

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M2:

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.5172>

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 0;3-1;0 Jahre. Modul M2 besteht aus vier Teilen und dient der Diagnostik von
 DC: 0-5: Exzessive Schreistörung, Andere Schlaf-, Ess- und Schreistörungen der frühen Kindheit
 ICD-10: - (keine Diagnostik nach ICD-10 in diesem Modul)
 DSM-5: - (keine Diagnostik nach DSM-5 in diesem Modul)

Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zum Schreiverhalten Ihres Kindes stellen. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten immer auf die letzten 3 Wochen.

1. Eingangsfragen

	Ja	Nein	Häufigkeit
1.1 Schreit Ihr Kind häufig ohne erkennbaren Grund mehr als 3 Stunden an einem Tag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1.2 Falls ja, kommt dies an mindestens 3 oder mehr Tagen pro Woche vor? Wie viele Tage pro Woche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.3 Bestehen diese Symptome seit mindestens 3 Wochen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

☛ Falls alle 3 Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, weiter zum nächsten Störungsbereich.

2. Symptome des Kindes

Nun möchte ich Ihnen noch einige weitere Fragen zum Schreiverhalten Ihres Kindes stellen.

- 2.1 Wie viele Stunden schreit Ihr Kind ungefähr täglich (über 24 Stunden hinweg)? _____ h/Tag
 ACHTUNG: Wenn hier weniger als 3 Stunden angegeben wird, noch einmal nachfragen, da möglicherweise Widerspruch zu Item 1.1!
 Falls bei Nachfragen Dauer unter 3 Stunden angegeben wird, Bewertung bei Frage 1.1 auf „Nein“ ändern.
- 2.2 Wie lange dauert eine „typische“ Schreiphase bei Ihrem Kind? _____ min

Wenn Ihr Kind schreit ...

	Ja	Nein	In den letzten 3 Wochen?
2.3 ...schreit es vermehrt zwischen 16:00 und 23:00 Uhr?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 ...schreit es vermehrt zwischen 23:00 und 06:00 Uhr?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 ...bekommt es einen roten Kopf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 ...verkrampft es bzw. krümmt sich als hätte es Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 ...bekommt es kaum Luft bzw. läuft „blau“ an?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 ...tritt das immer nach einer Mahlzeit auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Beziehung

	Ja	Nein
3.1 Braucht Ihr Kind ständigen Körperkontakt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 Können Sie Ihr Kind für kurze Zeit (z.B. 5 min) ablegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Fällt es Ihnen leicht, den Grund für das Schreien Ihres Kindes zu benennen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 Wie lange warten Sie für gewöhnlich, bis Sie Ihr Kind aufnehmen und beruhigen?	_____ Minuten	
3.5 Haben Sie jemals versucht, Ihr Kind schreien zu lassen, bis es von allein aufhört?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6 Fällt es Ihnen schwer, Ihre Wut oder Anspannung zu kontrollieren? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7 Manchmal kommen Eltern an die Grenze ihrer Kräfte und verlieren die Nerven. Ist Ihnen so etwas schon einmal passiert? Haben Sie Ihr Kind schon einmal sehr fest gehalten, geschüttelt oder unsanft abgelegt/fallen lassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.8 Welche Strategien nutzen Sie, um Ihr Kind zu beruhigen? Wie hilfreich sind diese?

	Strategie wird benutzt		Wie hilfreich ist Strategie?		
	Ja	Nein	gar nicht/kaum	mäßig	sehr
3.8.1 Herumtragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.2 Singen/Sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.3 Stillen/Flasche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.4 Mit ihm spielen/etwas zeigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.5 Tragetuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.6 Pucken/Einwickeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.7 Im Kinderwagen herumfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.8 Autofahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.9 Föhn/Staubsauger oder Ähnliches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.8.10	Wippe/Schaukel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.11	Gymnastikball	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8.12	Etwas anderes, nämlich _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Beginn der Störung

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

4.2 Dauer der Symptome:
Seit mindestens 3 Wochen **Ja** **Nein**
☐ ☐

ACHTUNG: Wenn hier „Nein“ angegeben wird, nachfragen (da evtl. Widerspruch zu Item 1.3)! Falls auch bei Nachfragen „Dauer: Seit mindestens 3 Wochen“ verneint wird, Bewertung bei Frage 1.3 auf „Nein“ ändern.

4.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben (z.B. eine Erkrankung) Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? ☐ ☐

Bitte genauer beschreiben: _____

5. Stärke der Symptome

	weniger stark	genauso stark	deutlich stärker
5.1. Wie stark sind die Symptome bei Ihrem Kind im Vergleich zu anderen Kindern ausgeprägt? Bitte genauer beschreiben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Beeinträchtigung/Stresslevel

* HINWEIS: Bei den nun folgenden Items 6.1 bis 6.5 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

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

6.2 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

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

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

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

7. Änderungsmotivation

Ja **Nein**

7.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war? ☐ ☐

7.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern? ☐ ☐