

Child Adjustment and Parent Efficacy Scale (CAPES)

Bitte lesen Sie sich alle Aussagen sorgfältig durch und beurteilen Sie, wie stark **sie in den letzten vier (4) Wochen** auf Ihr Kind (Alter 2 – 12 Jahre) zugetroffen haben. Kreuzen Sie dafür jeweils die passende Antwortmöglichkeit (0, 1, 2 oder 3) an. Notieren Sie anschließend neben jeder Aussage die Zahl, die am besten beschreibt, wie zuversichtlich Sie sind, dass Sie erfolgreich auf das Verhalten Ihres Kindes reagieren können (auch wenn es eine Verhaltensweise ist, die nur selten auftritt oder Sie überhaupt nicht betrifft).

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie spontan und überlegen Sie nicht zu lange.

Beispiel:

Mein Kind:

Regt sich auf oder wird wütend, wenn es seinen Willen nicht bekommt.

0 1 2 3 |

0. Trifft überhaupt nicht/ nie auf mein Kind zu
1. Trifft etwas/ manchmal auf mein Kind zu
2. Trifft deutlich/ oft auf mein Kind zu
3. Trifft sehr stark/ die meiste Zeit auf mein Kind zu

Mein Kind:	Intensität				Beurteilen Sie Ihre Zuversicht von 1 (Sicher, dass ich das nicht schaffe) bis 10 (Sicher, dass ich das schaffe)
	Trifft überhaupt nicht/ nie auf mein Kind zu	Trifft etwas/ manchmal auf mein Kind zu	Trifft deutlich/ oft auf mein Kind zu	Trifft sehr stark/ die meiste Zeit auf mein Kind zu	
1. Regt sich auf oder wird wütend, wenn es seinen Willen nicht bekommt.	0	1	2	3	<input type="text"/>
2. Verweigert Aufgaben im Haushalt, wenn darum gebeten wird.	0	1	2	3	<input type="text"/>
3. Ist besorgt.	0	1	2	3	<input type="text"/>
4. Hat Wutanfälle.	0	1	2	3	<input type="text"/>
5. Benimmt sich bei den Mahlzeiten daneben	0	1	2	3	<input type="text"/>
6. Streitet oder schlägt sich mit anderen Kinder, seinen Brüdern oder Schwestern	0	1	2	3	<input type="text"/>
7. Verweigert das Essen, was man zubereitet hat.	0	1	2	3	<input type="text"/>
8. Braucht zu lange um sich anzuziehen	0	1	2	3	<input type="text"/>

9. Tut mir oder anderen weh (z.B. Schlagen, Schubsen, Kratzen, Beißen).	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
10. Unterbricht mich, wenn ich mit anderen Personen spreche.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
11. Scheint ängstlich zu sein und sich zu fürchten.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
12. Benimmt sich schlecht in der Schule	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
13. Hat Schwierigkeiten, sich ohne die Aufmerksamkeit von Erwachsenen zu vergnügen.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
14. Schreit, ruft oder kreischt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
15. Jammert und klagt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
16. Verhält sich aufsässig, wenn man es um etwas bittet	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
17. Weint mehr als andere Kinder seines Alters	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
18. Antwortet mir unverschämt	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
19. Macht einen unglücklichen oder traurigen Eindruck.	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
20. Hat Schwierigkeiten Aufgaben und Aktivitäten selbst zu organisieren	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

Mein Kind:	Intensität			
	Trifft überhaupt nicht/ nie auf mein Kind zu	Trifft etwas/ manchmal auf mein Kind zu	Trifft deutlich/ oft auf mein Kind zu	Trifft sehr stark/ die meiste Zeit auf mein Kind zu
21. Folgt Regeln und hält Grenzen ein.	0	1	2	3
22. Versteht sich gut mit den Familienmitgliedern.	0	1	2	3
23. Ist freundlich und hilfsbereit anderen Personen gegenüber.	0	1	2	3
24. Kann sich ohne die ständige Aufmerksamkeit eines Erwachsenen beschäftigen.	0	1	2	3
25. Kooperiert, wenn es Zeit ist ins Bett zu gehen.	0	1	2	3
26. Scheint mit sich zufrieden zu sein.	0	1	2	3
27. Versteht sich gut mit anderen Kindern.	0	1	2	3
28. Spricht angemessen über seine Meinungen, Ideen und Bedürfnisse.	0	1	2	3

29. Kann altersgerechte Aufgaben alleine bearbeiten.	0	1	2	3
30. Tut was Erwachsene ihm sagen.	0	1	2	3

Citation:

Morawska, A., & Sanders, M. R. (2010). *The Child Adjustment and Parent Efficacy Scale (CAPES)*. Brisbane: Parenting and Family Support Centre.