

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.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 0;6-5;11 Jahre. Modul M3 dient der Diagnostik von:**

DC: 0-5: Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Partielle Aufwachstörung, Alpträume der frühen Kindheit  
 ICD-10: Nicht-organische Insomnie (F51.0), Schlafwandeln (F51.3), Pavor Nocturnus (F51.4), Alpträume (F51.5)  
 DSM-5/RDC-PA: Einschlafstörung, Durchschlafstörung, Arousal-Störungen des Non-REM-Schlafs (Schlafwandeln und Schlafterror), Alptraum-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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/ Woche
1.2 Wacht Ihr Kind nachts mehrfach auf, ist dann längere Zeit wach und/oder kann es nur schwer bzw. nicht mehr alleine einschlafen? Falls ja: Wie häufig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____/ Woche
1.3 Falls ja, bitte spezifizieren Sie:			
ohne ersichtlichen Grund	<input type="radio"/>		
mit einem Angstschrei	<input type="radio"/>		
nachdem es schlecht geträumt hat	<input type="radio"/>		
☞ 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

☞ 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	
Zubettgezeit: _____ 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie schläft Ihr im Allgemeinen Kind (wieder) ein?		
2.9 ...in Ihrem Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.10 ...auf Ihrem Arm/an Ihrem Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.11 ...in Ihrer Anwesenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.12 ...während es etwas trinkt (Brust, Flasche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.13 ...während Sie es tragen/wiegen/schaukeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.14 ...etwas anderes, nämlich _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ja	Nein
2.15 Kommt es regelmäßig vor, dass Ihr Kind mit einem lauten Schrei aus dem Schlaf hochschreckt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls ja: Wie häufig? _____ pro Woche		
2.16 Steht Ihr Kind regelmäßig aus seinem Bett auf und läuft umher (schlafwandelt es)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls ja: Wie häufig? _____ pro Woche		
2.17 Kommt es regelmäßig vor, dass Ihr Kind schlechte Träume hat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls ja: Wie häufig? _____ pro Woche		

☛ 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.

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 (Angsträumen) 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)	① 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)	① ① ② ③
4.3	Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	① ① ② ③
4.4	Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3)	① ① ② ③
4.5	Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)	① 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