leibniz-psychology.org

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M7:

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.4365

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*.

MODUL M7: SCHWIERIGKEITEN MIT AGGRESSIONEN SIVA 0-6

Name: _____ Untersuchungsdatum: _____

Einsatz im Altersbereich 2;1-6;11 Jahre. Modul M7 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5:	Dysregulierte Ärger- und Aggressionsstörung der frühen Kindheit
ICD-10:	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3)
DSM-5/RDC-PA:	Oppositionelles Trotzverhalten,

Nun möchte ich Ihnen nun gerne einige Fragen zum Verhalten Ihres Kindes anderen Menschen und deren Eigentum gegenüberstellen.

1. Eingangsfragen

		Ja	Nein	Häufigkeit
1.1	*Hat Ihr Kind häufig Schwierigkeiten, sich an Regeln zu halten oder Anweisungen zu befolgen?*	O	O	_____ pro Woche
1.2	*Zeigt Ihr Kind sehr häufig Ärger, Wut und Anzeichen erhöhter Reizbarkeit?*	O	O	_____ pro Woche
1.3	*Ist Ihr Kind häufig provokativ und aufsässig?*	O	O	_____ pro Woche
1.4	*Ist Ihr Kind emotional instabil und irritabel?*	O	O	_____ pro Woche
1.5	*Reagiert Ihr Kind aggressiv, wenn es unter Druck gerät?*	O	O	_____ pro Woche
1.6	*Falls ja: Ist dieses Verhalten wesentlich stärker ausgeprägt als bei anderen Kindern des gleichen Alters?*	O	O	

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

2. Symptome des Kindes

Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Verhaltensweisen nennen und Sie sollen mir bitte sagen, ob diese bei Ihrem Kind vorkommen und in welcher Häufigkeit.

		Ja	Nein	Häufigkeit
2.1	*Ist es schnell reizbar oder wird schnell ärgerlich?*	O	O	___/*Woche*
2.2	*Wird Ihr Kind schnell wütend und ist nachtragend?*	O	O	___/*Woche*
2.3	*Ist Ihr Kind sehr empfindlich oder fühlt sich durch andere belästigt?*	O	O	___/*Woche*
2.4	*Zeigt Ihr Kind für sein Entwicklungsalter ungewöhnlich häufig schwere und lange andauernde Wutausbrüche oder Ärgerreaktionen?*	O	O	___/*Woche*
2.5	*Ist Ihr Kind häufig gehässig, schadenfroh, boshaft oder rachsüchtig?*	O	O	___/*Woche*
2.6	*Zeigt Ihr Kind häufig Ärger, Groll oder Zorn?*	O	O	___/*Woche*
2.7	*Hat Ihr Kind große Mühe sich zu beruhigen, wenn es ärgerlich/emotional erregt ist?*	O	O	___/*Woche*
2.8	*Wird Ihr Kind aggressiv, wenn es frustriert ist oder wenn Sie ihm Grenzen setzen?*	O	O	___/*Woche*
2.9	*Diskutiert Ihr Kind viel mit Erwachsenen oder seinen Eltern?*	O	O	___/*Woche*
2.10	*Streitet Ihr Kind oft mit Erwachsenen?*	O	O	___/*Woche*
2.11	*Verweigert sich Ihr Kind häufig gegen Aufforderungen Erwachsener oder setzt es sich über Regeln hinweg?*	O	O	___/*Woche*
2.12	*Belästigt Ihr Kind häufig andere Kinder (z.B. stößt es andere an, nimmt es anderen ohne Grund etwas weg oder ärgert es andere Kinder)?*	O	O	___/*Woche*
2.13	*Ärgert Ihr Kind absichtlich andere Menschen (Kinder, Erwachsene, Bekannte oder Fremde)?*	O	O	___/*Woche*
2.14	*Befolgt Ihr Kind Routineanweisungen, denen Kinder im gleichen Alter normalerweise folgen, nicht - selbst, wenn sie Ihre Aufforderung wiederholen?*	O	O	___/*Woche*
2.15	*Bricht Ihr Kind regelmäßig Regeln, auch wenn Erwachsene zusehen?*	O	O	___/*Woche*
2.16	*Nimmt Ihr Kind anderen etwas unerlaubt weg (z.B. stielt bei anderen Kindern oder in Geschäften)?*	O	O	___/*Woche*
2.17	*Bedroht Ihr Kind Gleichaltrige im Spiel, zwingt es diese oder verhält es sich übermäßig kontrollierend?*	O	O	___/*Woche*
2.18	*Verletzt es sich andere verbal oder tut es Dinge, die die Gefühle anderer Verletzten?*	O	O	___/*Woche*
2.19	*Macht es anderen physisch oder verbal Angst?*	O	O	___/*Woche*
2.20	*Beginnt es körperliche Auseinandersetzungen?*	O	O	___/*Woche*
2.21	*Verletzt es andere mit Gegenständen?*	O	O	___/*Woche*
2.22	*Sind seine Handlungen dabei zielgerichtet und geplant?*	O	O	___/*Woche*
2.23	*Macht Ihr Kind häufig andere für die eigenen Fehler oder für das eigene Fehlverhalten verantwortlich?*	O	O	___/*Woche*

Wenn Ihr Kind unter Druck gerät, Angst hat oder wenn es sich über etwas geärgert hat...		Ja	Nein	Häufigkeit
2.24	*...schlägt es, beißt es oder wirft es Dinge auf seine Bezugspersonen (oder versucht dies zu tun)?*	O	O	___/*Woche*
2.25	*...schlägt es, beißt es oder wirft es Dinge auf andere Kinder (oder versucht dies zu tun)?*	O	O	___/*Woche*
2.26	*...macht es Dinge absichtlich kaputt?*	O	O	___/*Woche*

3. Beginn

3.1 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf? *Monat: _____ Jahr: _____*

Alter des Kindes bei Symptombeginn*:* **Jahre: _____Monate: _____**

3.2 Dauer der Symptome:	**Ja**	**Nein**
Seit mindestens 3 Monaten	O	O
Seit mindestens 6 Monaten	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