leibniz-psychology.org

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M11:

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.4583

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 bis 6;11 Jahre. Modul M11 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5:	Komplizierte Trauerstörung der frühen Kindheit
ICD-10:	*(keine Diagnostik nach ICD-10 in diesem Modul)*
DSM-5/RDC-PA:	Störung durch eine anhaltende komplexe Trauerreaktion

☛ **Achtung! Dieses Modul nur abfragen, wenn das Modul M10 „Anpassungsschwierigkeiten" vorgegeben wurde und dabei der Tod eines Verwandten genannt wurde. Ansonsten weiter zum nächsten Modul.**

Sie haben mir gerade berichtet, dass Ihr Kind kürzlich seine/n _____ verloren hat. Ich möchte Ihnen noch einige Fragen dazu stellen. Wie genau verhält sich Ihr Kind seit dem Tod seiner/es…?

1. Symptome des Kindes seit dem Tod einer Bezugsperson

		Ja	Nein	Häufigkeit
1.1	*Es ruft und sucht nach der Bezugsperson und weint währenddessen. Es ist gedanklich fixiert auf den Verstorbenen?*	O	O	___/*Woche*
1.2	*Es hat Sehnsucht/verlangen nach dem Verstorbenen. Auch im Spiel wiederspiegelnd: Getrennt-/Wiedervereint sein mit Verstorbenen.*	O	O	___/*Woche*
1.3	*Es kann den Tod nicht akzeptieren.*	O	O	___/*Woche*
1.4	*Es fühlt Bitterkeit oder Ärger über den Verlust.*	O	O	___/*Woche*
1.5	*Es fühlt sich einsam oder von anderen Personen abgetrennt.*	O	O	___/*Woche*
1.6	*Es wirkt müde und energielos.*	O	O	___/*Woche*
1.7	*Es wirkt traurig und sieht traurig aus (z.B. trauriger Gesichtsausdruck).*	O	O	___/*Woche*
1.8	*Es interessiert sich nicht für altersangemessene Aktivitäten.*	O	O	___/*Woche*
1.9	*Es verletzt sich selbst oder bringt sich selbst in Gefahr.*	O	O	___/*Woche*
1.10	*Es sagt Dinge wie „Ich bin böse.", „Ich habe sie/ihn umgebracht", aus denen deutlich wird, dass es sich selbst die Schuld oder Verantwortung für den Verlust gibt.*	O	O	___/*Woche*
1.11	*Es schläft schlechter (unruhig, wacht häufig auf, hat Albträume).*	O	O	___/*Woche*
1.12	*Es zeigt Auffälligkeiten beim Essen/Füttern.*	O	O	___/*Woche*
1.13	*Es verliert bereits erworbene Fähigkeiten (z.B. nässt wieder ein).*	O	O	___/*Woche*
1.14	*Bei Erinnerungen an den Verlust (z.B. durch Fotos oder wenn jemand von dieser Person spricht) verhält es sich sehr auffällig.*	O	O	___/*Woche*
1.15	*Es kann keine positiven Erinnerungen an den/die Verstorbene zulassen.*	O	O	___/*Woche*
1.16	*Es wirkt gleichgültig/indifferent.*	O	O	___/*Woche*
1.17	*Es zeigt ‚selektives Vergessen', d.h. es erkennt die Bezugsperson auf Fotos nicht oder kann sich nicht an Dinge erinnern, die an die Bezugsperson erinnern.*	O	O	___/*Woche*
1.18	*Es reagiert sehr empfindlich (z.B. wenn jemand etwas berührt, das der Bezugsperson gehört hatte)*	O	O	___/*Woche*
1.19	*Es vermeidet Erinnerungen an den Verlust (z.B. Personen, Plätze, Situationen, Gedanken, Gefühle).*	O	O	___/*Woche*
1.20	*Es reagiert sehr emotional bei Themen, die mit Trennung oder Verlust verbunden sind (z.B. weigert es sich, Verstecken zu spielen oder es weint, wenn ein Gegenstand von seinem ursprünglichen Platz weggenommen wird).*	O	O	___/*Woche*
1.21	*Es reagiert sehr gestresst bei kurzzeitiger Trennung von anderen Personen.*	O	O	___/*Woche*
1.22	*Es sorgt sich ständig um den Verbleib anderer Personen.*	O	O	___/*Woche*
1.23	*Es kann nach dem Todesfall anderen Personen nur schwierig vertrauen.*	O	O	___/*Woche*
1.24	*Es beschäftigt sich dauern mit dem eigenen Tod oder dem Tod anderer.*	O	O	___/*Woche*
1.25	*Es beschäftigt sich übermäßig mit den Todesumständen.*	O	O	___/*Woche*
1.26	*Es stellt wiederholt Fragen zum Thema ‚Sterben' (z.B. „Werde ich sterben.", „Wirst du sterben.").*	O	O	___/*Woche*
1.27	*Es äußert, dass es sterben möchte oder spielt Todesthemen nach.*	O	O	___/*Woche*
1.28	*Es erzählt fremden Personen, dass sein Vater/seine Mutter gestorben ist.*	O	O	___/*Woche*
1.29	*Es ist verunsichert über die eigene Rolle oder hat eine verminderte Wahrnehmung der eigenen Identität.*	O	O	___/*Woche*
1.30	*Es zeigt kaum noch Gefühle (z.B. lacht es kaum noch, ist aber auch nicht übermäßig negativ gestimmt).*	O	O	___/*Woche*
1.31	*Die Trauer des Kindes entspricht nicht kulturellen oder religiösen Normen.*	O	O	___/*Woche*

2. Beginn

2.1 *Wann fand der Todesfall statt?* *Monat:* _____ *Jahr:* _____

Alter des Kindes beim (ersten) Ereignis*:* **Jahre:** _____**Monate:** _____

2.2	*Wann haben die Symptome begonnen?*	**Ja**	**Nein**
	Direkt nach dem Todesfall	O	O
	innerhalb 1 Monats nach dem Todesfall	O	O
	innerhalb von 3 Monaten nach dem Todesfall	O	O
2.3	Dauer der Symptome		
	weniger als 1 Monat	O	O
	1 Monat bis weniger als 6 Monate	O	O
	länger als 6 Monate	O	O

3. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?	**Ja**	**Nein**
3.1 Zu Hause?	O	O
3.2 Im Kindergarten/in der KiTa?	O	O
3.3 In anderen Lebensbereichen?	O	O

Bitte genauer beschreiben: _____

4. Beeinträchtigung/Stresslevel

* *HINWEIS:* Bei den nun folgenden Items 4.1 bis 4.5 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

4.1 Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3)	⓪ ① ② ③
4.2 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
4.3 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	⓪ ① ② ③
4.4 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3)	⓪ ① ② ③
4.5 Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	⓪ ① ② ③

5. Änderungsmotivation	**Ja**	**Nein**
5.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?	O	O
5.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?	O	O