leibniz-psychology.org

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M0:

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.4583

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 0;3-6;11 Jahre. Modul M0 dient zur:
Persönlichen Anamnese
Familienamnese
Entwicklungsanamnese
Screening Autismusspektrumsstörung

Interview geführt mit:
☐ Mutter
☐ Vater
☐ beiden Elternteilen
☐ jemand anderes, nämlich: _____

Anregung der Vorstellung?
☐ Eltern
☐ Kinderarzt
☐ Hebamme
☐ Erzieher/Lehrperson
☐ _____

FAMILIENANAMNESE
Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Fragen zum Verhalten und den Gefühlen Ihres Kindes im Alltag stellen. Dabei werde ich mich an diesem Leitfaden orientieren. Bitte versuchen Sie diese Fragen, welche sich alle auf Ihr Kind beziehen so genau wie möglich zu beantworten. Sie dürfen mich jederzeit unterbrechen und nachfragen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Außerdem können wir auch eine Pause machen, wenn Sie diese benötigen.
Selbstverständlich werden alle Ihre Antworten vertraulich behandelt (Bei Forschungsprojekten: und durch einen Code anonymisiert).

Angaben zum Kind:

Name: _____ ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum: _____

Das Kind lebt bei:
☐ biologischen Eltern
☐ Adoptiv- bzw. Pflegeeltern
☐ sonstigen Erziehungspersonen (Wer? _____)

Wer hat das Sorgerecht? _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Alter Mutter: _____ Alter Vater: _____

Herkunftsland leibliche Mutter _____

Herkunftsland leiblicher Vater _____

In D/CH/A seit: _____ In D/CH/A seit: _____

Schulabschluss der Eltern (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen - falls mehrere, den höchsten)

Mutter		Vater
☐	kein Schulabschluss	☐
☐	Hauptschule/Sekundar A	☐
☐	Realschule/Sekundar E	☐
☐	Abitur/Matura	☐
☐	(Fach-)Hochschule / Universität	☐

Beruf der Mutter: _____

Beschäftigungsgrad der Mutter: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit wöchentliche Arbeitszeit: _____h ☐ nicht erwerbstätig

Beruf des Vaters: _____

Beschäftigungsgrad des Vaters: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit wöchentliche Arbeitszeit: _____h ☐ nicht erwerbstätig

Angaben zu den Geschwistern:

Alter	Geschlecht	Im gleichen Haushalt lebend?	Erkrankungen/ Verhaltensschwierigkeiten?
(1) _____Jahre	w ☐ m ☐	☐	☐ _____
(2) _____Jahre	w ☐ m ☐	☐	☐ _____

(3) _____Jahre w ☐ m ☐ ☐ ☐ _____
(4) _____Jahre w ☐ m ☐ ☐ ☐ _____

ÜBERBLICK ÜBER AKTUELLE PROBLEME

Was führt Sie zu mir? Was ist das Hauptproblem, für das Sie Hilfe suchen?

_____
_____
_____

Gab es ein Ereignis oder einen aktuellen Anlass, dass Sie Ihr Kind vorstellen?

_____
_____
_____

Wie sind Sie bisher mit dem Problem umgegangen? Welche Hilfen haben Sie bisher in Anspruch genommen?

_____
_____
_____
_____

Chronische Erkrankungen

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit (z.B. Asthma, Diabetes etc.)? Ja ☐ Nein ☐
Welche? _____
Beginn: _____

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja ☐ Nein ☐
Welche? _____
Beginn: _____

Einschneidende Lebensereignisse

Gab es in den vergangenen 6 Monaten einschneidende Lebensereignisse (Arbeitsaufnahme der Mutter, Umzug, Trennung der Eltern, Scheidung, Krankheit/Verlust/Tod eines Angehörigen, Unfälle, Verlust des Arbeitsplatzes, Gewalterfahrung)?

_____
_____
_____

Erkrankungen in der Familie

Leiden Sie oder ein anderes Familienmitglied an einer körperlichen Krankheit oder psychischen Störung?

	Mutter	Vater	Angehörige	Was?	Seit wann?
Körperliche Erkrankungen					
Allergien	☐	☐	☐	_____	_____
Herz-Kreislauferkrankungen	☐	☐	☐	_____	_____
Diabetes	☐	☐	☐	_____	_____
Krebs	☐	☐	☐	_____	_____
Sonstige	☐	☐	☐	_____	_____
Psychische Erkrankungen					
Angststörungen	☐	☐	☐	_____	_____
Depressionen	☐	☐	☐	_____	_____
Essstörungen	☐	☐	☐	_____	_____
Sucht	☐	☐	☐	_____	_____
Persönlichkeitsstörungen	☐	☐	☐	_____	_____
Sonstige	☐	☐	☐	_____	_____

Wer ist die Hauptbezugsperson Ihres Kindes? Mit wem verbringt Ihr Kind die meiste Zeit?

Wer unterstützt Sie bei der Versorgung Ihres Kindes?
Wenn ja, durch …

	Ja	Nein	Bemerkungen
Anderer Elternteil	☐	☐	_____
Großeltern	☐	☐	_____
Andere Angehörige: Wer?	☐	☐	_____
Freunde/Innen	☐	☐	_____
Sozialpädagogische Familienhilfe	☐	☐	_____
Amb. Kinderkrankenschwester	☐	☐	_____
Sonstige?	☐	☐	_____

Bitte näher beschreiben:
_____

Wie gestaltete sich die Betreuungssituation Ihres Kindes im ersten Lebensjahr?
☐ nur bei Eltern (Pflege-/Adoptiveltern)
☐ bei den Großeltern bzw. anderen Verwandten
☐ Tagesstätte, etc. ab: _____
☐ viele unterschiedliche Betreuungssituationen

Gab es in den ersten 3 Lebensjahren eine längere Trennung von der primären Bezugsperson? ☐ Ja ☐ Nein
Dauer: _____

Bitte näher beschreiben:

_____
_____

Entwicklungsgeschichte

Schwangerschaft	**Ja**	**Nein**	
Medizinische Auffälligkeiten und Komplikationen während der Schwangerschaft (Blutungen, Gestationsdiabetes, Gestosen etc.)?	☐	☐	Welche?_____
Wiederholte Blutungen?	☐	☐	
Vorzeitige Wehen?	☐	☐	
Waren längere Liegezeiten notwendig?	☐	☐	
Starke seelische Belastungen?	☐	☐	Welche?_____
Medikamente/Drogen/Alkohol?	☐	☐	Welche?_____

Erwünschteste Schwangerschaft	**Ja**	**Nein**
War das Kind zum damaligen Zeitpunkt erwünscht?	☐	☐

Geburt
In welcher Schwangerschaftswoche erfolgt die Geburt in der _____ Woche

	Ja	**Nein**	
zu früh ≤ 37 Wochen	☐	☐	
Traten Geburtskomplikationen auf?	☐	☐	Welche?_____
Hatten Sie einen Kaiserschnitt?	☐	☐	
Auf Wunsch (Wunschkaiserschnitt)?	☐	☐	Gründe?_____

Befinden des Neugeborenen
Geburtsgewicht: _____ g

	Ja	**Nein**	
Gab es nach der Geburt Anpassungsschwierigkeiten beim Kind?	☐	☐	Welche? _____

Befinden der Mutter nach der Geburt	**Ja**	**Nein**	
Hatten Sie (Mutter)/hatte die Mutter nach der Geburt psychische Schwierigkeiten?			
„Babyblues“	☐	☐	Wie lange? _____
Postpartale Depression	☐	☐	Wie lange? _____
andere Störung	☐	☐	Wie lange? _____
Welche?			_____
Wurde das Kind gestillt?	☐	☐	Wie lange? _____
Traten Ernährungsprobleme auf?	☐	☐	Welche? _____

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes stellen.
Wann hat Ihr Kind folgende Fähigkeiten erworben?

Motorik:
Sitzen: ☐ seit: _____
Krabbeln: ☐ seit: _____
Laufen: ☐ seit: _____

Gab es jemals motorische Schwierigkeiten? Ja ☐
Welche? _____
Beginn? _____

Sprache:
Erste Worte: ☐ seit: _____
Vollständige Sätze: ☐ seit: _____
Spricht bis heute nicht: ☐

Gab es jemals Sprachschwierigkeiten? Ja ☐
Welche? _____
Beginn? _____

☝ Überblick über die Meilensteine des Spracherwerbs:
... bis 6 Monate: Lall-, Gurr- und Schnalzlaute
... bis 12 Monate: Vokallaute, Silbenreihen („la-la“, „ma-ma“), Kind reagiert auf seinen Namen
... bis 18 Monate: erste Wörter, Einwortsätze
... bis 3 Jahre: Mehrwortsätze, erster Gebrauch von “ich”
... bis 5 Jahre: längere Sätze, stark zunehmender Wortschatz

Screening Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	**Ja**	**Nein**
Wirkt Ihr Kind apathisch und unzugänglich (z.B. reagiert nicht, wenn Sie es ansprechen)?	☐	☐
Zeigt Ihr Kind durchgängig Widerstand gegen körperliche Nähe (auf-den-Arm-nehmen, Kuscheln etc.)?	☐	☐
Zeig Ihr Kind kein oder kaum Interesse an anderen Menschen (Kinder und Erwachsene)?	☐	☐
Vermeidet Ihr Kind durchgängig den Blickkontakt zu Ihnen oder anderen Personen?	☐	☐
Beobachten Sie bei Ihrem Kind repetitive (sich ständig wiederholende) Bewegungen (z.B. Schaukelbewegungen, Drehbewegungen, Kopfanschlagen)?	☐	☐
Beharrt Ihr Kind sehr auf das Einhalten bestimmter fester Abläufe und Routinen und reagiert gestresst, wenn es Abweichungen davon gibt?	☐	☐
Reagiert Ihr Kind mit deutlichen Anzeichen von Stress auf neue und unbekannte Situationen (oder Orte)?	☐	☐
Ist Ihnen bei Ihrem Kind eine Verzögerung in der Sprachentwicklung aufgefallen bzw. spricht es gar nicht?	☐	☐
Reagiert Ihr Kind nicht, wenn es mit seinem Namen gerufen wird (durchgängig)?	☐	☐

☞ Falls mind. eine Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, wird empfohlen eine genauere Abklärung hinsichtlich möglicher Tiefgreifender Entwicklungsstörungen vorzunehmen.

Wirtschaftliche Verhältnisse der Familie

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?
...gut? ☐
...für ausreichend? ☐
...für nicht ausreichend? ☐

Wohnverhältnisse
Größe der Wohnung? _____ *qm*

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____

	Ja	**Nein**
Hat das Kind ein eigenes Zimmer?	☐	☐

Falls nein: *Mit wem teilt es das Zimmer?* _____

Hat das Kind genügend Spielmöglichkeiten?	**Ja**	**Nein**	
drinnen	☐	☐	Weshalb nicht? _____
draußen	☐	☐	Weshalb nicht? _____