

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M14 Langversion:

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 3;1-6;11 Jahre. Modul M14 besteht aus vier Teilen und dient der Diagnostik von:

- Teil 1: Ängste in Trennungssituationen
 Teil 2: Soziale Ängste
 Teil 3: Phobien
 Teil 4: Generalisierte Ängste

TEIL 1: ÄNGSTE IN TRENNUNGSSITUATIONEN**Teil 1 dient der Diagnostik von:**

- DC: 0-5: Störung mit Trennungsangst
 ICD-10: Emotionale Störung mit Trennungsangst im Kindesalter (F93.0)
 DSM-5/RDC-PA: Störung mit Trennungsangst (RDC-PA)

Als nächstes werde ich Ihnen einige Fragen zum Verhalten Ihres Kindes in Trennungssituationen stellen.

1. Eingangsfragen

	Ja	Nein	Häufigkeit
1.1 Wenn es zu einer Trennung zwischen Ihnen und Ihrem Kind kommt, beginnt es dann zu weinen, zu schreien, um sich zu schlagen oder Dinge umherzuwerfen, weil es nicht will, dass Sie weggehen bzw. es weggehen muss?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.2 Lässt sich Ihr Kind in bzw. nach Trennungssituationen von niemand anderem trösten UND weigert es sich heftig, wenn jemand anderes wie z.B. ein Babysitter, die Großeltern oder andere Menschen sich in dieser Zeit um es kümmern möchten. Schlägt es z.B. nach diesen Menschen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.3 Wenn Sie sich von Ihrem Kind trennen, beginnt es dann sich selbst zu schädigen ODER zu verletzen (z.B. durch Kopf anschlagen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.4 Falls ja: Sind diese Reaktionen Ihres Kindes auf eine Trennung aus Ihrer Sicht deutlich 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 1x pro Woche auftreten, weiter zu Teil 2 dieses Moduls.**2. Symptome des Kindes**

Nun möchte ich Ihnen noch einige weitere Fragen zu diesem Thema stellen.

	Ja	Nein
2.1 Wenn Sie sich von Ihrem Kind trennen, ist es dann ungewöhnlich traurig oder verschlossen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 Wie zeigt sich die Angst bei Ihrem Kind? Durch ...	Ja	Nein
2.2.1 Schreien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.2 Wutausbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.3 eine Weigerung, von zu Hause wegzugehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.4 ein intensives Bedürfnis, mit Ihnen zu reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.5 den Wunsch, nach Hause zurückzukehren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.6 Unglücklich sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.7 Apathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2.8 sozialen Rückzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte genauer beschreiben: _____		
2.2.9 Sorgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte genauer beschreiben: _____		
2.3 Wenn Sie außer Haus sind, verbleibt es dann in Sorge um Sie zu Hause und schaut beispielsweise ständig aus dem Fenster, um zu überprüfen, ob Sie wiederkommen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 Beginnt diese Reaktion (z.B. Schreien, Wutausbruch, Unglücklich sein) schon bevor Sie sich von Ihrem Kind trennen, wenn es merkt, dass Sie weggehen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.5 Vor welchen Ereignissen, die mit einer Trennung von Ihnen verbunden sind, hat Ihr Kind Angst? Bitte geben Sie auch an, ob es diese Situationen zu vermeiden versucht werden und wie stark die Angst bzw. die Vermeidung in der Situation ausgeprägt ist.

*** HINWEIS:** Bei den nun folgenden Items 2.5.1 bis 2.5.15 wird ein Rating „Ausmaß der Angst“ und „Ausmaß der Vermeidung“ vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:
 0 = keine Angst, keine Vermeidung
 1 = etwas Angst/manchmal Vermeidung,
 2 = starke Angst/starke Vermeidung,
 3 = sehr starke Angst/sehr starke Vermeidung.

Hat Ihr Kind Angst...	Ja	Nein	Ausmaß der Angst*	Ausmaß der Vermeidung*
2.5.1 selbst entführt zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.2 allein zu Hause zu bleiben bzw. in unterschiedlichen Räumen zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.3 verloren zu gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.4 das Haus ohne Eltern zu verlassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.5 ohne Sie zu Freunden spielen zu gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.6 in den Kindergarten/KiTa/Spielgruppe zu gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.7 auswärts zu schlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.8 Freizeitaktivitäten nachzugehen, z.B. Musikschule oder Sportverein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.9 allein einzuschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.10 alleine zu schlafen und kommt deshalb nachts in Ihr Zimmer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.11 ins Krankenhaus gebracht zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.12 getötet zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.13 Sie durch einen Unfall oder eine Entführung zu verlieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5.14 vor einem Ereignis, das hier noch nicht genannt wurde: Bitte genauer beschreiben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3

	Ja	Nein
2.6 Hat Ihr Kind Alpträume zu Trennungsthemen? INFO: BEI KINDERN, DIE NOCH NICHT SPRECHEN KÖNNEN, IST ES MÖGLICH, DASS SIE FURCHTERREGENDE TRÄUME OHNE ERKENNBAREN INHALT HABEN.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 Hat Ihr Kind Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Halsschmerzen, muss es erbrechen, oder hat andere Beschwerden, wenn eine Trennung ansteht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 Macht sich Ihr Kind andauernd, exzessiv Sorgen darüber, dass es z.B. verloren gehen oder entführt zu werden könnte und es somit zu einer Trennung von der Hauptbezugsperson käme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 4 Wochen (1 Monat)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet (z.B. eine Erkrankung), als die Symptome begonnen haben?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bitte genauer beschreiben: _____	

4. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?	Ja	Nein
4.1 Zu Hause?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 Im Kindergarten/in der KiTa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 In anderen Lebensbereichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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? | O | O |
| 6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern? | O | O |

TEIL 2: SOZIALE ÄNGSTE

Teil 2 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5: Soziale Angststörung (Soziale Phobie)
 ICD-10: Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)
 DSM-5/RDC- Soziale Angststörung
 PA:

Im Folgenden geht es um Ängste Ihres Kindes in sozialen Situationen.

1. Eingangsfragen

	Ja	Nein	Häufigkeit
1.1 Hat Ihr Kind häufig, übermäßige Angst in sozialen Situationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.2 Falls ja: Ist diese Angst im Vergleich zu Kindern gleichen Alters/gleichen Geschlechts übermäßig stark ausgeprägt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

☛ Falls alle Eingangsfragen mit „Nein“ beantwortet wurden oder seltener als 1x pro Woche auftreten, weiter zu Teil 3 dieses Moduls.

Nun möchte ich Ihnen noch einige weitere Fragen zu diesen Ängsten stellen.

2. Symptome des Kindes

	Ja	Nein
2.1 Hat Ihr Kind Angst, negativ bewertet zu werden oder Angst, abgelehnt zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 Ist ihm häufig etwas peinlich? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 Fühlt sich Ihr Kind häufig unwohl, wenn es merkt, dass es von anderen Leuten beobachtet wird, wenn es zum Beispiel am Spielen ist? Wie reagiert es dann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.1 fängt an zu weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.2 zittert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.3 wird wütend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.4 erstarrt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.5 klammert sich an Sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.6 wird panisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.7 es hat einen sehr starken Drang, zur Toilette zu gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.8 hat Angst zu erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3.9 Zeigt andere Verhaltensweisen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.4 In welchen spezifischen sozialen Situationen hat Ihr Kind Angst? Bitte geben Sie auch an, ob Ihr Kind versucht, das Objekt oder die Situation zu vermeiden und wie stark ausgeprägt die Angst und Vermeidung vor der Situation ist.

* HINWEIS: Bei den nun folgenden Items 2.4.1 bis 2.4.14 wird ein Rating „Ausmaß der Angst“ und „Ausmaß der Vermeidung“ vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:

0 = keine Angst, keine Vermeidung

1 = etwas Angst/manchmal Vermeidung,

2 = starke Angst/starke Vermeidung,

3 = sehr starke Angst/sehr starke Vermeidung.

In sozialen Situationen wie ...	Ja	Nein	Ausmaß der Angst*	Ausmaß der Vermeidung*
2.4.1 Treffen mit bekannten Gleichaltrigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.2 Treffen mit unbekannten Gleichaltrigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.3 Treffen mit bekannten Erwachsenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.4 Treffen mit unbekannten Erwachsenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.5 große Familientreffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.6 Geburtstagsfeiern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.7 Formale Anlässe, z.B. religiöse oder gesellschaftliche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.8 „Stuhlkreis“ im Kindergarten/KiTa/Spielgruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.9 Essen im Beisein von anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.10 wenn ihm eine Frage gestellt wird und es antworten soll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.11 auf dem Spielplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.12 beim Telefonieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③

In sozialen Situationen wie ...	Ja	Nein	Ausmaß der Angst*	Ausmaß der Vermeidung*
2.4.13 einen Wunsch äußern, z.B. sagen, dass man etwas Bestimmtes möchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③
2.4.14 einer anderen Situation, die noch nicht genannt wurde: Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③

	Ja	Nein
2.5 Tritt diese starke Angst jedes Mal auf, wenn sich Ihr Kind in einer solchen Situation befindet? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 Tritt diese Angst bei Ihrem Kind nur auf, wenn es mit erwachsenen Menschen zu tun hat? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 Hat Ihr Kind die Angst auch, wenn es mit Gleichaltrigen zusammen ist? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 Hat Ihr Kind zufriedenstellende soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9 Entwickelte sich die Angst vor (...) von einer anfangs kindlichen, alterstypischen und verständlichen Angst zu einer übermäßigen und unverständlichen Angst? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 4 Wochen (1 Monat)	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3.4 Traten die Angstsymptome zum ersten Mal im Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung oder der Einnahme eines Medikaments auf? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

4. Situationen

Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes?	Ja	Nein
4.1 Zu Hause?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2 Im Kindergarten/in der KiTa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3 In anderen Lebensbereichen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TEIL 3: PHOBIEN

Teil 3 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5: Störung mit Inhibition gegenüber Neuem
ICD-10: Phobische Störung des Kindesalters (F93.1)
DSM-5/RDC-PA: Spezifische Phobie

Nun möchte ich Ihnen gerne einige Fragen zu spezifischen Ängsten Ihres Kindes stellen.

☞ Damit eine Frage mit JA beantwortet werden kann, muss das Kind sehr starke Angst bei jeder Konfrontation mit dem Stimulus verspüren. Wenn es bislang nur eine oder zwei solcher Situationen gab, müssen die Eltern beurteilen, ob das Kind bei einer weiteren Konfrontation auch sehr verängstigt reagieren würde.

☞ Wenn das Kind in den letzten vier Wochen dem angstauslösenden Stimulus nicht ausgesetzt war, die Eltern aber merken, dass das Kind bei einer Konfrontation immer noch große Angst hätte, kann die Frage trotzdem mit JA beantwortet werden.

1. Eingangsfragen

	Ja	Nein	Häufigkeit
1.1 Hat Ihr Kind starke Angst vor bestimmten (neuen) Dingen, Objekten oder Situationen (z.B. Wasser, Tieren, lauten Geräuschen etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.2 Falls ja: Sind diese Ängste 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 1x pro Woche auftreten, weiter zu Teil 4 dieses Moduls.

2. Symptome des Kindes

Ich werde Ihnen nun eine Liste mit Situationen/Dingen vorlesen, vor denen Menschen Angst haben können. Bitte berichten Sie, ob Ihr Kind starke Angst vor den nachfolgenden Objekten oder Situationen hat, ob es das Objekt oder die Situation versucht zu meiden und wie stark ausgeprägt die Angst und Vermeidung vor dem Objekt bzw. in der Situation ist. Orientieren Sie sich dabei, ob die Angst altersangemessen ist oder ob Ihr Kind sich vor diesen Dingen stärker fürchtet als andere gleichaltrige Kinder. Die Werte gehen von «keine Angst/Vermeidung» bis «sehr starke Angst/Vermeidung».

* HINWEIS: Bei den nun folgenden Items 2.1 bis 2.14 wird ein Rating „Ausmaß der Angst“ und „Ausmaß der Vermeidung“ vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:

0 = keine Angst, keine Vermeidung

1 = etwas Angst/manchmal Vermeidung,

2 = starke Angst/starke Vermeidung,

3 = sehr starke Angst/sehr starke Vermeidung.

	Ja	Nein	Ausmaß der Angst*	Ausmaß der Vermeidung*
2.1 Tiere, z.B. Hunde, Ratten, Insekten, Spinnen, Schlangen, Vögel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.2 Monster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.3 Dunkelheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.4 Gewitter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.5 Spritzen oder Nadeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.6 Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.7 Verletzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.8 Blut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.9 Verkleidete Menschen z.B. Osterhase, Clowns, Weihnachtsmann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.10 Höhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.11 Brücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.12 Aufzug/Lift, kleine Räume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.13 Wasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3
2.14 Etwas anderes, das noch nicht erwähnt wurde: Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0 1 2 3	0 1 2 3

Wie zeigt sich die Angst bei Ihrem Kind?

2.15 Klammern an die Bezugsperson

2.16 Erstarren

2.17 Wutanfälle

2.18 Weinen

2.19 Rückzug

2.20 Vermeidet Augenkontakt

2.21 Hört auf zu sprechen/vokalisieren

2.22 Sucht die Nähe zu Eltern/Bezugsperson

Bitte genauer beschreiben: _____

Ja Nein

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☞ **Hinweis:** Wenn sich das Kind in Gegenwart des furchteinflößenden Stimulus beruhigen kann, dann mit NEIN markieren.

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 2.16 Entwickelte sich die Angst vor (...) von einer anfangs kindlichen, alterstypischen und verständlichen Angst zu einer übermäßigen und unverständlichen Angst?
Bitte genauer beschreiben: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.17 Wenn Ihr Kind mit (...) konfrontiert wird, erträgt es (...) nur unter sehr starker Angst?
Bitte genauer beschreiben: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. Beginn

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3.1 Wann traten die oben genannten Symptome zum ersten Mal auf?
Alter des Kindes bei Symptombeginn: | Monat: _____ | Jahr: _____ | |
| 3.2 Dauer der Symptome: | Jahre: _____ | Monate: _____ | |
| Seit mindestens 1 Monat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ja Nein |
| Seit mindestens 6 Monaten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben?
Bitte genauer beschreiben: _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Situationen

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Wo beobachten Sie die Symptome Ihres Kindes? | Ja | Nein |
| 4.1 Zu Hause? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.2 Im Kindergarten/in der KiTa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.3 In anderen Lebensbereichen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

TEIL 4: GENERALISIERTE ÄNGSTE

Teil 4 dient der Diagnostik von:

DC: 0-5:	Generalisierte Angststörung
ICD-10:	Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.8)
DSM-5/RDC-PA:	Generalisierte Angststörung

Im Folgenden geht es um ganz verschiedene, unbegründete Sorgen Ihres Kindes.

1. Eingangsfragen

	Ja	Nein	Häufigkeit
1.1 Macht sich Ihr Kind ständig und übermäßige Sorgen über verschiedene Bereiche, obwohl es eigentlich gar keinen Grund dazu gibt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____ pro Woche
1.2 Sind diese Sorgen deutlich stärker ausgeprägt, als bei anderen Kindern gleichen Alters? ODER Verbringt Ihr Kind einen erheblichen Teil des Tages mit diesen Sorgen, Ängste und Grübeleien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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

2. Symptome des Kindes

Sorgen

Im Folgenden werde ich verschiedene Bereiche erfragen, in denen sich Kinder häufig Sorgen machen. Ich werde Sie fragen, wie stark die Sorgen Ihres Kindes sind und wie schwer es ihm fällt, diese Sorgen zu kontrollieren.

* **HINWEIS:** Bei den nun folgenden Items 2.1 bis 2.10 wird ein Rating der „Stärke der Sorgen“ und der „Kontrollmöglichkeiten“ vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:

0= keine Sorgen/ gute Kontrolle

1= etwas Sorgen/etwas Schwierigkeiten die Sorgen zu kontrollieren,

2 = starke Sorgen/starke Schwierigkeiten die Sorgen zu kontrollieren,

3 = sehr starke Sorgen/keine Kontrolle der Sorgen möglich.

	Ja	Nein	Stärke der Sorgen*	Möglichkeit der Kontrolle*	An der Mehrzahl der Tage
2.1 Pünktlichkeit (z.B. zu spät zu einer Verabredung zu kommen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.2 Wohlergehen von Familienmitgliedern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.3 Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.4 Finanzen der Familie/Eltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.5 eigene Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.6 Gesundheit von Familienmitgliedern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.7 Sorgen, nicht gut genug zu sein, z.B. beim Malen, im Kindergarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.8 Sicherheit von sich selbst und/oder Familienmitgliedern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.9 katastrophale Ereignisse wie Erdbeben oder Krieg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0
2.10 andere Sorgen, die bislang nicht gefragt wurden Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	① ① ② ③	0

☛ Falls nicht mindestens 3 Bereiche betroffen mit, weiter zum nächsten Modul.

	Ja	Nein
2.11 Holt es sich immer wieder Rückversicherung bei Ihnen oder anderen Menschen ein, dass alles in Ordnung ist? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.12 Kann Ihr Kind seine Sorgen und Befürchtungen nur schwer oder gar nicht kontrollieren bzw. abschalten? Bitte genauer beschreiben: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Symptome während der Sorgen

Zeigt Ihr Kind eines der folgenden Symptome, wenn es sich Sorgen macht? Wie stark oder schwach schätzen Sie das Ausmaß der Symptome auf einer Skala von 0 (schwach) bis 3 (stark) ein?

* **HINWEIS:** Bei den nun folgenden Items 2.2.1 bis 2.2.6 wird ein Rating der Symptomstärke vorgenommen. Dies ist ein klinisches Rating. Den Eltern werden die Beschreibungen der Skalen genannt, nicht die Zahlen:
0 = nicht vorhanden
1 = leicht ausgeprägt
2 = stark ausgeprägt
3 = sehr stark ausgeprägt

	Ja	Nein	Symptomstärke*	An der Mehrzahl der Tage
2.13 Ruhelosigkeit ODER Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	<input type="radio"/>
2.14 Leichte Ermüdbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	<input type="radio"/>
2.15 Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	<input type="radio"/>
2.16 Reizbarkeit/Irritabilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	<input type="radio"/>
2.17 Starke Muskelspannung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	<input type="radio"/>
2.18 Schlafprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	① ① ② ③	<input type="radio"/>

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 2 Monaten ☐ ☐
Seit mindestens 6 Monaten ☐ ☐
- 3.3 Hat sich etwas Spezielles im Leben Ihres Kindes ereignet als die Symptome begonnen haben? ☐ ☐
Bitte genauer beschreiben: _____
- 3.4 Traten die Angstsymptome zum ersten Mal im Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung oder der Einnahme eines Medikaments auf? 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
- Ja** **Nein**
- ### 6. Änderungsmotivation
- 6.1 Nehmen Sie die Symptome Ihres Kindes als problematisch war? ☐ ☐
- 6.2 Sollte sich etwas hinsichtlich dieser Symptome verändern? ☐ ☐