

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M14:

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 1;0-3;0 Jahre. Modul 14 Kurzversion dient der Diagnostik von:

DC: 0-5: Störung mit Inhibition gegenüber Neuem
 ICD-10: Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)
 DSM-5/RDC-PA: Spezifische Phobie

Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zu spezifischen Ängsten Ihres Kindes stellen.

☞ Die folgenden Fragen sollten nur dann mit „Ja“ beantwortet werden, muss das Kind bei jeder Konfrontation mit dem Stimulus sehr starke Angst verspürt. Wenn es bislang nur eine oder zwei solcher Situationen gab, müssen die Eltern beurteilen, ob das Kind bei einer weiteren Konfrontation auch sehr verängstigt reagieren würde.

☞ Wenn das Kind in den letzten vier Wochen dem angstauslösenden Stimulus nicht ausgesetzt war, die Eltern aber merken, dass das Kind bei einer Konfrontation immer noch große Angst hätte, kann die Frage trotzdem mit „Ja“ beantwortet werden.

1. Eingangsfragen

	Ja	Nein	Häufigkeit
1.1 Hat Ihr Kind starke Angst vor bestimmten (neuen) Dingen, Objekten oder Situationen (z.B. Wasser, Tieren, lauten Geräuschen etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.2 Falls ja: Sind diese Ängste aus Ihrer Sicht stärker ausgeprägt als bei den meisten anderen Kindern im gleichen Alter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche

☞ Falls alle Eingangsfragen mit „Nein“ beantwortet wurden oder seltener als 1x pro Woche auftreten, weiter zum nächsten Modul.

2. Symptome des Kindes

Ich werde Ihnen nun eine Liste mit Situationen/Dingen vorlesen, vor denen Menschen Angst haben können. Bitte berichten Sie, ob Ihr Kind starke Angst vor den nachfolgenden Objekten oder Situationen hat, ob es das Objekt oder die Situation versucht zu meiden und wie stark ausgeprägt die Angst und Vermeidung vor dem Objekt bzw. in der Situation ist. Orientieren Sie sich dabei, ob die Angst altersangemessen ist oder ob Ihr Kind sich vor diesen Dingen stärker fürchtet als andere gleichaltrige Kinder.

Die Werte gehen von «keine Angst/Vermeidung» bis «sehr starke Angst/Vermeidung».

* **HINWEIS:** Bei den nun folgenden Items 2.1 bis 2.14 wird ein Rating „Ausmaß der Angst“ und „Ausmaß der Vermeidung“ vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:

0 = keine Angst, keine Vermeidung

1 = etwas Angst/manchmal Vermeidung,

2 = starke Angst/starke Vermeidung,

3 = sehr starke Angst/sehr starke Vermeidung.

	Ja	Nein	Ausmaß der Angst*	Ausmaß der Vermeidung*
			0 1 2 3	0 1 2 3
2.1 Tiere, z.B. Hunde, Ratten, Insekten, Spinnen, Schlangen, Vögel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.2 Monster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.3 Dunkelheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.4 Gewitter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5 Injektionen oder Nadeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.6 Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.7 Verletzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.8 Blut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.9 Verkleidete Menschen z.B. Clown, Weihnachtsmann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.10 Höhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.11 Brücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.12 Aufzug/Lift, kleine Räume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.13 Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.14 Etwas anderes, das noch nicht erwähnt wurde: Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3

Wie zeigt sich die Angst bei Ihrem Kind?		Ja	Nein
2.15	Klammern an die Bezugsperson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.16	Erstarren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.17	Wutanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.18	Weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.19	Rückzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.20	Vermeidet Augenkontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.21	Hört auf zu sprechen/vokalisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.22	Sucht die Nähe zu Eltern/Bezugsperson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte genauer beschreiben: _____

2.23 Entwickelte sich die Angst vor (...) von einer anfangs kindlichen, alterstypischen und verständlichen Angst zu einer übermäßigen und unverständlichen Angst? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte genauer beschreiben: _____

2.24 Wenn Ihr Kind mit (...) konfrontiert wird, erträgt es (...) nur unter sehr starker Angst? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte genauer beschreiben: _____

3. Beginn

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

Alter des Kindes bei Symptombeginn: Jahre: _____ Monate: _____

3.2 Dauer der Symptome: ☐ Ja ☐ Nein

Seit mindestens 1 Monat ☐ Ja ☐ Nein

Seit mindestens 6 Monaten ☐ Ja ☐ Nein

3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte genauer beschreiben: _____

4. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes? ☐ Ja ☐ Nein

4.1 Zu Hause? ☐ Ja ☐ Nein

4.2 Im Kindergarten/in der KiTa? ☐ Ja ☐ Nein

4.3 In anderen Lebensbereichen? ☐ Ja ☐ Nein

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

6.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war? ☐ Ja ☐ Nein

6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern? ☐ Ja ☐ Nein