

www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

### Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M16:

#### **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 4;1-6;11 Jahre. Modul M16 dient der Diagnostik von:**

DC: 0-5:	Selektiver Mutismus, Zwangsstörungen, Motorische und vokale Tic-Störung
ICD-10:	Selektiver Mutismus (F94.0), Zwangsstörungen (F42.0), Vorübergehende Ticstörungen (F95.0), Chronische motorische oder vokale Ticstörungen (F95.1), Stereotype Bewegungsstörungen (F98.4)
DSM-5/RDC-PA:	Selektiver Mutismus, Zwangsstörungen, Ticstörungen, Stereotype Bewegungsstörungen

**S1: SELEKTIVER MUTISMUS**

Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zum Sprechverhalten Ihres Kindes stellen.

S1.1 Gibt es Situationen (z.B. Kindergarten, KiTa, Spielgruppe,) in denen Ihr Kind andauernd nicht spricht, obwohl es erwartet wird, wobei es in anderen Situationen (z.B. zu Hause) normal spricht? Ja O Nein O Häufigkeit \_\_\_\_\_ pro Woche  
 Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

S1.2 Antwortet Ihr Kind in bestimmten Situationen lieber mit einem Nicken, Kopfschütteln oder anderen körperlichen Signalen, um nicht sprechen zu müssen? O O \_\_\_\_\_ pro Woche  
 Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

☛ Falls diese Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, oder seltener als 1x pro Woche auftreten, weiter zu S2.

S1.4 Wie stark ist die Angst Ihres Kindes zu Sprechen im Vergleich zu anderen Kindern gleichen Alters? Ausmaß der Angst\*  
① ② ③  
 Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

\*Angstrating S1.4: 0= meine Angst, 1= etwas Angst, 2= starke Angst, 3= sehr starke Angst

S1.5 In welchen Situationen spricht Ihr Kind nicht?  
 Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

S1.6 In welchen Situationen spricht Ihr Kind?  
 Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

**S1. Beginn**

S1.7 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf? Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_  
Jahre: \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_  
 Alter des Kindes bei Symptombeginn: \_\_\_\_\_

S1.8 Dauer der Symptome: Ja O Nein O  
 Seit mindestens 4 Wochen

S1.9 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? O O  
 Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

**S1. Situationen**

S1.10 Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes? Ja O Nein O  
 Zu Hause? O O  
 Im Kindergarten/in der KiTa? O O  
 In anderen Lebensbereichen? O O  
 Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_ O O

**S1. 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

S1.11 Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3) ① ② ③  
 Sind durch die oben genannten Symptome die Beziehungen Ihres Kindes zu anderen Menschen (Kindern und Erwachsenen, Fremde und Bekannte) beeinträchtigt? (0-3) ① ② ③  
 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ① ② ③  
 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3) ① ② ③  
 Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ① ② ③

	Ja	Nein
Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## S2: ZWANGSSTÖRUNG

Als nächstes werde ich Ihnen einige Fragen stellen, die sich auf sich ständig wiederholende Handlungen oder Gedanken bei Ihrem Kind beziehen.

Zwangshandlungen	Ja	Nein	Häufigkeit
S2.1 Führt Ihr Kind immer wieder bestimmte, sich wiederholende Handlungen durch wie z.B. Händewaschen, etwas kontrollieren oder bestimmte gedankliche Handlungen wie z.B. Wörter leise aufsagen oder zählen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche

Zwangsgedanken	Ja	Nein	Häufigkeit
S2.2 Berichtet Ihr Kind häufig von immer wiederkehrenden, unangenehmen Gedanken oder Vorstellungen, die bei ihm Unwohlsein oder Furcht auslösen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche

☛ Falls diese Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, oder seltener als 1x pro Woche auftreten, weiter zu S3.

S2.3 Drehen sich die Handlungen, Vorstellungen und Gedanken um...	Ja	Nein	Häufigkeit
Sauberkeit bzw. starker Angst vor Verunreinigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Ordnung oder Symmetrie einhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Farben, z.B. die Kleidung muss eine bestimmte Farbe haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Soziale Rückversicherung, z.B. durch ständiges Nachfragen einer bestimmten Sache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Nachdenken über bestimmte Dinge, z.B. ob das Licht aus ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Angst, jemanden zu verletzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Angst sich zu vergiften oder krank zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Angst, ungewollte, „böse“ Dinge zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Vorstellungen mit religiösem Inhalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Vorstellungen mit sexuellem Inhalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
etwas anderes, das hier noch nicht genannt wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
Bitte genauer beschreiben: _____			

S2.4	Ja	Nein	Häufigkeit
Versucht Ihr Kind, diese Gedanken oder Vorstellungen zu unterdrücken, sich von ihnen abzulenken oder etwas dagegen zu tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche

S2.5 Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit diesen Gedanken, Vorstellungen oder Handlungen?	Stunden: _____	Minuten: _____
Wird das Wiederholen der Handlungen, Vorstellungen und Gedanken als unangenehm erlebt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

S2.6	Ausmaß der Angst/Stress*
Wie stark ist die Angst/der Stress Ihres Kindes, wenn es die oben genannten Handlungen nicht ausführen kann?	① ② ③

\*Angstrating S1.4: 0= meine Angst, 1= etwas Angst, 2= starke Angst, 3= sehr starke Angst

### S2. Beginn

S2.7 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf? Alter des Kindes bei Symptombeginn: _____	Monat: _____ Jahr: _____
	Jahre: _____ Monate: _____

S2.8	Ja	Nein
Dauer der Symptome: Seit mindestens 2 Wochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seit mindestens 3 Monaten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S2.9 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### S2. Situationen

S2.10	Ja	Nein
Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?		
Zu Hause?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Kindergarten/in der KiTa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In anderen Lebensbereichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### S2. 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

S2.11	Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3)	① ② ③
	Sind durch die oben genannten Symptome die Beziehungen Ihres Kindes zu anderen Menschen (Kindern und Erwachsenen, Fremde und Bekannte) beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?	Ja      Nein O      O
	Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?	O      O

### S3: TIC-STÖRUNG

Nun werde ich Ihnen einige Fragen zu ruckartigen Bewegungen, sogenannten Tics, stellen. Unter Tics versteht man plötzliche, schnelle, sich wiederholende, unrythmische und stereotype motorische Bewegungen oder Lautäußerungen, die von der betroffenen Person nicht oder nur schwer zu kontrollieren sind.

S3.1	Beobachten Sie bei Ihrem Kind häufig einen oder mehrere Tics wie z.B. Blinzeln, Augenzwinkern oder das Aussprechen bestimmter Laute oder Wörter? Bitte genauer beschreiben: _____	Ja O	Nein O	Häufigkeit _____ pro Tag
S3.2	Motorische Tics (z.B. Blinzeln, Augenzwinkern)	O	O	_____ pro Tag
	Vokale Tics (z.B. Schmatzen, Laute, Wörter ausrufen)	O	O	_____ pro Tag

☛ Falls diese Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, oder seltener als 1x pro Woche auftreten, weiter zu S4.

#### S3. Beginn

S3.3	Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf? Alter des Kindes bei Symptombeginn: _____	Monat: _____ Jahr: _____ Jahre: _____ Monate: _____
S3.4	Häufigkeit und Dauer der Symptome: Seit mindestens 4 Wochen (1 Monat) Seit mindestens 12 Monate (1 Jahr) Gab es jemals eine Phase von 2 Monaten oder länger ohne Tics? Falls an der Mehrzahl der Tage und/oder mehrmals täglich: Bitte genauer beschreiben: _____	Ja      Nein      Häufigkeit O      O      _____ pro Woche O      O      _____ pro Woche O      O
S3.5	Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? Bitte genauer beschreiben: _____	Ja      Nein O      O

#### S3. Situationen

S3.6	Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes? Zu Hause? Im Kindergarten/in der KiTa? In anderen Lebensbereichen? Bitte genauer beschreiben: _____	Ja      Nein O      O O      O O      O O      O
------	--	--

#### S3. 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

S3.7	Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3)	① ② ③
	Sind durch die oben genannten Symptome die Beziehungen Ihres Kindes zu anderen Menschen (Kindern und Erwachsenen, Fremde und Bekannte) beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	① ② ③
	Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?	Ja      Nein O      O
	Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?	O      O

#### S4: STEREOTYPE BEWEGUNGSSTÖRUNGEN/ AUTOAGGRESSIVES VERHALTEN

Nun werde ich Ihnen einige Fragen zu möglichem ziellosen Verhalten oder Aggressionen gegen sich selbst stellen.

- S4.1 Beobachten Sie bei Ihrem Kind sich wiederholende Verhaltensweisen wie z.B. sich selbst beißen, auf den eigenen Körper einschlagen oder starkes Kratzen, welche wie getrieben und ziellos wirken? Bitte genauer beschreiben:
- |  | Ja | Nein | Häufigkeit      |
|--|----|------|-----------------|
|  | O  | O    | _____ pro Woche |

☛ Falls diese Frage mit „Nein“ beantwortet wurde, oder seltener als 1x pro Woche auftreten, Ende des Interviews.

- S4.2 Führt das Verhalten Ihres Kindes zu Verletzungen? Bitte genauer beschreiben:
- |  | O | O | _____ pro Woche |
|--|---|---|-----------------|
|  |   |   |                 |

##### S4. Beginn

- S4.3 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf? Alter des Kindes bei Symptombeginn:
- | Monat: | Jahr:   |
|--------|---------|
| _____  | _____   |
| Jahre: | Monate: |
| _____  | _____   |

- S4.4 Dauer der Symptome: Seit mindestens 4 Wochen (1 Monat)
- |  | Ja | Nein |
|--|----|------|
|  | O  | O    |
- S4.5 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? Bitte genauer beschreiben:
- |  | O | O |
|--|---|---|
|  |   |   |

##### S4. Situationen

- S4.6 Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?
- |                                     | Ja | Nein |
|-------------------------------------|----|------|
| <u>Zu Hause?</u>                    | O  | O    |
| <u>Im Kindergarten/in der KiTa?</u> | O  | O    |
| <u>In anderen Lebensbereichen?</u>  | O  | O    |
| <u>Bitte genauer beschreiben:</u>   | O  | O    |

##### S4. 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

- S4.7 Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3) ① ① ② ③
- 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
- Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ① ① ② ③
- Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3) ① ① ② ③
- Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ① ① ② ③

- |  | Ja | Nein |
|--|----|------|
| <u>Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?</u> | O  | O    |
| <u>Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?</u>   | O  | O    |