

www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

### Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M13:

#### **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 M13 dient der Diagnostik von:**

DC: 0-5: Depressive Störung in der frühen Kindheit  
 ICD-10: Depressive Episode (F32)  
 DSM-5/RDC-PA: Major Depression (DSM-5: 296.X)

Im Folgenden geht es um die Stimmung Ihres Kindes.

**1. Eingangsfragen**

	Ja	Nein	Häufigkeit	Letzte 2 Wochen?
1.1 Ist Ihr Kind in letzter Zeit trauriger als normalerweise?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche	<input type="radio"/>
1.2 Hat Ihr Kind weniger Freude und Interesse am Spiel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche	<input type="radio"/>
1.3 Wirkt Ihr Kind müder, erschöpfter oder energieloser als gewöhnlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche	<input type="radio"/>
1.4 Falls ja: Sind diese Probleme stärker ausgeprägt als bei anderen Kindern im Alter Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche	<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 zur Stimmung Ihres Kindes stellen.

	Ja	Nein	Häufigkeit
2.1 Mag Ihr Kind sich selbst nicht? Hat es das Gefühl nicht gut genug zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.2 Hat Ihr Kind das Gefühl, dass es nichts wert ist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.3 Ist Ihr Kind häufig gereizt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.4 Berichtet Ihr Kind, dass es sich traurig, leer oder hoffnungslos fühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.5 Gibt sich ihr Kind manchmal die Schuld an Sachen, die gar nicht seine Fehler sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.6 Sagt Ihr Kind manchmal, es sei ein schlechter Mensch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.7 Denkt Ihr Kind häufig über den Tod nach oder beschäftigt sich Ihr Kind häufig mit dem Tod? Malt ihr Kind z.B. Bilder zum Thema Tod und Sterben oder kommen diese Themen häufig im Spiel vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.8 Spricht Ihr Kind häufig über bzw. beschäftigt es sich mit Themen wie Selbstmord und Selbstverletzung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.9 Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihr Kind so traurig ist, dass es am liebsten sterben würde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.10 Hat Ihr Kind in letzter Zeit mehr Mühe sich zu konzentrieren, als dies normalerweise der Fall ist? Hat es beispielsweise Probleme damit, Ihnen zu folgen und aufmerksam zu bleiben, wenn Sie ihm etwas erzählen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.11 Hat Ihr Kind größere Probleme damit Entscheidungen zu treffen, als es andere Kinder in seinem Alter haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.12 Fällt es Ihrem Kind schwer sich zu bewegen, so dass es nur noch dasitzt und nichts mehr tut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.13 Bewegt sich Ihr Kind in letzter Zeit mehr als normalerweise? Ist es ständig in Bewegung oder redet es mehr und schneller als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.14 ☛ Falls „Nein“ bei 2.13: Bewegt sich Ihr Kind in letzter Zeit deutlich weniger als normalerweise? Wirkt es lethargisch, verlangsamt und ohne Antrieb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.15 Hat Ihr Kind am Abend mehr Mühe einzuschlafen oder wacht es in der Nacht häufig auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.16 ☛ Falls „Nein“ bei 2.15: Schläft Ihr Kind in letzter Zeit viel mehr als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.17 Hat Ihr Kind in letzter Zeit einen deutlich schlechteren Appetit bzw. isst es viel weniger als üblich? Hat es Gewicht verloren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.18 ☛ Falls „Nein“ bei 2.17: Hat Ihr Kind in letzter Zeit einen deutlich grösseren Appetit bzw. isst es viel mehr als üblich? Hat es zugenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
2.19 Hat Ihr Kind in letzter Zeit häufiger Wutausbrüche, ohne dass es dafür einen erkennbaren Grund gibt?			

### 3. Beginn

3.1 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf?

Alter des Kindes bei Symptombeginn:

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Jahre: \_\_\_\_\_ Monate: \_\_\_\_\_

3.2 Dauer der Symptome:

Seit mindestens 2 Wochen

Seit mindestens 1 Jahr

**Ja** **Nein**

☐ ☐

☐ ☐

3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben?

☐ ☐

Bitte genauer beschreiben: \_\_\_\_\_

### 4. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?

**Ja** **Nein**

4.1 Zu Hause?

☐ ☐

4.2 Im Kindergarten/in der KiTa?

☐ ☐

4.3 In anderen Lebensbereichen?

☐ ☐

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)

① 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)

① ① ② ③

5.3 Werden durch die oben genannten Symptome Aktivitäten oder Routinen Ihres Kindes beeinträchtigt? (0-3)

① ① ② ③

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

① ① ② ③

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

① ① ② ③

### 6. Änderungsmotivation

**Ja** **Nein**

6.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war?

☐ ☐

6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?

☐ ☐