



www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

### Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M12:

#### **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: \_\_\_\_\_

**Einsatzbereich im Altersbereich 2;1-6;11 Jahre. Modul M12 dient der Diagnostik von:**  
 DC: 0-5: Posttraumatische Belastungsstörung  
 ICD-10: Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)  
 DSM-5/RDC-PA: Posttraumatische Belastungsstörung

**1. Eingangsfragen**

|   | Ja | Nein |               |
|---|----|------|---------------|
| 1.1 Ist Ihrem Kind jemals ein traumatisches Ereignis widerfahren, wurde es Zeuge eines solchen Ereignisses, von dem jemand anderes betroffen war oder hat es erfahren, dass wichtigen Bezugspersonen ein solches Ereignis widerfahren ist? Mit traumatischem Erlebnis meine ich, dass entweder die körperliche oder psychische Unversehrtheit ihres Kindes oder einer anderen Person bedroht oder verletzt wurde (z.B. durch schwerwiegende medizinische Eingriffe, Verbrennungen, Unfall oder Missbrauch/Misshandlung) | O  | O    |               |
| <b>☛ Falls Frage 1.1 mit „Nein“ beantwortet wurde, weiter zum nächsten Modul.</b>   |    |      |               |
|   | Ja | Nein | Häufigkeit    |
| 1.2 Hat Ihr Kind im Anschluss an dieses Ereignis mit psychischen Symptomen reagiert? War es z.B. besonders ängstlich, traurig oder schneller wütend?  | O  | O    | ___ pro Woche |
| 1.3 War Ihr Kind in der Folge schreckhafter als sonst?  | O  | O    | ___ pro Woche |
| 1.4 Vermeidet Ihr Kind Situationen/Handlungen oder Gedanken, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind?   | O  | O    | ___ pro Woche |
| 1.5 Wiederholt Ihr Kind das Erlebte im Spiel?   | O  | O    | ___ pro Woche |

☛ Falls alle diese Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden, weiter zum nächsten Modul.

**2. Kritische Lebensereignisse**

Welche der folgenden kritischen Lebensereignisse, oder Belastungen haben sich ereignet?

| Traumatisches Ereignis |   | selbst | andere | Wann? |
|------------------------|---|--------|--------|-------|
| 2.1                    | Unfall  | O      | O      | _/_/_ |
| 2.2                    | Angriff von einem Tier (Hund etc.)                                  | O      | O      | _/_/_ |
| 2.3                    | Von Menschen verursachte Katastrophe (Feuer, Krieg, Explosion etc.) | O      | O      | _/_/_ |
| 2.4                    | Naturkatastrophe (Überschwemmung, Sturm etc.)                       | O      | O      | _/_/_ |
| 2.5                    | Überfall/Übergriff  | O      | O      | _/_/_ |
| 2.6                    | Missbrauch (physisch/sexuell) /Zeuge eines Missbrauchs              | O      | O      | _/_/_ |
| 2.7                    | Verbrennung/Verbrühen   | O      | O      | _/_/_ |
| 2.8                    | Fast-Ertrinken  | O      | O      | _/_/_ |
| 2.9                    | Hospitalisation/schmerzhaft/invasive med. Behandlungen              | O      | O      | _/_/_ |
| 2.10                   | Tod/Verlust eines Angehörigen                                       | O      | O      | _/_/_ |
| 2.11                   | Anderes Trauma _____  | O      | O      | _/_/_ |

Falls mehrere Traumata angegeben: Welches der genannten Ereignisse verursachte bei Ihrem Kind die stärksten emotionalen Auffälligkeiten oder Verhaltensprobleme? Ereignis: \_\_\_\_\_

### 3. Symptome des Kindes seit Eintreten des traumatischen Ereignisses

Nun möchte Ich Ihnen einige Reaktionen nennen, die bei Kindern unmittelbar in Folge eines solchen Ereignisses beobachtet werden können. Wie reagierte Ihr Kind direkt auf das Erlebnis?

☛ Falls das Kind mehrere Traumata erlebt hat, stellen Sie diese Frage für das schwerwiegendste Ereignis:

Sie haben das Ereignis \_\_\_\_\_ als das schwerwiegendste genannt. Wie war die Reaktion ihres Kindes darauf?

#### Unmittelbare Reaktionen

|  | Ja                    | Nein                  | Dauer in Minuten |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 3.1 Es war ängstlich   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.2 Es war besorgt   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.3 Es war hilflos   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.4 Es war ärgerlich/wütend  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.5 Es war traurig   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.6 Es erstarrte   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.7 Es schrie  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.8 Es war sehr erregt/aufgewühlt/agitiert                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.9 Es reagierte aggressiv   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.10 Es wirkte verwirrt.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.11 Es war wie benommen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |
| 3.12 Es zeigte körperliche Symptome (z.B. Bauch- oder Kopfschmerzen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____            |

#### Verzögerte Reaktionen

Nun möchte ich Ihnen einige Symptome nennen, die Kinder nach traumatischen Ereignissen entwickeln können und die auch manchmal erst zeitverzögert auftreten. Manche dieser Symptome können direkt nach dem Trauma aufgetreten sein, andere haben vielleicht erst später begonnen. Manche dieser Symptome verschwinden von selbst, andere bleiben über einen langen Zeitraum bestehen. Mich interessieren im Moment nur die Symptome, die in den letzten 4 Wochen bei Ihrem Kind zu beobachten waren.

☛ INFO: Von einem Symptom sprechen wir dann, wenn dieses deutlich stärker ausgeprägt ist als bei der Mehrzahl der Kinder ohne ein entsprechendes traumatisches Ereignis im Alter des Kindes. Manchmal kann dies sehr offensichtlich sein, manchmal ist es aber auch sehr schwierig zu evaluieren.

☛ INFO: Wenn ein Kind mehr als ein traumatisches Erlebnis hatte, fragen Sie nach allen Reaktionen, die die Eltern bei Ihrem Kind beobachten können und ihrer Meinung nach auf die Traumata zurückzuführen sind.

Wie genau verhält sich Ihr Kind seit dem (den) von Ihnen beschriebenen Ereignis(sen)?

|   | Ja                    | Nein                  | In den letzten 4 Wochen? |
|---|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 3.13 Es hat wiederkehrende aufdringliche Erinnerungen an das Ereignis.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.14 Es reagiert gestresst, wenn es diese Erinnerungen hat. Es zeigt z.B. deutliche physiologische Reaktionen wie Schwitzen, beschleunigte Atmung etc.                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.15 Es spielt das erlebte Trauma mit Puppen oder anderen Dingen nach.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.16 Es wiederholt das Erlebte auch in anderen Situationen (nicht im Spiel).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.17 Es ist fasziniert von Dingen, die in einem gewissen Zusammenhang mit dem erlebten Trauma stehen (z.B. stellt Fragen, spricht darüber, sammelt Objekte etc.)                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.18 Es hat Angstträume (Alpträume).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.19 Es erlebt das Trauma erneut, als ob es sich direkt in der erlebten Situation befindet (d.h. es handelt, als wäre es in der Situation, ohne Bezug zur momentanen Realität). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| ☛ INFO: FLASHBACKS SIND VON DER 4-WOCHENREGEL AUSGENOMMEN.  |                       |                       |                          |
| 3.20 Es erstarrt und ist dann nicht ansprechbar. Es reagiert nicht auf seine Umwelt.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| ☛ INFO: KIND REAGIERT AUCH AUF „WEDELN“ VOR SEINEN AUGEN NICHT (AUCH KEIN LIDSCHLUSS)   |                       |                       |                          |
| 3.21 Es reagiert mit deutlichen Anzeichen von emotionalem Stress und Unbehagen bzw. negativem Affekt, wenn es an das Ereignis erinnert wird.                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.22 Es vermeidet es, über das Erlebte zu sprechen oder daran zu denken.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.23 Es reagiert mit körperlichen Symptomen (bei Erinnerung an das Ereignis).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.24 Es vermeidet den Kontakt mit Personen bzw. Orten, welche es an das Geschehene erinnern könnten.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.25 Es ist nicht in der Lage sich an das Ereignis (oder an Teile) zu erinnern Es scheint das Ereignis vollständig vergessen zu haben.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.26 Es hat das Interesse an Aktivitäten verloren, die ihm vor dem Trauma Freude bereitet haben.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |
| 3.27 Es spielt weniger lustvoll bzw. spielt insgesamt weniger.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>    |

|      |  |                       |                       |                                 |
|------|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 3.28 | Es zeigt weniger positive Gefühle (z.B. weniger Freude) als vorher.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.29 | Es zeigt mehr negative Gefühle (z.B. Traurigkeit, Ärger, Angst) als vorher.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.30 | Es zieht sich deutlich von seiner Familie/seinen Freunden zurück.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
|      |  | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           | <b>In den letzten 4 Wochen?</b> |
| 3.31 | Es hat Probleme mit dem Ein- oder Durchschlafen. Es sträubt sich z.B. ins Bett zu gehen oder wacht immer wieder auf.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.32 | Es schreckt manchmal mit einem panikartigen Schrei aus dem Schlaf hoch und ist nicht ansprechbar. Es zeigt dabei Herzrasen, Schwitzen, schnelles Atmen. (Im ersten Drittel der Nacht und keine Erinnerung am nächsten Tag)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.33 | Es hat häufiger extreme Wutanfälle und emotionale Ausbrüche.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.34 | Es ist aggressiver als vorher, tritt, schlägt, beißt oder macht Dinge mutwillig kaputt.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.35 | Es verweigert sich häufiger bei Anforderungen.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.36 | Es kann sich schlechter auf etwas konzentrieren.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.37 | Es wirkt übermäßig aufmerksam, zeigt eine geringere Schmerztoleranz („es tut schneller und heftiger weh“) und größere Empfindlichkeit gegenüber Sinneseindrücken (z.B. Geräusche, Licht, Gerüche).                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.38 | Es erschreckt deutlich schneller und stärker als vorher (z.B. bei lauten Geräuschen oder wenn jemand plötzlich in seiner Nähe auftaucht).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.39 | Es hat Ängste entwickelt bzw. mehr Angst vor anderen Dingen, die oberflächlich nicht mit dem Trauma in Verbindung stehen (z.B. Dunkelheit, allein ins Badezimmer gehen).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.40 | Es hat mehr Angst sich von Ihnen oder einer anderen Bezugsperson zu trennen, wenn es z.B. in den Kindergarten/die Spielgruppe gehen, mit einem Babysitter allein zu Hause bleiben oder in seinem eigenen Bett schlafen soll. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.41 | Es ist besorgter.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.42 | Es spricht babyhafter oder lutscht wieder am Daumen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.43 | Es führt bestimmte Verhaltensweisen immer wieder aus, ohne dass sie ziel- oder zweckgerichtet sind und ohne dass es emotional beteiligt ist.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.44 | Es nässt wieder ein/kotet wieder ein.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.45 | Es hat andere Fähigkeiten verloren, die es bereits schon erworben hatte (z.B. Sprache, Motorik).<br>Bitte genauer beschreiben: _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |
| 3.46 | Es zeigt andere Symptome, nämlich: _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>           |

#### 4. Beginn

|     |   |                       |                       |
|-----|---|-----------------------|-----------------------|
| 4.1 | Wann haben die oben genannten Symptome begonnen?<br>Alter des Kindes beim (ersten) Ereignis:                | Monat: _____          | Jahr: _____           |
| 4.2 | Beginn der Symptome (nach dem/den traumatischen Ereignis/sen):<br>innerhalb von 6 Monaten<br>Nach 6 Monaten | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           |
| 4.3 | Dauer der Symptome<br>länger als 1 Monat  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### 5. Situationen

|  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes? | <b>Ja</b>             | <b>Nein</b>           |
| 5.1 Zu Hause?                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.2 Im Kindergarten/in der KiTa?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.3 In anderen Lebensbereichen?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bitte genauer beschreiben: _____             |                       |                       |

#### 6. Beeinträchtigung/Stresslevel

\* **HINWEIS:** Bei den nun folgenden Items 6.1 bis 6.5 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

|  |                         |                         |                         |                         |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 6.1 Leidet Ihr Kind unter den oben genannten Symptomen? (0-3)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 6.2 Sind durch die oben genannten Symptome die Beziehungen Ihres Kindes zu anderen Menschen (Kindern und Erwachsenen, Fremde und Bekannte) beeinträchtigt? (0-3) | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 6.3 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

6.4 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihrer Familie beeinträchtigt? (0-3)

0  1  2  3

6.5 Werden durch die oben genannten Symptome Entwicklungsfortschritte Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)

0  1  2  3

### 7. Änderungsmotivation

**Ja**      **Nein**

7.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch wahr?

    

7.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?