösteln, Frieren, Zittern, Schwitzen, Fieber)
- Sehstörungen (Sehstörungen sind oft schwer zu beschreiben. Wenn du magst, kannst du sie unter diese Frage zeichnen)
- Doppelbilder
- Kribbeln (»Ameisenlaufen«), Taubheitsgefühl
- Lähmung (Muskelschwäche)
- Sprachstörung
- Gedächtnis- oder Orientierungsschwierigkeiten
- Schwindel
- Ohrgeräusche

- Hörminderung
 - Gleichgewichtsstörung
 - Bewusstseinsverlust/ Sturz
 - gerötetes Auge, tränendes Auge oder laufende Nase
 - Nasenbluten
 - andere Beschwerden, welche?
-
-

Wie reagierst du auf die Schmerzen?

Hier ist eine Liste von Dingen, die Kinder manchmal tun, wenn sie Schmerzen haben oder ihnen etwas wehtut.

Kreuze bitte jedes Mal an, ob du die beschriebenen Dinge fast nie, manchmal oder häufig machst. Bitte achte darauf, dass du neben jeden Satz nur ein Kreuz machst.

Nr.		fast nie	manchmal	häufig
1.	Ich gehe ins Bett.			
2.	Ich frage nach Medikamenten.			
3.	Ich möchte in den Arm genommen werden.			
4.	Ich suche jemanden, der meine Schmerzen versteht.			
5.	Ich weine oder schreie.			
6.	Ich reibe mir die schmerzende Stelle.			
7.	Ich ermutige, mich tapfer zu sein.			
8.	Meine Mutter, mein Vater, ein Freund oder eine Freundin sitzen bei mir.			
9.	Ich versuche, nicht an den Schmerz zu denken.			
10.	Ich atme tief durch.			
11.	Ich denke an schöne Dinge.			
12.	Ich rede mit jemandem darüber, was ich den Tag über gemacht habe.			
13.	Ich wünsche mir, dass die Schmerzen weggehen.			
14.	Ich hoffe, dass meine Schmerzen nicht schlimmer werden.			
15.	Ich stelle mir in Gedanken vor, wie ich selbst die Schmerzen vertreibe oder verschwinden lasse.			
16.	Ich sage mir selbst, dass es mir bald wieder gut geht.			
17.	Ich lege mich hin.			
18.	Ich sage meiner Mutter oder meinem Vater Bescheid.			
19.	Ich bitte jemanden, bei mir zu bleiben.			

20.	Ich weiß, dass ich um etwas bitten kann, das die Schmerzen verringert.			
21.	Ich bitte jemanden, mir zu erklären, warum ich Schmerzen habe.			
22.	Ich tue etwas Kaltes oder etwas Warmes auf die schmerzende Stelle.			
23.	Ich schlafe, bis die Schmerzen weggehen.			
24.	Ich drücke die Hand einer anderen Person oder etwas anderes.			
25.	Ich bitte jemanden, mir zu erzählen, dass die Schmerzen weggehen und es mir besser gehen wird.			

deutsche Fassung des *Paediatric Pain Coping Inventory* (PPCI-Revised) (Varni et. al 1996)

Bist du wegen der Schmerzen schon einmal von der Schule zu Hause geblieben oder musstest du früher abgeholt werden? Wenn ja, wie oft?

Gibt es einen oder mehrere Auslöser für deine Schmerzen?

Was macht deine Schmerzen besser?

Was macht deine Schmerzen schlimmer?

Was glaubst du, woher deine Schmerzen kommen? Was ist der Grund für deine Schmerzen?

... und nun zum Schluss noch ein paar ganz andere Fragen:
Was war das schönste Ereignis deines Lebens?

... und was war das schlimmste Ereignis deines Lebens?

Vielen Dank!
Bis zum Kennenlernen bei unserem ersten Termin viele Grüße,
das SPZ-Team

Abb. 3: Fragebogen für Kinder/Jugendliche

Schmerzfragebogen für Eltern

Angaben zur Familie		
Name der Mutter:	Geb. Dat. :	Konf.:
Beruf/Berufstätigkeit:	Staatsbürgerschaft:	
Name des Vaters:	Geb. Dat.:	Konf.:
Beruf/Berufstätigkeit:	Staatsbürgerschaft:	
Beziehungsstatus der Eltern: (verheiratet/geschieden/getrennt lebend etc.):		
Sorgeberechtigte/r: (Gibt es Besonderheiten in der Regelung von Sorge- oder Aufenthaltsbestimmungsrecht, Besuchsrecht?)		
Falls Sie über ein geteiltes Sorgerecht verfügen: Ist der andere Sorgeberechtigte mit der Vorstellung Ihres Kindes im SPZ einverstanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Geschwister des Kindes: (leibliche/nicht leibliche)		
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
_____	Geb.: _____	Sorgerecht: _____
Gibt es Besonderheiten/Erkrankungen bei den Geschwistern des Kindes? (Besonderheiten in Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenenzeit, chronische Erkrankungen, Allergien etc.)		
Besonderheiten in der familiären Konstellation/Situation: (z. B. »Patchwork«-Familie/Adoptionsfamilie/Pflegefamilie etc.)		
Wann haben die Schmerzen Ihres Kindes begonnen?		
Traten zu Beginn der Schmerzen größere oder besondere Veränderungen in Ihrem oder dem Leben Ihres Kindes auf? Wenn ja, welche?		
Was macht Ihr Kind, wenn es Schmerzen hat?		

Welche Veränderungen haben sich durch die Schmerzen für Ihr Kind/das Familienleben ergeben?

Was haben Sie bis jetzt gegen die Schmerzen unternommen (Medikamente/Ärzte andere Therapeuten/Sonstiges ...); wann hat dies jeweils stattgefunden?

Wie würde sich das Leben Ihres Kindes/das Familienleben verändern, wenn die Schmerzen verschwänden?

Bitte schildern Sie einen typischen Tagesablauf Ihres Kindes.

Leiden Sie oder ein anderes Familienmitglied unter Schmerzen?

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Zeckenbiss? Wenn ja, wann?

ja _____ nein

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Kopfverletzung, Gehirnerschütterung o. Ä., wenn ja, wann?

Ja, welche _____ wann: _____ nein

Hat Ihr Kind außer den Schmerzen und den möglichen Begleitscheinungen noch andere Beschwerden (z. B. unerklärliche Müdigkeit, Konzentrationsprobleme, Erbrechen, wenn es noch nichts gegessen hat, Doppelbilder ...)?

(teilweise aus dem Deutschen Schmerzfragebogen für Kinder und Jugendliche)

Besondere Eigenschaften und besondere Stärken Ihres Kindes

Gibt es weitere Anmerkungen Ihrerseits?

Wie reagieren Sie auf die Schmerzen?

Wir interessieren uns für die Gedanken und Gefühle, die Sie haben, wenn Ihr Kind Schmerzen hat.

Unten sind 13 Sätze aufgeführt, die verschiedene Gedanken und Gefühle beschreiben. Bitte kreuzen Sie hinter jedem Satz die Zahl/Formulierung an, die am besten zum Ausdruck bringt, wie stark Sie den jeweiligen Gedanken denken, wenn Ihr Kind Schmerzen hat.

o = Überhaupt nicht 1 = ein bisschen 2 = mittelmäßig 3 = stark 4 = extrem						
Nr.	Sätze	o	1	2	3	4
1.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, mache ich mir die ganze Zeit Sorgen darüber, ob die Schmerzen aufhören werden.					
2.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, habe ich das Gefühl, dass ich das nicht lange durchhalte.					
3.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, ist das schrecklich, und ich denke, dass es nie besser wird.					
4.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, ist das furchtbar, und ich fühle mich dadurch überwältigt.					
5.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, halte ich es nicht mehr aus.					
6.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, bekomme ich Angst, dass die Schmerzen schlimmer werden.					
7.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, muss ich ständig an andere schmerzhaftere Ereignisse denken.					
8.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, will ich, dass die Schmerzen weggehen.					
9.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, geht mir das nicht mehr aus dem Kopf.					
10.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, denke ich ständig daran, wie sehr es leidet.					
11.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, denke ich ständig daran, wie sehr ich mir wünsche, dass die Schmerzen aufhören.					
12.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, kann ich nichts machen, damit die Schmerzen aufhören.					
13.	Wenn mein Kind Schmerzen hat, frage ich mich, ob etwas Ernstes passieren könnte.					

(Deutsche Fassung der PCS-P [Hechler et al. 2010])

Herzlichen Dank für Ihre Mühe! Bis zum Kennenlernen bei unserem ersten Termin.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr SPZ-Team

Abb. 4: Fragebogen für Eltern

Erstgespräch/Schmerzanamnese

Name des Kindes:

Alter:

Schultyp/Klasse:

Geschwister:

Wohnsituation

Trennung? Scheidung?

Patchwork?

familiäre Belastungen?

Arbeitssituation der Eltern:

medizinische Diagnose:

Anliegen/Anlass für psychologisches Gespräch:

KIND:

Kannst du dich erinnern, wann du das erste Mal Schmerzen hattest?

Auslöser/möglicher Zusammenhang mit Trauma?

Wie oft kommen die Schmerzen vor?

Wann beginnen die Schmerzen meistens?

Wie lange dauern sie meistens?

Wie stark sind deine Schmerzen meistens? 1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Hast du noch andere Beschwerden zusammen mit den Schmerzen?

(bei Migräne: Aura?)

Schmerzverhalten:

Was tust du, wenn du Schmerzen hast?

Schulfehltag?

Welche Gefühle und Gedanken hast du in Zusammenhang mit den Schmerzen?

Wie reagieren Familienmitglieder/Freunde auf die Schmerzen?

Wen belasten die Schmerzen am meisten?

Ausnahmen: Was hast du selbst schon unternommen?

Wann waren die Schmerzen besser/ganz weg? Woran könnte das gelegen haben

Kausalattribution:

Was glaubst du, welchen Grund die Schmerzen haben? Woher kommen sie?

→ Wie könnte man sie behandeln?

Allgemein:

Was machst du gern in deiner Freizeit?

Was sind deine Stärken, was kannst du gut?

Wann fühlst du dich so richtig gut und wohl?

Typischer Tagesablauf

Schulische Situation

Freunde?

Lehrer?

Noten/ Leistungsdruck?

ELTERN:

Spontane Ergänzung von Mutter/Vater:

Was haben Sie bisher gegen die Schmerzen unternommen?

Gab es früher schon einmal gesundheitliche Probleme bei Ihrem Kind?

Hat es chronische Erkrankungen?

Was glauben Sie, welchen Grund die Schmerzen haben? Woher kommen Sie?

Was belastet Sie am meisten an den Schmerzen Ihres Kindes?

Hatten oder haben andere Familienmitglieder häufiger Schmerzen?

Wie gehen Sie damit um?

Haben wir noch etwas Wichtiges vergessen, was Sie uns mitteilen wollen?

Notizen/Beobachtungen (v. a. auch bezüglich Eltern-Kind-Interaktion)

→ Beratung: das Schmerztor

→ Beratung Migränedisposition

→ Therapeutisches Angebot:

Abb. 5: Der Gesprächsleitfaden zum Erstgespräch