

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** **Nein** **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?* **Ja** **Nein** **Häufigkeit**
 _____ 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***
 Bitte genauer beschreiben: _____ ① ② ③

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

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

S1.9 *Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben?* **Ja** **Nein**
 Bitte genauer beschreiben: _____

S1. Situationen

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

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

Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?
Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?

Ja	Nein
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<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

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?* **Ja** **Nein** **Häufigkeit**
 _____ pro Woche
 Bitte genauer beschreiben: _____

Zwangsgedanken

S2.2 *Berichtet Ihr Kind häufig von immer wiederkehrenden, unangenehmen Gedanken oder Vorstellungen, die bei ihm Unwohlsein oder Furcht auslösen?* _____ pro Woche
 Bitte genauer beschreiben: _____

☛ 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 _____ pro Woche
 Ordnung oder Symmetrie einhalten _____ pro Woche
 Farben, z.B. die Kleidung muss eine bestimmte Farbe haben _____ pro Woche
 Soziale Rückversicherung, z.B. durch ständiges Nachfragen einer bestimmten Sache _____ pro Woche
 Nachdenken über bestimmte Dinge, z.B. ob das Licht aus ist _____ pro Woche
 Angst, jemanden zu verletzen _____ pro Woche
 Angst sich zu vergiften oder krank zu werden _____ pro Woche
 Angst, ungewollte, „böse“ Dinge zu tun _____ pro Woche
 Vorstellungen mit religiösem Inhalt _____ pro Woche
 Vorstellungen mit sexuellem Inhalt _____ pro Woche
 etwas anderes, das hier noch nicht genannt wurde _____ pro Woche
 Bitte genauer beschreiben: _____

S2.4 *Versucht Ihr Kind, diese Gedanken oder Vorstellungen zu unterdrücken, sich von ihnen abzulenken oder etwas dagegen zu tun?* **Ja** **Nein** **Häufigkeit**
 _____ 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?

S2.6 *Wie stark ist die Angst/der Stress Ihres Kindes, wenn es die oben genannten Handlungen nicht ausführen kann?* **Ausmaß der Angst/Stress***
 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?* **Monat:** _____ **Jahr:** _____
Alter des Kindes bei Symptombeginn: **Jahre:** _____ **Monate:** _____

S2.8 *Dauer der Symptome:* **Ja** **Nein**
 Seit mindestens 2 Wochen
 Seit mindestens 3 Monaten

S2.9 *Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben?*
 Bitte genauer beschreiben: _____

S2. Situationen

S2.10 *Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?* **Ja** **Nein**
 Zu Hause?
 Im Kindergarten/in der KiTa?
 In anderen Lebensbereichen?
 Bitte genauer beschreiben: _____

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)* ⓪ 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) ⓪ ① ② ③
Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③
Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③
Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③
- Ja** **Nein**

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?* **Ja** **Nein**
Bitte genauer beschreiben: ⓪ ⓪ **Häufigkeit**
_____ pro Tag
- S3.2 *Motorische Tics (z.B. Blinzeln, Augenzwinkern)* ⓪ ⓪ _____ pro Tag
Vokale Tics (z.B. Schmatzen, Laute, Wörter ausrufen) ⓪ ⓪ _____ 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?* Monat: _____ Jahr: _____
Alter des Kindes bei Symptombeginn: Jahre: _____ Monate: _____
- S3.4 *Häufigkeit und Dauer der Symptome:* **Ja** **Nein** **Häufigkeit**
Seit mindestens 4 Wochen (1 Monat) ⓪ ⓪ _____ pro Woche
Seit mindestens 12 Monate (1 Jahr) ⓪ ⓪ _____ pro Woche
Gab es jemals eine Phase von 2 Monaten oder länger ohne Tics? ⓪ ⓪
Falls an der Mehrzahl der Tage und/oder mehrmals täglich:
Bitte genauer beschreiben:
- S3.5 *Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben?* **Ja** **Nein**
Bitte genauer beschreiben: _____ ⓪ ⓪

S3. Situationen

- S3.6 *Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?* **Ja** **Nein**
Zu Hause? ⓪ ⓪
Im Kindergarten/in der KiTa? ⓪ ⓪
In anderen Lebensbereichen? ⓪ ⓪
Bitte genauer beschreiben: _____ ⓪ ⓪

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)* ⓪ 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) ⓪ ① ② ③
Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③
Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③
Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3) ⓪ ① ② ③
- Ja** **Nein**

