

www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

### Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M1:

#### **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 0;6-5;11 Jahre. Modul 1 dient der Diagnostik von:**

DC: 0-5: Sensorische Überreaktivitätsstörung; Sensorische Unterreaktivitätsstörung

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 zur Reaktion Ihres Kindes auf verschiedene Reize stellen. Bitte betrachten Sie dabei sein Verhalten im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern und beziehen Sie Ihre Antworten **immer auf die letzten 3 Wochen**.

**1. Eingangsfragen**

	Ja	Nein	Häufigkeit
1.1 Reagiert Ihr Kind übermäßig stark auf Reize?	O	O	_____ pro Woche
Bitte Art des Reizens hier ankreuzen:			
<i>O taktil (Berührungen von Menschen oder Objekten)</i>			
<i>O auditiv (spezielle Geräusche oder Dezibelstärke aller Geräusche: z.B. ein spezifischer alltäglicher Reiz, wie Rührgerät, Toilette oder Staubsauger)</i>			
<i>O olfaktorisch (Gerüche)</i>			
<i>O vestibulär (Bewegungen im Raum)</i>			
<i>O gustatorisch (zum Beispiel gewürzte, milde weiche, oder zähe Speisen)</i>			
<i>O visuell (z.B. helle Lichter, bewegte Farben)</i>			
<i>O propriozeptiv (kann Kräfte nicht angemessen einschätzen: z.B. schiebt zu heftig ohne böse Absicht, radiert durch das Papier hindurch)</i>			
<i>O enterozeptiv (Sensationen der inneren Organe: z.B. häufige Bauchschmerzen)</i>			
1.2 Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufiger Anzeichen eines gestörten physiologischen Gleichgewichts (z.B. unregelmäßiges Atmen, Erschrecken, Schluckauf, Würgen)?	O	O	_____ pro Woche
Bitte genauer beschreiben: _____			

☛ Falls die Fragen 1.1. und/oder 1.2. mit „Ja“ beantwortet wurde, bei 2.1. beginnen.

1.3 Reagiert Ihr Kind unterdurchschnittlich wenig auf Reize (taktil, visuell, auditiv, vestibulär, olfaktorisch, gustatorisch, propriozeptiv, interozeptiv) in seiner Umwelt? Zeigt Ihr Kind nur sehr gedämpfte (geringe) Reaktionen, auch auf sehr starke Reize (s.o.)?	O	O	_____ pro Woche
Bitte Art des Reizens hier ankreuzen:			
<i>O taktil (Berührungen von Menschen oder Objekten)</i>			
<i>O auditiv (spezielle Geräusche oder Dezibelstärke aller Geräusche: z.B. ein spezifischer alltäglicher Reiz, wie Rührgerät, Toilette oder Staubsauger)</i>			
<i>O olfaktorisch (Gerüche)</i>			
<i>O vestibulär (Bewegungen im Raum)</i>			
<i>O gustatorisch (zum Beispiel gewürzte, milde weiche, oder zähe Speisen)</i>			
<i>O visuell (z.B. helle Lichter, bewegte Farben)</i>			
<i>O propriozeptiv (kann Kräfte nicht angemessen einschätzen: z.B. schiebt zu heftig ohne böse Absicht, radiert durch das Papier hindurch)</i>			
<i>O enterozeptiv (Sensationen der inneren Organe: z.B. häufige Bauchschmerzen)</i>			
1.4 Reagiert Ihr Kind oft erst sehr spät oder nur sehr kurz auf Reize in seiner Umwelt?	O	O	_____ pro Woche
Bitte genauer beschreiben: _____			

☛ Falls die Fragen 1.3 und 1.4 mit „Ja“ beantwortet wurden, bei 2.10 beginnen.

☛ Falls alle Eingangsfragen mit „Nein“ beantwortet wurden, weiter zum nächsten Modul.

## 2. Symptome des Kindes

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

Wenn Ihr Kind Reizen (Töne, visuelle Reize, Gerüche etc.) ausgesetzt ist, reagiert es dann mit...

	Ja	Nein
2.1 starken Anzeichen von Angst und Stress (Zittern, Anklammern Weinen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 unregelmäßiger Atmung oder starkem Schluckauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 Würgereiz (ohne erkennbaren Grund)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 Wut und Aggressionen (ohne erkennbaren Grund)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 Versuchen vor der Reizquelle zu „fliehen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 Rückzug (Verstecken, hört auf zu spielen, reden etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 Agitiertheit/starker Unruhe (läuft ziellos herum, ist wie getrieben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 repetitiven Aktivitäten wie z.B. Hin- und Her-Schaukeln)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9 Sind die oben genannten Reaktionen Ihres Kindes Ihrer Meinung nach übermäßig stark, stärker als bei der Ausprägung des Reizes zu erwarten wäre? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.10 Versucht Ihr Kind alltägliche Sensorische Reize zu vermeiden? Hält es sich z.B. sehr häufig die Ohren zu oder versucht es sich vor Reizen zu verstecken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ☛ Falls die Fragen 2.1 bis 2.9 gestellt wurden, weiter bei 3.1.

Wenn Ihr Kind Reizen (Töne, visuelle Reize, Gerüche etc.) ausgesetzt ist, bei denen man normalerweise eine starke oder zumindest moderate sensorische Antwort erwarten kann, reagiert es dann mit...

2.11 zeigt es selten eine Reaktion (emotional oder Verhalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.12 reagiert es nur sehr wenig (emotional oder Verhalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.13 reagiert es erst nach einer längeren Pause (emotional oder Verhalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.14 reagiert es immer nur sehr kurz (emotional oder Verhalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.15 Sind die oben genannten Reaktionen Ihres Kindes Ihrer Meinung nach übermäßig gering, viel weniger stark oder sehr verzögert als bei der Ausprägung des Reizes zu erwarten wäre? Bitte genauer beschreiben: _____		

## 3. Beginn

3.1 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf? Alter des Kindes bei Symptombeginn:	Monat: _____ Jahr: _____ Jahre: _____ Monate: _____
3.2 Dauer der Symptome: Seit mindestens 3 Monaten	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet (z.B. eine Erkrankung) als die Symptome begonnen haben? Bitte genauer beschreiben: _____	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

## 4. Situationen/Beziehungskontexte

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?	Ja	Nein
4.1 Zu Hause?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 Im Kindergarten/in der KiTa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 In anderen Lebensbereichen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4 Gibt es außer Ihnen noch andere Personen, welche diese Verhaltensweisen beobachtet haben? Wer: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. 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

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

① 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)

① ① ② ③

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

① ① ② ③

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

① ① ② ③

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

① ① ② ③

## 6. Änderungsmotivation

**Ja** **Nein**

6.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?

O O

6.1 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?

O O