

## 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.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 <u>Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0</u> zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des <u>Rückmeldeformulars</u> 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 <u>Creative Commons License CC BY-SA 4.0</u>. 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.

	UL M2: SCHREIVERHALIEN				•	SI V A: U-0
Name:	Untersuchungsdatum:					
DC ICI	satz im Altersbereich 0;3-1;0 Jahre. Modul M2 besteht aus vier Teilen und dient 0-5: Exzessive Schreistörung, Andere Schlaf-, Ess- und Schreistörun 0-10: - (keine Diagnostik nach ICD-10 in diesem Modul) M-5: - (keine Diagnostik nach DSM-5 in diesem Modul)				dheit	
Nun m Woche	chte ich Ihnen gerne einige Fragen zum Schreiverhalten Ihres Kindes stellen. Bitte be 1.	ziehen S	Sie Ihre A	ntwo	orten immer	auf die letzten
1. Eir	gangsfragen					
				Ja	Nein H	läufigkeit
1.1 1.2 1.3	Schreit Ihr Kind häufig ohne erkennbaren Grund mehr als 3 Stunden an einem Tag? Falls ja, kommt dies an mindestens 3 oder mehr Tagen pro Woche vor? Wie viele Tag Bestehen diese Symptome seit mindestens 3 Wochen? salle 3 Fragen mit "Nein" beantwortet wurden, weiter zum nächsten Störungsbe	•	Voche?	0 0 0	0 0 0	pro Woche
		reicii.				
2. Syı	nptome des Kindes					
Nun m	ichte 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)? ACHTUNG: Wenn hier weniger als 3 Stunden angegeben wird, noch einmal nachfragen, da möglichweise Widerspruch zu Item 1.1!					h/Tag
2.2	Falls bei Nachfragen Dauer unter 3 Stunden angegeben wird, Bewertung bei Frage I Wie lange dauert eine "typische" Schreiphase bei Ihrem Kind?	.1 auj ,	"nein a	naeri	n. _	min
Weni	Ihr Kind schreit	Ja	Nein	Ir	ı den letztei Wochen?	n 3
2.3	schreit es vermehrt zwischen 16:00 und 23:00 Uhr?	O	О		O	
2.4	schreit es vermehrt zwischen 23:00 und 06:00 Uhr?	O	O		O	
2.5	bekommt es einen roten Kopf?	O	O		O	
2.6	verkrampft es bzw. krümmt sich als hätte es Schmerzen?	O	O		0	
2.7 2.8	bekommt es kaum Luft bzw. läuft "blau" an? tritt das immer nach einer Mahlzeit auf?	O O	0 0		0 0	
	<u>-</u>					
э. вег	iehung	Ja	Nei	n		
3.1	Braucht Ihr Kind ständigen Körperkontakt?	O	О			
3.2	Können Sie Ihr Kind für kurze Zeit (z.B. 5 min) ablegen?	Ö	o			
3.3	Fällt es Ihnen leicht, den Grund für das Schreien Ihres Kindes zu benennen? Bitte genauer beschreiben:	Ö	Ö			
3.4	Wie lange warten Sie für gewöhnlich, bis Sie Ihr Kind aufnehmen und beruhigen?		Minuter	1		
3.5	Haben Sie jemals versucht, Ihr Kind schreien zu lassen, bis es von allein aufhört?	O	О О			
3.6	Fällt es Ihnen schwer, Ihre Wut oder Anspannung zu kontrollieren? Bitte genauer beschreiben:	О	О			
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?	О	0			

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

3.8.10	Wippe/Schaukel	O	О		О	О	)	О
3.8.11	Gymnastikball	O	0 0 0		O	O	)	C
3.8.12	Etwas anderes, nämlich	_ 0	O		О	О	)	О
4. Begi	nn der Störung Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten N	Mal auf?		Mon	at: Jahr			
7.1	wann traien die oben genannten symptome zum ersien i	viai auj:		Wion	aısanı	•	_	
4.2	Dauer der Symptome:			Ja	Nein			
	Seit mindestens 3 Wochen			О	О			
	ACHTUNG: Wenn hier "Nein" angegeben wird, nachfrag 1.3)! Falls auch bei Nachfragen "Dauer: Seit mindesten Bewertung bei Frage 1.3 auf "Nein" ändern.		•					
4.3	Hat sich etwas Spezielles im Leben (z.B. eine Erkrankun	g) Ihres Kindes ere	ignet als die	O	O			
	Symptome begonnen haben?							
	Bitte genauer beschreiben:							
5. Stär	ke der Symptome							
			weni; star		genauso stark		utlich irker	
5.1. Wi	e stark sind die Symptome bei Ihrem Kind im Vergleich zu a	nderen Kindern	0		0		0	
ausgep	rägt? Bitte genauer beschreiben:							
6 Recin	trächtigung/Stresslevel							
	WEIS: Bei den nun folgenden Items 6.1 bis 6.5 wird ein Rati	no fiir das Ausmaß	des Leidensdruc	ks hzw	der Beeinträch	tionno	r	
vorgen	ommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden di	ie <u>Beschreibungen</u> o					,	
	ne Beeinträchtigung/Symptome stören nicht/kein emotionale chte Beeinträchtigung/Symptome stören kaum/leichter emoti							
2 = dev	ntliche Beeinträchtigung/Symptome stören stark/deutlicher e	motionaler Stress						
3 = seh	ur starke Beeinträchtigung/Symptome stören sehr stark/extren	mer emotionaler Str	ess					
6.1 Lei	det Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3)				(0	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)					d ©	0 0	2 3	
	rden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder F	Routinen Ihres Kind	es beeinträchtig	t? (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 0 0		
0.5 WE	raen aarch die ooen genannen Sympiome Entwicklungsjorts	schritte inres Kinae	s veeimrachiigi:	(0-3)	•	<i>,</i> • •		
7. Änder	rungsmotivation							
					J	à	Nei	n
7.1 Nel	hmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?	)			C	)	О	
7.2 Sol	lte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?				C	)	О	