leibniz-psychology.org

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M4:

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*.

MODUL M4: ESSSCHWIERIGKEITEN SIVA: 0-6

Name: _____ Untersuchungsdatum: _____

Einsatz im Altersbereich 0;3-6;11 Jahre. Modul M4 dient der Diagnostik von:	
DC: 0-5:	Essstörung mit Einschränkung der Nahrungsaufnahme, Essstörung mit Überessen
ICD-10:	Fütterstörungen im frühen Kindesalter (F98.2)
DSM-5:	Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme

*Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zum Essverhalten bzw. der Ernährung Ihres Kindes stellen. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten **immer auf den letzten Monat**.*

1. Eingangsfragen

		Ja	**Nein**	**Häufigkeit**
1.1	*Haben Sie das Füttern bzw. das Essen Ihres Kindes in den letzten 4 Wochen als problematisch erlebt?* Wenn ja, bitte beschreiben:	O	O	____/ *Woche*
1.2	*Isst Ihr Kind durchgängig weniger als für sein Alter zu erwarten wäre?*	O	O	____/ *Woche*
1.3	*Hat Ihr Kind in den vergangenen Monaten weniger zugenommen als es eigentlich sollte oder hat es sogar an Gewicht verloren?*	O	O	
☛ **Falls mindestens eine der Fragen 1.1 und 1.3 mit „Ja" beantwortet wurde, bei 2.1 beginnen.**				
1.4	*Isst Ihr Kind in den letzten 4 Wochen deutlich mehr, als Kinder in seinem Alter normalerweise essen?*	O	O	____/ *Woche*
1.5	*Beschäftigt sich Ihr Kind in den letzten 4 Wochen übermäßig viel mit Nahrungsmitteln (z.B. redet über das Essen, entwendet Essen)?*	O	O	____/ *Woche*
1.6	*Ist das Gewicht Ihres Kindes deutlich über dem für sein alter zu erwartendem Gewicht?*	O	O	
☛ **Falls mindestens eine der Fragen 1.4 bis 1.6 mit „Ja" beantwortet wurden, bitte zu Frage 2.31 springen.**				

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

2. Symptome des Kindes

Nun möchte ich Ihnen noch einige weitere Fragen zum Fütter- bzw. Essverhalten Ihres Kindes stellen.

		Ja	**Nein**
2.1	*Hat Ihr Kind kein oder kaum Interesse am Essen?*	O	O
2.2	*Ist Ihr Kind kleiner oder wächst es weniger schnell als andere Kinder in seinem Alter?*	O	O
2.3	*Verweigert Ihr Kind jegliche angebotene Nahrung (egal ob flüssig oder fest)?*	O	O
2.4	*Verweigert Ihr Kind feste Nahrung, akzeptiert aber an der Brust oder aus der Flasche?*	O	O
2.5	*Verweigert Ihr Kind die Flasche, akzeptiert aber die Ernährung mit dem Löffel?*	O	O
2.6	*Weigert sich Ihr Kind Nahrungsmittel zu essen, die einen bestimmten Geschmack, Geruch, Aussehen oder eine bestimmte Konsistenz haben? Bitte genauer beschreiben:_____*	O	O
2.7	*Isst Ihr Kind nur eine sehr begrenzte Auswahl an Lebensmitteln oder nur Lebensmittel einer bestimmten Marke? Bitte genauer beschreiben:_____*	O	O
2.8	*Zeigt Ihr Kind Ihnen jeweils nicht, wenn es Hunger hat?*	O	O
2.9	*Zeigt Ihr Kind ernährungsbedingte Mangelerscheinungen UND/ODER muss es Nahrungsergänzungsmittel zu sich nehmen UND/ODER muss es über eine Sonde ernährt werden.*	O	O
2.10	*Reagiert Ihr Kind gestresst oder mit Zeichen von Angst, wenn es merkt, dass gleich eine Mahlzeit folgen wird/es gefüttert werden soll?*	O	O
2.11	*Isst Ihr Kind ganz normal, wenn man ihm seine bevorzugten Lebensmittel gibt?*	O	O
2.12	*Isst Ihr Kind nur dann, wenn ganz bestimmte Bedingungen erfüllt sind, welche vom Kind erzwungen werden (z.B. Essen nur vor dem TV/Smartphone, nur wenn eine bestimmte Person anwesend ist).*	O	O
2.13	*Trinkt Ihr Kind nur aus der Flasche, wenn es schläft oder schläfrig ist?*	O	O
2.14	*Beginnt Ihr Kind meist ganz normal zu essen, hört aber schnell wieder auf, weil es beim Essen in Stress gerät?*	O	O
2.15	*Interessiert sich Ihr Kind nicht fürs Essen, ist aber an anderen Dingen oder Menschen sehr interessiert und neugierig?*	O	O

		Ja	Nein
2.16	*Die meisten Kinder lächeln die Bezugsperson beim Füttern häufig an, sie plappern mit ihr oder schauen ihr gelegentlich in die Augen. Haben Sie das Gefühl, Ihr Kind zeigt dieses Verhalten weniger stark als andere Kinder in seinem Alter?*	O	O
2.17	*Behält Ihr Kind die Nahrung übermäßig lange im Mund, ohne sie zu schlucken?*	O	O
2.18	*Hat Ihr Kind manchmal Probleme damit, Ruhe zu finden, wenn es gefüttert wird? Ist es beispielsweise häufig zu aufgeregt oder irritiert, um zu essen oder zu trinken?*	O	O
2.19	*Oder ist Ihr Kind manchmal zu müde, um gefüttert zu werden? Schläft es beispielsweise während der Mahlzeiten immer wieder ein?*	O	O
2.20	*Hat Ihr Kind traumatische Erfahrung mit dem Essen gemacht hat? (z.B. Magen-Darm-Erkrankung/en, Reflux, NG-Sonde, intensivmedizinische Behandlungen im Mund-Rachen-Raum durchgeführt)* *Welche?_____*	O	O
	☛ **Falls die Fragen 2.20 mit „Ja" beantwortet wurde:**	O	O
2.21	*Hat die Essensverweigerung begonnen, nachdem Ihr Kind solche Erfahrungen machen musste?*		
2.22	*Bekommt Ihr Kind Angst/Stress, wenn es merkt, dass es gleich gefüttert werden soll bzw. wenn die Mahlzeit beginnt oder wenn es Nahrungsmittel sieht?*	O	O
2.23	*Verweigert sich Ihr Kind vehement, wenn Sie sich mit der Flasche oder mit Essen nähern?*	O	O
2.24	*Weigert sich Ihr Kind die Nahrung herunterzuschlucken, wenn es diese im Mund hat?*	O	O
2.25	*Stellt die Nahrungsverweigerung eine akute oder anhaltende Bedrohung der kindlichen Ernährung bzw. der kindlichen Entwicklung dar?*	O	O
2.26	*Hat die Nahrungsverweigerung bei Ihrem Kind zu Ernährungsdefiziten bzw. Entwicklungsverzögerungen in der Mundmotorik (z.B. Schluckprobleme) geführt?*	O	O
2.27	*Wie viele Mahlzeiten bekommt Ihr Kind über den Tag verteilt (24h)?*	____ /Tag	
	Wie viele Hauptmahlzeiten?	____ /Tag	
	Wie viele Zwischenmahlzeiten?	____ /Tag	
2.28	*Wie lange dauert eine Mahlzeit in der Regel? _____ min*	____ Min	
2.29	*Liegt bei Ihrem Kind eine körperliche Erkrankung vor, die (nachgewiesene) Ursache für diese Probleme ist?* *Bitte genauer beschreiben:_____*	O	O
2.30	*Bestehen die Ernährungsprobleme weiterhin, auch wenn eine somatische Behandlung dieser Erkrankung bereits zu einer Verbesserung der Probleme führte?*	O	O

☛ **Hier beginnen, falls die Fragen 1.3. und 1.4. mit „Ja" beantwortet wurden.**		**Ja**	**Nein**
2.31	*Wünscht Ihr Kind während der Mahlzeiten bzw. des Fütterns durchgängig deutlich größere Portionen als andere Kinder in seinem Alter?*	O	O
2.32	*Wünscht oder isst Ihr Kind ständig zwischen den Mahlzeiten übermäßig große Mengen an Nahrung?*	O	O
2.33	*Nimmt Ihr Kind anderen Nahrungsmittel weg bzw. stielt es Essen von anderen?*	O	O
2.34	*Holt sich Ihr Kind manchmal Essen aus dem Mülleimer?*	O	O
2.35	*Stopft sich Ihr Kind den Mund übermäßig voll, so als habe es Angst, nicht genug zu bekommen?*	O	O
2.36	*Redet Ihr Kind ständig vom Essen (z.B. von der nächsten Mahlzeit, seinem Lieblingsgericht etc.)?*	O	O
2.37	*Beschäftigt sich Ihr Kind ständig im Spiel mit Essen?*	O	O
2.38	*Reagiert Ihr Kind gestresst, wenn es von den oben genannten Verhaltensweisen abgehalten wird?*	O	O

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 1 Monat	O	O
3.3	*Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet (z.B. eine Erkrankung), als die Symptome begonnen haben?* *Bitte genauer beschreiben: _____*	O	O

3.4	*Haben diese Symptome beim Übergang von der Flaschen- (Muttermilch) zur Breinahrung/fester Nahrung begonnen?*	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