

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.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 0;3-6;11 Jahre. Modul M0 dient zur:

Persönlichen Anamnese
 Familienanamnese
 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 _____
 Herkunftsländ 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
<input type="checkbox"/>	kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hauptschule/Sekundar A	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Realschule/Sekundar E	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Abitur/Matura	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	(Fach-)Hochschule / Universität	<input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
(2) _____ Jahre	w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

(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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Herz-Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Psychische Erkrankungen					
Angststörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Persönlichkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Angehörige: Wer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Freunde/Innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sozialpädagogische Familienhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Amb. Kinderkrankenschwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
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

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

Ja

Nein

☐

☐

Welche? _____

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Welche? _____

☐

☐

Welche? _____

Erwünschteste Schwangerschaft

War das Kind zum damaligen Zeitpunkt erwünscht?

Ja

Nein

☐

☐

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgt die Geburt

Ja

Nein

in der _____ Woche

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

Hatten Sie (Mutter)/hatte die Mutter nach der Geburt psychische Schwierigkeiten?

Ja

Nein

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

☞ 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls nein: Mit wem teilt es das Zimmer? _____

	Ja	Nein	
Hat das Kind genügend Spielmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb nicht? _____
drinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weshalb nicht? _____
draußen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	