leibniz-psychology.org

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M9:

SIVA: 0-6
Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021)

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021). SIVA: 0-6. Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter [Verfahrensdokumentation, Interviewleitfaden mit den Modulen 0-16, Handbuch, Zuordnung Module und Interview und Diagnoseblatt]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
https://doi.org/10.23668/psycharchives.5134

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:
https://www.testarchiv.eu/de/test/9007915

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.
Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0 zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des *Rückmeldeformulars* die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).
By using this test, I agree to abide by the terms of the Creative Commons License CC BY-SA 4.0. After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the *feedback form*.

Name: _____ Untersuchungsdatum: _____

Einsatz im Altersbereich 2;1 bis 6;11 Jahre. Modul M9 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5:	Überaktivitätsstörung des Kleinkindalters, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ICD-10:	Hyperkinetische Störung (F90)
DSM-5/RDC-PA:	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zur Lebendigkeit Ihres Kindes stellen.

1. Eingangsfragen

		Ja	Nein	Häufigkeit
1.1	*Ist Ihr Kind häufig viel unruhiger als die meisten Kinder in seinem Alter? Zappelt es ständig herum? Kann es nicht einmal wenige Minuten stillsitzen?*	O	O	___ *pro Woche*
1.2	*Ist Ihr Kind häufig unaufmerksam UND leicht abgelenkt? Hört es z.B. oft nicht zu, wenn Sie mit ihm reden oder spielt es selten für einen längeren Zeitraum mit etwas?*	O	O	___ *pro Woche*
1.3	*Handelt Ihr Kind häufig, ohne zu denken ODER platzt es (impulsiv) mit Antworten heraus?*	O	O	___ *pro Woche*
1.4	*Ist dieses Verhalten aus Ihrer Sicht deutlich stärker ausgeprägt als bei den meisten anderen Kindern im Alter Ihres Kindes?*	O	O	___ *pro Woche*

☛ **Falls <u>alle</u> Eingangsfragen mit „Nein" beantwortet wurden oder seltener als 1x pro Woche auftreten, weiter zum nächsten Störungsbereich.**

2. Symptome des Kindes

*Nun möchte ich Ihnen noch einige Fragen zum **Konzentrationsvermögen** Ihres Kindes stellen. Bitte vergleichen Sie, ob die Konzentrationsfähigkeit deutlich von der, anderer Kinder im gleichen Alter abweicht.*

Konzentration

		Ja	Nein	Häufigkeit
2.1	*Beachtet Ihr Kind häufig Details nicht UND macht es Fehler, weil es unaufmerksam ist, z.B. beim Puzzeln?*	O	O	___ *pro Woche*
2.2	*Hat Ihr Kind Mühe bei Alltagsaktivitäten ODER beim Spiel aufmerksam zu bleiben?*	O	O	___ *pro Woche*
2.3	*Beendet Ihr Kind häufig nicht seine Aufgaben oder Anweisungen, die es erhalten hat?*	O	O	___ *pro Woche*
2.4	*Hört Ihr Kind manchmal scheinbar nicht zu, wenn Sie mit ihm/ihr sprechen?*	O	O	___ *pro Woche*
2.5	*Kann Ihr Kind häufig Ihren Erklärungen ODER Aufträgen nicht folgen - nicht, weil es Ihren Anweisungen nicht folgen will ODER weil es sie nicht verstanden hat, sondern weil es ‚den Faden' verliert UND leicht abgelenkt ist?*	O	O	___ *pro Woche*
2.6	*Fällt es Ihrem Kind schwer eine Aufgabe zu planen oder organisieren?*	O	O	___ *pro Woche*
2.7	*Hat Ihr Kind Mühe, eine Aufgabe mit Hilfe einer Anleitung auszuführen, wie zum Beispiel eine Figur aus Lego zu bauen und beendet es sie deshalb nicht?*	O	O	___ *pro Woche*
2.8	*Versucht Ihr Kind Aufgaben, die eine große Konzentrationsfähigkeit erfordern, zu vermeiden (z.B. will es nicht, dass man ihm vorliest)?*	O	O	___ *pro Woche*
2.9	*Verliert Ihr Kind häufig wichtige Sachen, wie zum Beispiel Schuhe, Stifte oder Spielzeug?*	O	O	___ *pro Woche*
2.10	*Ist Ihr Kind sehr schnell abgelenkt, beispielsweise durch Geräusche, andere Menschen oder Dinge?*	O	O	___ *pro Woche*
2.11	*Ist Ihr Kind im Alltag vergesslich? Vergisst es beispielsweise, was es gerade tun wollte?*	O	O	___ *pro Woche*
2.12	*Hat Ihr Kind Schwierigkeiten altersgemäße aufeinander aufbauende Aufgaben auszuführen (z.B. Anziehen)?*	O	O	___ *pro Woche*

*Nun möchte ich Ihnen noch einige Fragen zum **Aktivitätsniveau** Ihres Kindes stellen*

Hyperaktivität

		Ja	Nein	Häufigkeit
2.13	*Ist Ihr Kind ständig in Bewegung, zappelt es beispielsweise ständig mit den Händen und Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum (auch bei kurzer Sitzdauer)?*	O	O	___ *pro Woche*
2.14	*Läuft und klettert es ständig herum? Klettert es auf Möbel oder andere nicht dafür vorgesehene Gegenstände?*	O	O	___ *pro Woche*
2.15	*Ist Ihr Kind ständig ‚auf Achse' oder wie ‚getrieben'?*	O	O	___ *pro Woche*
2.16	*Verlässt Ihr Kind häufig seinen Platz, in Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird, z.B. bei Mahlzeiten oder im Stuhlkreis im Kindergarten?*	O	O	___ *pro Woche*
2.17	*Ist Ihr Kind häufig unnötig laut beim Spielen UND hat es Schwierigkeiten leise zu spielen?*	O	O	___ *pro Woche*
2.18	*Ist Ihr Kind auch dann übermässig aktiv, zappelig und unruhig, wenn Sie oder andere Menschen eingreifen und versuchen, es durch Regeln und Vorschriften zu beruhigen?*	O	O	___ *pro Woche*

Impulsivität

		Ja	Nein	Häufigkeit
2.19	*Platzt Ihr Kind häufig mit seiner Antwort heraus, bevor die Frage fertig gestellt wurde?*	O	O	*___ pro Woche*
2.20	*Hat Ihr Kind häufig Schwierigkeiten abzuwarten, bis es an der Reihe ist, z.B. beim Spielen oder bei Gruppenaktivitäten im Kindergarten?*	O	O	*___ pro Woche*
2.21	*Unterbricht oder stört Ihr Kind häufig andere, z.B. indem es sich ins Gespräch oder Spiel anderer einmischt?*	O	O	*___ pro Woche*
2.22	*Redet Ihr Kind häufig sehr viel, auch wenn es in bestimmten sozialen Situationen unangemessen ist?*	O	O	*___ pro Woche*

3. Beginn

3.1 *Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf?* *Monat: _____ Jahr: _____*

Alter des Kindes bei Symptombeginn*:* **Jahre: _____Monate: _____**

		Ja	Nein
3.2	Dauer der Symptome:		
	Seit mindestens 6 Monaten	O	O
3.3	*Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet (z.B. eine Erkrankung), als die Symptome begonnen haben?*	O	O
	Bitte genauer beschreiben: _____		

4. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?	Ja	Nein
4.1 Zu Hause?	O	O
4.2 Im Kindergarten/in der KiTa?	O	O
4.3 In anderen Lebensbereichen?	O	O

Bitte genauer beschreiben: _____

5. Beeinträchtigung/Stresslevel

* *HINWEIS:* Bei den nun folgenden Items 5.1 bis 5.5 wird ein Rating für das Ausmaß des Leidensdrucks bzw. der Beeinträchtigung vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:
0 = keine Beeinträchtigung/Symptome stören nicht/kein emotionaler Stress
1 = leichte Beeinträchtigung/Symptome stören kaum/leichter emotionaler Stress
2 = deutliche Beeinträchtigung/Symptome stören stark/deutlicher emotionaler Stress
3 = sehr starke Beeinträchtigung/Symptome stören sehr stark/extremer emotionaler Stress

5.1 Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3) ⓪ ① ② ③

5.2 Sind durch die oben genannten Symptome die Beziehungen Ihres Kindes zu anderen Menschen (Kindern und Erwachsenen, Fremde und Bekannte) beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③

5.3 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③

5.4 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③

5.5 Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③

6. Änderungsmotivation	Ja	Nein
6.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?	O	O
6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?	O	O