leibniz-psychology.org

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M6:

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 1;1-6;11 Jahre. Modul M6 dient der Diagnostik von:
DC: 0-5: Spezifische Beziehungsstörung der frühen Kindheit
ICD-10: - *(Keine Diagnostik nach ICD-10 in diesem Modul)*
DSM-5/RDC-PA: - *(Keine Diagnostik nach DSM-5 in diesem Modul)*

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zum Verhalten Ihres Kindes in sozialen Beziehungen stellen.

1. Eingangsfragen

		Ja	Nein	Häufigkeit
1.1	*Zeigt Ihr Kind bestimmte emotionale Auffälligkeiten oder Verhaltensprobleme immer dann, wenn es mit Ihnen oder einer anderen Person zusammen ist?*	O	O	*__ pro Woche*
1.2	*Falls ja: Ist sind diese Auffälligkeiten aus Ihrer Sicht stärker ausgeprägt als bei den meisten anderen Kindern im gleichen Alter?*	O	O	
1.3	*Treten die oben genannten Symptome ausschließlich bei einer Person (bei Ihnen oder bei einer anderen Bezugsperson) oder bei mehreren Personen auf?*	O	O	

☛ **Falls alle Eingangsfragen mit „Nein" beantwortet wurden oder seltener als 1x pro Woche auftreten, weiter zum nächsten Modul.**

2. Symptome des Kindes

Wie genau verhält sich Ihr Kind im Kontakt zu dieser Person?		**Ja**	**Nein**	**Häufigkeit**	**Letzte 4 Wochen**
2.1	*es folgt nicht/hält sich nicht an Regeln.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.2	*es streitet mehr als sonst.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.3	*es wird schneller wütend/aggressiv als sonst.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.4	*es ist gereizter als sonst.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.5	*es ist ängstlicher als sonst.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.6	*es verletzt sich selbst.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.7	*es zeigt stereotypes Verhalten (z.B. sich selbst schlagen oder beißen).*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.8	*es weigert sich zu essen.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.9	*es weigert sich zu schlafen.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.10	*es verhält sich wie ein Erwachsener.*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.11	*es übernimmt Aufgaben der Person (z.B. ruft die Ambulanz, sorgt sich).*	O	O	*__ pro Woche*	O
2.12	*es zeigt andere Symptome, nämlich: _____*	O	O	*__ pro Woche*	O

3. Beginn

3.1 *Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf?* *Monat: _____ Jahr: _____*
Alter des Kindes bei Symptombeginn*:* **Jahre: _____Monate: _____**

		Ja	**Nein**
3.2	Dauer der Symptome: Seit mindestens 1 Monat	O	O
3.3	*Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet (z.B. eine Erkrankung), als die Symptome begonnen haben?*	O	O

Bitte genauer beschreiben: _____

4. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?	**Ja**	**Nein**
4.1 Zu Hause?	O	O
4.2 Im Kindergarten/in der KiTa?	O	O
4.3 In anderen Lebensbereichen?	O	O

Bitte genauer beschreiben: _____

5. 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

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

6. Änderungsmotivation	**Ja**	**Nein**
6.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?	O	O
6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?	O	O