leibniz-psychology.org

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M3:

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.4878

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;6-6;11 Jahre. Modul M3 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5:	Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Partielle Aufwachstörung, Albträume der frühen Kindheit
ICD-10:	Nicht-organische Insomnie (F51.0), Schlafwandeln (F51.3), Pavor Nocturnus (F51.4), Albträume (F51.5)
DSM-5/RDC-PA:	Einschlafstörung, Durchschlafstörung, Arousal-Störungen des Non-REM-Schlafs (Schlafwandeln und Schlafterror), Albtraum-Störung

Nun möchte ich Ihnen nun einige Fragen zum Schlafverhalten Ihres Kindes stellen. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten auf den letzten Monat.

1. Eingangsfragen

		Ja	Nein	Häufigkeit
1.1	*Fällt Ihrem Kind das Einschlafen schwer bzw. protestiert es gegen das Einschlafen? Falls ja: Wie häufig?*	O	O	____/ Woche
1.2	*Wacht Ihr Kind nachts mehrfach au), ist dann längere Zeit wach und/oder kann es nur schwer bzw. nicht mehr alleine einschlafen? Falls ja: Wie häufig?*	O	O	____/ Woche
1.3	*Falls ja, bitte spezifizieren Sie: ohne ersichtlichen Grund*	O		
	mit einem Angstschrei	O		
	nachdem es schlecht geträumt hat	O		

☞ **Falls 1.1 oder 1.2 mit „ja" beantwortet wurde, Frage 1.4 anschließen:**

1.4	*Sind diese Probleme aus Ihrer Sicht stärker ausgeprägt als bei den meisten anderen Kindern im gleichen Alter?*	O	O

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

2. Symptome des Kindes

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

2.1 *Wie viele Stunden schläft Ihr Kind in der Regel tagsüber (ca. 6:00-20:00 Uhr)?* _____Stunden

2.2 *Wieviele Schlafpausen macht Ihr Kind tagsüber (ca. 6:00-20:00 Uhr)?* _____Schlafpause(n)

O Kein Schlaf tagsüber

2.3 *Wie viele Stunden schläft Ihr Kind in der Regel nachts?* _____Stunden
Zubettgehzeit: _____ Erwachen:_____

2.4 *Wie lange braucht Ihr Kind in der Regel, um in den Schlaf zu finden?* _____min
☞ Einschlafen am Tag _____min
☞,Einschlafen am Abend _____min
☞:Einschlafen in der Nacht

2.5 *Wie oft müssen Sie zu Ihrem Kind zurückkehren, bis es eingeschlafen ist?* _____Mal

O Das Kind schläft nie alleine ein bzw. schläft immer im Elternbett

2.6 *Wie oft erwacht Ihr Kind pro Nacht in der Regel?* _____Mal

2.7 *Wie lange ist Ihr Kind in der Regel nachts wach (Summe)?* _____min

		Ja	Immer
2.8	*Schläft Ihr Kind manchmal tagsüber einfach ein, weil es übermüdet ist?*	O	O
	Wie schläft Ihr im Allgemeinen Kind (wieder) ein?		
2.9	*...in Ihrem Bett*	O	O
2.10	*...auf Ihrem Arm/an Ihrem Körper*	O	O
2.11	*...in Ihrer Anwesenheit*	O	O
2.12	*...während es etwas trinkt (Brust, Flasche)*	O	O
2.13	*...während Sie es tragen/wiegen/schaukeln*	O	O
2.14	*...etwas anderes, nämlich* _____	O	O

		Ja	Nein
2.15	*Kommt es regelmäßig vor, dass Ihr Kind mit einem lauten Schrei aus dem Schlaf hochschreckt? Falls ja: Wie häufig? _____pro Woche*	O	O
2.16	*Steht Ihr Kind regelmäßig aus seinem Bett aus und läuft umher (schlafwandelt es)? Falls ja: Wie häufig? _____pro Woche*	O	O
2.17	*Kommt es regelmäßig vor, dass Ihr Kind schlechte Träume hat? Falls ja: Wie häufig? _____pro Woche*	O	O

☞ **Falls mind. eine Frage von 2.15-2.17 mit „Ja“ beantwortet wurde, bitte auch Fragen 2.18-2.25 in Bezug auf das berichtete Symptom stellen, sonst zu Frage 3.1 springen.**		**Ja**	**Nein**
Bitte eintragen, in Bezug auf welches Symptom die Nachfragen 2.19 bis 2.26 gestellt werden: _____			
2.18	*Kann sich Ihr Kind an die Episode [BZW. DEN TRAUM] [Bitte zutreffendes Symptom nennen.] erinnern? (entweder am nächsten Morgen oder direkt danach)*	O	O
2.19	*Ist Ihr Kind in/nach einer solchen Episode [TRAUM] erweckbar bzw. ansprechbar oder wach?*	O	O
2.20	*FRAGE NUR STELLEN, FALLS KIND SCHLAFWANDELT: Hat es während einer solchen Episode einen leeren Blick bzw. einen starren Gesichtsausdruck?*	O	O
2.21	*Ist Ihr Kind in/nach einer solchen Episode [TRAUM] desorientiert bzw. in seinen geistigen Funktionen und/oder in seinem Verhalten beeinträchtigt (z.B. perseverierende Bewegungen)?* *☞ Falls anfängliche Verwirrung, Desorientiertheit bzw. Beeinträchtigung berichtet wird: Ist diese rasch (innerhalb weniger Minuten) nach der Episode [TRAUM] verschwunden? Wenn das der Fall ist, bitte „nein“ ankreuzen!*	O	O
2.22	*Können Sie Ihr Kind während der Episode [TRAUM] beruhigen?*	O	O
2.23	*Bewirken Ihre Beruhigungsversuche bei Ihrem Kind Desorientiertheit und perseverierende Bewegungen?*	O	O
2.24	*Zeigt es in/nach der Episode [TRAUM] körperliche Stresszeichen (z.B. Schwitzen, Herzklopfen, schnelle Atmung)?*	O	O
2.25	*Wie schnell findet Ihr Kind nach einer solchen Episode [TRAUM] in der Regel zurück in den Schlaf?*	_____min	

Nur bei Erwachen (Nachtschreck) oder bei Alpträumen (Angstträumen) fragen, sonst zu Frage 3.1 springen:

In welcher Zeit während der Nacht findet das Erwachen [TRAUM] in der Regel statt?		**Ja**	**Nein**
2.26	In der ersten Hälfte der Nacht (bis ca. 23:00)	O	O
2.27	Im ersten Drittel der Nacht	O	O
2.28	In der zweiten Hälfte der Nacht (ab ca. 23:00)	O	O

3. Beginn

3.1	*Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf?* Alter des Kindes bei Symptombeginn*: ___ Jahre; _____Monate*	*Monat: _____ Jahr: _____*	
3.2	Dauer der Symptome:	**Ja**	**Nein**
	Seit mindestens 4 Wochen (1Monat)	O	O
	Seit mindestens 3 Monaten (mind. 2 Nächte/Woche)	O	O
3.3	*Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben?* *Bitte genauer beschreiben: _____*	O	O
3.4	*Leidet Ihr Kind an einer Krankheit oder muss Ihr Kind bestimmte Medikamente nehmen,, welche die Schlafstörungen erklären könnten?* *Bitte genauer beschreiben: _____*	O	O

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