

# **Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

Aus dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters

(Leitung: Prof. Dr. med. Rainer Thomasius)

der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

(Direktor: Prof. Dr. med. Peter Riedesser †)

## **Zur Evidenzbasierung von Präventionsprogrammen für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern: Ein Systematischer Review**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Katja Kruse  
aus Hamburg

Hamburg 2010

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 21.6.2011**

**Veröffentlicht mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. med. Rainer Thomasius**

**Prüfungsausschuss, 2. Gutachterin: Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer**

**Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: PD Dr. med. Georg Romer**

Meiner Schwester Oda († 2008) gewidmet

# Inhaltsverzeichnis

---

	<b>Seite</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>1. Fragestellung und Arbeitshypothese</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Einleitung</b> .....	<b>2</b>
2.1 Geschichtliche Einführung.....	2
2.2 Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern.....	3
<b>3. Methodik</b> .....	<b>9</b>
3.1 Einführung.....	9
3.2 Systematik des Vorgehens.....	10
3.2.1 Titel und Hintergrund.....	10
3.2.2 Literaturdatenbanken.....	11
3.2.3 Definition der Suchbegriffe.....	11
3.2.4 Sichtung und Selektion der Ergebnisse.....	11
3.2.5 Definition der In- und Exklusionskriterien.....	12
3.2.6 Aufstellung des Kerndatensatzes.....	15
3.2.7 Beschreibung und Bewertung der eingeschlossenen Studien.....	17
3.2.8 Diskussion und Zusammenfassung.....	19
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>20</b>
4.1 Einführung.....	20
4.2 Beschreibungen und Bewertungen der Studien.....	20
<u>Teil 1 Programme für Kinder</u> .....	20
4.2.1 Clarke et al., (2001, USA).....	20
4.2.2 Short et al., (1995, USA).....	26
4.2.3 Dore et al., (1999, USA).....	32
4.2.4 Gance-Cleveland & Mays (2008, USA).....	36
4.2.5 Horn & Kolbo, (2000a, USA).....	42
4.2.6 Fraser & Pakenham, (2008, Australien).....	48
4.2.7 Orel et al., (2003, USA).....	53
4.2.8 Tuttle et al., (2001, USA).....	59

4.2.9	Woodside et al. (1997, USA).....	62
4.2.10	Horn & Kolbo, (2000b, USA).....	66
4.2.11	Gance-Cleveland, (2004,USA).....	69
4.2.12	Tuttle et al. (2000, USA).....	73
	<u>Teil 2 Programme für Familien</u> .....	76
4.2.13	Catalano et al. (1999, USA).....	76
4.2.14	Haggerty et al. (1008, USA).....	80
4.2.15	Beardslee et al. (1997, 2007, USA).....	83
4.2.16	Maguin et al. (2003, USA).....	89
4.2.17	Orte et al. (2000, Spanien).....	92
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b> .....	97
5.1	Zusammenfassung der Recherche.....	97
5.2	Aufbau der Diskussion.....	97
5.3	Ergebnisübersicht aller eingeschlossenen Studien.....	98
5.4	Qualitäten der eingeschlossenen Studien.....	100
5.5	Programme für Kinder.....	102
5.6	Programme für Familien.....	111
5.7	Resümee und Ausblick.....	116
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	121
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	123
<b>8.</b>	<b>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</b> .....	128

**Danksagung**

**Lebenslauf**

**Eidesstattliche Versicherung**

## Abkürzungsverzeichnis

---

ANCOVA	Analysis of Covariance
ANOVA	Analysis of Variance
ATOD	Alcohol, Tobacco and other Drugs
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ES	Effektstärke
ICD	International Classification of Diseases
KG	Kontrollgruppe
MANOVA	Multivariate Analysis of Variance
n. s.	nicht signifikant
ODD	Oppositional Defiant Disorder
OR	Odds-Ratio
RCI	Reliable Change Index
RCT	Randomized Controlled Trial
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SUD	Substance Use Disorder
UG	Untersuchungsgruppe

# 1. Fragestellung und Arbeitshypothese

---

Es mehren sich in den letzten Jahren Präventionsangebote unterschiedlichster Provenienz zur selektiven und indizierten Prävention für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern, deren Evidenzbasierung unklar ist. Für den Einsatz in der Praxis und in der Weiterentwicklung solcher Programme ist dieser Kenntnisstand jedoch unerlässlich.

In dieser Arbeit sollen die Arten von bestehenden psychoedukativen Präventionsprogrammen für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern erfasst, ihre Evaluationsergebnisse und ihre Validität dokumentiert, sowie ihr Evidenzgrad gemäß den SIGN-Kriterien festgestellt werden.

Ziel ist einerseits eine Priorisierung der existierenden Programme und Programmtypen wie insbesondere auch das Aufzeigen von Forschungslücken.

## 2. Einleitung

---

### 2.1 Geschichtliche Einführung

Der altgriechische Gelehrte Plutarch (45 – 125 n. Chr.) prägte den Ausspruch: „Trinker zeugen Trinker“ und wies damit sehr eindrücklich auf den beobachteten Zusammenhang zwischen elterlichem Suchtverhalten und den Auswirkungen auf die Kinder hin. Bis in das 19. Jahrhundert hielt sich der Volksglaube, dass wesentlich für eine „Idiotie des Kindes die Berausung der Eltern während der Zeugung sei“ (Crothers, 1887) und der Berliner Sanitätsrat Baer (1906) wird mit den Worten zitiert: „Den Kindern der Trinker wird...eine Schwäche angeerbt, die sich nicht selten wieder einer Neigung zum Trunke kundgibt, in einer krankhaften Strebung, durch ein berauschendes Getränk das vorhandene...Schmerzgefühl zu beseitigen“ (Klein, 2001).

Hier wird deutlich, dass die Kinder aus suchtblasteten Familien lange Zeit nur aus pathologischer Sichtweise betrachtet und die beobachteten Störungen als vererbt und somit unbeeinflussbar angesehen wurden. Verkannt wurde dabei der Bedarf der Kinder an pädagogischer und psychologischer Hilfe.

Differenziertere Annäherungen an das Thema finden sich erst Mitte des 20. Jahrhunderts (z.B. *Pojoga, 1937: The influence of parental alcoholism upon the school success and intelligence of children*).

Konkrete Hilfen etablieren sich erst seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Über die Situation und Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern ist geschichtlich wenig übermittelt. In Deutschland wurde öffentlich erstmalig 1996 im Rahmen des Kongresses „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“ des Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen und dem Angehörigenverband auf deren Situation aufmerksam gemacht (Wagenblass, 2003).

## 2.2 Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern: Prävalenz, Folgen, Prävention

### Prävalenz

Die Einschätzungen über die Anzahl der heute betroffenen Kinder, häufig auch als „vergessene Kinder“ betitelt, variieren. In Deutschland leben demnach ca. 2,65 Millionen Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung aufweist und ca. 40.000 Kinder von Eltern mit anderen substanzabhängigen Störungen (*Klein, 2005*). In den USA leben annähernd 11% der Kinder in Haushalten, in denen ein Elternteil ein Problem mit Substanzabhängigkeit aufweist (*Dawe und Harnett, 2007*). Diese Zahlen zeigen, dass es sich nicht um ein marginales Problem handelt, sondern dass ein sehr großer Anteil der Kinder unter stark beeinträchtigenden Verhältnissen aufwächst.

Noch weniger ist über die Anzahl der Kinder von Eltern mit psychischen Belastungen bekannt. Wenn man jedoch zugrunde legt, dass 3% der erwachsenen Bevölkerung psychisch krank ist und jeder zweite Erwachsene im Laufe seines Lebens eine psychische Störung entwickelt (*Suter, 2007*), handelt es sich auch hier um eine sehr große Anzahl von Kindern, denen bis heute wenig Aufmerksamkeit für ihre Situation entgegengebracht wurde. Nach *Lenz (2005)* liegt die Prävalenz psychisch kranker Eltern zwischen 9% und 61%. Unter Berücksichtigung der Zahlen des *Statistischen Bundesamtes (2006)* und des *Bundesgesundheitsveys (Wittchen, 2000)* kann man von 3,8 Millionen betroffenen Kindern und Jugendlichen in Deutschland ausgehen.

### Folgen elterlicher Sucht- oder psychischer Belastung

Kinder von suchtblasteten Eltern sind in der Vergangenheit immer stärker in den Fokus der High-Risk-Forschung gerückt, seitdem bekannt ist, dass diese Kinder stark gefährdet sind, selber eine suchtblastete Erkrankung zu erleiden (*Kumpfer et al., 2007*). Sie sind die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung einer Suchtblastung (33% bis 40%) und anderer psychischer Störungen, wie affektive Störungen oder Schizophrenie (*Klein, 2007*). Neben diesem Risiko weisen sie in überdurchschnittlichem Maße körperliche, kognitive, emotionale und Verhaltensdefizite auf (*Kumpfer et al., 2007*). Die Gründe dafür liegen in den besonderen Gegebenheiten

dieser Familien, vor allem im psychosozialen Bereich, die im Gegensatz zu Familien ohne diese Belastungen häufiger zu Störungen in der Entwicklung dieser Kinder führen.

Wenn suchtblastete Eltern ihre elterliche Sorge und Verantwortung nicht mehr wahrnehmen können, steigt das Risiko der Kinder, in verschiedenen Bereichen Störungen zu entwickeln stark an (*Gruber und Fleetwood, 2001*). So manifestieren sich häufiger psychosomatische Beschwerden, Angst- oder Verhaltensstörungen, Schulprobleme und Hyperaktivität. Insbesondere Kinder und Jugendliche substanzabhängiger Eltern haben ein erhöhtes Risiko für Erfahrungen mit körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch (*Werner et al., 1999*).

Geringes Selbstwertgefühl, verminderte Fähigkeiten Probleme zu lösen und Stress zu tolerieren sind weitere Ergebnisse, die in Studien zu Kindern von Substanzabhängigen auftraten (*Gruber und Fleetwood, 2001*). Die Probleme der Familien erwachsen dabei aus den Umständen, die die Sucht mit sich bringt. Neben den suchtbefugenen, direkten Effekten, wie z.B. Alkoholembryopathie und Retardierung durch die Substanzwirkung, können dies äußere Umstände wie Arbeitslosigkeit, niedriger sozialer Status, Stigmatisierung und Krankheit, aber auch innerfamiliäre Umstände, wie emotionale und physische Vernachlässigung, mangelnde Betreuung oder Gewalt gegen die Kinder sein. Studien zeigten, dass vor allem der fehlende familiäre Rückhalt in positiver Korrelation zum Substanzgebrauch der Kinder steht. Insbesondere ablehnende Beziehungen innerhalb der Familie tragen zur Dysfunktion der Familienfunktionen bei und beeinflussen das emotionale Wohlbefinden der Kinder negativ (*Franks et al., 1992*).

Tabelle 1. Wahrscheinlichkeit (OR) für Alkoholabhängigkeit bei Töchtern und Söhnen von Eltern mit Alkoholstörungen

Probleme mit Alkohol	Söhne Odds-Ratio für Alkoholabhängigkeit	Töchter Odds-Ratio für Alkoholabhängigkeit
nur Vater	2,01*	8,69**
nur Mutter	3,29**	15,94**
beide Eltern	18,77**	28,00**

\*p<0,1/\*\*p<0,001 *Lachner & Wittich, 1997*

Tabelle 2. Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche	Odds-Ratio (OR)
nur Vater nur Mutter beide Elternteile	Phobische Störung	1,79
		2,38
		4,12
nur Vater nur Mutter beide Elternteile	Generalisierte Angststörung	3,13
		4,56
		6,58
nur Vater nur Mutter beide Elternteile	Posttraumatische Belastungsstörung	5,53
		5,15
		14,77

Lachner & Wittich, 1997

Von Kindern psychisch erkrankter Eltern ist ebenfalls aus der High-Risk-Forschung bekannt, dass eine erhebliche Risikoverdichtung im Hinblick auf die Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung besteht (Orel et al., 2003). So liegt das Risiko in der allgemeinen Bevölkerung an einer schizophrenen Störung zu erkranken bei 1%. Mit einem schizophren erkrankten Elternteil steigt das Risiko auf 10% bis 15% an, sind beide Eltern erkrankt, sogar auf 35% bis 50% (Wagenblass, 2003). Kinder müssen vor allem in Krisenzeiten der Eltern ihre Bedürfnisse zurückstellen. Durch die Überforderung der Eltern kommt es zu einem Defizit an Aufmerksamkeit für die Kinder. Die psychische Erkrankung stellt, wie auch die Sucht, eine Familienerkrankung dar, die alle Familienmitglieder und die familiären Beziehungen belastet. Das Forschungsprojekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ (Laufzeit: 1999 – 2002) (Wagenblass, 2003) konnte zeigen, dass 1/3 der Psychatriepatientinnen und -patienten mit Kindern bereits dauerhaft getrennt von ihren Kindern lebt.

## Prävention

Die große Anzahl an Forschungsergebnissen zu negativen Effekten von belasteten Eltern auf ihre Kinder stammt vorwiegend aus den USA. Es stellt sich zwangsläufig die Frage, wie diese Kinder unterstützt und spätere Entwicklungsstörungen verhindert werden können.

Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden in den letzten Jahrzehnten einige Präventionsprogramme entwickelt, mit der Zielsetzung, die Situation dieser Familien

und insbesondere der Kinder zu verbessern und vor allem spätere eigene Störungen zu verhindern.

Die Ansätze dieser Programme sind unterschiedlich. Die meisten Programme richten sich unterstützend an die Eltern. Rückfallprophylaxe, Stärkung der Elternrolle und Kommunikationstraining zur Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung sind Module solcher Programme. Die Situation der Kinder soll hier indirekt durch die Unterstützung und das Training der Eltern verbessert werden (*Cuijpers, 2005*). Neben generellen Suchtpräventionsprogrammen für Erwachsene (z.B. öffentliche Kampagnen) und Kinder (z.B. Schulprogramme) ist eine weitere Herangehensweise das bifokal angelegte Familienprogramm. Hier werden Interventionen sowohl für die betroffenen Eltern als auch für die Kinder angeboten, um eine Verbesserung der gesamtfamiliären Situation zu erreichen. Die wenigen Evaluationsdaten, die es zu genannten Programmen gibt, zeigen für beide Modelle positive Effekte bezogen auf das Suchtverhalten der Eltern, die Eltern-Kind-Beziehung und das Verhalten der Kinder (*Gruber und Fleetwood, 2001; Kumpfer et al., 1996*).

Ein Nachteil dieser Interventionen ist, dass eine Unterstützung der Kinder immer auch die Teilnahme der Eltern voraussetzt. Hier kommen vor allem Familien in Betracht, bei denen sucht- oder psychisch belastete Eltern bereits in Behandlung sind oder waren und die sich auf eine Intervention einlassen. Die Teilnahme der Kinder ist somit immer abhängig von der elterlichen Behandlung.

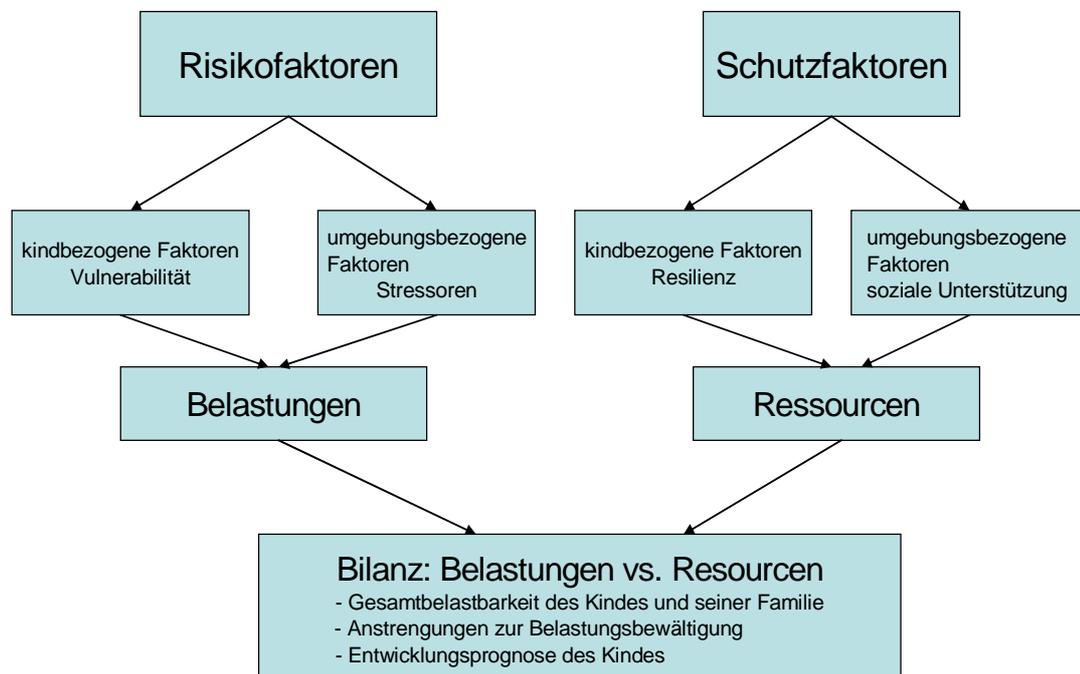
Kinder von Eltern, die bezüglich ihrer Störung keine Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen, und dies ist der größere Teil, werden dadurch nicht erreicht. Gerade für diese Kinder wäre eine Unterstützung besonders wichtig, unabhängig von dem Behandlungsstand der Eltern und unabhängig von der These, dass es den Kindern nur besser gehen könne, wenn es auch den Eltern besser gehe. Hier können nur kindzentrierte Präventionen greifen. In diesem Fall stellt allerdings das Erreichen der Kinder eine besondere Schwierigkeit dar. Die Rekrutierung kann dann nur über Hinweise Dritter (Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher) oder über offene Angebote und Selbsteinschätzungen der Kinder geschehen. Dadurch kann die Zielgruppe jedoch nicht konkret definiert werden, denn die reale Situation der Eltern bleibt meist ungeklärt.

Einen weiteren Aspekt stellen die Fragen nach der Zielsetzung und der Form der Unterstützung von Programmen dar.

Wenn man die Entwicklungswege betroffener Kinder betrachtet, fällt auf, dass es hier eine große Heterogenität gibt. Trotz ähnlicher familiärer Umstände entwickeln ca. 2/3

der Kinder keine relevanten oder nur leichte Probleme bzw. bleiben psychisch stabil (Cuijpers, 1999). Dabei sind keine monokausalen Zusammenhänge nachweisbar (Klein, 2007). Diesem Phänomen hat sich die Resilienz-Forschung angenommen. Unter Resilienz wird das Kraft- und Ausdauervermögen unter riskanten Bedingungen verstanden. In der Entwicklung des Kindes werden Risiko- und Schutzfaktoren einander gegenüber gestellt und die Gewichtung dieser beiden Pole als Ursprung für einen problematischen bzw. stabilen Entwicklungsweg gesehen. So ist ein Ansatz von Prävention, das Gleichgewicht in Richtung der Schutzfaktoren zu verschieben, um eine gesündere Ausgangslage für die folgende Entwicklung zu schaffen. Die Schutzfaktoren liegen dabei einerseits in der Umwelt des Kindes (z.B. soziale Unterstützung), andererseits in den kindbezogenen Faktoren, der eigentlichen Resilienz (Petermann, 1997).

### Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung des Kindes



(Petermann, 1997)

Abbildung 1

*Wolin & Wolin (1995)* identifizierten sieben Resilienzen, die trotz widriger Lebensumstände in einer suchtblasteten Familie vor einer eigenen Suchtstörung schützen:

1. kognitive Einsicht, Wissen, Ahnung
2. Beziehungsfähigkeit, soziales Netzwerk
3. Unabhängigkeit/Autonomie
4. Initiative
5. Kreativität
6. Humor
7. Moral

Generell richten sich die Zielsetzungen der Präventionsprogramme nach diesen Faktoren aus.

Für die Entwicklung und Durchführung von Präventionsprogrammen ist die Evidenzbasierung unerlässlich. Zurzeit gibt die Fachliteratur nur sehr spärlich Auskunft über Präventionsprogramme für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern, insbesondere über Effekte und Outcome der Kinder. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass es sehr wenig etablierte Interventionen auf diesem Gebiet gibt. Zudem stammt der größte Teil der Daten aus den USA und es ist fraglich, ob die Ergebnisse ohne weiteres auf andere Länder übertragbar sind.

Angesichts der Dimension der Problematik besteht hier ein sehr großer Handlungsbedarf. Selbst aus rein wirtschaftlicher Sichtweise würde sich die Etablierung effektiver Programme lohnen, betrachtet man die hohen Kosten, die z.B. durch Suchterkrankungen im Gesundheitsbereich entstehen.

Die vorliegende Arbeit soll anhand von evidenten Evaluationsdaten eine Übersicht über die Effekte von durchgeführten und für Kinder konzipierte Programme auf die Kinder geben. Um einen möglichst umfangreichen Überblick zu schaffen, wurden Programme für Kinder von Eltern mit anderen psychischen Belastungen oder Erkrankungen ebenfalls untersucht. Zum einen die zu erwartende spärliche Datenlage für ausschließlich Kinder suchtblasteter Eltern und zum anderen die Möglichkeit der Vergleichbarkeit führten zu dieser Erweiterung des Programmspektrums, wobei der Fokus deutlich auf die Suchtblastung gerichtet war. In Darstellung und Diskussion wurden die Resultate beider Zielgruppen dann getrennt behandelt.

Erhaltene Ergebnisse dieser Arbeit können z.B. bei der Entwicklung neuer Präventionsprogramme zur Evidenzbasierung dienen.

## 3. Methodik

---

### 3.1 Einführung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um einen systematischen Review, der sich an den Standards der Cochran Collaboration orientiert. Diese internationale Organisation wurde 1992 gegründet und hat unter anderem eine Vorgehensweise erstellt, die die Grundstruktur valider systematischer Reviews vorgibt. Anhand der im Internet (<http://www.cochrane.org>) verfügbaren standardisierten Anleitungen wurde dieser systematische Review entwickelt.

Ein systematischer Review ist eine Übersichtsarbeit, die jegliche verfügbare Literatur zu einem bestimmten Thema identifiziert und so einen möglichst umfassenden und unabhängigen Überblick zu einem Thema verschafft. Die Unabhängigkeit ist dabei nur in soweit gegeben, als dass sie von den publizierten Inhalten abhängig ist. Unveröffentlichte, meist „erfolglose“ Studien werden nicht berücksichtigt, was eine Einschränkung der Evidenz darstellt (*Müllner, 2005*).

Wichtig für einen systematischen Review ist die genaue und nachvollziehbare Angabe der Literaturrecherche. Dafür müssen die Suchstrategie, sowie die Ein- und Ausschlusskriterien transparent gemacht werden. Die Qualität von eingeschlossenen Studien wird nach gültigen Kriterien erfasst und beschrieben. Danach werden Ergebnisse dargelegt.

Für das Erreichen eines hohen Qualitätsstandards ist es außerdem vorgesehen, dass zwei Reviewerinnen oder Reviewer, unabhängig voneinander, die Auswahl der einzuschließenden Studien treffen. Bei auftretenden Abweichungen sollten die Positionen diskutiert werden und wenn nötig, eine dritte Reviewerin oder ein dritter Reviewer hinzugezogen werden.

Die zweite Reviewerin der vorliegenden Arbeit, Frau Herrmann, Studierende der Humanmedizin, erstellte zum Zeitpunkt der schriftlichen Niederlegung dieser Arbeit ebenfalls einen systematischen Review basierend auf den Cochrane Collaboration-Standards und hat sich damit in angemessener Weise qualifiziert.

Bei Dissens beider Reviewerinnen wurde durch Diskussion ein einheitliches Ergebnis herbeigeführt. Anhand nachfolgender Systematik soll die Vorgehensweise verdeutlicht werden, die dann ausführlich erläutert wurde.

## **3.2 Systematik des Vorgehens**

Folgende Strategie wurde zur Erstellung des systematischen Reviews entwickelt:

1. Titel und Hintergrund
2. Festlegen der Literaturrechercheorte
3. Definition der Suchbegriffe und -kriterien
4. Sichtung und Selektion der Ergebnisse
5. Definition der In- und Exklusionskriterien
6. Aufstellung des Kerndatensatzes
7. Beschreibung und Bewertung der eingeschlossenen Studien
8. Zusammenstellung der Ergebnisse
9. Diskussion der Ergebnisse

### **3.2.1 Titel und Hintergrund**

Diese Arbeit trägt den Titel „Zur Evidenzbasierung von Präventionsprogrammen für Kinder von sucht- oder psychisch belasteten Eltern“.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden öffentlichen Wahrnehmung der Problematik und des Ausmaßes der Folgen elterlicher Sucht auf ihre Kinder wachsen auch die Bestrebungen, für diese Kinder speziell auf ihre Problematik zugeschnittene Präventionsmaßnahmen zu entwickeln. Für die Entwicklung effektiver Prävention sind evidente Daten vorangegangener Präventionsmaßnahmen sehr hilfreich. So können Inhalte, Setting und Dauer möglichst zielorientiert geplant werden.

In der zur Verfügung stehenden Fachliteratur gibt es zurzeit sehr wenige, methodisch einem hohen Evidenzlevel zuzuordnende Datenquellen. Dies ließ es sinnvoll erscheinen, mit Hilfe eines systematischen Reviews, alle vorhandenen Daten zu untersuchen und eine umfassende Übersicht zu geben, die dann möglicherweise als Empfehlung dienen kann.

Unter Berücksichtigung der spärlichen vorhandenen Datenlage wurde das Thema auf Kinder psychisch belasteter Eltern ausgeweitet. Neben der Substanzabhängigkeit werden auch andere psychische Störungen oder Krankheiten der Eltern als ebenso entwicklungsbeeinflussend eingestuft. Ergebnisse aus Programmen für Kinder von psychisch belasteten Eltern können somit auch richtungweisend für Präventionsentwicklung für Kinder suchtbelasteter Eltern sein.

### **3.2.2 Literaturdatenbanken**

Eine systematische Literatursuche ist in den elektronischen Literaturdatenbanken relativ einfach, umfassend und für wissenschaftliche Einrichtungen, vor allem für Universitäten und Hochschulen, kostenlos. Es wurden die nicht öffentlichen Datenbanken Ovid MEDLINE(R), EMBASE, PsycINFO und PSYNDEXplus in Anspruch genommen.

### **3.2.3 Definition der Suchbegriffe und -kriterien**

Die Suchbegriffe mussten so definiert werden, dass möglichst alle relevanten Studien erkannt wurden, andererseits die Anzahl der nicht relevanten Literatur möglichst klein gehalten wurde. Nach einigen Proberecherchen in der öffentlichen Datenbank PubMed mit verschiedenen Kombinationen der Suchworte wurde folgende Schlüsselwortverknüpfung definiert:

„prevention AND child\* AND parents AND (addict\* OR alcohol OR mentally ill)“. Des Weiteren wurde die Suche auf den Zeitraum 1994 – 2009 beschränkt. Die zeitliche Eingrenzung wurde so gewählt, dass eine möglichst große Datenmenge zur Verfügung stand, gleichzeitig aber die aktuelle Relevanz der Ergebnisse vertretbar blieb. Außerdem wurde das Alter der untersuchten Personen auf 0 – 17 Jahre eingeschränkt und nur Literatur in englischer oder deutscher Sprache ausgewählt. Nach Dublettenentfernung ergaben sich für die genannte Suchstrategie am 05.03.2009 290 Treffer.

### **3.2.4 Sichtung und Selektion der Ergebnisse**

Von den so erhaltenen 290 Treffern wurden die Abstracts gelesen und alle Texte, aus denen zweifellos hervorging, dass sie sich nicht mit Präventionsprogrammen für Kinder (oder Familien) mit sucht- oder psychisch belasteten Eltern beschäftigen, aussortiert. Nach dieser Sichtung verblieben 19 Texte. Die Inhalte der 271 ausgeschlossenen Texte lassen sich folgendermaßen darstellen:

Tabelle 3. Themen ausgeschlossener Abstracts

<b>Thema</b>	<b>Anzahl</b>
Sucht und Gewalt	11
Programme nur für sucht- oder psychisch belastete Eltern	13
Effekte elterlicher Sucht auf die Kinder	36
Prediktoren für Suchtentwicklung	44
Suchtprävention allgemein	74
andere Thematik	93
<b>Gesamt</b>	<b>271</b>

Die Volltexte der 19 gesichteten Abstracts konnten beschafft werden. Durch eine zusätzlich durchgeführte Freihandsuche im Internet, in der Suchmaschine „Google“ und nach dem Studium der Literaturhinweise der Volltexte, konnten weitere 16 Abstracts identifiziert werden, deren Volltexte ebenfalls beschafft wurden. In drei Fällen wurden die Autoren (*Emshoff, Kumpfer, Tuttle*) direkt kontaktiert. Somit standen 35 Texte zur Verfügung, die dann durch die Reviewerinnen den Ein- und Ausschlusskriterien unterzogen wurden.

### **3.2.5 Definition der In- und Exklusionskriterien**

Um der Fragestellung entsprechend die Evidenz von Präventionsprogrammen für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern zu untersuchen, wurden die nachfolgenden In- und Exklusionskriterien definiert.

## In- und Exklusionskriterien für die Sichtung zur Identifizierung des Kerndatensatzes

Eingeschlossen wurden..

1. Studien, die valide festgestellte Effekte von Präventionsprogrammen/ Interventionen für Kinder oder Familien mit sucht- oder psychisch belasteten Eltern auf die Kinder untersuchten oder beschrieben.

Kriterium 1. war nur erfüllt, wenn..

- 1a. ..die Programme sich an Kinder im Alter < 18 Jahre oder an Familien, in denen Kinder im Alter <18 Jahre lebten, richteten
- 1b. ..die Intervention sich präventiv an Kinder, deren Elternteil oder erziehungsberechtigte Person sucht- oder psychisch belastet war, richtete
- 1c. ..mindestens ein Elternteil oder eine erziehungsberechtigte Person des Kindes riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsum von Alkohol bzw. psychotropen Substanzen (legal oder illegal) betrieb, eine Diagnose nach ICD oder DSM war nicht erforderlich  
oder  
..mindestens ein Elternteil oder eine erziehungsberechtigte Person des Kindes Beratung oder Therapie bezüglich einer psychischen Belastung in Anspruch genommen hatte, eine Diagnose nach ICD bzw. DSM war nicht erforderlich.

Das Konsumverhalten und die Belastung konnte dabei über Selbstberichte (Fragebogen, Interview) der Eltern, der Kinder oder über Fremdberichte Dritter (z.B. Lehrerinnen und Lehrer, Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte) benannt werden.

Dadurch wurde ein Text ausgeschlossen, wenn...

- .. er ausschließlich Effekte einer Intervention auf die Eltern beschrieb (z. B. auf das weitere Suchtverhalten)

...er Entwicklungsschritte, Komponenten und Methoden einer Intervention untersuchte/beschrieb, jedoch keine Effekte berichtete; entsprechendes galt für Messmethoden und Operationalisierungen

..er Gründe oder Ziele einer Intervention beschrieb, jedoch keine empirische Evidenz berichtete (z.B. rein theoretische Abhandlungen, Art des Trainings der Behandlungsdurchführenden, professionelle Haltung der Behandlungsdurchführenden)

..er Effekte von Präventionsprogrammen beschrieb, an denen zwar Kinder aus der Zielpopulation teilnahmen, die Intervention jedoch nicht speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet war (z.B. ein universelles Präventionsprogramm)

..er Effekte von Präventionsprogrammen als Kasuistiken, Fallvignetten oder Einzelfall-Studie („N=1“-Studie) beschrieb

.. er über nicht-präventive, sondern explizit therapeutische Interventionen berichtete (z.B. bei Kindern mit manifesten Störungen im Sinne einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose nach ICD oder DSM, wie z.B. eigene Suchterkrankungen).

2. Studien, die in referierten nationalen oder internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden.

Dadurch wurde ein Text ausgeschlossen, wenn..

..es sich um eine nicht-referierte Veröffentlichung handelte, wie z.B. „graue“ Literatur oder Buchkapitel

..es sich um eine Qualifikationsarbeit handelte.

### **3.2.6 Aufstellung des Kerndatensatzes**

Die aufgestellten In- und Exklusionskriterien wurden von beiden Reviewerinnen auf jeden der 35 Texte angewandt. Bei unterschiedlichen Einstufungen konnte durch Diskussion eine Entscheidung getroffen werden. Diskussionswürdig waren vor allem Studien, die keine Exklusionskriterien aufwiesen, aber über einzelne Inklusionskriterien keine eindeutigen Angaben enthielten (z.B. keine Altersangaben der Kinder) oder Studien, deren Design fragwürdig erschien. Wurden Studien dennoch eingeschlossen, sollten die Einschränkungen in die spätere Beschreibung und Bewertung eingehen und z.B. den Evidenzgrad oder die Design-Güte mindern. Der Kerndatensatz enthielt nach Abschluss des Prozederes 17 Studien.

**Dokumentation der Datenrecherche zum systematischen Review zur Evidenzbasierung von Präventionsprogrammen für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern**

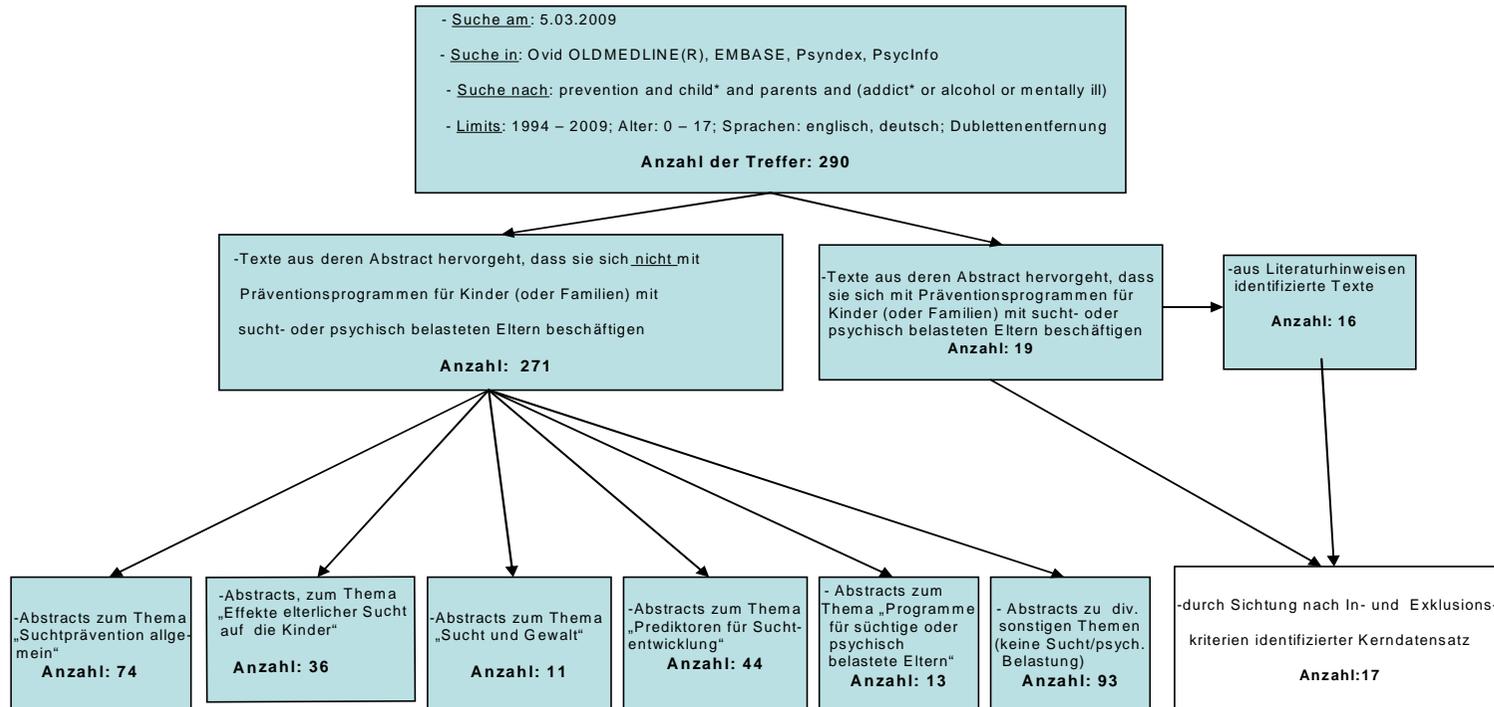


Abbildung 2

### 3.2.7 Beschreibung und Bewertung der eingeschlossenen Studien

Jede eingeschlossene Studie wurde beschrieben und bewertet. Die Beschreibungen wurden nach einer einheitlichen Struktur vorgenommen. Es wurden zunächst die Merkmale und der Aufbau des Programms erklärt, dann wurde die Stichprobe nach Größe und Charakteristik der Zielgruppe beschrieben. Es folgte die Darstellung der Rekrutierungsmethode und die Angabe der Messinstrumente. Danach wurden das Studien-Design und die Auswertungsmethode erläutert und die Ergebnisse wurden ausführlich benannt. Zum Abschluss der Beschreibung wurden die Limitationen jeder Studie identifiziert.

Die Studien wurden nach ihrem Evidenzgrad bewertet. Hierfür wurde die Evidenzklassifizierung der „Scottish Intercollegiate Guidelines Network“ (SIGN), einer 1993 zur Verbesserung der medizinischen Qualität gegründeten Organisation, zu Grunde gelegt. Diese Klassifizierung ist international anerkannt und wird beispielsweise zur Erstellung von Leitlinien herangezogen und wurde auch von dem „Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin“ (ÄZQ) übernommen. Die Einteilung enthält 4 Evidenzklassen:

- Ia: Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (RCTs)
- Ib: Evidenz aufgrund mindestens eines RCT
- IIa: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- IIb: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
- III: Evidenz aufgrund einer gut angelegten, nicht experimentellen deskriptiven Studie ( z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien)
- IV: Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertengremien, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Abweichend von den Vorgaben der Cochrane Collaboration, bei deren Reviews nur RCTs berücksichtigt werden, bezieht die vorliegende Arbeit auch Studien niedriger Evidenzklassen ein. Mit der Einbeziehung dieser Studien wird der geringen Anzahl an RCTs unter der Fragestellung der Arbeit Rechnung getragen.

Zusätzlich zu den aufgeführten Evidenzklassen wurde die Qualität der Studien durch die Anwendung eines Qualitäts-Scores, der in Anlehnung an einen im Bereich der Studienbewertung etablierten Score (*Gurman und Kniskern, 1978; Stanton und Shadish, 1997*) erstellt und den Bedingungen des vorliegenden Themas angepasst wurde, präzisiert. Dieses ergänzende Rating ermöglichte es, auch innerhalb der gleichen Evidenzkategorie eine feinere Abstufung vorzunehmen, was zur Beurteilung der Studien hilfreich sein kann. 15 Kriterien des Studien-Designs wurden untersucht und die dadurch erhaltene Punktzahl stuft eine Studie als schlecht (0 - 14 Punkte), mäßig (14,5 - 19 Punkte), gut (19,5 - 24 Punkte) oder sehr gut (24,5 - 30 Punkte) ein.

**Tabelle 4. Studien-Design-Kriterien** **max. Punkte**

1. randomisiertes, kontrolliertes Design	5
kontrolliertes Design ohne Randomisierung (2,5)	
2. Pre-Post-Test Messung	5
3. Stichprobengröße N=50-100 (0,5), N=100-150 (1), N>150 (1,5)	1,5
4. Gültigkeit der wichtigsten unabhängigen Variablen gegeben	5
Belastung der Eltern nachgewiesen (2), sehr wahrscheinlich (1)	
Durchführung des Programms durch qualifizierte Personen (3)	
5. angemessene statistische Analyse	1
6. Evaluation durch Selbsteinschätzungen <u>und</u> Expertenbefragung	1
7. Follow-up in Monaten 1-3 (0,5), 4-6 (1), 7-12 (1,5), 13-18 (2), 19-24 (2,5), >24 (3)	3
8. Das Programm wurde nach festgelegter Struktur (Manual) durchgeführt	1,5
vermutlich (0,5), sicher (1), nachweisbar (1,5)	
9. Outcome anhand mehrerer Indikatoren beurteilt	1
10. Messwiederholungen zur Beurteilung eines Indikators	1
11. Güte der Instrumente benannt	1
12. zeitgleiche Datenerhebung in der Kontrollgruppe	1
Datenerhebung der Kontrollgruppe abweichend (0,5)	
13. negative und positive Änderungen benannt	1
Erwähnung von Non-respondern (0,5)	
14. UntersucherInnen waren nicht an der Durchführung (Trainings) beteiligt	1
15. Berücksichtigung von Drop-outs/Intent-to-treat-Analyse	1

### **3.2.8 Diskussion und Zusammenfassung**

Nach der Beschreibung und Bewertung der einzelnen Studien wurden die erhaltenen Ergebnisse zusammengefasst und verglichen. Übereinstimmungen, Abweichungen oder konträre Ergebnisse wurden herausgefiltert und mögliche Ursachen diskutiert. In der Zusammenfassung konnten dann alle Aspekte komprimiert und Rückschlüsse und Empfehlungen zu den jeweiligen Resultaten erörtert werden.

## 4. Ergebnisse

---

### 4.1 Einführung

Im Folgenden wurde jede eingeschlossene Studie beschrieben und bewertet. Dabei wurde die im Methodenteil vorgestellte Systematik für jede Studie angewendet. Die Reihenfolge der aufgeführten Studien entspricht dabei absteigend der Gütequalität, die sich aus der Punktebewertung des Qualitäts-Scores ergab. Ferner wurden die Studien thematisch unterteilt. Im ersten Teil wurden nur Studien über Programme vorgestellt, die sich an Kinder richteten, im zweiten Teil folgen die Studien über Programme, deren Zielgruppe Kinder und Eltern bzw. Familien darstellten.

Im Anschluss an die ausführliche Präsentation jeder Studie wurde diese in tabellarischer Form anschaulich mit den wichtigsten Fakten zu den Beschreibungs- und Bewertungskriterien zusammengefasst, sodass eine komprimierte Übersicht entstand.

### 4.2 Beschreibungen und Bewertungen der eingeschlossenen Studien

#### Teil 1 Programme für Kinder

##### 4.2.1 Clarke et al. (2001, USA), Coping With Stress Course (CWS)

###### Programm: Methode und Aufbau

Es handelte sich um ein kognitiv-behaviorales Programm mit Psychoedukation, welches für Jugendliche, die ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer depressiven Erkrankung tragen, entwickelt wurde. Das Programm war in vorherigen kontrollierten Untersuchungen getestet worden, es umfasste 15 Sitzungen à 60 Minuten für sechs bis zehn Jugendliche, geleitet von einer professionellen Therapeutin oder einem Therapeuten. Der Gesamtansatz war stark kognitiv geprägt. Die Jugendlichen sollten lernen, allzu negative Gedanken zu identifizieren und in Frage zu stellen. Ein spezieller Fokus lag dabei auf den Vorstellungen, die in Bezug auf den depressiven Elternteil herrschten. Ziel war es, das Störungsrisiko der jugendlichen Risikogruppe zu senken und somit einer eigenen depressiven Störung vorzubeugen. Begleitend zum Programm wurden drei Elternabende (zu Beginn, in der Mitte und am Ende)

angeboten. Dort wurden die Eltern über Themen in der Gruppe und gelernte Fähigkeiten unterrichtet. Die Erkrankung der Eltern wurde bei diesen Treffen nicht direkt thematisiert.

### Rekrutierung

Die Rekrutierung der Jugendlichen wurde über die „Health Maintenance Organisation“ (HMO) in Portland, Oregon, USA durchgeführt. Über 2 Jahre (1994 – 1996) wurde Erwachsenen im Alter zwischen 30 und 65 Jahren, die mindestens sechs Monate Mitglied waren und mindestens zwei Antidepressiva in den letzten zwölf Monaten eingenommen oder zwei Besuche bezüglich psychischer Gesundheit in den vorausgegangenen zwölf Monaten in Anspruch genommen hatten und mit 13- bis 18-jährigen Kindern lebten, per Brief das Programm vorgestellt und die Kinder zur Teilnahme eingeladen. Interessierte Familien wurden eingeladen und konnten sich für die Teilnahme entscheiden. Die Eltern mussten schriftlich zustimmen. Bis zu zwei Kindern aus einer Familie war die Teilnahme gestattet. Die Kinder mussten mittelschwere Symptome von Depressionen aufweisen, ohne dass eine Diagnose nach DSM-III-R erfüllt war. Die Familien mussten im nahen Umfeld der Organisation wohnen.

### Zielgruppe/Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus N=94 Jugendlichen, deren Eltern eine depressive Störung aufwiesen und die selbst an depressiven Symptomen litten, die jedoch nicht die DSM-III-R-Kriterien für Depressionen erfüllten. Die UG bestand aus n=45 Jugendlichen mit M=14,6 Jahren, der KG waren n=49 Jugendliche mit M=15,5 Jahren zugewiesen. Allen Jugendlichen war es freigestellt, parallel zum Programm andere Gesundheitsdienste oder Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen oder weiterzuführen. Auch Antidepressiva durften weiterhin eingenommen werden, was nur in wenigen Fällen zutraf.

### Instrumente

Für diese Studie wurden die Eltern und die Jugendlichen befragt. Für die Eltern wurde die „Achenbach Child Behavior Checklist“ (CBCL) mit verschiedenen Fragen zu sozialer Kompetenz der Kinder und 113 Punkten zum Verhalten und zu emotionalen Problemen der Kinder (5-Punkte-Likert-Skala) herangezogen. Die Test-Retest-Reliabilität wurde bestätigt, ebenso unterschied die CBCL zwischen Jugendlichen mit und ohne klinisch relevanten Auffälligkeiten. Die Jugendlichen wurden anhand des

„Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children“ (K-SADS) zur Aufdeckung von DSM-III-R Diagnosen befragt. Die Interviewer und Interviewerinnen wurden zuvor für die Anwendung des K-SADS geschult. 20% der geführten Interviews wurden zufällig ausgewählt und von einer erfahrenen Diagnostikerin oder einem Diagnostiker nachbeurteilt. Die Reliabilität war exzellent für aktuelle affektive Störungen mit  $\kappa=0,87$ ,  $\kappa=1,00$  für vergangene Diagnosen im Pre-Test und  $\kappa=0,90$  für Diagnosen zum Follow-up. Die Reliabilität war gut für nicht-affektive Störungen ( $\kappa=0,74$ ,  $\kappa=0,76$  und  $\kappa=0,90$  entsprechend der vorgenannten Diagnosezeitpunkte). Des Weiteren wurde bei den Jugendlichen und den Erwachsenen eine Selbsteinschätzungs-Skala (CES-D) zur Ermittlung von 20 Depressionssymptomen der letzten Woche eingesetzt. Es wurden gute psychometrische Eigenschaften für den Einsatz bei Erwachsenen und Jugendlichen berichtet. Die Interviewer und Interviewerinnen komplettierten zusätzlich 14 Punkte der „Hamilton Depression Rating Scale“ (HAM-D), welche mit den Punkten der CES-D korrespondierten. Die Reliabilität lag für die Erwachsenen zwischen  $r=0,87$  und  $r=0,94$  und  $\alpha=0,83$  für Jugendliche. Die Interviewer und Interviewerinnen schätzten den Grad der Störung über die „Global Assessment of Functioning scale“ (GAF) ein. Die GAF-Werte bewegten sich im Bereich von 1 bis 90. Werte ab 40 spiegelten eine schwerwiegende Störung wieder.

#### Design und Auswertung

Es handelte sich um ein randomisiertes, kontrolliertes Design. Alle aufgeführten Instrumente für die Jugendlichen und die Eltern wurden im Pre-Post-Test und 12 und 24 Monate nach Beendigung des Programms eingesetzt. Alle Untersucher und Untersucherinnen waren verblindet und waren professionell psychologisch ausgebildet, sie hatten ein Training zur Durchführung der diagnostischen Instrumente erhalten und sie erhielten wöchentliche Supervision.

Zur Untersuchung der Effekte in Bezug auf depressive Störungen wurde eine „random-effect regression“-Analyse und ANCOVA eingesetzt. Es wurden lineare und quadratische Effekte erwartet, die linearen Effekte identifizierten die Richtung und das Maß der Veränderungen, während die quadratischen Effekte die Verbesserungen und Verschlechterungen zu verschiedenen Zeitpunkten während der Untersuchungen erkannten.

## Ergebnisse

Von den N=94 Jugendlichen nahmen zwei nicht an allen Follow-up-Interviews teil, vier nahmen nicht am Post-Test, neun nicht am 12-Monats-Follow-up und 16 nicht am 24-Monats-Follow-up teil.

Der Pre-Test zeigte keine Unterschiede der Gruppen bezüglich der unabhängigen und abhängigen Variablen. Es gab signifikante Effekte, im CES-D war die UG mit weniger Depressionssymptomen überlegen ( $p=0,005$ ; erwarteter Parameter für den linearen Effekt  $-0,15$ ; 95% Konfidenz-Intervall,  $-0,27 - -0,04$ ), ebenso im HAM-D ( $p=0,05$ ; erwarteter Parameter für den linearen Effekt  $-0,04$ ; 95% Konfidenz-Intervall,  $-0,08$  bis  $0,00$ ). Der CBCL-D-Test ergab keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen. Die Werte des CES-D verbesserten sich vor allem im Pre-Post-Test ( $p=0,008$ ) und vom Post-Test zum ersten Follow-up nach zwölf Monaten ( $p=0,006$ ). Die Werte des HAM-D verhielten sich zwischen allen Messzeitpunkten ähnlich. Signifikant verringerte sich ebenfalls die Anzahl der Suizid-Parameter des K-SADS-E in der UG. Bei der Untersuchung auf depressive Episoden gab es einen weiteren signifikanten Vorteil der UG ( $p=0,003$ ; 9,3% erwartete Inzidenz) gegenüber der KG mit 28,8% erwarteter Inzidenz zum ersten Follow-up. Da das erste Follow-up tatsächlich erst nach 14 Monaten durchgeführt wurde, lagen die Werte des 12-Monats-Follow-ups rechnerisch jeweils bei 8% und 24,7%. Das Risiko einer Depression zum 12-Monats-Follow-up betrug in der UG 5,64 (95% Konfidenzintervall,  $1,56 - 20,39$ ) nach Berücksichtigung von Geschlecht, Alter, CES-D-Score und Depressionen in der Vorgeschichte. Dieser signifikante Effekt blieb bestehen, verringerte sich aber zum 24-Monats-Follow-up.

Um die Langzeitwirkungen besser vergleichen zu können, wurde die Durchschnittszeit zur Entwicklung einer Störung in beiden Gruppen an denjenigen Jugendlichen bestimmt, die eine depressive Störung entwickelten und von denen die Daten für 24 Monate vorlagen. Es handelte sich um neun Jugendliche der UG und zwölf Jugendliche der KG. Die Durchschnittszeit zur Entwicklung einer affektiv bezogenen Diagnose betrug jeweils 14,0 Monate (SD, 6,5 Monate; Median 16 Monate) bzw. 6,3 Monate (SD, 5,8 Monate; Median 4 Monate). Dies zeigte eine signifikante Verzögerung des Beginns in der UG ( $t(19)$ , 2,90;  $p=0,009$ ). Die UG berichtete durchschnittlich von elf Tagen mit depressiver Stimmung im Jahr nach der Teilnahme am Programm, während die KG durchschnittlich 44 Tage angab. Im Bereich nicht-affektiver psychiatrischer Störungen, gemessen über Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Störungen, konnten keine signifikanten Effekte festgestellt werden. Es wurden keine signifikanten Unterschiede für den Zeitraum zur Entwicklung einer

nicht-affektiven Störung in den beiden Gruppen festgestellt, obwohl die Inzidenz in der KG zum 12-Monats-Follow-up (15,9% vs. 4,9%) und zum 24-Monats-Follow-up (24,3% vs. 19,5%) höher war. Die Ergebnisse der Random-effects Regression-Analyse zeigten signifikant überlegene Effekte der UG für die GAF-Werte ( $p=0,04$ ), die Follow-up-Untersuchungen zeigten jedoch keine signifikanten Unterschiede der GAF-Werte. Bei der Berücksichtigung der Teilnahmefrequenz in der UG konnten keine signifikant unterschiedlichen Effekte gezeigt werden.

#### Limitationen

Es wurde ein sehr aufwändiges Verfahren der Rekrutierung angewandt und aus der großen Anzahl der potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde nur eine sehr kleine Gruppe rekrutiert.

#### Evidenzklasse und Design-Güte

Als RCT trifft die Evidenzklasse Ib mit sehr gutem Studien-Design (26,5 Punkte) zu.

Tabelle 5. 4.2.1 Clarke et al. (2001, USA) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: sehr gut (26,5 Punkte)

Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Coping With Stress Course (CWS)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kognitiv-behaviorales Programm für Jugendliche mit erhöhtem Risiko zur Entwicklung einer Depression</li> <li>- 3 begleitende Elternabende</li> <li>- 15 Sitzungen á 60 Minuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern, die Mitglieder der „Health Maintenance Organisation“ waren und die eine depressive Störung aufwiesen, wurde das Programm vorgestellt und die Teilnahme ihrer Kinder angeboten</li> </ul>	<p>N=94</p> <p>UG: n=45 M=14,6 Jahre</p> <p>KG: n=49 M=15,5 Jahre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mindestens 1 Elternteil mit Diagnose einer depressiven Störung</li> <li>- eigene Symptome einer depressiven Störung vorhanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Children Behavior Checklist“ (CBCL) für die Eltern</li> <li>- Jugendliche wurden mit K-SADS* auf DSM-Diagnosen untersucht</li> <li>- Eltern und Jugendliche wurden bzgl. Depressions-Symptomen befragt (CES-D)</li> <li>- Expertenbefragung zum Grad der Störung mit GAF**</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RCT</li> <li>- Pre-Post-Test</li> <li>- Follow-up nach 12 und 24 Monaten</li> <li>- Verblindung des Untersucherteams</li> <li>- ANCOVA und Intent-to-treat-Analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signifikante Verbesserungen der UG:</li> <li>- weniger Depressions-Symptome</li> <li>- geringere Suizidgefährdung</li> <li>- weniger depressive Episoden</li> <li>- späterer Beginn depressiver Episoden</li> <li>- weniger schwere Störungen</li> <li>- Verringerung aller Effekte zum 24-Monats-Follow-up</li> <li>- keine signifikanten Effekte für nicht-affektive Störungen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Sehr aufwändiges Rekrutierungsverfahren, geringe Rekrutierungsrate					

\*K-SADS: Kiddi Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children; \*\*GAF: Global Assessment of Functioning Scale

#### **4.2.2 Short et al. (1995, USA)**

##### **Stress Management and Alcohol Awareness Program (SMAAP)**

###### Programm: Methode und Aufbau

Es handelte sich um ein Programm für Kinder von alkoholbelasteten Eltern. Erarbeitet wurden die Themen Coping-Strategien, Erwartungen an Alkohol und Selbstwert. Die Inhalte wurden anhand von didaktischem Material, Demonstrationen, praktischen Übungen und Hausaufgaben vermittelt. Es wurden acht Sitzungen einmal pro Woche mit sechs bis acht Kindern durchgeführt. Die acht Stunden im Einzelnen:

1. Gruppenformation, Kennenlernen, Fakten zu Alkohol
2. Unterschiede negativer und positiver Selbsteinschätzungen
3. Effekte von Alkohol
4. Emotionsfokussiertes Coping
5. Inhalte zu sozial-problemfokussiertem Coping
6. Übungen zu Problemlösungen
7. Wiederholungen und Zusammenfassung
8. Formen der Unterstützung, Benennung von Stärken und Leistungen

Die Gruppen wurden von einer ausgebildeten Gruppenleiterin oder einem -leiter und einer freiwilligen Assistentin oder einem Assistenten aus dem Schulteam (Lehrerinnen und Lehrer, Schulsanitäterinnen und Schulsanitäter, Beratungslehrerinnen und -lehrer) geleitet. Die acht Gruppenleiterinnen und -leiter wurden bezahlt, zwei waren Psychologiestudentinnen oder -studenten, fünf Sozialwissenschaftlerinnen oder -wissenschaftler mit Erfahrungen in diesem Bereich und eine weitere erfahrene Kraft. Alle hatten zuvor 40 Stunden Schulung für das Programm absolviert (acht Stunden zum Projekt und ihrer eigenen Rolle und 32 Stunden zu den jeweiligen Sitzungen nach Vorgabe des Curriculums). Die Assistentinnen und Assistenten erhielten acht Stunden Training zu den Programmzielen. Ergänzend zu dem Programm wurden 33 (25 Frauen) Einzeltrainerinnen und -trainer eingesetzt, die jeweils drei bis vier Stunden pro Woche mit einem Kind vertiefend arbeiteten. Bei den Einzeltrainerinnen und -trainern handelte es sich um erfahrene Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, sie hatten die Aufgabe, die erlernten Theorien und Techniken im wirklichen Leben zu etablieren, die Kinder bei der Entwicklung von höherem Selbstwert und sozialen Kompetenzen zu unterstützen und die Rolle einer positiven Erwachsenenfigur

einzunehmen, die die Fähigkeiten der Kinder stärken sollte. Die ausgewählten Personen absolvierten im Vorwege eine 18-stündige Schulung und Supervision.

### Rekrutierung

An 13 Schulen wurde 4.- bis 6.-Klässlern ein 30-minütiges Video über ein Kind mit einem alkoholkranken Elternteil gezeigt. Nach einer anschließenden Diskussion wurden interessierte Kinder zu einem zweiten Treffen eingeladen, dort wurde die Teilnahme am Programm angeboten. Die Zustimmung der Eltern war notwendig.

### Zielgruppe/Stichprobe

N=271 Kinder (9 – 13 Jahre, M=10,1 Jahre, 60% weiblich) wurden in die Studie aufgenommen und auf drei Gruppen randomisiert verteilt. Kohorte 1 mit n= 93, Kohorte 2 mit n=89 und Kohorte 3 mit n=89 Kindern. 50% waren weiß, 29% latein-amerikanischer, 20% afro-amerikanischer, 1% asiatischer Herkunft.

### Instrumente

Zur Messung der Zielvariablen wurden die Kinder anhand eines umfangreichen Fragebogens befragt: zwei offene Fragen zur persönlichen Belastung und Einschätzung der elterlichen Situation, zehn Multiple-Choice Fragen zum Programminhalt. Das Coping-Verhalten wurde anhand einer etablierten modifizierten „Coping Assessment Battery“ untersucht, 24 Fragen (4-Punkte-Likert-Skala); die interne Konsistenz der Skala wurde mit 0,69 bis 0,79 angegeben. Die Erwartungen an Alkohol wurden mit einer modifizierten Skala eines Fragebogens für Jugendliche abgefragt, fünf Fragen (4-Punkte-Likert-Skala); die interne Konsistenz der Skala wurde mit 0,79 bis 0,83 angegeben. Für die Messung des Selbstwerts wurden drei Skalen des „Self Perception Profile for Children“ (SPPC) (*Harter, 1985*) aus den Bereichen soziale Akzeptanz, globaler Selbstwert und sportliche Fähigkeiten gewählt (4-Punkte-Likert-Skala). Eine verkürzte Form des „Childrens Depression Inventory“ (*Kovacs, 1985*) bewertete den Grad der Depression, 16 Fragen (3-Punkte-Likert-Skala). Die Interne Konsistenz wurde mit 0,8 angegeben. Zehn Fragen (3-Punkte-Likert-Skala) der „Youth Self-Report Child Hostile Scale“ wurden zur Einschätzung des ablehnenden Verhaltens ausgewählt. Die interne Konsistenz der Skala wurde mit 0,75 angegeben. Die Lehrerinnen und Lehrer der Kinder beantworteten 22 Fragen zum Verhalten, der Stimmung, der sozialen Kompetenz und zur Problemlösungsfähigkeit der einzelnen Kinder. Die interne Konsistenz wurde mit 0,76 bis 0,9 angegeben.

## Design und Auswertung

Es handelte sich um ein randomisiertes, kontrolliertes Studien-Design. Die N=271 Kinder aus 13 Schulen wurden zufällig einer der drei Kohorten, wie beschrieben, zugewiesen. An fünf Schulen wurden Einzeltrainerinnen und -trainer eingesetzt, so dass in Kohorte 1 30, in Kohorte 2 29 und in Kohorte 3 31 Kinder die Einzeltrainer-Komponente erhielten. Die drei Kohorten absolvierten nacheinander im 8-Wochen-Rhythmus das Programm. Dabei stellten Kohorte 2 und 3 die KG für Kohorte 1 und Kohorte 3 die KG für Kohorte 2 dar. Kohorte 3 hatte keine KG. Es gab für jede Kohorte vier Messzeitpunkte zur selben Zeit: Pre-Test zu Beginn, anschließend nach jedem Durchlauf der Kohorten die weiteren Messungen. Zu jedem Zeitpunkt wurden sowohl die Kinder als auch die Lehrerinnen und Lehrer mit den genannten Instrumenten befragt.

Als Studienabbrecherinnen und -abbrecher wurden diejenigen eingestuft, die nicht alle Tests absolvierten oder an weniger als sechs Sitzungen teilnahmen. In der Analyse wurden die Studienabbrecherinnen und -abbrecher hinsichtlich ihrer Charakteristik und anhand einer 2 (UG/KG) x 2 (Kinder/Drop-outs) ANOVA für alle Pre-Tests untersucht. Die Drop-outs wurden größtenteils aus der Auswertung ausgeschlossen. Die Anwesenheit und die Erledigungen der Hausaufgaben wurden kontinuierlich dokumentiert, außerdem wurde jede Sitzung audio-aufgezeichnet und auf die tatsächliche Umsetzung der Programminhalte hin überprüft. Eine vorausgehende Analyse untersuchte die Effekte potentieller Einflussgrößen (Geschlecht, ethnischer Hintergrund, Alter) auf die abhängigen Variablen. Schließlich wurden die beiden Bedingungen, mit bzw. ohne Einzeltrainerin oder -trainer, auf Unterschiede hin untersucht, um eine evtl. separate Analyse für diese Gruppen durchzuführen. Die Outcome-Analyse wurde in mehreren Schritten durchgeführt. Zuerst wurden die Werte der Kohorte 1 mit den KG per ANCOVA mit Baseline-Adjustierung verglichen. Ebenso wurde mit Kohorte 2, den Messungen 2 und 3 und der KG verfahren. Für Kohorte 3 wurden nur die Unterschiede innerhalb der Gruppe ausgewertet. Die Verfahren wurden mehrfach wiederholt und die Ergebnisse mit Methoden der Metaanalyse, vor allem mit Vergleichen von Effektstärken, aufgearbeitet, um umfassende Effekte des Programms feststellen zu können. Dabei wurde die Hypothese formuliert, die UG zeige größere Verbesserungen in den abhängigen Variablen als die KG. Langzeiteffekte wurden zusätzlich durch einen Vergleich von Kohorte 1 und 3 zum Messzeitpunkt 3 überprüft.

Um die Ergebnisse für Kinder alkoholbelasteter Eltern zu spezifizieren, wurden die Kinder befragt, ob sie durch elterlichen Alkoholkonsum belastet seien und mit dieser Subgruppe wurden die Auswertungen erneut vorgenommen.

### Ergebnisse

N=69 Kinder wurden als Drop-outs definiert, n=45 beendeten nicht alle Tests und n=24 nahmen an weniger als sechs Sitzungen teil. Fast immer lag der Grund in Wohnortwechseln. Es gab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die unabhängigen Variablen. In Kohorte 1 war die Wahrscheinlichkeit für den Studienabbruch bei den Kindern mit Einzeltrainerin oder -trainer geringer. Kinder der UG, die abbrachen, verfügten über geringere soziale Coping-Fähigkeiten, während dies in der KG umgekehrt war. Auch das Sozialverhalten dieser Kinder war schlechter. Die Lehrerinnen und Lehrer beschrieben die Drop-outs der UG als aggressiver, launischer, mit geringerer sozialer Kompetenz und geringer problemlösungsorientiert.

83% der Kinder nahmen an mehr als sechs Sitzungen teil und 67% stellten sechs bis zwölf Hausaufgaben fertig. Die Umsetzung der Programminhalte in jeder Sitzung wurde mithilfe der Audio-Aufzeichnungen bewertet (0 – 2 Punkte). Die Mittelwerte der Umsetzung lagen zwischen 1,70 und 1,93. Im Vergleich der Geschlechter gab es im Pre-Test signifikante Unterschiede, die Jungen zeigten höhere sportliche Fähigkeiten und soziale Kompetenz und schlechteres Sozialverhalten als die Mädchen. Im Vergleich der UG mit und ohne Einzeltrainerin oder -trainer, gab es nur in einer Kohorte in 2 von 15 Vergleichen Unterschiede, sodass diese Bedingungen nicht getrennt voneinander untersucht wurden. In der Kohorte 1 gab es einen signifikanten Anstieg des programmbezogenen Wissens ( $F=65,01$ ,  $p<0,001$ ) und der Bewältigung emotionaler Probleme ( $F=11,39$ ,  $p<0,001$ ) gegenüber der KG. Außerdem fiel dort auf, dass Kinder mit hohen Werten bei Problemlösungen im Pre-Test niedrigere Werte zum zweiten Zeitpunkt hatten als alle anderen Kinder. Dies war bei den Fragebögen der Kinder, wie auch der Lehrerinnen und Lehrer der Fall. In der Kohorte 2 zeigten sich an gleichen Stellen signifikante Effekte wie in Kohorte 1 ( $F=32,5$ ,  $p<0,001$ ), ( $F=6,00$ ,  $p<0,05$ ), zusätzlich gab es einen signifikanten Anstieg in der Beurteilung der Lehrerinnen und Lehrer bzgl. Problemlösung ( $F=8,84$ ,  $p<0,01$ ) und sozialer Kompetenz ( $F=7,03$ ,  $p<0,01$ ). Für Kohorte 3 ergab sich ausschließlich ein signifikanter Anstieg des programmbezogenen Wissens gegenüber den drei vorherigen Messungen in dieser Gruppe.

Für den Vergleich der Kohorten wurden Methoden der Metaanalyse herangezogen, genau genommen lag jedoch keine Metaanalyse vor. Dabei gab es signifikante Anstiege beim programmbezogenen Wissen mit mittleren Effektstärken ( $r=0,3$  bis  $r=0,5$ ) und kleine Effektstärken ( $r=0,1$ ) bezüglich des Anstiegs der Bewältigung emotionaler Probleme, des sozial-unterstützten Copings und des Anstiegs der spannungsreduzierenden Erwartung an Alkohol. Ausgeschiedene Kinder („Drop-outs“) unterschieden sich im „metaanalytischen“ Vergleich nicht signifikant von den anderen. Als signifikanter langfristiger Effekt (sechs Monate) trat die Verbesserung des programmbezogenen Wissens auf ( $F=27,00$ ,  $p<0,001$ ). Eine Analyse nur der Daten der Kinder, die sich als Betroffene elterlichen Alkoholkonsums sahen (40%), ergab ein sehr ähnliches Outcome, hier gab es signifikante Verbesserungen beim programmbezogenen Wissen ( $Z=5,63$ ,  $p<0,001$ ), dem sozial-unterstützten Coping ( $Z=2,07$ ,  $p<0,05$ ), dem emotionsfokussierten Coping ( $Z=2,76$ ,  $p<0,01$ ), der sportlichen Fähigkeiten ( $Z=2,13$ ,  $p<0,05$ ), dem Umgang mit Problemen aus der Sicht der Lehrerinnen und Lehrer ( $Z=2,56$ ,  $p<0,01$ ) und der sozialen Kompetenz (Lehrerinnen und Lehrer). Es gab keine Outcome-Unterschiede mit und ohne Einzeltrainerin oder -trainer.

#### Limitationen

Sehr unklare Zielgruppe, da Interesse am Thema als Teilnahmekriterium reichte, es gab keine Erkenntnisse über die tatsächliche Alkoholbelastung der Eltern. Die Messung der Coping-Strategien beruhte ausschließlich auf Selbsteinschätzungen. Es wurde keine konsequente Intent-to-treat-Analyse durchgeführt.

#### Design-Güte und Evidenzklasse

Bei einem Vergleich mehrerer RCTs handelte es sich hier um die Evidenzklasse Ia mit einer sehr guten Design-Qualität (24,5 Punkte).

Tabelle 6. 4.2.2 Short et al. (1995, USA) Evidenzklasse Ia / Design-Güte: sehr gut (24,5 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Stress Management and Alcohol Awareness Program (SMAAP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programm für Kinder alkoholbelasteter Eltern</li> <li>- Themen: Selbstwert, Coping, Erwartungen an Alkohol, Problembewältigung und soziale Unterstützung</li> <li>- Theorie, Praxis und Hausaufgaben wurden angewendet</li> <li>- partiell wurden zusätzlich 33 Einzeltrainer eingesetzt</li> </ul> <p>Dauer: 8x90min</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kindern (4th-6th grd.) wurde in 13 Schulen ein 30-minütiges Video über ein Kind mit alkoholkrankem Elternteil gezeigt</li> <li>- nach anschließender Diskussion wurden interessierte Kinder zu einem 2.Treffen eingeladen und die Teilnahme am Programm angeboten</li> <li>- Zustimmung der Eltern war erforderlich</li> </ul>	<p>N=271</p> <p><u>Kohorte1:</u> n=63 ohne, n=30 mit Einzeltrainer</p> <p><u>Kohorte2:</u> n=60 ohne, n=29 mit Einzeltrainer</p> <p><u>Kohorte3:</u> n=58 ohne, n=31 mit Einzeltrainer</p> <p>Alter: 9 – 13 J. (M = 10,1 J.) 60% weiblich</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- umfangreicher Fragebogen für die Kinder, Skalen aus etablierten Inventaren:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.persönl.Belastung</li> <li>2.Programminhalt</li> <li>3.Coping</li> <li>4.Erwartungen an Alkohol</li> <li>5.Selbstwert</li> <li>6.Depression</li> <li>7.ablehnendes Verhalten</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lehrerinnen und Lehrer bewerteten Verhalten, Stimmung, soziale Kompetenz und Problemlösungsfähigkeiten der einzelnen Kinder per Fragebogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- randomisierte, kontrollierte Zuweisung zum Programm oder zu einer von zwei KG (Kohorte 2 u. 3)</li> <li>- vor Beginn und dann alle 2 Monate fanden die 4 Messungen statt</li> <li>- die Kohorten begannen im Abstand von 2 Monaten mit dem Programm, so dass Kohorte 2 und 3 die KG für Kohorte 1 darstellten und Kohorte 3 die KG für Kohorte 2 war, Kohorte 3 hatte keine KG</li> <li>- ANCOVAs mit Baseline-Adjustierung wurden durchgeführt und Effektstärken berechnet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Kohorte 1:</u> signifikanter Anstieg des programmbezogenen Wissens und der Bewältigung emotionaler Probleme gegenüber der KG.</li> <li>- <u>Kohorte 2:</u> die selben Effekte wie in Kohorte 1, zusätzlich gab es einen signifikante Anstieg in der Beurteilung der Lehrerinnen bzgl. Problemlösung und sozialer Kompetenz</li> <li>- <u>Kohorte 3:</u> signifikanter Anstieg des programmbezogenen Wissens gegenüber den 3 vorherigen Messungen in der Gruppe</li> <li>- insgesamt gab es signifikante <u>Anstiege</u> beim programmbezogenen Wissen und kleine Effekte bei der Bewältigung emotionaler Probleme, sozial unterstütztem Coping und der spannungsreduzierenden Erwartung an Alkohol</li> <li>- als signifikanter langfristiger Effekt (6 Monate) trat das verbesserte programmbezogene Wissen auf</li> <li>- keine Outcomeunterschiede mit und ohne Einzeltrainer</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Interesse am Thema reichte als Teilnahme Kriterium aus, Coping-Strategien wurden ausschließlich selbst eingeschätzt (keine objektive Messung), keine konsequente Intent-to-treat-Analyse, keine Langzeituntersuchung					

### **4.2.3 Dore et al. (1999, USA), Friends in need**

#### Programm: Methode und Aufbau

Dieses Programm wurde als Pilot-Projekt, als Schulangebot für Kinder suchtselasteter Eltern, unabhängig vom Behandlungsstatus der Eltern, entwickelt. Vorlage war ein schon bestehendes Curriculum (CAP, Children are People, Too), welches den Bedingungen angepasst wurde (z.B. Alter der Kinder und Lebenssituation). Der Ansatz des Programms war sowohl therapeutisch als auch präventiv. Es wurden acht Sitzungen à 90 Minuten mit zwölf Kindern im Grundschulalter durchgeführt. Jede Sitzung war strukturiert, begann und endete mit den gleichen Ritualen. Die Gruppenregeln wurden in jeder Sitzung wiederholt. Ebenfalls wurden in jeder Sitzung die vier „C’s“ wiederholt: “You didn’t cause it; you can’t control it; you can’t cure it; you can be okay.” Spielerisch wurden die Themen Selbstwert, Gefühlswahrnehmungen und Coping behandelt. In einer vertrauensvollen Atmosphäre mit gemeinsamen praktischen Übungen und Diskussionen wurde das Gruppengefühl gestärkt. Die Gruppen wurden von erfahrenen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern geleitet.

#### Rekrutierung

In drei Innenstadtschulen in Philadelphia, in denen ein hoher Drogenkonsum vorherrschte, bekamen die Kinder im Rahmen einer allgemeinen Drogenaufklärung das Angebot, an Diskussionsgruppen bezüglich Ärger und Gefühlen gegenüber Drogenkonsum im persönlichen Umfeld teilzunehmen. Von den interessierten Kindern wurden dann von Seiten der Lehrerinnen und Lehrer diejenigen ausgewählt, von denen sie glaubten, dass sie besonders von suchtselasteten Eltern betroffen waren. Die Eltern mussten dann der Teilnahme zustimmen.

#### Zielgruppe/Stichprobe

N=206 Kinder nahmen zwei Jahre lang an 16 Gruppen teil. 77 (37%) Kinder waren Mädchen. N=188 Kinder waren in der 3. und 4. Klasse, n=10 Kinder in der 5. Klasse, n=8 Kinder stammten aus Klassen für Kinder mit Lern- oder Verhaltensstörungen. 70% der Kinder waren afro-amerikanisch, 29% weiß und 1% anderer Herkunft.

#### Instrumente

Es wurden drei standardisierte Selbsteinschätzungsinstrumente eingesetzt. Soziale Isolation wurde anhand des „Children’s Loneliness Questionnaire“ (CLQ) (Asher und

*Wheeler, 1985*) gemessen mit 24 Fragen zu Einsamkeit und sozialer Akzeptanz. Die Validität war durch die hohe Korrelation mit dem Sozialstatus unter Gleichaltrigen gegeben. Die Kontrollüberzeugung wurde mit dem „Locus of Control Questionnaire“ (LOC) (*Nowicki und Strickland; 1973*) über 40 Fragen, deren Reliabilität und Validität gut dokumentiert sind (*Corcoran und Fischer, 1987*), gemessen. Der Selbstwert wurde mit dem „Self Perception Profil for Children“ (SPPC) (*Harter, 1985*) bestimmt. Es wurden Fragen zur Einschätzung der eigenen sozialen, physischen und Verhaltenskompetenz, sowie zu sportlichen Fähigkeiten gestellt. Außerdem gehörte eine globale Selbstwertskala zum SPPC. Die interne Konsistenz der Subskalen (Cronbach´s Alpha) wurde mit 0,71 – 0,86 angegeben. Es wurde eine gute Korrelation zwischen den Subskalen und der globalen Selbstwertskala angegeben.

Die Lehrerinnen und Lehrer der Kinder wurden mit der „Teacher Report Form“ (TRF) zum Verhalten der Kinder im Schulkontext befragt. Es handelte sich um einen gängigen Fragebogen zur Erfassung der schulischen Leistungen, der Anpassungsfähigkeit und der Verhaltensprobleme von Kindern zwischen 6 und 16 Jahren. Die Test-Retest-Reliabilität wurde mit 0,89 – 0,93 angegeben. Allerdings wurde in dieser Studie eine verkürzte Form der TRF angewendet. Zusätzlich wurden zwei weitere Variablen durch die Gruppenleiterinnen und -leiter bestimmt. Die reale Suchtbelastung der Eltern und damit auch die Belastung der Kinder konnte wegen des Schutzes der Privatsphäre nicht objektiv gemessen werden. Durch intensive Einzelgespräche mit den Kindern versuchten die Gruppenleiterinnen und -leiter, die Situation der Eltern nachzuzeichnen und in eine von vier Kategorien einzuordnen: definitiv belastet; in der Vergangenheit belastet, aber nicht aktuell; definitiv nicht belastet und Einschätzung nicht möglich. Um das Verhältnis von Curriculum-Inhalt und Outcome zu untersuchen, wurden die Kinder mit Hilfe einer 6-Punkte-Likert-Skala zum Verständnis der Inhalte am Ende des Programms durch die Gruppenleiterinnen und -leiter eingeordnet. Im zweiten Jahr der Durchführung wurde dieser Test durch eine Befragung der Kinder zum Verständnis der Themen am Ende des Programms ergänzt.

### Design und Auswertung

Randomisiertes, kontrolliertes Studien-Design. Die von den Lehrerinnen und Lehrern identifizierten Kinder (n=50) wurden zu Beginn eines Halbjahres im Herbst zufällig einer von vier Gruppen zugewiesen, wobei zwei Gruppen am Programm teilnahmen, die anderen beiden stellten die KG dar und nahmen sechs Monate später am Programm teil. Dadurch, dass es keine weiteren Beratungs- oder Therapieangebote

an den Schulen gab, wurde theoretisch ausgeschlossen, dass die KG eine alternative Behandlung erhielt. Es gab drei Messzeitpunkte: zu Beginn, am Ende des ersten Durchgangs nach acht Wochen und nach dem zweiten Durchgang nach sechs Monaten.

### Ergebnisse

Im Pre-Test berichteten die Gruppen ungewöhnlich hohe Werte für Einsamkeit und soziale Isolation. Verglichen mit den Normwerten (18 – 20 Punkte) dieser Altersgruppe lag der Mittelwert mit  $M=33,5$  sehr hoch. 50% der Kinder hatten mehr als 31 Punkte und nur 17% lagen im Normalbereich. Hier gab es keine Unterschiede für Geschlecht oder ethnische Herkunft. Im Gegensatz dazu lagen die Werte für Kontrollüberzeugung und Selbstwert im Pre-Test im Normbereich. In Hinblick auf das schulische Verhalten bewerteten die Lehrerinnen und Lehrer 20 – 25% der Kinder als zerstreut, unaufmerksam, unruhig und unkonzentriert. Einem kleineren Anteil bescheinigten die Lehrerinnen und Lehrer Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen und sozialen Rückzug. Zum Programmende wurden einige nicht signifikante positive Veränderungen in der UG festgestellt. Die UG zeigte eine höhere internale Kontrollüberzeugung, gestiegenes Gefühl von Selbstwert und einen höheren Grad an sozialer Akzeptanz. Auch das Verhalten im Unterricht verbesserte sich, dazu zählte unruhiges Verhalten und das Ausführen von Arbeitsaufträgen. Im Vergleich mit der KG zeigte die UG jedoch nur in einem Bereich eine signifikante Verbesserung ( $p=0,05$ ), körperliche Angriffe gegen andere Kinder wurden deutlich weniger. Keine Änderungen traten im Pre-Post-Test im Bereich Einsamkeit und Isolation auf.

### Limitationen

Die Rekrutierung fand ausschließlich über Einschätzungen der Lehrerinnen und Lehrer statt. Es gab keine Angaben zur Datenanalyse. Ein Großteil der Evaluationsdaten bestand aus den Selbsteinschätzungen der Kinder, außerdem waren die Gruppenleiterinnen und -leiter gleichzeitig die Untersucherinnen und Untersucher. Es gab keine Langzeituntersuchung.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Als randomisierte kontrollierte Studie ist die Design-Güte mit 23 Punkten als gut zu bewerten und die Evidenzklasse Ib zutreffend.

Tabelle 7. 4.2.3 Dore et al. (1999, USA) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: gut (23 Punkte)

Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design	Ergebnisse
<p><u>Friends in need</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulprogramm für Grundschulkindern suchtbelasteter Eltern</li> <li>- stark strukturiertes Programm, viele Regeln und Rituale</li> <li>- Themen: Selbstwert, Coping, Wahrnehmen von Gefühlen, Gruppenzugehörigkeit</li> <li>- Dauer: 8x90min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Rahmen einer allgemeinen Drogenaufklärung empfohlen Lehrerinnen und Lehrer Kinder, die ihrer Ansicht nach von suchtbelasteten Eltern betroffen waren, an das Programm</li> <li>- Zustimmung der Eltern war erforderlich (erreicht bei 99,8%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N=206</li> <li>- n=77 weiblich</li> <li>- n=188 3. und 4. Klasse</li> <li>- n=10 5.Klasse</li> <li>- n=8 Klasse für Kinder mit Lernstörungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 standardisierte Selbsteinschätzungen für die Kinder: CLQ*,LOC**,SPPC***, Verständnis-Test</li> <li>- TRF**** für die Lehrerinnen und Lehrer</li> <li>- Gruppenleiterinnen und -leiter schätzten die reale Belastung der Eltern und das inhaltliche Verständnis für jedes Kind ein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RCT</li> <li>- KG wurde nach sechs Monaten ins Programm aufgenommen</li> <li>- 16 Durchgänge über zwei Jahre</li> <li>- 3 Messzeitpunkte: Pre-, Post-Test, Follow-up nach acht Monaten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „prä“ sehr hohe Werte für soziale Isolation und Einsamkeit, „post“ keine Änderung</li> <li>- Normwert bei Selbstwert und Kontrollüberzeugung im Pre-Test</li> <li>- einige positive Veränderungen in der UG (n. s.)</li> <li>- signifikante Verbesserung nur im Bereich: Angriffe gegen andere Kinder</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden nur durch Einschätzungen der Lehrer rekrutiert (Zielpopulation fraglich), es fehlten Angaben zur Datenanalyse, Untersucherteam war an Durchführung beteiligt, Evaluation fast ausschließlich durch Selbsteinschätzung der Kinder, keine Langzeiteffekte					

\*CLQ=Children Loneliness Questionnaire, \*\*LOC=Locus of Control Questionnaire, \*\*\*SPPC=Self Perception Profil for Children, \*\*\*\*TRF=Teacher Report Form

#### **4.2.4 Gance-Cleveland & Mays (2008, USA)**

##### **School-Based Support Groups (SBSG)**

###### Programm: Methode und Aufbau

Dieses Programm war ein über 14 Wochen fortlaufendes Gruppenprogramm für geleitete Selbsthilfegruppen in Schulen zum Thema Suchtbelastung in der Familie. Die Gruppe kam einmal pro Woche für eine Stunde in einem separaten Raum in der Schule zusammen. Sie wurde von einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter, die eine Schulung zur Durchführung der SBSG absolviert hatten und einer Krankenschwester begleitet. Die Gruppe bot den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, sich über ihre Lebenssituation auszutauschen und Informationen über Sucht zu erhalten. Das Programm beinhaltete praktische Einheiten zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Selbstwert sowie Kommunikationstraining. Ziel des Programms war der Erwerb größerer Kompetenzen, eines größeren suchtbefindlichen Wissens und das Beherrschen und Kennen von Bewältigungsstrategien.

Die Inhalte der 14 Sitzungen:

1. Vorstellen der Gruppe (Verschwiegenheitserklärung, Vertrauen schaffen)
2. Informationen zu Effekten von Sucht auf Familien (Video und Diskussion)
3. Informationen zu Substanzkonsum, Missbrauch und Abhängigkeit
4. Bindungen in der Familie (Familienstammbaum)
5. Fantasiereise
6. Entscheidungen treffen (negative Bindungen identifizieren)
7. Einfluss von Sucht auf das eigene Leben
8. körperliche und psychische Folgen von Sucht (Film)
9. Ziele formulieren
10. Fortschritte analysieren
11. Zukunftsperspektiven (Fantasiereise)
12. Rollen in der Familie (Rollenspiele)
13. Fakten zu Sucht (Krankheit, Behandlung, Verlauf)
14. Abschluss (Abschied und Evaluation )

###### Rekrutierung

Alle Kinder und Jugendlichen wurden über den Schulgesundheitsdienst, Vertrauenslehrerinnen und -lehrer oder Schulberaterinnen und -berater an die SBSG empfohlen. Der Gesundheitsdienst nutzte dafür eine Screening-Frage (Guidelines for

Adolescent Prevention Screening): „Nimmt jemand in deiner Familie soviel Drogen oder trinkt Alkohol, dass du besorgt bist?“ Jeder, der eine positive Antwort auf diese Frage gab, wurde eingeladen, an der Gruppe teilzunehmen. Zusätzlich rekrutierten Schulberaterinnen und -berater, Vertrauenslehrerinnen und -lehrer Kinder, die von Substanzmissbrauch in der Familie berichteten.

### Zielgruppe und Stichprobe

Die SBSG richtete sich an Kinder und Jugendliche, die von familiärer Suchtbelastung betroffen waren. In diese Studie wurden N=115 Schülerinnen und Schüler aufgenommen. Allerdings waren nur Daten von n=109 Schülerinnen und Schülern für die Auswertung nutzbar, n=91 (UG=49, KG=42) nahmen am Post-Test teil, da n=17 vorzeitig die Schule verließen und n=1 Schülerin oder Schüler entschied, nicht an der Studie teilzunehmen. Die Jugendlichen besuchten die 9. – 12. Klasse einer Highschool in den Rocky-Mountains im Westen der USA, das Alter betrug M=15,5 Jahre. Charakteristik der Stichprobe:

<u>Merkmal</u>	<u>Untersuchungsgruppe</u>	<u>Kontrollgruppe</u>
weiblich	36 (37%)	20 (48%)
männlich	13 (27%)	22 (52%)
weiß	23 (47%)	17 (40%)
schwarz	5 (10%)	3 (7%)
südamerikanisch	19 (39%)	20 (48%)
andere	2 (4%)	2 (5%)

Die Jugendlichen gaben die folgende Anzahl an suchtbelasteten Familienmitgliedern an. Ein Erziehungsberechtigter war bei 57 (63%) betroffen, 24 (26%) Jugendliche gaben zwei betroffene Familienmitglieder an, 6 (7%) gaben drei und vier Familienmitglieder und 4 (4%) ein Geschwisterkind oder anderes Familienmitglied an.

### Instrumente

Zur Messung des Ausmaßes der wahrgenommenen elterlichen Suchtbelastung wurde der Screening-Test „Children of Alcoholic/Addicts Screening Tool“ (CAAST) eingesetzt. CAAST ist eine Adaptation des CAST (Jones, 1983), ein auf Validität und Reliabilität geprüfter Fragebogen zur Identifikation von Kindern mit alkoholbelasteten

Eltern. CAAST wurde auf Drogenkonsum ausgeweitet und zeigte gute Werte für die Reliabilität, nämlich Cronbach's Alpha=0,90. Ein Score größer oder gleich 6 deutete auf ein positives Screening hin. Für die Beurteilung des Wissensstandes bezüglich des Effekts von Substanzmissbrauch auf die Familie wurde ein 31-Punkte richtig-falsch-Test (Schiltz, 1992) benutzt. Die Test-Retest-Reliabilität in der KG betrug  $r=0,70$ ,  $p<0,001$ . Als weiterer Programmbestandteil wurde das Coping-Verhalten anhand eines 8-Scalen-Inventars „Coping Responses Inventory“ (CRI) (Moos, 1993), das für 12- bis 18-Jährige entworfen wurde, untersucht. Die acht Skalen beinhalteten: logisches Analysieren, positive Neubewertung, Unterstützung suchen, Probleme lösen, Vermeidungsverhalten, Akzeptanz oder Resignation, sich belohnen und entlasten. Die Test-Retest-Reliabilität wurde mit 0,29 bis 0,46 berichtet. Die Resilienz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde durch die Surrogat-Parameter physische und psychische Gesundheit und des Grades riskanten Verhaltens bestimmt. Dafür wurde eine 75-Punkte „Health and Daily Living Form for Youth“ HDLF-Y (Moos et al., 1990) benutzt, die die Gesundheit der letzten drei Monate und den Gebrauch von Drogen und Alkohol abfragte. Die Reliabilität dieses Tests wurde mit 0,43 bis 0,83 angegeben.

### Design und Auswertung

Die Studie wurde als randomisierte, kontrollierte Studie angelegt. Die rekrutierten Jugendlichen wurden zufällig auf die UG oder KG verteilt. Die KG erhielt keine Intervention und stellte die Warteliste für einen späteren Durchgang des Programms dar. Die Auswertung der Daten wurde von verblindeten Personen durchgeführt. Es wurden nur die  $n=109$  Jugendlichen berücksichtigt, die am Pre- und Post-Test teilnahmen. Die Pre-Post-Test-Ergebnisse des Wissenstests, des HDLF-Y und des CRI wurden quantifiziert, indem die prozentuale Abweichung zur Baseline errechnet wurde, wobei diese mit 100% definiert wurde. UG und KG wurden im Chi-Quadrat-Test und t-Test verglichen, es wurde  $p$  kleiner oder gleich 0,10 gewählt.

### Ergebnisse

Die Auswertung des CAAST zu Beginn ergab signifikant höhere Werte für alle Mädchen, wobei alle Jugendlichen (UG und KG) weit oberhalb der Cut-off-Grenze lagen.

Das Wissen über Folgen der Sucht stieg in der UG signifikant an, während es in der KG keine Veränderungen gab. Dabei hatten die Jungen ein schlechteres

Ausgangswissen und höhere Werte im Post-Test (+44%) als die Mädchen (+18%). Im Bereich der Gesundheit gab es keine signifikanten Unterschiede in beiden Gruppen bei den Mädchen, aber in beiden Gruppen stieg die positive Stimmung bei den Mädchen um 20% an.

Signifikant stieg bei den Mädchen (UG) der Punkt „soziale Integration“ an (+12%), während es hier bei den Mädchen der KG eine Verschlechterung um 21% gab.

Bei den Jungen der UG stiegen medizinische Beschwerden (33%) signifikant an, in der KG gab es hier einen Abfall (-20%). Die körperlichen Symptome verringerten sich in der gesamten UG (-15%). Bei den Jungen zeigten sich in beiden Gruppen eine Verschlechterung der positiven Stimmung und eine Zunahme der negativen Stimmung. Auch bei der sozialen Integration gab es in der UG eine signifikante Verschlechterung (-39%) und eine Verbesserung in der KG (+15%).

Im Bereich der Bewältigungsstrategien gab es bei den Mädchen der UG eine signifikante Verbesserung (bis zu 62%), während sich die KG verschlechterte (bis zu -14%). Die Jungen zeigten keine signifikanten Effekte in diesem Bereich. Der Drogenkonsum in der KG nahm substanzabhängig bis zu 88% zu, in der UG gab es kaum Veränderungen, wobei in beiden Gruppen der größte Anteil der Jugendlichen abstinent blieb (67 – 87%) ohne signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. In beiden Gruppen reduzierten einzelne Substanzkonsumenten ihren Konsum um bis zu 55% ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

### Limitationen

Die Zielgruppe identifizierte sich selbst, die reale Situation der Eltern blieb dabei unbekannt. Die Anwesenheitshäufigkeit und die Zahl der ausgeschiedenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde nicht in die Untersuchung mit einbezogen. Alle angewendeten Instrumente waren ausschließlich Selbsteinschätzungen der Kinder, es gab keine Fremdbefragungen, was die Objektivität erhöht hätte. Da die Stichprobe lokal begrenzt war, ist die Übertragbarkeit auf andere Regionen fraglich. In der Auswertung wurden nur die Veränderungen der Kriterien angegeben, die absoluten Ausgangswerte wurden nicht angegeben oder verglichen, es wurden keine Effektstärken angegeben. Die Studie war zudem nicht auf eine Langzeituntersuchung angelegt.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Mit 23 Punkten war die Studie gut angelegt. Einschränkungen des Designs waren die nicht berücksichtigten Drop-outs und die ausschließlichen Selbsteinschätzungen. Als randomisierte, kontrollierte Studie ist die Studie der Evidenzklasse Ib zuzuordnen.

Tabelle 8. 4.2.4 Gance-Cleveland & Mays (2008, USA) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: gut (23 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>SBSG „School-Based-Support-Groups“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- schulinternes Gruppenprogramm für interessierte Schüler, die sich durch Sucht in der Familie betroffen fühlten</li> <li>- Aufklärung, gegenseitige Unterstützung, Bewältigungsstrategien</li> <li>- Dauer: 14 Sitzungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulgesundheitsdienst rekrutierte über Screening (1 Frage)</li> <li>- Vertrauenslehrer und Schulberater empfahlen Jugendliche, die von Suchtbelastung in der Familie berichteten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programm für Kinder suchtbelasteter Familien</li> <li>- N=115 (UG=49, KG=42)</li> <li>- 9.- bis 12.- Klässler einer Highschool</li> <li>- Alter: M=15,5 J.</li> <li>- Betroffenheit von familiärer Sucht wurde bejaht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CAAST* zum Screening des Ausmaßes elterlicher Suchtbelastung</li> <li>- Wissenstest zum Programminhalt</li> <li>- CRI** zur Beurteilung des Coping-Verhaltens</li> <li>- HDLF-Y***, Fragen zur Gesundheit und riskantem Verhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisierung im Losverfahren (UG/KG)</li> <li>- KG Warteliste für spätere Teilnahme</li> <li>- Pre-Test für CAAST</li> <li>- Pre-Post-Test für die anderen Inventare</li> <li>- es wurden nur die relativen Veränderungen in den beiden Gruppen als Abweichung von der Baseline dargestellt</li> <li>- getrennte Untersuchung für Jungen und Mädchen</li> <li>- die Änderungen im Drogenkonsum wurden auch absolut dargestellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alle Jugendlichen wiesen hohe Werte im CAAST auf, die Mädchen hatten signifikant höhere Werte</li> <li>- signifikanter Anstieg des inhaltlichen Wissens in der UG, keine Veränderungen in der KG</li> <li>- starke Geschlechtsunterschiede in den Effekten für Coping und Gesundheit: Mädchen zeigten deutliche Verbesserungen, kaum Änderungen oder Verschlechterungen bei den Jungen</li> <li>- keine Verminderung des Drogenkonsums in beiden Gruppen</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Zielgruppe nur durch Selbstauskünfte rekrutiert, Drop-outs wurden nicht berücksichtigt, Messungen nur anhand von Selbstauskünften, begrenzte Population, keine Angabe von Effektstärken, nur relative Veränderungen ausgewertet, keine Langzeituntersuchung					

\*CAAST=Children of Alcoholic/Addicts Screening Tool (Jones, 1983)

\*\*CRI=Coping Responses Inventory (Moos, 1993)

\*\*\*HDLF-Y=Health and Daily Living Form for Youth (Moos, Cronkite, Finney, 1990)

#### 4.2.5 Horn & Kolbo (2000a, USA)

##### **Children Having Opportunities in Courage, Esteem and Success (CHOICES)**

###### Programm: Methode und Aufbau

CHOICES gehört zu den „Cumulative Strategies Model“-Programmen. Hier wurden drei verschiedenen Strategien in einem Programm zusammengeführt. Es wurden vier Ziele für das gesamte Programm definiert: Verbesserung des Selbstwerts und des Sozialverhaltens, ablehnende Einstellung zu Drogenkonsum und bessere Schulanbindung.

Die erste Komponente war die „School Support Group“ (SSG), geleitet von einer Beratungslehrerin oder einem -lehrer, die für elf Wochen eine Stunde pro Woche in kleinen Gruppen (sechs bis acht Kinder) in der Schule durchgeführt wurde. Alle Sitzungen hatten eine feste Struktur. Es wurde mit Diskussionen, Videos und praktischen Übungen gearbeitet. Die Themen der 11 Einheiten:

1. Vorstellung des Programms
2. Einführung zum Thema „Gefühle“
3. Gefühle erkennen
4. Gefühle ausdrücken
5. „Was weiß ich über mich?“
6. „Was weiß ich über meine Familie?“
7. Fakten über das Rauchen
8. Fakten über Tabak
9. Fakten über Alkohol u. Drogen
10. Wie kann ich Probleme bewältigen
11. Mir etwas Gutes tun

Die zweite Komponente, „Healthy Lifestyle Peer Mentors“ (HeLP´M), brachte Schülerinnen und Schüler der laufenden SSG mit anderen, die die SSG schon absolviert hatten, zur gegenseitigen Unterstützung zusammen. Die Kinder trafen sich einmal pro Woche für 30 Minuten ohne Erwachsene. Kinder konnten Mentoren werden, wenn sie mindestens neun Sitzungen der SSG absolviert hatten und mindestens drei von fünf Trainingsstunden, durchgeführt von der Beratungslehrerin oder dem -lehrer, besucht hatten. Die HeLP´M fand während des gesamten Schuljahres statt.

Die dritte Komponente bot den Teilnehmerinnen und Teilnehmern während des laufenden Schuljahres Nachhilfeunterricht und Hausaufgabenhilfe durch eine Lehrperson an. In dieser Studie wurde diese Komponente jedoch nicht berücksichtigt.

### Rekrutierung

Für die Rekrutierung von Kindern der Zielgruppe wurde ein standardisiertes Verfahren angewendet. Während eines allgemeinen Drogen-Projekts in der Schule wurde ein Video über eine Familie mit einem alkoholkranken Elternteil gezeigt. Danach wurden die Kinder gebeten, zwei Screening-Fragen zu beantworten: „Glaubst du, dass jemand in deiner Umgebung ein ähnliches Problem hat? Würdest du gerne an einem Programm teilnehmen, das Kindern hilft, mehr über Alkohol und wie er Familien und Kinder schädigt zu lernen?“ Wurden beide Fragen mit „ja“ oder „vielleicht“ beantwortet, fand innerhalb von sieben Tagen ein Gespräch mit einer Beratungslehrerin oder einem -lehrer statt, die die Eignung für CHOICES beurteilten. Die Zustimmung der Eltern wurde schriftlich eingeholt.

### Zielgruppe/Stichprobe

Das Programm richtete sich an 3.- und 4.-Klässler, die von familiärer Suchtbelastung betroffen waren. In die Studie wurden Kinder im Alter von acht bis zehn Jahren aufgenommen (M=8,8 Jahre; 56,2%=weiblich), die die Screening-Kriterien erfüllten. Zusätzlich mussten Eltern und Kinder schriftlich der Teilnahme zustimmen. Von 180 untersuchten Kindern einer Grundschule in West-Virginia, USA erfüllten 44 die Kriterien, elterliche Zustimmung erhielten 17, ein Kind verließ die Schule, sodass N=16 Kinder die Studie durchliefen.

81,3% der Kinder waren weiß, 6,3% afrikanischer Herkunft und 12,5% gemischter Herkunft.

### Instrumente

Die vier Zielfaktoren wurden mit Hilfe von vier verschiedenen Messinstrumenten untersucht. Von Seiten der Kinder wurde eine „Individual Information Form“ (IIF) zu individuellen Informationen und soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht und Wohnsituation beantwortet. Die Studieneffekte wurden ausschließlich anhand von Lehrerinnen- und Lehrerbefragungen mit folgenden Instrumenten beurteilt:

1. "I'd like to Say" (ILTS) wurde speziell für CHOICES erstellt. Es handelte sich um 18 Fragen (5-Punkte-Likert-Skala), die Veränderungen der Kinder in allen vier Ziel-

bereichen aus Sicht der Lehrerinnen und Lehrer seit dem ersten Kontakt darstellten. Der Alpha-Koeffizient dieser Skala wurde mit 0,95 angegeben. Die Selbstwert-Skala WAIL („What Am I Like“) (Harter, 1985) ist eine etablierte allgemeine Skala mit 15 Fragen zum Selbstwert, die es den Lehrerinnen und Lehrern ermöglichte, über schulische Fähigkeiten, soziale Akzeptanz, Verhalten und allgemeinen Selbstwert der Schülerinnen und Schüler zu berichten. Die Reliabilität des Tests wurde mit 0,71 bis 0,86 angegeben. In dieser Studie wurde WAIL mit der Selbstwert-Skala von ILTS kombiniert, um daraus einen Selbstwert-Score zusammzusetzen. Diese zusammengesetzte Skala enthielt 23 Fragen, der Alpha-Koeffizient wurde mit 0,89 angegeben. SSTS-T („Social Skills Rating System-Teacher“) mit den Unterbereichen Kooperation, Durchsetzungsvermögen, Selbstkontrolle und Empathie maß die sozialen Fähigkeiten. 30 Fragen dieses Tests wurden mit acht Fragen des ILTS zu sozialer Kompetenz kombiniert. Der Alpha-Koeffizient wurde mit 0,91 angegeben.

#### Design und Auswertung

Für diese Studie wurden zwei Hypothesen aufgestellt, die den Vorteil kumulativer Strategien ausdrückten. Die erste Hypothese besagte, dass Kinder in der SSG kombiniert mit HeLP´M-Training größere Verbesserungen in den vier definierten Zielbereichen Selbstwert, Sozialverhalten, Einstellung gegenüber ATOD-Konsum (alcohol, tobacco and other drugs) und schulische Leistungen zeigten als Kinder der anderen Gruppen. Die zweite Hypothese besagte, dass Kinder in der SSG größere Verbesserungen in den genannten Bereichen zeigten als Kinder, die nur HeLP´M oder kein Programm besucht hatten und dass Kinder, die nur HeLP´M besuchten größere Verbesserungen zeigten als Kinder, die keine Intervention bekamen.

Es wurde ein Klein-Gruppen-Design benutzt. Die N=16 Kinder wurden randomisiert auf vier Gruppen verteilt. Gruppe 1 (n=4) nahm von 12/96 – 3/97 an der SSG teil und von 4/97 – 6/97 an HeLP´M. Gruppe 2 (n=4) nahm von 3/97 – 6/97 an der SSG teil. Gruppe 3 (n=5) nahm von 5/97 – 6/97 an HeLP´M mit Mentorinnen und Mentoren aus Gruppe 1 teil. Gruppe 4 (n=3) erhielt keine Intervention im Studienzeitraum.

Es gab drei Messzeitpunkte. Der Pre-Test-Zeitpunkt lag zwei Wochen vor Beginn der SSG für Gruppe 1. Kinder erhielten die IIF und die Lehrerinnen und Lehrer ILTS, WAIL und SSTS-T. Der zweite Messzeitpunkt lag für alle Gruppen in 3/97, zwei Wochen nachdem Gruppe 1 die SSG beendet hatte und zwei Wochen bevor Gruppe 2 mit der SSG begann. Es wurden die Lehrerinnen und Lehrer wie im Pre-Test befragt. Der

Post-Test fand für alle Gruppen in 6/97 statt, es wurde wie zum zweiten Messzeitpunkt befragt (nur Lehrerinnen und Lehrer).

Die erhaltenen Daten wurden zuerst gesichtet und auf systematische Effekte und bestimmte Datenmuster hin untersucht. Ergänzend wurden eine statistische Analyse, ANOVA mit Messwiederholungen und t-Tests durchgeführt.

### Ergebnisse

Die im Pre-Test erhobenen Daten zeigten, dass keiner der Kinder jemals ATOD-Konsum betrieben hatte und die Werte für die Risiko-Scores in den Gruppen ähnlich waren. Obwohl 75% der Kinder Verbesserungen des Selbstwertes über die Zeit zeigten, waren diese in Gruppe 1 signifikant am größten, wobei der Anstieg zwischen zweiter ( $t=3,02$ ,  $p<0,05$ ) und dritter Messung ( $t=5,66$ ,  $p<0,05$ ) stärker war. Auch für Gruppe 3 gab es einen signifikanten Anstieg ( $t=3,89$ ,  $p<0,05$ ). Für die Gruppen 2 und 4 gab es keine signifikanten Änderungen. Die stärksten Unterschiede in den Selbstwert-Scores gab es zwischen Gruppe 1 ( $M=17,75$ ) und Gruppe 4 ( $M=4,67$ ). Somit ließ sich für den Faktor Selbstwert, Hypothese 1 bestätigen, denn Kohorte 1 schnitt am besten ab. Hypothese 2 wurde nur in ihrem zweiten Teil bestätigt, denn Gruppe 3 war der Gruppe 4 überlegen, jedoch schnitt Gruppe 2 nicht besser als Gruppe 3 ab.

Im Bereich Sozialverhalten gab es bei 94% der Kinder eine Pre-Post-Test-Verbesserung, wobei wiederum die Gruppe 1 die höchsten Scores erreichte. Den Verbesserungen der Gruppe 1 folgten absteigend Gruppe 3, 4 und 2, aber nur in Gruppe 3 handelte es sich um signifikante Änderungen ( $t=6,55$ ,  $p<0,05$ ) zwischen Pre-Test und zweiter Messung und zwischen zweiter Messung und Post-Test ( $t=3,60$ ,  $p=0,05$ ). Die Scores von Gruppe 1 ( $M=23,75$ ) lagen fast dreimal so hoch wie die der Gruppe 4 ( $M=8,0$ ). Für den Faktor Sozialverhalten wurde hiermit die Hypothese 1 bestätigt, denn Gruppe 1 schnitt am besten ab, während Hypothese 2 nur in ihrem zweiten Teil bestätigt wurde, da Gruppe 3 der Gruppe 4 überlegen war, jedoch Gruppe 2 nicht besser als Gruppe 3 abschnitt.

Die Einstellung gegenüber ATOD-Konsum war im Pre-Test in allen Gruppen ähnlich. Auch hier verbesserten sich 94% der Kinder, in Gruppe 4 waren die Score-Unterschiede aber nicht so hoch wie in den anderen Gruppen und nicht statistisch signifikant. Gruppe 3 zeigte signifikant höchste Werte ( $t=17,00$ ,  $p<0,05$ ), die Änderungen in Gruppe 2 ( $t=12,12$ ,  $p<0,05$ ) und Gruppe 1 ( $t=7,00$ ,  $p<0,05$ ) fielen geringer aus. Für den Faktor Einstellung gegenüber ATOD-Konsum konnte nur der

zweite Teil von Hypothese 2 bestätigt werden, da Gruppe 3 der Gruppe 4 überlegen war. Gruppe 1 schnitt hier nicht am besten ab, so dass Hypothese 1 nicht bestätigt wurde.

Außer Gruppe 4 zeigten alle Kinder eine verbesserte schulische Orientierung. Die Scores in Gruppe 1 waren dabei drei- bis sechsmal höher als in den anderen Gruppen. Auffallende und signifikante Wert zeigten Gruppe 1 ( $t=4,52$ ,  $p<0,02$ ) und Gruppe 3 ( $t=3,58$ ,  $p<0,04$ ). Für den Zielfaktor „bessere Schulanbindung“ wurden Hypothese 1 und 2 bestätigt, denn Gruppe 1 schnitt am besten ab, Gruppe 2 schnitt besser als Gruppe 3 und 4 und Gruppe 3 besser als Gruppe 4 ab.

Zusammenfassend ließ sich sagen, dass die Kombination der SSG und HeLP'M die größten Effekte zeigte. Bei den Einzelinterventionen zeigte HeLP'M entgegen der Hypothese 2 größere Effekte als SSG.

#### Limitationen

Es handelte sich um eine extrem kleine Stichprobe aus einer einzigen Schule. Aufgrund der Rekrutierung über Selbsteinschätzungen bestand die Gefahr von falsch Positiven in der Zielgruppe. Die Studie war nur repräsentativ für Kinder, deren Eltern der Teilnahme zustimmten. Die Kinder der Gruppe 2 erhielten aus zeitlichen Gründen nur neun statt der vorgesehenen elf Sitzungen der SSG. Gruppe 2 bestand aufgrund der Randomisierung ausschließlich aus Mädchen. Die Evaluation wurde nur anhand von Daten der Lehrerinnen und Lehrer vorgenommen.

#### Design-Güte und Evidenzklasse

Mit 22,5 Punkten handelte es sich um eine gut angelegte Studie der Evidenzklasse Ib.

Tabelle 9. 4.2.5 Horn & Kolbo (2000a, USA) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: gut (22,5 Punkte)

Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Children Having Opportunities in Courage, Esteem, and Success (CHOICES)</u></p> <p>- 3-Komponenten-Programm, schulbasiert</p> <p>- 1. SSG#: kleine Gruppe zur gegenseitigen Unterstützung und drogenbezogenen Wissensvermittlung Dauer: 11 Wochen</p> <p>Während des Schuljahres:</p> <p>- 2. Peer-Group mit Kindern als Mentoren (HeLP´M)*</p> <p>- 3. Nachhilfe/Hausaufgabenhilfe durch Lehrer</p> <p><b>Ziele:</b> Verbesserung von Selbstwert, Sozialverhalten, kritischer Einstellung gegenüber Drogen und schulischer Anbindung</p>	<p>- standardisiertes Verfahren</p> <p>- drogenbezogenes Video in der Schule</p> <p>- dazu zwei Screening-Fragen</p> <p>- bei positivem Screening Gespräch mit Beraterin oder Berater</p> <p>- Zustimmung der Eltern erforderlich</p>	<p>-3. und 4.-Klässler (8 – 10 Jahre)</p> <p>- Suchtbelastung im Umfeld</p> <p>- N=16 (56% weiblich)</p> <p>Gruppe 1: n=4</p> <p>Gruppe 2: n=4</p> <p>Gruppe 3: n=5 (100% weiblich)</p> <p>Gruppe 4: n=3</p> <p>- Alter: M=8,8 Jahre</p>	<p>- „Individual Information Form“ (IIF) für die Kinder</p> <p>- ILTS**: Lehrerinnen und Lehrer beurteilten Selbstwert, Sozialverhalten, Einstellung zu Drogen, schulische Anbindung</p> <p>- WAIL***: Lehrerinnen und Lehrer beurteilten Selbstwert der Kinder</p> <p>- SSTS-T****: Lehrerinnen und Lehrer beurteilten Sozialverhalten der Kinder</p>	<p>- RCT</p> <p>- Gr.1: SSG und HeLP´M</p> <p>- Gr.2: nur SSG 4 Monate nach Pre-Test</p> <p>- Gr.3: nur HeLP´M 6 Monate nach Pre-Test</p> <p>- Gr.4: keine Intervention</p> <p>- Hypothesen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gr.1 stärkere Effekte als alle anderen Gruppen</li> <li>Gr.2 stärkere Effekte als Gr.3 und Gr.4</li> <li>Gr.3 stärkere Effekte als Gr.4</li> </ol> <p>- Pre-Post-Test und Messung nach drei Monaten</p> <p>- IIF nur im Pre-Test</p> <p>- Datensichtung, ANOVA, t-Test</p> <p>- einzelne Auswertung für Risikofaktoren</p>	<p>-größte signifikante Effekte für Gr.1</p> <p>-Gr.3 war Gr.2 überlegen</p> <p>-Verbesserung fast aller Kinder in den Ziel-Parametern</p> <p>-Hypothese 1 bestätigte sich, außer für „Einstellung gegenüber Drogen“</p> <p>-Hypothese 2 bestätigte sich nur für schulische Anbindung</p> <p>-Hypothese 3 bestätigte sich für alle Faktoren</p>
<b>Limitationen</b>					
Extrem kleine Stichprobe aus einer Schule, Rekrutierung durch Selbsteinschätzung, Evaluation nur durch Lehrerinnen und Lehrer, nur Vergleich der Gruppen, Elternzustimmung notwendig, Gruppe 2: nur Mädchen und nur neun anstatt elf Wochen SSG, kein Langzeitverlauf					

#SSG=School Support Group, \*HeLP´M=Healthy Lifestyle Peer Mentors, \*\*ILTS=I´d Like to say..., \*\*\*WAIL=What am I like..., \*\*\*\*SSTS-T=Social Skills Rating System-Teacher

#### **4.2.6 Fraser & Pakenham (2008, Australien)**

##### **Koping Adolescent Group Program (KAP)**

###### Programm: Methode und Aufbau

Es handelte sich um ein Programm für Kinder von psychisch erkrankten Eltern mit den Zielen, das Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen, die Verbundenheit zu anderen Jugendlichen und Coping-Strategien zu verbessern.

Es bestand aus drei sechsständigen Gruppensitzungen, vierzehntägig, mit vier bis sechs Jugendlichen im Alter von 12 – 18 Jahren. Gearbeitet wurde mit psycho-educativen Mitteln, Training von Coping-Strategien, gegenseitiger Unterstützung, Gruppendiskussionen, Spielen, kreativen Einheiten und Videos. Jede der drei Sitzungen stand unter einem Thema:

1. Gemeinsam Lernen (Beziehungsaufbau und krankheitsbezogenes Wissen)
2. Stress in der Familie (Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern)
3. Eine bessere Zukunft (Umgang mit Stress)

###### Rekrutierung

Kinder wurden über verschiedene Gesundheitsdienste (57,8%), Jugenddienste (15,5%), Angehörige (9,8%), Schulen (8,5%), Behörden (2,8%) oder andere Organisationen für psychisch Erkrankte (5,6%) in Queensland, Australien an KAP empfohlen. Voraussetzung war das Vorliegen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils. Die schriftliche Einwilligung der Eltern war ebenfalls Voraussetzung.

###### Zielgruppe/Stichprobe

In die Studie wurden 12- bis 17-jährige (M=13,3 Jahre) Jugendliche (61,4% weiblich), die mindestens einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung hatten, aufgenommen. Die zugewiesenen Jugendlichen (N=27) wurden auf eine der sechs KAP-Gruppen verteilt, die im Rahmen der Studie durchgeführt wurden. Als Kontrollgruppe fungierten n=17 Jugendliche der Warteliste. 75% der Jugendlichen hatten eine erkrankte Mutter, 9,1% einen erkrankten Vater, bei 15,9% waren beide Eltern betroffen. Die Eltern waren von Depressionen (43,2%), bipolaren affektiven Störungen (25,0%), Schizophrenie (31,8%), Substanzabhängigkeit (18,2%), Persönlichkeitsstörungen (9,1%), Essstörungen (2,3%) und Angststörungen (15,9%)

betroffen. 11,4% der Jugendlichen litten selbst unter Depressionen, 9,1% unter Ängsten, 6,8% unter Verhaltensauffälligkeiten und 4,5% unter autistischen Störungen.

### Instrumente

Krankheitsbezogenes Wissen wurde in zwei Bereichen beurteilt: allgemeines Wissen über psychische Krankheiten und Wahrnehmung und Bewusstsein der elterlichen Erkrankung. Das Wissen wurde anhand von fünf Fragen überprüft, drei waren offene Fragen zu Symptomen, für die maximal vier Punkte erreicht werden konnten. Die Folgerichtigkeit und Treffsicherheit der Bewertung wurde durch die unabhängige Nachbewertung von anderen Klinikern gewährleistet. Die vierte Frage nannte vier psychische Krankheiten, die Jugendlichen wurden aufgefordert, die Krankheiten anzugeben, die sie erkannten. Für jede genannte Krankheit gab es einen Punkt. Die fünfte Frage nannte die vier wichtigsten psychischen Erkrankungen, zu denen die Jugendlichen ihre Kenntnisse darüber beschreiben sollten. Insgesamt konnten hier neun Punkte erreicht werden. Die Wahrnehmung von Krankheiten wurde anhand von vier Fragen (ja/nein) bezüglich der elterlichen Erkrankung (z.B. „Hast du bemerkt, wie die Krankheit dein(e) Mutter/Vater beeinträchtigt?“) beurteilt. Es konnten vier Punkte erreicht werden. Der Grad, inwieweit sich die Jugendlichen verbunden mit anderen empfanden, wurde mittels einer 20-Fragen-Skala (6-Punkte-Likert) zu sozialer Verbundenheit ermittelt. Coping-Strategien wurden über das Inventar „Family Stress Version“, 57 Fragen (4-Punkte-Likert), abgefragt. Es wurde das standardisierte Inventar zu Depressionen bei Kindern eingesetzt, zehn Fragen zu den zurückliegenden zwei Wochen. Außerdem fünf Fragen zur Lebenszufriedenheit (7-Punkte-Likert-Skala). Stärken und Schwächen wurden mit 25 Fragen (3-Punkte-Likert-Skala) zu fünf Unterbereichen abgefragt: emotionale Symptome, Verhaltensstörungen, Hyperaktivität, Sozialverhalten und Probleme mit Gleichaltrigen. Mit Hilfe des „Young Caregiver of Parents Inventory“ (YCOPI) wurden die Erfahrungen der Jugendlichen mit der Versorgung bzw. Fürsorge für die erkrankten Eltern eingeschätzt. Teil A erfragte, wie viel die Jugendlichen zu den elterlichen Aufgaben beitrugen, Teil B erfragte, inwieweit sich die Jugendlichen um den erkrankten Elternteil kümmerten. Zur Programmmzufriedenheit wurden sechs Fragen (4-Punkte-Likert-Skala) und drei offene Fragen gestellt.

### Design und Auswertung

Es handelte sich um ein kontrolliertes Wartelisten-Design. Zu Beginn der ersten Sitzung wurde der Pre-Test durchgeführt, zeitgleich auch in der KG (100% Teilnahme). Nach der dritten Sitzung wurde der Post-Test in beiden Gruppen durchgeführt, 93% absolvierten diesen in der UG und 88% in der KG. Die UG erhielt zusätzlich die Fragen zur Programmszufriedenheit. Acht Wochen nach der letzten Sitzung wurde in der UG (70%) ein Follow-up durchgeführt. Die Effekte in 2 x 2 und 1 x 3 (Gruppe x Zeit) ANOVAs und MANOVAs untersucht. Signifikante Effekte wurden mit t-Tests überprüft, das Signifikanzniveau wurde mit  $p < 0,05$  angegeben. Die fehlenden Angaben wurden nach den vorhandenen Mittelwerten geschätzt, wenn insgesamt über 50% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu einem bestimmten Punkt Angaben gemacht hatten. Dabei wurden die Post-Werte in den beiden Gruppen separat eingeschätzt. Fehlende Follow-up-Werte wurden nur geschätzt bei Personen, die Pre- und Post-Test absolviert hatten.

Zur Einschätzung individueller signifikanter klinischer Änderungen wurde der „Reliable Change Index“ (RCI) im Pre-Post-Test benutzt. Der RCI wurde für jeden Jugendlichen und jede abhängige Variable berechnet.

### Ergebnisse

Der Pre-Test zeigte keine Unterschiede in den demographischen und abhängigen Variablen in beiden Gruppen. Der Pre-Post-Test zeigte in beiden Gruppen eine signifikante Verbesserung des krankheitsbezogenen Wissens und der Wahrnehmung psychischer Erkrankungen mit mittlerer Effektstärke ( $F(2,40)=6,53$ ,  $p=0,004$ ), auch die Lebenszufriedenheit verbesserte sich in beiden Gruppen signifikant, keine signifikanten Änderungen jedoch im Bereich Depressionen. Beide Gruppen wiesen signifikant weniger Ärger bezüglich der Eltern ( $F(2,36)=2,39$ ,  $p=0,057$ ) (kleine Effektstärke) und einen Abfall des Pflichtgefühls ( $F(3,40)=2,90$ ,  $p=0,047$ ) ihnen gegenüber auf. In beiden Gruppen stiegen die Probleme mit der Peer-Gruppe an. Kleine Effektstärken traten im Bereich Stärken/Schwierigkeiten auf ( $F(5,38)=2,03$ ,  $p=0,096$ ). Signifikante Verbesserungen der UG im Pre-Post-Test gab es beim Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen ( $t(26)=3,47$ ,  $p=0,002$ ) und der Wahrnehmung psychischer Krankheiten ( $t(26)=2,33$ ,  $p=0,028$ ). Im Pre-Follow-up-Test blieb dieser Trend bestehen (Wissen:  $t(26)=4,27$ ,  $p < 0,001$ ; Wahrnehmung:  $t(24)=3,32$ ,  $p=0,003$ ). Die Lebenszufriedenheit der UG stieg signifikant im Pre-Post-Test ( $t(26)=3,49$ ,  $p=0,002$ ) und Pre-Follow-up-Test ( $t(24)=3,18$ ,  $p=0,004$ ) an. Depressionssymptome

traten im Pre-Post-Test mit kleinen Effektstärken signifikant weniger auf ( $t(26)=-2,48$ ,  $p=0,020$ ) und emotionale Symptome sanken im Pre-Follow-up-Test ( $t(24)=-2,28$ ,  $p=0,032$ ). Diese Gruppe zeigte einen signifikanten Abfall der Coping-Strategien zum Follow-up. Im Post-Follow-up-Test ( $t(24)=3,01$ ,  $p=0,006$ ) sowie im Pre-Follow-up-Test ( $t(24)=2,04$ ,  $p=0,053$ ) (kleinste Effektstärken) trat in der UG ein höheres Sozialverhalten auf. Ärger über die Eltern sank im Pre-Post-Test ( $t(26)=-3,06$ ,  $P=0,005$ ) und marginal signifikante Effekte traten hier im Pre-Follow-up-Test ( $t(26)=-2,01$ ,  $p=0,055$ ) auf. Auch unangenehme Pflichtgefühle sanken im Pre-Follow-up-Test ( $t(24)=-2,60$ ,  $p=0,016$ ) und im Post-Follow-up-Test (in der Kontrollgruppe gab es hier einen Anstieg). Isolation sank ebenfalls mit mittleren Effektstärken im Pre-Follow-up-Test ( $t(25)=-4,59$ ,  $p<0,001$ ) und im Post-Follow-up-Test ( $t(25)=-3,79$ ,  $p=0,00$ ) genauso wie die Passivität ( $t(24)=-4,13$ ,  $p<0,001$ ,  $t(24)=-2,66$ ,  $p=0,014$ ). Die Programmzufriedenheit lag bei 90%. Bezüglich des RCI gab es keine reliablen Änderungen krankheitsbezogenen Wissens und der Wahrnehmung von psychischer Erkrankung in der KG, während 14,8% bzw. 3,7% der UG hier reliable Veränderungen erreichten. Beide Gruppen zeigten ähnliche RCI Werte für die soziale Verbundenheit (UG=3,7%, KG=5,9%). 3,7% der UG zeigten reliable Änderungen in der Benutzung der meisten Coping-Strategien, während es in der KG hier keine Änderungen gab. Dort gab es in fast allen Coping-Strategien reliable Verschlechterungen (5,9% bis 11,8%), während sich in der UG auch 3,7% in jeder Coping-Strategie verschlechterten. 7,4% der UG zeigten einen Abfall von Depression und einen Anstieg der Lebenszufriedenheit. Das Sozialverhalten stieg bei 3,7% sowohl an als auch ab. In der KG gab es in all diesen Punkten keine Änderungen.

### Limitationen

Die Repräsentativität der Studie war durch die kleine Stichprobe, die Tatsache, dass die Eltern in der UG schwerere psychische Diagnosen hatten und die fehlende Randomisierung stark eingeschränkt. Zusätzlich fehlte ein Follow-up der KG.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Trotz der fehlenden Randomisierung ist die Designqualität mit 21,5 Punkten gut und die Evidenzklasse IIa zutreffend.

Tabelle 10. 4.2.6 Fraser & Pakenham (Australien, 2008) Evidenzklasse IIa / Design-Güte: gut (21,5 Punkte)

Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design /Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Koping Adolescent Group Program (KAP)</u></p> <p>- Programm für Kinder psychisch kranker Eltern</p> <p><u>Ziele:</u></p> <p>- krankheitsbezogenes Wissen</p> <p>- Herstellung von Gruppengefühl</p> <p>- Coping-Strategien</p> <p>Dauer: 3 Termine á 6 Stunden</p>	<p>- Empfehlung über diverse Gesundheitsdienste</p> <p>- schriftliche Einwilligung der Eltern erforderlich</p>	<p>- N=44 UG=27 (59% weiblich) KG=17 (65% weiblich)</p> <p>Alter: M=13,3 J.</p> <p>- 31% wiesen psychische Beeinträchtigungen auf</p>	<p>- Es wurden sieben standardisierte Fragebögen für die Kinder zur Beurteilung der Programmziele eingesetzt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fachwissen</li> <li>2. soziale Anbindung</li> <li>3. Coping-Strategien</li> <li>4. Depression</li> <li>5. Lebenszufriedenheit</li> <li>6. Stärken/Schwächen</li> <li>7. Fürsorge für die Eltern</li> <li>8. Programmzufriedenheit</li> </ol>	<p>- kontrolliertes Wartelisten-Design</p> <p>- Pre-Post-Test in beiden Gruppen</p> <p>- Follow-up ab der 8. Woche in der UG</p> <p>- ANOVA, MANOVA, t-Test</p> <p>- fehlende Daten wurden nach Mittelwerten geschätzt</p> <p>- RCI* wurde für jede Person in jedem Bereich berechnet</p>	<p>- beide Gruppen zeigten eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit, ein höheres Wissen und eine bessere Wahrnehmung psychischer Erkrankungen im Pre-Post-Test</p> <p>- in der UG waren diese höher</p> <p>- in <u>beiden</u> Gruppen stiegen die Probleme mit der Peer-Gruppe an</p> <p><u>UG:</u></p> <p>- Signifikante Verbesserungen im Pre-Follow-up-Test beim erkrankungsbezogenen Wissen, dem Sozialverhalten und der Lebenszufriedenheit</p> <p>- Depressions- und emotionale Symptome traten signifikant weniger auf</p> <p>- signifikanter Abfall der Coping-Strategien zum Follow-up</p> <p>- große Zufriedenheit mit dem Programm</p>
<b>Limitationen</b>					
Kleine Stichprobe, die Eltern der Teilnehmergruppe hatten schwerere psychische Diagnosen, keine Randomisierung, kein Follow-up der Kontrollgruppe					

\*RCI=Reliable Change Index

#### **4.2.7 Orel et al. (2003, USA), Positive Connections**

##### Programm: Merkmale und Aufbau

“Positive Connections” war ein gemeinschaftliches Programm dreier Organisationen für die Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern im US-Bundesstaat Ohio. Die beteiligten Organisationen waren die beiden Organisationen für psychische Gesundheit „Unison Behavioral Health Group“ und die “Alliance for the Mentally Ill of Greater Toledo” (AMI), die dritte Organisation war Teil der internationalen „Big Brothers Big Sisters“ in Northwestern Ohio, die weltweit ein 1:1 Mentoring-Programm zur Förderung von Kindern und Jugendlichen anbietet.

Das Programm setzte sich aus drei Komponenten zusammen. Erstens einer über fünf Wochen, einmal pro Woche stattfindenden psychoedukativen Einheit, deren Inhalte Wissen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen vermittelte. Zusätzlich wurden die Kinder bei der Entwicklung eines Krisen-Management-Plans unterstützt. Vier dieser Einheiten mussten die Kinder absolvieren, um in die zweite Phase des Programms einzutreten.

Die zweite Komponente umfasste einmal pro Woche über weitere fünf Wochen stattfindende Sitzungen in der Gruppe, geleitet von einer professionellen Trainerin oder einem Trainer, zur gegenseitigen Unterstützung und zum Austausch über das Leben mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Im Vordergrund standen das Ausdrücken von Gefühlen und die Erkenntnis, dass andere Kinder ähnliche Erfahrungen gemacht hatten. Anhand von Rollenspielen, Tagebucheinträgen und Diskussionen gaben die Kinder sich gegenseitig Feed-back in einer vertrauensvollen Umgebung. Wiederum mussten mindestens vier Sitzungen besucht werden, um die dritte Phase des Programms zu absolvieren, in der über mindestens sechs Monate jedem Kind eine qualifizierte Mentorin oder ein Mentor zugewiesen wurde, die dem Kind die Möglichkeit boten, eine positive Beziehung zu einem Erwachsenen außerhalb der Familie aufzubauen. Die Eltern wurden dabei in die Auswahl einer passenden Person miteinbezogen.

Am Ende wurde der erfolgreiche Abschluss des Programms mit einer Feierlichkeit gewürdigt.

##### Zielgruppe/Stichprobe

Als Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Programm musste das Alter der Kinder zwischen acht und dreizehn Jahren liegen und bei den Kindern musste

bezüglich der psychischen Erkrankung des Elternteils eine Betroffenheit bestehen. Dies konnte z.B. Ärger, Angst, Traurigkeit, Unsicherheit, Isolation, Beschämung oder Schuld sein. Die Erziehungsberechtigten mussten der Teilnahme zustimmen.

Kinder, die akuten eigenen Behandlungsbedarf oder Symptome massiver Unstabilität aufwiesen, wurden nicht im Programm aufgenommen, sondern an professionelle angemessene Hilfsangebote überwiesen. Kinder, die während des Programms Behandlungsbedarf entwickelten oder deren Eltern die Zustimmung zur Teilnahme entzogen, schieden aus dem Programm aus.

Die Stichprobe bestand aus N=11 Kindern (acht Mädchen) mit dem mittleren Alter von 10,5 Jahren. Die Diagnosen der Eltern waren Bipolare Störungen, Depressionen und Schizophrenie. Bei sieben der Kinder bestanden eigene frühere Diagnosen. Zwei Kinder mit „Posttraumatischer Belastungsstörung“ (PTSD), zwei Kinder mit Depressionen, ein Kind mit Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) und vier Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer „Oppositional Defiant Disorder“ (ODD). Acht der Kinder lebten mit ihrer Mutter, ein Kind mit dem Vater, ein Kind lebte in einer Pflegefamilie und ein Kind lebte bei der Großmutter, die das Sorgerecht hatte. Neun Kinder waren weiß, ein Kind schwarz, ein Kind latein-amerikanisch und zwei Kinder von Eltern unterschiedlicher Herkunft.

### Rekrutierung

Alle N=11 Kinder wurden durch Behandlerinnen und Behandler der Eltern an das Projekt „Positive Connections“ überwiesen. Die Erziehungsberechtigten stimmten der Teilnahme zu.

### Instrumente

Zur Messung der Programm-Effektivität wurden vier qualitative Pre-Post-Test Instrumente verwendet. Der „Self-Esteem-Index“ (SEI) wurde zur Messung der Veränderungen bezüglich der Selbstachtung der Kinder angewendet. Er bestand aus 80 Fragen (4-Punkte-Likert-Skala) zu vier Bereichen: Akzeptanz in der Familie, schulische Kompetenz/Bildung, Beziehungen außerhalb der Familie und Sichtweisen der eigenen Person.

Mit Hilfe des Fragebogeninventars „Family Assessment Measure“ (FAM, *Skinner et al., 1995*) wurden die Veränderungen der Familienfunktionen von Seiten der Kinder und der Erziehungsberechtigten beurteilt. Das FAM ist ein auf Validität und Reliabilität untersuchtes Instrument, dessen Normwerte anhand einer Analyse von 247

Erwachsenen und 65 Kindern der Allgemeinbevölkerung definiert wurden. Die Test-Retest-Reliabilität wurde an 138 überwiegend weißen Mittelklasse-Familien überprüft. Der Test-Retest-Median lag für Mütter bei 0,57, für Väter bei 0,56 und für Kinder bei 0,66. Das FAM setzt sich aus sieben Skalen zusammen: Plichterfüllung, Rollenverteilung, Kommunikation, Ausdruck von Gefühlen, emotionale Beteiligung, Kontrolle/Regeln und Normen. Im deutschsprachigen Raum ist die Adaptation unter dem Namen „Familienbögen“ (*Cierpka und Frevert, 1994*) verbreitet.

Die Veränderungen des Wissenstandes zu psychischen Erkrankungen bei den Kindern sowie der Bewältigungsstrategien wurden im Pre-Post-Test Verfahren mit Hilfe eines Fragebogens beurteilt.

Letztlich gaben die Erziehungsberechtigten der Kinder anhand eines Pre-Post-Tests ihre Sichtweise bezüglich des Selbstvertrauens, der sozialen Kompetenz und des sozialen Engagements der Kinder an. Zusätzlich zu den Pre-Post-Tests wurde kontinuierlich das Verhalten der Kinder qualitativ vonseiten der Gruppenleiterinnen und -leitern dokumentiert.

Am Ende des Programms wurden den Kindern zusätzlich drei Fragen im offenen Antwortmodus zur Zufriedenheit mit dem Programm gestellt: „Hat dir das Programm geholfen?“, „Was war am besten?“, „Was war nicht gut?“

### Design und Auswertung

Die Studie war in Form einer Verlaufskontrolle angelegt. Die quantitativen Auswertungen des SEI und des FAM wurden anhand des Vergleichs der Perzentilen des Pre-Post-Tests durchgeführt. Die qualitative Auswertung ergab sich aus der kontinuierlichen Dokumentation des Verhaltens der Kinder und deren Aussagen am Ende des Programms.

### Ergebnisse

Quantitative Auswertung:

Die Auswertung des SEI ergab einen umfassenden Anstieg des Selbstwerts. In Perzentilen ausgedrückt besserten sich die Werte von 42% im Pre-Test auf 77% nach dem Programm. Der größte Anstieg wurde im Bereich Akzeptanz in der Familie (+38%) und Sichtweise der eigenen Person (+34%) verzeichnet. Aber auch im Bereich schulische Kompetenz (+16%) und Beziehungen außerhalb der Familie (+13%) kam es zu einem Anstieg. Auffällig war, dass die Kinder zu Beginn im Bereich

Sicherheitsgefühl der Selbstwertskala die niedrigsten Werte zeigten, die Werte verbesserten sich bis zum 50%- Perzentil.

Die Werte des FAM im Pre-Test zeigten ein beträchtliches Maß an wahrgenommener Dysfunktion in den Familien. Eltern schätzten dies generell stärker als die Kinder ein. In den einzelnen Skalen gab es eine Reihe von Veränderungen sowohl positive als auch negative. Keine Veränderungen im Pre-Post-Vergleich traten bei der Pflichterfüllung auf. Die Rollenverteilung verschlechterte sich aus der Sicht der Eltern signifikant im Post-Test, während die Kinder keine Veränderungen angaben. In der Kategorie Kommunikation berichteten die Eltern keine Veränderungen, während die Kinder hier eine Verbesserung um 18% in der Familienfunktion feststellten. Dennoch blieb der Perzentilwert im klinischen Bereich. Eltern sowie Kinder empfanden eine starke Verbesserung (14%/13%) im Bereich Ausdruck von Gefühlen. Während die Kinder keine Veränderungen im Bereich emotionale Beteiligung angaben, empfanden die Eltern hier eine Verschlechterung (-7%) der Familienfunktion. Wechselseitige Anpassungsprozesse verbesserten sich ebenso wie das Einhalten von Regeln und Normen deutlich.

Qualitative Auswertung:

Am Ende der ersten Komponente des Programms konnten 70% der Kinder die gelernten unterschiedlichen psychischen Erkrankungen benennen. Alle N=11 Kinder hatten außerdem erfolgreich einen Krisenplan erstellt, den sie erklären und demonstrieren konnten. Strategien waren dabei z.B. das Fragen nach Hilfe, die Mentoren anzurufen oder Tagebuch zu schreiben. 70% der Kinder verbesserten ihren Grad des Selbstvertrauens, was sich durch verbesserte Fähigkeiten im Ausdruck von Gefühlen, in der Entscheidungsfreudigkeit, in der Entwicklung neuer Freizeitaktivitäten und der Artikulation von Fernzielen äußerte.

N=10 Kinder empfanden am Ende, dass das Programm ihnen eine Hilfe im Umgang mit der Familie gewesen sei. N=2 Kinder empfanden die gelernten Bewältigungsstrategien, n=1 Kind die Struktur, n=1 Kind die Erkenntnis, dass es nicht Schuld trage, n=1 Kind den Umgang mit Gefühlen, n=3 Kinder die Gespräche mit den anderen und n=1 Kind das bessere Verständnis der Erkrankung als hilfreich. Am besten gefielen n=7 Kindern die Personen (Kinder und Trainer), n=3 Kindern das Gelernte und einem Kind gefiel alles. N=10 Kinder äußerten keinerlei Kritik an dem Programm, n=1 Kind kritisierte pauschal die Länge des Programms.

### Limitationen

Die Repräsentativität der Studie wurde durch die sehr kleine Stichprobe und die Vordiagnosen der Kinder eingeschränkt. Als Kontrolle dienten lediglich die Perzentilen, die an einer anderen Population genormt wurden. Zu den statistischen Analysen wurden keine Effektstärken angegeben und es fand keine Langzeituntersuchung statt. Es gab keine konsequente Trennung des Untersuchungs- und des Mentorenteams, teilweise handelte es sich um dieselben Personen.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Die Design-Güte ist mit 17 Punkten als mäßig zu bezeichnen, durch die fehlende Kontrolle ist die Studie in die Evidenzklasse III einzuordnen.

Tabelle 11. 4.2.7 Orel et al. (USA, 2003) Evidenzklasse III / Design-Güte: mäßig (17 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Positive Connections</u></p> <p>3 Komponenten-Programm für Kinder (8 – 13 Jahre) von psychisch kranken Eltern</p> <p>1. Fakten zu psychischen Erkrankungen, fünf Sitzungen</p> <p>2. emotionale Regulation und Unterstützung, fünf Sitzungen</p> <p>3. 1:1 Mentoring (persönliche Betreuung)</p> <p>Dauer: 8 Monate</p>	<p>- Behandler und Behandlerinnen der Eltern empfahlen die Kinder in das Programm</p>	<p>-N=11 (8 weiblich)</p> <p>- M=10,5 Jahre</p> <p>- mindestens ein Elternteil hatte eine diagnostizierte psychische Erkrankung</p> <p>- bei den Kindern bestand keine Therapieindikation</p> <p>- sieben Kinder mit eigener früherer Diagnose einer psychischen Störung</p>	<p><u>Pre-Post-Test:</u></p> <p>- Selbstwert-Index</p> <p>- Familienfunktionen (FAM*)</p> <p>- Verhaltensbeurteilung durch die Eltern</p> <p><u>Post-Test:</u></p> <p>- Programmzufriedenheit</p> <p><u>Kontinuierliche Verhaltens-Dokumentation</u></p>	<p>- Verlaufskontrolle</p> <p>- Pre-Post-Tests für Selbstwert-Index (Kinder), FAM (Eltern und Kinder), Elternbefragung bzgl. Verhalten der Kinder</p> <p>- Perzentilvergleich</p> <p>- qualitative Verlaufsdocumentation</p> <p>- Aussagenbeschreibung und –zusammenfassung</p>	<p>- starker Anstieg des Selbstwerts und Selbstbewusstseins der Kinder</p> <p>- hohes inhaltliches Wissen</p> <p>- viele Verbesserungen in den Familienfunktionen, keine Verschlechterungen aus Sicht der Kinder</p> <p>- einige Verschlechterungen in den Familienfunktionen aus Sicht der Eltern</p> <p>- einige Familienfunktionen ohne Veränderungen</p> <p>- große Programmzufriedenheit</p>
<b>Limitationen</b>					
Sehr kleine Stichprobe, fehlende Kontrolle, teilweise nur Post-Test, keine Effektstärken, keine Langzeiteffekte, Untersucherinnen und Untersucher und Mentorinnen und Mentoren waren identisch					

\*FAM=Family Assessment Measure

#### **4.2.8 Tuttle et al. (2001, USA), Teen Club**

##### Programm und Aufbau

Es handelte sich um ein Programm für weibliche Teenager substanzbelasteter Eltern mit wenig sozialer oder familiärer Anbindung. Das Konzept basierte auf Ideen aus Workshops, die in den 90er Jahren vom „National Council on Alcoholism and Drug Dependence“ durchgeführt wurden. Die Sitzungen fanden einmal wöchentlich für 90 Minuten statt und wurden von einem latein-amerikanischen Sozialarbeiter und einer weißen Gemeindeschwester geleitet. Der thematische Fokus lag auf Problembewältigung, Gesundheitserziehung, Sozialverhalten und Schulanbindung. Zudem wurden gemeinsame Gruppenaktivitäten und Freizeitgestaltungen der Gruppe gefördert. Regelmäßige Teilnahme wurde alle fünf Wochen mit einer Freizeitaktivität belohnt und auch kleinere Inzentivierungen, wie Getränke und Fahrdienste zu den wöchentlichen Treffen, waren Bestandteile des Programms. Jede Stunde begann mit dem Vorlesen aus einem Buch für Kinder alkoholkranker Eltern.

Für Krisensituationen wurden auch Hausbesuche angeboten und die Gruppenleiterinnen und -leiter waren immer telefonisch für die Mädchen erreichbar. Zunächst war das Programm für zehn Wochen vorgesehen, durch Initiative der Gruppe wurde es jedoch über zwei Jahre fortgeführt.

##### Rekrutierung

Die Mädchen wurden über ein Jugend-Hilfe-Zentrum, an das sich häufig auch schwangere Mädchen wandten, rekrutiert.

##### Zielgruppe/Stichprobe

Es nahmen N=12 afro-amerikanische Mädchen im Alter von 13 – 17 Jahren an der Gruppe teil. Sie stammten alle aus einem Gebiet in Rochester, New York, USA mit den höchsten Raten von Teenager-Schwangerschaften, Kriminalität und sexuell übertragbaren Erkrankungen. Die Mädchen hatten mindestens einen Elternteil mit einer substanzbezogenen Störung, wiesen wenig soziale und familiäre Unterstützung auf und hatten Schulprobleme. Zwei Mädchen (16/17 Jahre) waren Mütter, ihre Kinder waren jünger als drei Jahre, zwei Mädchen waren schwanger und bekamen ihr Kind innerhalb der ersten sechs Monate des Programmdurchlaufs und einige Mädchen betrieben selbst Substanzkonsum.

### Instrumente

Für die Messungen wurden das Depressionsinventar von Beck (*Beck, 1972*) und ein strukturiertes Interview zur Beurteilung von Schulstatus, Gesundheitsverhalten, Drogenkonsum, Schwangerschaften, Sexualpartnerschaften und dem Wohlbefinden verwendet.

### Design und Auswertung

Es handelte sich um eine retrospektive Studie. Fünf Jahre nach Beendigung des „Teen Club“ wurden die N=12 Mädchen (18 – 22 Jahre) mittels genannter Instrumente befragt. Gleichzeitig wurde eine KG aus zwölf weiteren Frauen des Jugend-Zentrums, die entsprechend der UG nach Alter und kulturellem Hintergrund passend zugewiesen wurden, befragt. Die KG gehörte im Teenageralter ebenfalls zur Hochrisiko-Gruppe. Die Ergebnisse der Gruppen wurden statistisch analysiert und verglichen.

### Ergebnisse

Bemerkenswert war, dass 58% der gesamten Stichprobe Beeinträchtigungen in ihrem Leben durch Drogen- oder Alkoholkonsum in der Familie angaben. Hierbei zeigten sich keine Unterschiede der beiden Gruppen. Generell ließ sich feststellen, dass die Antworten der UG tendenziell ein gesundheitsbewussteres Verhalten aufwiesen als die der KG. Die UG besuchte signifikant länger die Schule, 11,8 vs. 10,8 Schuljahre ( $p=0,08$ ), hatte eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Arbeitsstelle ( $p=0,05$ ), weniger depressive Symptome ( $p=0,07$ ), weniger Schwangerschaften ( $M=2,25$  vs.  $M=3,42$ ,  $p=0,10$ ), aber trank häufiger Alkohol ( $p=0,05$ ). Der Gesamtalkoholkonsum unterschied sich jedoch in den Gruppen nicht.

### Limitationen

Es handelte sich um ein schwaches Design ohne Randomisierung mit sehr kleiner Stichprobe und ohne Pre-Post-Test. Angaben zur Rekrutierung, zur Analyse und zur tatsächlichen Belastung der Eltern fehlten.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Es wurde die Evidenzklasse III mit schlechter Designgüte (14,5 Punkte) zugeordnet.

Tabelle 12. 4.2.8 Tuttle et al. (2001, USA) Evidenzklasse III / Design-Güte: schlecht (14,5 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/ Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Teen Club</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programm für Mädchen von substanzbelasteten Eltern</li> <li>- Problembewältigung, Gesundheits- erziehung, Sozialverhalten, Schulanbindung</li> <li>- gemeinsame Freizeit- aktivitäten als Inzentivierung</li> <li>-Dauer: 2 Jahre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angebot über Jugendzentrum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N=24 Mädchen UG: n=12 KG: n=12</li> <li>- Alter: 12 – 17 Jahre</li> <li>- Elternteil mit substanzbezogener Störung</li> <li>- Hoch-Risiko-Teens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Depressionsinventar</li> <li>- strukturiertes Interview zu Schule, Gesundheitsverhalten und Drogenkonsum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retrospektive Studie</li> <li>- fünf Jahre nach Beendigung des Teen Club Befragung beider Gruppen</li> <li>- vergleichende Auswertung mit Tests für kleine Stichproben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- UG: mehr Schuljahre, weniger Arbeitslosigkeit, weniger Depressionen und Schwangerschaften, höhere Frequenz des Alkoholkonsums</li> <li>- keine Unterschiede (KG/UG) im Gesamtkonsum von Alkohol</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Sehr kleine Stichprobe, kein Pre-Post-Test, fehlende Angaben zur Rekrutierung und Analyse					

#### **4.2.9 Woodside et al. (1997, USA), The Images Within**

##### Programm und Aufbau

Es handelte sich um ein schulbasiertes Programm zur Prävention von Alkoholismus und emotionalen Problemen von Kindern alkoholbelasteter Eltern. Kunstwerke von Kindern alkoholbelasteter Eltern wurden als Diskussionsbasis benutzt und es wurden verschiedene Aktivitäten durchgeführt, die folgende Ziele verfolgen

- Alkoholismus als Krankheit verstehen
- Bewusstsein der Effekte elterlichen Alkoholismus auf die Kinder schaffen
- Hilfen und Informationen für Kinder alkoholbelasteter Eltern anbieten
- Vermittlung von Coping-Strategien
- Bereitschaft und Möglichkeiten, betroffenen Kinder zu helfen, erhöhen

Für das Programm lag ein Handbuch, Brochüren, sowie diverses Material für die Kinder, Lehrerinnen und Lehrer vor. Das Programm wurde in drei Unterrichtsstunden durchgeführt und konnte optional verlängert werden.

##### Rekrutierung

Das Programm wurde an drei Testschulen an der Ostküste der USA durchgeführt.

##### Zielgruppe/Stichprobe

Die drei Schulen repräsentierten urbane und suburbane Stadtteile mit einer hohen Rate an ethnischen Minderheiten. N=588 Kinder der 6. – 8. Klassen nahmen an der Studie teil. N=311 (n=153 weiblich) waren der UG zugewiesen, n=279 (n=138 weiblich) bildeten die KG.

##### Instrumente

Es wurden fünf Instrumente eingesetzt. Das allgemeine Wissen zu Alkohol wurde mit offenen Fragen abgefragt. Das Wissen über Effekte von Alkohol auf die Familien wurde anhand von zehn Multiple-Choice-Fragen (vier Möglichkeiten) überprüft. Das Wissen über Hilfs- und Informationsmöglichkeiten und die Häufigkeit von Gesprächen über Alkohol in der Familie wurden jeweils anhand von 30 Fragen abgefragt. Die Fähigkeiten, anderen Kindern Hilfe und Unterstützung anzubieten, wenn sie

Alkoholprobleme im Umfeld erkennen, wurden anhand von 20 Fragen (5-Punkte-Likert-Skala) eruiert.

### Design und Auswertung

An den drei ausgewählten Schulen nahmen Gruppen an dem Programm teil, es gab keine randomisierte Verteilung. Die KG wurden, passend in Alter und Geschlecht, aus Klassen derselben Schulen rekrutiert. Die Instrumente wurden im Pre-Post-Test-Design angewendet. Um die Effekte des Programms auf Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht und Alter hin zu untersuchen, wurden zwei Typen der statistischen Analyse durchgeführt. Zuerst wurde eine ANOVA zu Unterschieden im Pre-Post-Test, Jungen versus Mädchen, Alter und UG versus KG durchgeführt. Wenn hier signifikante Unterschiede auftraten, wurde eine Reihe von post-hoc Tests durchgeführt. Diese Analyse wurde für jede Variable einzeln vorgenommen. In die Analyse wurden nur die Personen aufgenommen, die beide Tests absolviert hatten.

### Ergebnisse

Die Datenanalyse ergab signifikante Unterschiede beim Alter und den Geschlechtern. Die Mädchen erreichten in allen Skalen höhere Werte als die Jungen und die älteren Kinder höhere als die jüngeren Jahrgänge. Das allgemeine Wissen über Alkohol verbesserte sich erheblich in der UG, während es im Pre-Test beider Gruppen und im Pre-Post-Test der KG keine Unterschiede gab. Die Verbesserung lag im Durchschnitt bei 15,2% auf der Werte-Skala ( $F=13,16$ ;  $p=0,000$ ). Am höchsten waren diese Verbesserungen bei Effekten von Alkohol und Alkohol als Krankheit. Ebenso verhielt es sich beim speziellen Wissen zu Alkohol-Effekten auf die Familie. Während es im Pre-Test keine Unterschiede in den Gruppen gab, zeigte die UG eine durchschnittliche Verbesserung um 12,7% ( $F=29,09$ ,  $p=0,000$ ). Die Kinder gaben hier an, sich weniger verantwortlich für die elterlichen Probleme zu fühlen, hatten größere Fähigkeiten, anderen Kindern zu helfen und die Wahrnehmung von Hilfsbedürftigkeit anderer stieg an. Die Beschäftigung mit speziellen Informationsquellen und den allgemeinen Medien zum Thema Alkohol stieg in der UG um 64,6% an ( $F=34,59$ ,  $p=0,000$ ), während die KG keine Veränderungen zeigte. Die Bereitschaft mit anderen Kindern oder Erwachsenen über Alkohol und Alkoholismus zu sprechen, stieg in der UG ebenfalls signifikant, um 43,2% an ( $F=11,63$ ,  $p=0,001$ ). Die Bereitschaft, anderen Kindern bei der Bewältigung von Problemen bzgl. elterlichem Alkoholismus zu helfen, stieg in der UG generell an, jedoch nur an einer Schule, in der Rollenspiele zu diesem Thema

durchgeführt wurden, signifikant mit einem Anstieg der Werte um 12,3% ( $F=17,25$ ,  $p=0,000$ ).

### Limitationen

In der Studie wurde die elterliche Alkoholbelastung aller Schüler einer Klasse vorausgesetzt. Diese Annahme wurde nicht näher untersucht bzw. fehlten Angaben zum Alkoholkonsum der Eltern. Es wurde nicht deutlich, wer die Kinder als Kinder alkoholbelasteter Eltern identifizierte. Es gab keine randomisierte Gruppenzuweisung, die Auswahl der Gruppen wurde nicht erwähnt. Obwohl das Programm für Fünft- bis Achtklässler vorgesehen war, wurde es nur an Sechst- bis Achtklässlern getestet. Es fehlten genaue Angaben über die Dauer und Art der Durchführung. Das Programm wurde nicht von geschultem Personal, sondern von den Lehrerinnen und Lehrern etabliert. Die Fragebögen wurden anonym ausgewertet, sodass nur Durchschnittswerte der Gruppen vorlagen, es gab keine Angaben zu individuellen Pre-Post-Test-Veränderungen. Drop-outs wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Nicht beantwortete Fragen der Fragebögen wurden als falsch bewertet, sodass die Werte eventuell niedriger ausfielen, als sie tatsächlich waren. Es gab kein Follow-up.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Als nicht randomisierte experimentelle Studie handelte es sich um ein schlechtes Studien-Design (13,5 Punkte) mit der Evidenzklasse IIa.

Tabelle 13. 4.2.9 Woodside et al. (1997, USA) Evidenzklasse IIa / Design-Güte schlecht (13,5 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>The Images within</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- schulbasiertes Programm für Kinder alkoholbelasteter Eltern</li> <li>- Schwerpunkt auf Wissensvermittlung zu Alkoholismus und Copingstrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- das Programm wurde an drei Schulen an der Ostküste der USA durchgeführt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- an drei Schulen mit hohen Raten an ethnischen Minderheiten nahmen N=588 Kinder (UG: n=311 KG: n=279) teil</li> <li>- 6.- bis 8.-Klässler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skalen zu:</li> <li>- Wissen zu Alkoholismus und seinen Folgen</li> <li>- Wissen zu Informations- und Hilfsmöglichkeiten</li> <li>- Fähigkeiten andere Kinder zu unterstützen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht randomisiertes Design</li> <li>- Pre-Post-Test</li> <li>- ANOVA und post-hoc-Tests zur Untersuchung der Effekte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mädchen verbesserten sich in allen Skalen signifikant gegenüber Jungen</li> <li>- ältere Kinder verbesserten sich signifikant gegenüber jüngeren Kindern</li> <li>- die UG verbesserte sich signifikant im Wissen zu Alkoholismus und seinen Folgen</li> <li>- signifikanter Anstieg in der UG bzgl. Gespräche über Alkohol und Nutzung von Informationsquellen zu Alkoholkonsum</li> <li>- die Bereitschaft Anderen zu helfen, stieg an einer Schule signifikant an</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Keine Randomisierung, keine Angaben zur Rekrutierung, zu Teilnahmebedingungen und zum Alkoholkonsum in den Familien, keine Angaben zur Art und Dauer der Durchführung des Programms, keine Intent-to-treat-Analyse, kein Follow-up, fehlende Angaben zur Güte der Instrumente					

#### **4.2.10 Horn & Kolbo (2000b, USA)**

##### **Children Having Opportunities in Courage, Esteem and Success (CHOICES)**

###### Programm und Rekrutierung

s. 4.2.5

###### Zielgruppe/Stichprobe

N=60 Kinder der 3. und 4. Klassen aus acht Grundschulen wurden in den Jahren 1993 bis 1995 in die Studie aufgenommen.

###### Instrumente

Zur Prozessevaluation wurde eine „Group Process Form“ (GPF) zur Beurteilung der Anwesenheit und Genauigkeit der Durchführung der SSG von den Gruppenleiterinnen und -leitern vervollständigt. Zur Beurteilung des Sozialverhaltens, des Selbstwerts, der Interaktionen, des Ausdrucks von Gefühlen, der Einstellung zu Drogen und der schulischen Anbindung der Kinder wurde der Fragebogen ILTS (s. 4.2.5) eingesetzt. Für die Kinder gab es Fragebögen im offenen Antwortformat.

###### Design und Auswertung

Diese Studie fand im Zeitraum von zwei Jahren statt und die Instrumente wurden nur im Post-Test angewendet. Nach Beendigung eines Programmdurchlaufs beantworteten die Gruppenleiterinnen und -leiter die GPF und ILTS. Außerdem beantworteten die Lehrerinnen und Lehrer (N=31) Fragen zum Programm und die Klassenlehrerinnen und -lehrer (N=31) der Kinder einen ILTS-Fragebogen für jedes Kind. Die Kinder (N=60) wurden nach Beendigung des Programms ebenfalls befragt. Die erhaltenen Antworten wurden dann für jede Frage prozentual ausgewertet.

###### Ergebnisse

N=54 der befragten N=60 Kinder beantworteten ihren Fragebogen. 100% berichteten, dass sie gerne am Programm teilgenommen hatten. Die Mehrheit hatte besonders die Spiele und andere Aktivitäten gemocht. Die Kinder betonten, dass es wichtig gewesen sei, neue Freunde zu finden, Isolation und Einsamkeit seien weniger geworden. Weitere Punkte, die von den Kindern erlernt wurden, waren Coping-Strategien und drogenbezogenes Wissen. Allen Kindern gemein war, dass sie nicht gerne über das Problem Alkoholismus sprachen, aber dennoch ungern das Programm beendeten.

Die Gruppenleiterinnen und -leiter (N=8) berichteten, dass alle N=60 Kinder die SSG beendeten, 89% nahmen dabei an allen elf Sitzungen teil. Niemand wurde der Gruppe verwiesen. Des Weiteren berichteten die Gruppenleiterinnen und -leiter, dass sie das Manual gut umsetzen konnten und es für geeignet hielten. 100% berichteten von Verbesserungen der Kinder im Sozialverhalten, Selbstwert, Interaktionen, schulischer Anbindung und Einstellung gegenüber Drogen. 100% befürworteten das Programm, hielten es für sinnvoll und planten, erneut damit zu arbeiten.

26 von 31 Klassenlehrerinnen und -lehrern (84%) beantworteten ihren Fragebogen. Die Mehrheit stimmte überein, dass die Kinder in den Risikobereichen Verbesserungen erlangten. 68% beobachteten schulische Leistungsverbesserungen, 76% bemerkten besseres Sozialverhalten, 69% beobachteten einen Anstieg der Ablehnung von Drogen, 63% empfanden ihre Schülerinnen und Schüler besser an die Schule angebunden.

#### Limitationen

Diese Verlaufsstudie hatte keine KG und es gab keinen Pre-Post-Test. Die Problematik der Eltern wurde nur von den Kindern eingeschätzt. Es wurden nur die abgegebenen Fragebögen ausgewertet, die nicht abgegebenen fanden keine Berücksichtigung. Langzeiteffekte fehlten.

#### Design-Güte und Evidenzklasse

Als Verlaufsstudie ohne Kontrolle und experimentellen Charakter ist das Design als schlecht (10,5 Punkte) zu bezeichnen, die Evidenzklasse III wurde zugeordnet.

Tabelle 14. 4.2.10 Horn & Kolbo (2000b, USA) Evidenzklasse III / Design-Güte: schlecht (10,5 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Children Having Opportunities in Courage, Esteem, and Success (CHOICES)</u></p> <p>- 3-Komponenten-Programm, schulbasiert</p> <p>1. SSG: kleine Guppe zur gegenseitigen Unterstützung und drogenbezogene Wissensvermittlung Dauer: elf Wochen</p> <p>Während des Schuljahres:</p> <p>2. Peer-Group mit Schülerinnen und Schülern als Mentoren (HeLP`M)</p> <p>3. Hausaufgaben- und Nachhilfe</p>	<p>- standardisiertes Verfahren</p> <p>- drogenbezogenes Video</p> <p>- dazu zwei Screening-Fragen</p> <p>- bei positivem Screening Gespräch mit Beraterinnen und Beratern</p> <p>- Zustimmung der Eltern erforderlich</p>	<p>- 3.- u. 4.-Klässler (8 – 10 Jahre)</p> <p>- Suchtbelastung im Umfeld</p> <p>- N=60</p>	<p>- GPF* für die Gruppenleiterinnen und -leiter zur Evaluation der Durchführung der SSG</p> <p>- Fragebögen zum Gelernten u. zur Zufriedenheit für die Kinder</p> <p>- Lehrerinnen und Lehrer beurteilten die Kinder mit ILTS**: Selbstwert, Sozialverhalten, Einstellung zu Drogen, schulische Anbindung</p>	<p>- nur Post-Test</p> <p>- nach Abschluss eines Programms wurde zwischen 1993-1995 an acht Schulen via Fragebögen für Gruppenleiterinnen und -leiter und Lehrerinnen und Lehrer evaluiert</p> <p>- Kindern wurden Bögen im offenen Antwortformat ausgehändigt</p>	<p><u>Kinder:</u></p> <p>- 100% positive Resonanz gegenüber dem Programm</p> <p>- weniger Isolation, mehr Freundschaften, besseres Coping</p> <p><u>Gruppenleiterinnen/-leiter:</u></p> <p>- Verbesserungen der Kinder in allen Risikobereichen</p> <p><u>Klassenlehrerinnen/-lehrer:</u></p> <p>- mehrheitlich wurden Verbesserungen in allen Risikobereichen festgestellt</p>
<b>Limitationen</b>					
Keine Kontrolle, kein Pre-Post-Test, Rekrutierung durch Selbsteinschätzung, Drop-outs nicht berücksichtigt, keine Langzeituntersuchung					

\*GPF=Group Process Form, \*\*ILTS=I'd like to say..

#### **4.2.11 Gance-Cleveland (2004, USA), School-Based-Support-Groups (SBSG)**

##### Programm: Methode und Aufbau

Dieses Programm war ein über 15 Wochen fortlaufendes Gruppenprogramm für geleitete Schülergruppen in Schulen mit dem gemeinsamen Problem von Suchtbelastung in der Familie. Die Gruppe bestand aus acht bis zwölf Kindern und kam einmal pro Woche für 45 Minuten in einem separaten Raum in der Schule zusammen. Sie wurde von einer geschulten Suchtberaterin oder einem -berater (Sozialarbeiterin/-arbeiter) und einer Vertrauenslehrerin oder einem -lehrer begleitet. Die Gruppe bot den Kindern die Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung. Schwerpunktthemen waren Bewältigungsstrategien, Selbsteinschätzungen, Ziele setzen, positiver Selbstwert und Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten. Am Anfang der Gruppenbildung standen die Vertrauensbildung und das Festsetzen von Regeln. In der Arbeitsphase wurden persönliche Ziele formuliert, in der Endphase wurden der eigene Fortschritt bewertet und ungelöste Probleme identifiziert. Die letzte Stunde beinhaltete einen feierlichen Abschied.

##### Rekrutierung

Der eigentlichen Studie ging eine Phase voraus, in der das Gruppenkonzept erstellt, das Kollegium geschult und die Auswahl potentieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer stattfand. Diverse Berufsgruppen der Schulen (Lehrerinnen und Lehrer, Beraterinnen und Berater, Betreuerinnen und Betreuer) stellten den Kindern das Konzept vor, interessierte Kinder der Zielgruppe nahmen Kontakt auf und entschieden dann über die Teilnahme. Eine Einwilligung der Eltern wurde nicht verlangt.

##### Zielgruppe/Stichprobe

Die SBSG richtete sich an Kinder und Jugendliche, die von familiärer Suchtbelastung betroffen waren. In diese Studie wurden N=21 (n=14 weiblich) Schülerinnen und Schüler aus zwei Schulen eines großen, multikulturellen, suburbanen Schulbezirkes des Mittleren Westens, USA aufgenommen. Sozioökonomisch entstammten die Schülerinnen und Schüler der Mittel- und Unterklasse. Die ethnische Verteilung wies n=14 weiße und n=7 latein-amerikanische Schülerinnen und Schüler auf.

##### Instrumente

Die qualitative Analyse wurde nach ethnographischen Methoden nach *Denzin und Lincoln (2000)* durchgeführt. Instrumente der Methode waren Interviews mit allen

Beteiligten sowie Aufzeichnungen und Dokumentationen von Beobachtungen. Der Forschungsansatz war lebensweltlich und hermeneutisch geprägt.

### Design und Auswertung

Insgesamt wurden 20 Untersuchungstermine à vier Stunden wöchentlich in zwei Highschools durchgeführt. In den ersten fünf Wochen wurden die Kinder bei Interesse und Erfüllung der Teilnahmekriterien ausgewählt und auf die Gruppe vorbereitet. Während der 15 Wochen der Durchführung fanden nach jeder Sitzung Nachbesprechungen statt. Die Untersucherinnen und Untersucher begleiteten jede Sitzung und wurden den Kindern als Co-Betreuerinnen und -Betreuer vorgestellt, die mehr über die Gruppe erfahren wollten. Initial wurden Interviews mit der Programmleiterin oder dem -leiter und der Gruppenleiterin oder dem -leiter durchgeführt und die besonderen Merkmale der Gruppe erfragt. Vorhandene Aufzeichnungen, Dokumentationen und die Gruppen-Evaluation einer Vertrauenslehrerin oder eines -lehrers bildeten die Grundlage für die Beobachtungen. Nach jeder Sitzung wurde die Gruppenleiterin oder der -leiter interviewt, um Beobachtungen zu diskutieren und zu verdeutlichen. Außerdem wurde die Gruppenleiterin oder der -leiter zusätzlich in der Mitte und am Ende der Durchführung interviewt. Drei Vertrauenslehrerinnen und -lehrer, die die Gruppen begleiteten und drei teilnehmende Schülerinnen wurden zu drei Zeitpunkten interviewt. Die Schülerinnen wurden nach unterschiedlichem Alter und vorheriger Gruppenerfahrung ausgewählt. An einer Schule wurde am Ende eine Evaluation über eine Fokusgruppe durchgeführt. Die Datenerhebung wurde abgeschlossen, als keine neuen Informationen mehr erhoben wurden. Alle Kinder waren aufgefordert, am Ende eine schriftliche Evaluation zu verfassen, was n=8 (n=6 weiblich) Kinder taten. Die erhaltenen Daten wurden dann auf ihre signifikanten Merkmale hin untersucht: Nutzen, Stärken und Schwächen bezogen auf die Gruppen aus Sicht der Co-Betreuerinnen und -Betreuer (die gleichzeitig die Untersucherinnen und Untersucher waren) und der Kinder. Die Analyse begann mit intraindividuelle Mikroanalyse, wobei Zeile für Zeile die Interviews und Aufzeichnungen verschlüsselt wurden. Die erhaltenen Datenstücke wurden dann kategorisiert und auf ihre Muster in Bezug auf die Aktivitäten, Interaktionen und den Inhalt des Programms hin untersucht. Ergänzende Kategorien führten zu einer Erörterung der Erfahrung mit der SBSG in Bezug auf den Verlauf, den Nutzen und die Schwierigkeiten. Im Anschluss wurden die Ergebnisse mit der Fachliteratur verglichen.

### Ergebnisse

Als die Kinder begannen, ihre Erfahrungen und Geheimnisse zu teilen und Gemeinsamkeiten entdeckten, begannen sie auch, sich gegenseitig zu unterstützen und die elterliche Sucht zu benennen. Diese Gruppenerfahrung führte zur Verbesserung von Einsamkeitsgefühlen und Isolation und schaffte einen sicheren und vertrauensvollen Ort für die Kinder, der es Ihnen ermöglichte, eigene dysfunktionale Muster (z.B. gleiches Verhalten wie die Eltern) und die Rollen in der Familie aufzudecken, verschiedene Entscheidungen zu treffen, für sich zu sorgen und die eigene Entwicklung anzuerkennen. Folgende Verbesserungen traten auf: positive Verhaltensänderungen, verbessertes Wissen bezüglich Suchterkrankungen, verbesserte Beziehungen und Bewältigungsstrategien und Steigerung der schulischen Leistungen. Die neue Sichtweise auf die suchterkrankten Eltern verbesserte ebenso die Familienbeziehungen aus Sicht der Kinder. Die Gruppenmitglieder erstellten ein Hilfsprogramm zur gegenseitigen Unterstützung in Notfällen. Es traten auch verschiedene Schwierigkeiten auf. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer hielten sich nicht an die Regeln und gefährdeten andere (z.B. mit Drogengebrauch, Verletzung der Schweigepflicht oder körperlichen Angriffen). In solchen Fällen wurde die Gruppe aufgelöst.

### Limitationen

In dieser Studie war die Co-Betreuerin oder der Co-Betreuer der Gruppe gleichzeitig die Untersucherin bzw. der Untersucher, das könnte Einfluss auf die Berichte und Interviews der Kinder gehabt haben. Die Altersangaben der Kinder fehlten. Die angegebenen Daten zur Steigerung der schulischen Leistungen konnten aus Datenschutzgründen nicht belegt werden. Alle Angaben wurden interpretativ ausgewertet, was qualitativen Untersuchungsansätzen verschiedentlich als Schwäche ausgelegt wird.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Als ausschließlich qualitative Studie ist das Design im Sinne der hier verwendeten Gütekriterien als schlecht (9 Punkte) einzustufen, es fehlten die Kontrolle, die Randomisierung und eine Langzeitkontrolle. Da es sich um eine Verlaufskontrolle handelte, traf die Evidenzklasse III zu.

Tabelle 15. 4.2.11 Gance-Cleveland (2004, USA) Evidenzklasse III / Design-Güte: schlecht (9 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>School-Based-Support-Groups (SBSG)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- schulinternes Gruppenprogramm für interessierte Kinder, die sich durch Sucht in der Familie betroffen fühlen</li> <li>- Aufklärung, gegenseitige Unterstützung, Bewältigungsstrategien</li> <li>- Dauer: 15 Sitzungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulpersonal stellte das Programm vor</li> <li>- interessierte Kinder wurden zur Teilnahme eingeladen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N=21 (14 weiblich)</li> <li>- Schülerinnen und Schüler zweier Highschools</li> <li>- familiäre Suchtbelastung wurde bejaht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviews, Aufzeichnungen und Dokumentationen (Schülerinnen und Schüler, Betreuerinnen und Betreuer) dienten als Datenquellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- qualitative Datenanalyse</li> <li>- kontinuierliche, qualitative Untersuchung der SBSG aus mehreren Perspektiven</li> <li>- Auswertung aller Daten durch Codierung und Kategorisierung</li> <li>- interpretative Auswertung</li> <li>- Vergleiche der Ergebnisse mit der Fachliteratur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verringerung von Einsamkeit und Isolation</li> <li>- Verbesserung suchtbezogenen Wissens</li> <li>- Verbesserung von Coping</li> <li>- Verbesserung der Leistungsfähigkeit</li> <li>- Verbesserung von Sozialverhalten und Beziehungen</li> <li>- nicht alle Gruppen verliefen erfolgreich, einige mussten wegen Fehlverhaltens abgebrochen werden</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Gruppenbetreuerinnen und -betreuer gehörten dem Untersucherteam an, rein qualitative Studie, keine objektive Datenmessung, sehr kleine Stichprobe, Interviews wurden nur mit Mädchen geführt, keine Langzeituntersuchung, Zielgruppe durch Selbstauskünfte rekrutiert					

#### **4.2.12 Tuttle et al. (2000, USA), Teen Club**

##### Programm: Methode, Aufbau und Rekrutierung

s. 4.2.8

##### Stichprobe

Es handelte sich um N=11 Mädchen der UG aus 4.2.8

##### Instrumente

Es wurden sechs Fragen in Form eines Gruppeninterviews gestellt:

- 1) „Was ist dir passiert, seit du nicht mehr am Teen Club teilnimmst?“
- 2) „Was denkst du, war das Ziel des Teen Club?“
- 3) „Was erinnerst du am meisten aus dem Teen Club?“
- 4) „Wie hast du es gefunden, dass die Gruppenleiterinnen und -leiter sich um deine Familienangelegenheiten gekümmert haben?“
- 5) „Was hat der Teen Club in deinem Leben verändert?“
- 6) „Was würdest du am Teen Club verändern?“

##### Design und Auswertung

Ein Jahr nach Beendigung des Teen Club wurden die ehemaligen Teilnehmerinnen in einer Fokusgruppe befragt, das Interview wurde aufgezeichnet und nach *Krueger* (1994) analysiert. Die interpretative Auswertung beinhaltete die Analyse nach Themen und Meinungen. Das Interview wurde von einem Mitglied des Untersucherteams durchgeführt, das vorher keinen Kontakt zu den Mädchen hatte.

##### Ergebnisse

N=9 der N=11 Mädchen hatten die Highschool abgeschlossen, n=1 Mädchen besuchte sie noch. N=3 der Absolventinnen besuchten ein College. N=3 Mädchen hatten ein Kind bekommen. Nur n=2 Mädchen äußerten sich zu ihrem Substanzkonsum seit Beendigung des Teen-Club. N=1 Mädchen war „clean“ geblieben, ein anderes (n=1) äußerte Sorge bezüglich ihres Alkoholkonsums, hatte aber keine Hilfe in Anspruch genommen. Die meisten Mädchen hatten in irgendeiner Weise noch Kontakt zu den ehemaligen Gruppenleiterinnen und -leitern des Teen-Club.

Die gesammelten Daten bekräftigten, dass die Hausbesuche und das Case-Management gut akzeptiert und als hilfreich eingestuft wurden. Die Mädchen berichteten, wie das Programm ihnen geholfen hatte, riskantes Verhalten zu reduzieren und ihr Selbstwertgefühl zu steigern. Das Konzept des Programms identifizierten die Mädchen als soziale und familiäre Unterstützung, sie lernten verantwortliches erwachsenes Verhalten und Beistand durch die Gruppenleiterinnen und -leiter kennen. Wichtig war auch, dass die Mädchen sich durch die Gruppe gesellschaftlich besser eingebunden fühlten. Am wichtigsten war ihnen jedoch die Beziehung zu den Gruppenleiterinnen und -leitern, die immer zur Verfügung standen, sich kümmerten und ihnen das Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln konnten.

#### Limitationen

Es handelte sich um eine einfache Befragung ohne Pre-Post-Test und ohne Randomisierung und KG. Die Antworten wurden nicht statistisch, sondern nur inhaltlich analysiert.

#### Design-Güte und Evidenzklasse

Es handelte sich um eine einfache Befragung ohne experimentellen Charakter der Evidenzklasse IV mit einer schlechten Design-Güte (8 Punkte).

Tabelle 16. 4.3.12 Tuttle et al. (2000, USA) Evidenzklasse IV / Design-Güte: schlecht (8 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design / Auswertung	Ergebnisse
<u>Teen Club</u> - Programm für Mädchen von substanzbelasteten Eltern - Problembewältigung, Gesundheitserziehung, Sozialverhalten, Schulanbindung - gemeinsame Freizeitaktivitäten - Dauer: zwei Jahre	- Angebot über Jugendzentrum	- N=12 Mädchen - 12 – 17 Jahre - Elternteil mit substanzbezogener Störung - Hoch-Risiko-Teens	- Gruppeninterview - sechs Fragen zu Einschätzungen der Programminhalte und -effekte	- nach Beendigung des Teen-Club Durchführung eines geleiteten Gruppeninterviews - Zusammenfassung und Auswertung der Antworten	- hohe Akzeptanz gegenüber dem Programm - Wichtigkeit der engen Bindung zu den Gruppenleiterinnen und -leitern benannt - subjektiv vermindertes riskantes Verhalten
<b>Limitationen</b>					
Sehr kleine Stichprobe, kein experimenteller Charakter, einfache Befragung, keine Angaben zur Analyse, keine statistische Auswertung					

## Teil 2 Programme für Kinder und Eltern

### **4.2.13 Catalano et al. (1999, USA), Focus on Families (FOF)**

#### Programm: Methode und Aufbau

Dieses Programm richtete sich an Familien mit opiatabhängigen Eltern. Neben der Rückfall-Prävention stand die Stabilisierung bzw. die Verbesserung der Familienfunktionen im Vordergrund. Bestandteile des Curriculums waren Motivation, Diskussionen und praktische Übungen. Die Trainingseinheiten wurden von professionellen Sozialarbeiterinnen und -arbeitern geleitet. Das Programm bestand aus 53 Trainingsstunden, die in kleinen Gruppen von sechs bis zehn Familien durchgeführt wurden. Es begann mit einer fünfstündigen Sitzung für die Familie, gefolgt von 90-minütigen Sitzungen zwei Mal pro Woche über 16 Wochen. Die Kinder nahmen an zwölf Sitzungen teil. Zusätzlich begann bereits einen Monat vor dem eigentlichen Training ein häusliches Begleitprogramm. Für zwei Stunden und zwei Telefonate pro Woche unterstützten und begleiteten so genannte Case-Manager die Familien, benannten Ziele und halfen, Gelerntes umzusetzen. Die häusliche Intervention fand während des Programms und noch vier Monate danach, also insgesamt neun Monate statt.

#### Rekrutierung

Die teilnehmenden Familien wurden aus zwei Methadon-Kliniken in Seattle, USA rekrutiert.

#### Zielgruppe/Stichprobe

In das Programm wurden Familien aufgenommen, wenn sich mindestens ein Elternteil in einer der zwei teilnehmenden Methadon-Kliniken für mindestens 90 Tage in Behandlung befand und mindestens ein Kind zwischen drei und 14 Jahren mehr als 50% der Zeit in der Familie lebte. Der Wohnort musste im Umkreis von 25 Meilen (ca. 40 km) der Kliniken liegen. Ausgewählte Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten der randomisierten Zuteilung ins Programm plus der Standard-Methadon-Behandlung oder nur dem Standard-Programm zustimmen. 78% der ausgewählten Familien stiegen in das Programm ein. Die Stichprobe bestand aus N=130 Familien, davon wurden n=75 (n=82 Eltern, n=95 Kinder) der UG zugewiesen und n=55 (n=62 Eltern, n=82 Kinder) der KG. Das Alter der Kinder betrug M=10,4 Jahre. 75% der Eltern

waren Frauen, 77% weiß, 18% afro-amerikanisch, 5% anderer Herkunft, 80% lebten mit Partnern oder waren verheiratet. Einen Monat vor der Behandlung hatten 54% illegale Drogen konsumiert, 24% Marihuana, 38%, Opiate, 23% Kokain, 14% andere illegale Drogen. 28% der Kinder hatten bereits Zigaretten geraucht, 27% Alkohol konsumiert und 7% Marihuana geraucht.

### Instrumente

Gemessen wurde anhand von persönlichen Interviews. Den Eltern wurden neun Fragen zu Drogenkonsum, Familiensituation (Regeln, Rituale, Beziehungen, Konflikte) und dem Freundeskreis gestellt. Außerdem wurde das PSI (Problem Situation Inventory) zur Messung der Problembewältigung durchgeführt. Es handelte sich um ein Hörbeispiel mit Rollenspielcharakter. Das PSI ist auf Reliabilität geprüft und erkennt interventionsbezogene Änderungen. Die Re-Tests waren reliabel mit Korrelationen von 0,73 bis 0,91. Die Kinder wurden anhand von elf Fragen in den Bereichen Familie (Regeln, Beziehungen), Freundeskreis, Schule und Drogenkonsum befragt. Die Interviews wurden für drei Altersgruppen entwickelt (sechs bis acht Jahre, neun bis zehn Jahre, älter als elf Jahre). Die Eltern mussten sich stichprobenartig Urinkontrollen zum Nachweis von Drogenkonsum unterziehen.

### Design und Auswertung

Randomisiertes, kontrolliertes Design, die KG erhielt Betreuung von Seiten der Methadon-Klinik, die UG zusätzlich FOF. Für jede Teilnahme wurden \$3,00 gezahlt. Kinder über sechs Jahre und Eltern wurden zu Beginn des Programms, nach sechs und zwölf Monaten persönlich interviewt. Es wurden ANOVA und ANCOVA durchgeführt. Bei Familien mit mehr als einem teilnehmenden Elternteil wurde eine zweite Analyse mit den Durchschnittswerten beider Elternteile durchgeführt. Es handelte sich um eine Intent-to-treat-Analyse, Messungen wurden mit und ohne Berücksichtigung der Teilnahmefrequenz durchgeführt. Innerhalb der UG wurde das Alter der Kinder in Bezug auf jede Outcomevariable untersucht, um Effekte in den verschiedenen Altersgruppen zu bestimmen.

### Ergebnisse

In Hinblick auf die Fragestellung werden hier nur die Ergebnisse für die Kinder erläutert. Der Pre-Test zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Ergebnisse der ANCOVA für die Kinder ergaben kaum signifikante Effekte. Von elf

untersuchten Messungen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten war die einzige signifikante Veränderung das verbesserte Sozialverhalten in Bezug auf die Eltern nach sechs Monaten in der KG. Es gab keine signifikanten Effekte im Bereich Verhaltensauffälligkeiten oder negative Peer-Gruppe. Die jüngeren Kinder der UG berichteten von mehr Aktivitäten mit den Eltern verglichen mit der KG, während die älteren Kinder kaum Aktivitäten mit den Eltern angaben. Auch im Bereich Drogenkonsum und Delinquenz zeigten sich keine signifikanten Effekte, aber es gab bei fast allen Messungen eine leichte Überlegenheit der UG. Auch bei Herausnahme derjenigen, die keine oder wenige Sitzungen besucht hatten (25 – 50%) änderten sich die Ergebnisse nicht. Bemerkenswert an den Ergebnissen war, dass die Korrelation zwischen elterlichen und kindlichen Einschätzungen der Familiensituation eher niedrig war. Z.B. für die Regeln in der Familie war die Korrelation im Pre-Test 0,33, 0,22 nach sechs Monaten und 0,38 nach zwölf Monaten. Für die Berichte über die Familienbeziehungen lag die Korrelation um 0,2 zu allen drei Zeitpunkten, wobei die Einschätzungen der Eltern besser waren. Das Programm zeigte jedoch ausgeprägte positive signifikante Effekte für die Eltern der UG.

#### Limitationen

25% der ausgewählten Familien lehnten die Teilnahme ab, es ist unklar, wie sich diese von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unterschieden. Die Angaben zum Drogenkonsum der Kinder beruhten auf Selbstauskünften, die nicht überprüft wurden. Alle Familien stammten aus demselben Methadon-Behandlungs-Programm, die Übertragbarkeit auf andere Programme oder Eltern ohne begleitendes Programm ist fraglich. Langzeiteffekte (mehrere Jahre) auf Eltern und Kinder wurden nicht untersucht.

#### Design-Güte und Evidenzklasse

Diese Studie ist mit 27 Punkten sehr gut angelegt und der Evidenzklasse Ib zuzuordnen.

Tabelle 17. 4.2.13 Catalano et al. (1999, USA) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: sehr gut (27 Punkte)					
Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Focus on Families (FOF)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programm für Familien mit opiatabhängigen Eltern</li> <li>- Rückfall-Prävention, Stabilisierung und Verbesserung der Familienfunktionen</li> <li>- 32 Sitzungen (12 mit Kindern), zusätzlich häusliche Betreuung</li> <li>- Motivation, Diskussionen, praktische Übungen</li> <li>- Dauer: 16 Wochen Programm, 9 Monate häusliche Betreuung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die teilnehmenden Familien wurden aus zwei Methadon-Kliniken in Seattle rekrutiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern mussten mind. 90 Tage eine Methadon-Behandlung absolviert haben und mindestens ein Kind von 3 – 14 Jahren mindestens 50% der Zeit betreuen</li> <li>- N=130 Familien</li> </ul> <p>UG: n=82 Eltern n=95 Kinder n=75 Familien</p> <p>KG: n=62 Eltern n=82 Kinder n=55 Familien</p> <p>Kinder: M=10,4 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- persönliche Interviews für Eltern und Kinder</li> <li>- <u>Eltern:</u> Drogenkonsum, Familiensituation, Freundeskreis, PSI*</li> <li>- <u>Kinder:</u> Familiensituation, Freundeskreis, Schule und Drogenkonsum</li> <li>- Urinkontrollen auf Drogen bei den Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RCT</li> <li>- die KG erhielt Betreuung von Seiten der Methadon-Klinik, die UG zusätzlich FOF</li> <li>- für jede Teilnahme \$3,00</li> <li>- Kinder über 6 Jahre und Eltern wurden zu Beginn, nach 6 und 12 Monaten interviewt</li> <li>- jede Variable wurde bzgl. der Altersgruppe untersucht</li> <li>- es wurden ANOVA und ANCOVA durchgeführt</li> <li>- Messungen wurden mit und ohne Berücksichtigung der Teilnahmefrequenz durchgeführt</li> <li>- Intent-to-Treat- Analyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- es gab wenige Unterschiede zwischen UG und KG</li> <li>- ein signifikanter Anstieg des Sozialverhaltens in der <u>KG</u> nach sechs Monaten</li> <li>- die jüngeren Kinder der UG berichteten von mehr Aktivitäten mit den Eltern, verglichen mit der KG</li> <li>- es gab bei allen Messungen leichte Überlegenheit der UG, jedoch keine signifikanten Effekte</li> <li>- wenig Korrelation Eltern/Kinder</li> <li>- das Programm zeigte jedoch ausgeprägte signifikante Effekte bei den Eltern der UG</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
25% der primär rekrutierten Familien lehnten Teilnahme ab (dadurch selektives Kollektiv), Drogenkonsum der Kinder nur durch Selbsteinschätzung gemessen, alle Eltern nahmen an demselben Methadon-Programm in Seattle teil, Kompatibilität zu andere Programme fraglich					

\*PSI=Problem Situation Inventory

#### **4.2.14 Haggerty et al. (2008, USA), Focus on Families (FOF)**

##### Programm: Methode und Aufbau

s. 4.2.13

##### Rekrutierung

Die Kinder der Stichprobe aus 13. (*Catalano et al., 1999*) wurden ab 2005 nach 12 bis 15 Jahren durch Suchstrategien, wie Internetsuche oder persönliche Besuche, ausfindig gemacht. 98% der Originalstichprobe wurden aufgefunden.

##### Stichprobe/Zielgruppe

Es handelte sich um die Kinder-Stichprobe aus 4.2.13, wovon N=151 Personen (85,3%) in die Befragung aufgenommen wurden. Das Durchschnittsalter betrug M=22 Jahre. 29% waren im Highschool-Alter, 37% angehende Erwachsene (19 – 24 Jahre), 34% junge Erwachsene (25 – 29 Jahre). 45% waren weiblich.

##### Instrumente

Zur Messung von Störungen durch Substanzkonsum wurde das im DSM-IV benutzte „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI) angewendet. Es handelt sich um ein strukturiertes Interview, das von der WHO entwickelt und validiert wurde. In Studien erkannte das CIDI zwischen 82% und 98,7% der Patienten mit Substance Use Disorder (SUD). Das Interview wurde verbreitet zur Einschätzung des Grades von SUD verwendet. In acht Kategorien (Alkohol, Marihuana, Opiate, Sedativa, Amphetamine, Kokain, Halluzinogene und Inhalativa) wurde der Konsum erfragt und gegebenenfalls das Alter, in dem der Drogenkonsum begann, die sozialen Beziehungen zu beeinträchtigen.

##### Design und Auswertung

Randomisiertes, kontrolliertes Design. Nach zwölf Jahren wurden die ehemaligen Kinder aus der Studie 13 (*Catalano et al., 1999*) ausfindig gemacht und per CIDI interviewt. Die persönlichen Einzelinterviews wurden zu Hause oder an vereinbarten Orten durchgeführt, sie dauerten ca. 90 Minuten und es wurden \$60,- pro Interview vergütet. Die Daten wurden mit dem Cox-Modell ausgewertet, das heißt, es wurde das Risiko für jede Person, unter Berücksichtigung aller Einflussvariablen dieser Person, berechnet, über die Zeit eine SUD zu entwickeln. Eine Intent-to-treat-Analyse wurde durchgeführt, außerdem wurden das Alter zum Zeitpunkt der Intervention und das Geschlecht hinsichtlich der Effekte untersucht. Für die n=26 Personen, die nicht an der Langzeituntersuchung teilnahmen, wurden die Werte aus deren 2-Jahres-Follow-up zugrunde gelegt, unter der Annahme, dass sie zu diesem Zeitpunkt die Kriterien einer SUD nicht erfüllten. Eine zweite Analyse wurde ohne die n=26 fehlenden Personen

durchgeführt. Zusätzlich wurde eine zweite Analyse unter Herausnahme von Geschwistern untersucht.

### Ergebnisse

Verglichen mit Stichproben der allgemeinen Bevölkerung (19 – 28 Jahre, 2004), wies die Stichprobe einen höheren Drogenkonsum in der 30-Tage-Prävalenz auf (Marihuana: 40% versus 16%, Kokain: 7% versus 2%). Verglichen mit 18- bis 25-Jährigen der Allgemeinbevölkerung (2004) wies die Stichprobe einen doppelt so hohen illegalen Drogenkonsum im vorangegangenen Jahr auf, fast dreimal so hoch für Marihuana (17,2% versus 5,9%). Bei denjenigen ehemaligen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern, die zwischenzeitig eine SUD entwickelt hatten, lag das Durchschnittsalter für den Beginn bei 16,9 Jahren, erheblich jünger als nationale repräsentative Stichproben. Es lag ein signifikant größeres Risiko (zwei- bis dreifach) für Männer als für Frauen der Stichprobe vor, eine SUD zu entwickeln. Dabei gab es keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen. Auf 55% der Personen, die das Interview durchgeführt hatten, trafen die Kriterien für eine SUD zu einem Zeitpunkt ihres Lebens zu. Die häufigsten Substanzen waren Marihuana (42%) und Alkohol (42%), gefolgt von Kokain und Amphetaminen (13%). Die Raten für SUD waren für Männer höher als für Frauen. Es gab keine signifikanten Interaktionen zwischen Alter zum Zeitpunkt des Programms und Entwicklung einer SUD.

Insgesamt waren die Raten der Substanzmissbräuche und -abhängigkeiten in beiden Gruppen ähnlich, es gab keine signifikanten Unterschiede. Signifikante Unterschiede gab es nur bei männlichen Probanden. Bei den Männern der UG war die Gefahr einer SUD allgemein und speziell (Alkohol, Marihuana) signifikant reduziert gegenüber der KG (OR=0,53, p= 0,03). Bei den weiblichen Probanden gab es ein höheres Risiko für SUD in der UG, dies war nicht signifikant (OR=1,73, p=0,15). Nach Ausschluss von Geschwistern einer Familie (ein Kind blieb in der Familie, n=126 statt N=151) zeigten sich die gleichen Resultate ohne signifikante Effekte.

### Limitationen

Ethnische Unterschiede wurden nicht berücksichtigt, die Effekte wurden ausschließlich auf die Entwicklung einer SUD bezogen.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Wie in der Studie 13 ist die Design-Güte mit sehr gut zu bewerten, die Evidenzklasse Ib wurde zugewiesen.

Tabelle 18. 4.2.14 Haggerty et al. (2008, USA) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: sehr gut (27,5 Punkte)

Programm	Rekrutierung	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Focus on Families (FOF)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programm für Familien mit opiatabhängigen Eltern</li> <li>- Rückfall-Prävention, Stabilisierung und Verbesserung der Familienfunktionen</li> <li>- 32 Sitzungen (12 mit Kindern), zusätzlich häusliche Betreuung</li> <li>- Motivation, Diskussionen, praktische Übungen</li> <li>- Dauer: 16 Wochen Programm, neun Monate häusliche Betreuung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- die teilnehmenden Familien wurden aus zwei Methadon-Kliniken in Seattle rekrutiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern mussten mindestens 90 Tage eine Methadon-Behandlung absolviert haben und mindestens ein Kind zwischen 3 und 14 Jahren haben, mit dem sie mindestens zu 50% zusammen lebten.</li> <li>-N=130 Familien UG: n=82 Eltern n=95 Kinder n=75 Familien KG: n=62 Eltern n=82 Kinder n=55 Familien</li> <li>Kinder: M=10,4 Jahre</li> <li>nach 12 – 15 Jahren: Kinder: N=151(85%) Alter: M=22 Jahre 45%=weiblich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Feststellung einer SUD* wurde das „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI) benutzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RCT</li> <li>- die KG erhielt Betreuung von Seiten der Methadon-Klinik, die UG zusätzlich FOF</li> <li>- für jede Teilnahme \$3,00</li> <li>- Nach 12 Jahren wurde die ehemalige Stichprobe befragt. Es wurde ein Cox-Model zur Einschätzung der erwarteten Gefährdung einer SUD* in einem bestimmten Alter benutzt. \$60,- pro Interview.</li> <li>- Intent-to-treat-Analyse</li> <li>- Effekte wurden hinsichtlich Alter bei Studienbeginn und Geschlecht untersucht</li> </ul>	<p><u>Kindergeneration nach 12 bis 15 Jahren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insgesamt höherer Drogenkonsum der Stichprobe gegenüber der Allgemeinbevölkerung</li> <li>- bei Entwicklung einer SUD* geringeres Durchschnittsalter in der Stichprobe</li> <li>- das Risiko für SUD lag bei Männern der Stichprobe höher als bei Frauen</li> <li>- 55% erfüllten Kriterien einer SUD im CIDI-Interview</li> <li>- Abhängigkeiten und Missbräuche in beiden Gruppen ähnlich UG/KG</li> <li>- signifikante Reduktion der Gefahr von SUD* für Männer in UG gegenüber KG</li> <li>- Frauen: höheres Risiko in der UG für SUD* (n. s.)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>					
Kleine Stichprobe, potentielle ethnische Unterschiede wurden nicht berücksichtigt, die Effekte wurden ausschließlich auf die Entwicklung einer SUD bezogen					

\*SUD=Substance Use Disorder

#### **4.2.15 Beardslee et al. (1997/2007, USA), Clinician-Facilitated Intervention (CFI)**

##### Programm: Methode und Aufbau

Das Programm richtete sich an Familien mit Eltern mit affektiven Störungen und es wurde in sechs bis zehn Sitzungen ( $M=7,1$ ,  $SD 1,3$ ) durchgeführt. Es handelte sich um ein kombiniertes Programm mit getrennten Sitzungen für Eltern und Kinder sowie gemeinsamen Sitzungen. Eine Sitzung wurde zur Auffrischung nach sechs Monaten für die Eltern und bei Bedarf auch für die Kinder durchgeführt. Das Programm wurde nach einem Manual von lizenzierten Sozialarbeiterinnen und -arbeitern oder Psychologinnen und Psychologen, die eine Schulung zur Durchführung des Programms absolviert hatten, geleitet. Ziele des Programms waren ein besseres Verständnis der elterlichen Störungen, Verbesserung der Kommunikation und die Verbesserung des Verhaltens und der Einstellung der Kinder.

##### Rekrutierung

Die Familien wurden über die „Health Maintenance Organisation“ (HMO) in Boston rekrutiert.

##### Zielgruppe/Stichprobe

Zielgruppe waren Familien mit einem oder zwei Elternteilen, die Mitglied der HMO waren und mindestens ein Kind im Alter von 8 – 15 Jahren hatten, das noch nie bezüglich einer affektiven Störung behandelt wurde. Voraussetzung war eine Episode einer affektiven Störung innerhalb der vorangegangenen 18 Monate bei einem Elternteil. Ausgeschlossen wurden Eltern, die Substanzmissbrauch betrieben, eine Schizophrenie oder kürzlich eine Ehe- oder Lebenskrise hatten. Familien, die an Ehe- oder Familientherapien häufiger als ein Mal im Monat teilnahmen, wurden ebenso ausgeschlossen. Es wurden 36 Familien eingeschlossen, 18 in der UG und 18 in der KG, jeweils vier Familien hatten alleinerziehende Elternteile. Die Stichprobe der Kinder bestand aus  $N=52$  mit  $n=28$  in der UG und  $n=24$  in der KG. Das Alter betrug  $M=11,5$  Jahre ( $SD 2,03$ ), 38,5% waren weiblich. Die identifizierten Elternteile (77,8% Mütter) wiesen durchschnittlich 2,1 Episoden affektiver Erkrankungen mit einer Dauer von  $M=124,4$  Wochen in den fünf vorausgegangenen Jahren auf und 30,6% waren stationär behandelt worden. Es handelte sich um weiße Familien der Mittelklasse aus Boston, USA. In einer zweiten Studie wurde die Stichprobe auf  $N=138$  Kinder erhöht.

## Instrumente

Zu Beginn wurden Angaben zur Familienstruktur und der psychosoziale Hintergrund erfragt. Zur Beurteilung der Psychopathologie der Kinder wurde der „Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Epidemiologic Version Revised“ (K-SADS-E-R) und die verkürzte Form (K-SLICE) (*Puig-Antich et al., 1980*) eingesetzt. Als diagnostische Grundlage dienten die „Research Diagnostic Criteria“ (RDC) und das DSM-III-R-System. Es wurden Informationen der Mütter und Kinder kombiniert, um die Diagnose für jedes Kind zu erhalten. Zur Diagnostik von Depressionen beantworteten die Kinder den „Children’s Depression Inventory“ (CDI), 27 Fragen zu Depressionssymptomen. Zur Einschätzung des Verhaltens der Kinder wurde die „Children’s Global Assessment Scale“ (CGAS) (*Shaffer et al., 1983*) benutzt. Die Probleme der Kinder aus Sicht der Mütter wurden anhand der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) erfragt und die Kinder schätzten das eigene Verhalten mit dem „Youth Self-Report“ (YSR), (beide: *Achenbach und Edelbrock, 1983, 1987*) ein. Das Bewusstsein der Kinder über die psychische Erkrankung der Eltern und die Effekte des Programms wurden bei den Kindern mit dem „Semistructured Child Interview“ (SCI) erfasst, eine Kombination aus Fragen in offenem Antwortformat und Likert-Skalen, die das Verhalten, Gefühle, Wissen und Erfahrungen bezüglich der Störung der Eltern, Coping-Strategien und die Wahrnehmungen von Veränderung vor dem Hintergrund der Programmteilnahme erfragten. Die Programmeffekte wurden in folgenden Bereichen anhand von Likert-Skalen erörtert: Kommunikation mit den Eltern, Beziehung zu den Eltern, Krankheitsverständnis und Programmmzufriedenheit. Kinder, die Gespräche mit den Eltern über deren Störung berichteten, wurden zusätzlich nach Häufigkeit und Nützlichkeit der Gespräche befragt. Nach den Interviews beurteilten die Interviewerinnen und Interviewer die Programmeffekte aus ihrer Sicht und errechneten einen Wert für den Nutzen des Programms in Hinblick auf die einzelnen Kinder und den Gesamtnutzen. Zwei weitere unabhängige Experten überprüften diese Werte im Anschluss an 20 zufällig ausgewählten Interviews. Die Reliabilität hierfür war exzellent bis gut mit Werten von 0,80 bis 0,93 in den einzelnen Bereichen. Parallel dazu wurden die Eltern mit dem „Semistructured Interview about the Intervention“ (SII) befragt. Drei Bereiche wurden abgedeckt: Effekte elterlicher Störungen auf die Familie, Effekte des Programms auf die Familienfunktionen und der Grad des Nutzens der Intervention für die Eltern. Auch hier beurteilten die Interviewerinnen und Interviewer die Veränderungen des Verhaltens der Eltern anhand des SII aus ihrer Sicht. Danach überprüften zwei unabhängige Beurteilerinnen oder

Beurteiler 20 zufällig ausgewählte Interviews. Die Reliabilität war exzellent und lag zwischen 0,92 und 0,94 in den einzelnen Kategorien. Des Weiteren berichteten die Kinder über die Familienfunktionen über das „Family Relationship Inventory“ (FRI), welches aus drei Beziehungs-Unterskalen bestand (*Holahan und Moos, 1981*). Kindern unter elf Jahren wurden die Fragen vorgelesen. Der Selbstwert der Kinder wurde durch das „Self-Perception Profile for Children“ (SPPC) (*Harter, 1985*) eingeschätzt. Weitere Instrumente für die Eltern waren der „Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version“ (SADS-L) (*Endicott und Spitzer, 1978*) zur Bestimmung der elterlichen Diagnosen und die „Global Assessment Scale“ (GAS) (*Endicott et al., 1976*) zur Einschätzung des globalen Funktionsniveaus der Eltern.

### Design und Auswertung

Es handelte sich um ein randomisiertes, kontrolliertes Design, wobei die Eltern der KG zwei einstündige Sitzungen in Form von Vorlesungen erhielten, bei denen es die Möglichkeit für Fragen und Diskussionen zum Thema gab. Die Kinder der KG erhielten keine Intervention. Außerdem hatte die KG die Möglichkeit, jederzeit Kontakt zu den Projektleiterinnen und -leitern aufzunehmen. Es gab zwei Messzeitpunkte, den Pre-Test und ein Follow-up nach 18 Monaten. Die Interviews (SCI, SII) mit Kindern und Eltern wurden nur zum Follow-up durchgeführt

Zuerst wurde eine deskriptive statistische Analyse durchgeführt. Danach wurden die beiden Gruppen zu den diagnostischen Variablen für Eltern und Kinder und den Selbsteinschätzungen der Kinder (CBCL, YSR, FRI, CDI, CGAS) verglichen, um zu überprüfen, ob die Randomisierung erfolgreich war. Die Vergleiche wurden mit t-Tests und Chi-Quadrat-Tests sowie ANOVAs zur Identifikation von Gruppenunterschieden durchgeführt. Die Gruppe der Kinder wurde am Median des Alters in zwei Altersgruppen eingeteilt. Messwiederholungs-ANCOVAs wurden zur Untersuchung der Haupteffekte auf Alter, Geschlecht und Gruppenzugehörigkeit durchgeführt. Da einige Familien mehrere Kinder hatten, die am Programm teilnahmen, wurden signifikante Ergebnisse mit einer ANCOVA reanalysiert, die die Anzahl der Kinder je Familie berücksichtigte.

In einer folgenden zweiten Studie wurden vier Follow-ups alle neun bis zwölf Monate durchgeführt, so dass das längste Follow-up 4,5 Jahre betrug.

## Ergebnisse

Als Eingangsdiaagnosen der Kinder ergaben sich bei vier Kindern eine zurückliegende schweren Depression, ein Kind wurde mit einer dreijährigen Episode einer Dysthymie diagnostiziert, bei acht Kindern wurde eine zurückliegende (seit dem siebten Lebensjahr) leichte Depression festgestellt, 17 Kinder hatten schon unter einer Angststörung gelitten und neun Kinder hatten Episoden von „Oppositional Defiant Disorder“ (ODD) gezeigt. Insgesamt hatten 28,8% der Kinder in den 18 Monaten vor Teilnahme am Programm Psychotherapie in Anspruch genommen. Es konnten keine signifikanten Unterschiede der unabhängigen Variablen in den Gruppen festgestellt werden. Zwischen den beiden Messzeitpunkten entwickelten zwei Kinder eine schwere Depression, die Kinder stammten aus beiden Gruppen. Ein weiteres Kind der KG entwickelte eine Dysthymie, auf vier weitere Kinder der KG und ein Kind der UG trafen die Kriterien einer leichten Depression von mehr als acht Wochen Dauer zu (M=28,1 Wochen, SD=10,4 Wochen).

Die Kinder der UG zeigten signifikant höhere Werte im funktionalen Bereich während des Programms (79,8 vs. 70,9,  $F(1,50)=7,1$ ,  $p<0,01$ ) und zum Follow-up (82,2 vs. 76,9,  $F(1,50)=10,7$ ,  $p<0,01$ ). Dieser Unterschied blieb auch bestehen, als drei Kinder der KG mit Aufmerksamkeitsstörungen unberücksichtigt blieben. Die Kinder der UG waren signifikant häufiger der Gruppe mit hohen Werten ( $>70$ ) zuzuordnen, während die Kinder der KG signifikant gehäuft der Gruppe mit niedrigeren Werten ( $<60$ ) zuzuordnen waren. Es gab keinerlei signifikante Unterschiede in allen Selbsteinschätzungen (CBCL, YSR, FRI, CDI). Die Kinder der UG hatten ein signifikant besseres Verständnis der elterlichen Störung ( $F(1,40)=4,51$ ,  $p<0,05$ ). Die Kinder der KG äußerten mehr Spaß an der Studie als die Kinder der UG ( $F(1,46)=4,97$ ,  $p<0,05$ ). Am wenigsten Spaß hatten die kleineren Kinder in der UG. Es gab keine Unterschiede in der Anzahl und dem Nutzen von Gesprächen mit den Eltern über deren Störung. Bei der Fremdeinschätzung durch die Untersucherinnen und Untersucher zeigte die UG ebenfalls ein signifikant besseres Verständnis der affektiven Störung der Eltern (M=2,8 vs. M=1,6,  $F(1,48)=11,62$ ,  $p<0,001$ ), eine signifikant verbesserte Kommunikation (M=2,5 vs. M=2,0,  $F(1,49)=3,91$ ,  $p<0,05$ ) und eine signifikant höhere Gesamtanzahl an Verbesserungen (M=7,1 vs. M=5,0,  $F(1,49)=13,32$ ,  $p<0,01$ ) und an Nutzen ( $F(1,50)=3,94$ ,  $p<0,001$ ). Keine signifikanten Unterschiede waren bei der Betrachtung der Familienbeziehungen in den Gruppen zu verzeichnen. Ältere Kinder beider Gruppen zeigten größere Veränderungen insgesamt ( $F(1,49)=4,88$ ,  $p<0,05$ ) und bezüglich des Krankheitsverständnisses ( $F(1,48)=4,41$ ,

$p < 0,05$ ) als die jüngeren. Die Effekte bei den Eltern waren durchgehend in der UG signifikant größer. Beide Elterngruppen berichteten weniger Ärger bezogen auf die Kinder. Die Eltern der UG empfanden ihre Kommunikation mit den Kindern stärker verbessert ( $t = -4,5$ ,  $p < 0,001$ ) als die Eltern der KG. Generell ließ sich sagen, dass die Effekte bei den Eltern in allen Bereichen positiv mit den Effekten bei den Kindern korreliert waren.

Eine zweite Studie (*Beardslee et al., 2007*) zeigte nach 4,5 Jahren starke positive Effekte (0,84) im kindbezogenen Verhalten der Eltern in der UG. Mittlere Effekte (0,33) zeigte die UG im Krankheitsverständnis gegenüber der KG. Ältere Kinder erhielten höhere Werte als jüngere Kinder, jedoch ohne statistische Signifikanz zu erreichen. Auch im Langzeitvergleich korrelierten die Veränderungen im Verhalten der Eltern positiv mit dem Krankheitsverständnis der Kinder. Auf alle Kinder traf zu, dass sich die Werte für internalisierte Symptomatik mit mittlerer ES (0,32) verbesserten. Dabei gab es keine Gruppen-, sondern Geschlechterunterschiede. Die Mädchen waren mit mittlerer ES (0,37) überlegen. Die Familienfunktionen aus Sicht der Eltern verbesserten sich mit leichter ES (0,20) in beiden Gruppen gleichermaßen. Auch aus Sicht der Kinder verbesserten sich die Familienfunktionen mit mittleren ES (0,5) ohne Gruppenunterschiede.

#### Limitationen

Es handelte sich ausschließlich um weiße Mittelschichtbürger und eine relativ kleine Stichprobe in der ersten Studie. Die Eltern der KG erhielten ebenfalls eine Intervention.

#### Design-Güte und Evidenzklasse

Es handelte sich um die Evidenzklasse Ib mit sehr guter Design-Güte (26,5/29 Punkte).

Tabelle 19. 3.2.15 Beardslee et al. (USA, 1997/2007) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: sehr gut (26,5/29 Punkte)

Programm	Rekrutierung	Zielgruppe/ Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Clinician-Facilitated Intervention</u></p> <p>- Programm für Familien mit Eltern mit affektiver Störung</p> <p>- sechs bis zehn Sitzungen</p> <p>- getrennte und gemeinsame Sitzungen</p>	<p>- die Familien wurden über die „Health Maintenance Organization“ (HMO) in Boston rekrutiert</p>	<p>- Familien mit mindestens einem Elternteil mit einer affektiven Störung innerhalb der vorangegangenen 18 Monate und einem Kind zwischen 8 und 15 Jahren</p> <p>- N=54 Kinder aus 36 Familien UG: n=28 KG: n=24</p> <p>M=11,5 Jahre, 38,5% weiblich</p> <p>- 77,8% Mütter</p> <p>-zweite Studie mit N=138</p>	<p>-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS-E-R)</p> <p>- Childrens Depression Inventory (CDI)</p> <p>- (Childrens) Global Assessment Scale (CGAS, GAS)</p> <p>- Child Behavior Checklist (CBCL)</p> <p>-Youth Self-Report (YSR)</p> <p>- Semistructured Child Interview (SCI)</p> <p>- Semistructured Interview about the Intervention (SII) für Eltern</p> <p>- Family Relationship Inventory (FRI)</p> <p>- Self-Perseption Profile for Children (SPPC)</p> <p>- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime version (SADS-L)</p>	<p>- RCT, Eltern der KG erhielten zweistündiges Seminar</p> <p>- zwei Messzeitpunkte: Pre-Test und Follow-up nach 18 Monaten</p> <p>- nach 4,5 Jahren erneute Studie mit erweiterter Stichprobe</p> <p>- deskriptive statistische Analyse</p> <p>- ANOVAs</p> <p>- ANCOVAs</p> <p>- Berücksichtigung der Anzahl der Kinder je Familie mit linearem Modell</p> <p>- Effektstärken</p>	<p>- <u>signifikante Effekte der UG:</u></p> <p>-höhere funktionale Fähigkeiten</p> <p>- besseres Krankheitsverständnis</p> <p>- verbesserte Kommunikation</p> <p>- keine Unterschiede in den Gruppen bei der Selbstbeurteilung der Kinder</p> <p>- stärkere Verbesserungen bei älteren Kindern in beiden Gruppen</p> <p>- mehr Spaß am Projekt in der KG</p> <p>- keine Unterschiede in den Familienbeziehungen in den Gruppen</p> <p>- Effekte der Eltern und Kinder positiv korreliert</p>
<b>Limitationen</b>					
Ausschließlich weiße Mittelschichtbürger, kleine Stichprobe, Eltern der KG erhielten ebenfalls kurze Intervention					

#### **4.2.16 Maguin et al. (2003, USA), The Strengthening Families Program (SFP)**

##### Programm: Methode und Aufbau

Es handelte sich um die ursprüngliche Variante des SFP, das ab 1982 zur selektiven Prävention gemeinsam von *Prof. Karol Kumpfer und John DeMarsh (1983)* entwickelt und validiert wurde. Es sollte nicht mit der hiervon eigenständigen Version SFP 10 – 14, seine Adaptation in Iowa (*Spoth et al., 2001*), einem universellen Programm, das nicht ausschließlich Substanzkonsum adressiert und derzeit vielleicht als das effektivste Präventionsprogramm gilt (*Foxcroft et al., 2003*), verwechselt werden. Ein verhaltens-orientiertes, 14-wöchiges Programm mit dem Ziel, die Familienbeziehungen zu verbessern, die Kinder zu stärken und die Eltern in ihrer Rolle und der Alltagsbewältigung zu unterstützen. Die Inhalte wurden anhand von Präsentationen, Diskussionen, vielen praktischen Übungen, wie Rollenspielen, Kommunikationstraining und Hausaufgaben vermittelt. Die Gruppen wurden von erfahrenen Gruppenleiterinnen und -leitern, die speziell für die Durchführung des Programms geschult wurden, geleitet.

Die Sitzungen fanden einmal pro Woche für zwei bis drei Stunden statt und hatten eine einheitliche Struktur. Nach einem gemeinsamen Essen wurden Kinder und Eltern in Gruppen von 8 – 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern getrennt voneinander in das jeweilige Thema eingeführt. In der zweiten Stunde setzten die Familien das Erlernte gemeinsam praktisch um.

Die Inhalte der 14 Einheiten lassen sich zusammenfassen:

1. Einführung/Gruppenbildung
2. Stressbewältigung
3. Belohnungen
4. Ziele benennen
5. Formen der Aufmerksamkeit
- 6./7. Kommunikation
8. Drogen in der Familie
9. Problemlösungen
- 10.-13. Vertiefung von Bewältigungsstrategien (Kritik, Ärger, Gefühle)
14. Abschluss

##### Zielgruppe/Stichprobe

Für diese Studie wurden Familien rekrutiert, in denen mindestens ein Elternteil ein diagnostiziertes Alkoholproblem hatte und mindestens ein Kind zwischen neun und zwölf Jahren lebte. Die Stichprobe bestand aus N=280 Familien aus dem Raum

Buffalo und Süd-Ontario, USA. Die Stichprobe wurde zufällig auf das Programm (n=147 Familien) oder eine Gruppe mit minimalem Kontakt (n=133 Familien) verteilt. Von den Eltern waren 87% weiblich, 59% weiß, 40% in Partnerschaften, 38% getrennt, geschieden oder verwitwet. 40% waren nicht beschäftigt, 38% arbeiteten mehr als 20 Stunden pro Woche. Die teilnehmenden Kinder (44% weiblich) hatten ein Durchschnittsalter von M=11,0 Jahren.

### Instrumente

Eltern und Kinder wurden nach Verhalten und „Oppositional Defiant Disorders“ (ODD) der Kinder in Form von standardisierten Skalen befragt.

### Design und Auswertung

Randomisiertes, kontrolliertes Studien-Design. Die Studie untersuchte die Effekte des Programms auf externalisierendes Verhalten der Kinder, welches als Risiko-Faktor für frühen Alkoholkonsum angesehen wurde. Die Eltern und Kinder wurden im Pre-Post-Test-Design befragt. Anhand einer Intent-to-treat-Analyse wurden die Pre-Post-Test-Ergebnisse gegenübergestellt und einer Messwiederholungs-ANOVA unterzogen.

### Ergebnisse

Es gab keine Unterschiede der abhängigen Variablen und der demographischen Daten im Pre-Test der beiden Gruppen. Signifikante Wechselwirkungen zeigten nur die Elternfragebögen im Pre-Post-Test für den Bereich ODD, die UG verbesserte sich dort gegenüber der KG (EG=0,19, p=0,029).

### Limitationen

Diese Studie enthielt keine Angaben zur Rekrutierung. Es wurde nur der Effekt des Programms auf das externalisierende Verhalten gemessen, sodass die Studie keine umfassende Evaluation des Programms bot. Es gab keine genauen Angaben zu den Messinstrumenten. Die gezogene Schlussfolgerung der Verbesserung der Verhaltensauffälligkeiten basierte nur auf der Einschätzung der Eltern. Es gab zudem keine Langzeituntersuchung.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Trotz der eingeschränkten Evaluation des Programms ist die Studie gut (23,5 Punkte) angelegt und der Evidenzklasse Ib zuzuordnen.

Tabelle 20. 4.2.16 Maguin et al. (2003, USA) Evidenzklasse Ib / Design-Güte: gut ( 23,5 Punkte )				
Programm	Stichprobe	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Strengthening Families Program (SFP)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ursprüngliche Version des Familienprogramms (Utah-Variante)</li> <li>- verhaltensorientiert, Stärkung der einzelnen Familienmitglieder sowie der Familienfunktionen</li> <li>- getrennte sowie gemeinsame Sitzungen</li> <li>- Dauer:14 Wochen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familien mit diagnostiziertem Alkoholproblem eines Elternteils und mindestens einem Kind zwischen neun und zwölf Jahren</li> <li>- N=280 Familien (UG: n=147 Familien KG: n=133 Familien)</li> <li>- Kinder: M=11,0 Jahre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern sowie Kinder wurden nach standardisierten Skalen zum Verhalten und zu ODD*-Symptomen befragt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RCT</li> <li>- die KG wurde minimal kontaktiert, während die SFP-Gruppe das Programm absolvierte. Die abhängigen Variablen waren Berichte von Eltern und Kinder bzgl. externalisierenden Verhaltensstörungen der Kinder</li> <li>- anhand einer Intent-to-treat-Analyse wurden die Pre-Post-Ergebnisse gegenübergestellt und der ANOVA unterzogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ein signifikanter Rückgang der Symptome von Verhaltensstörungen der Kinder in der UG anhand der Elternbefragung mit kleiner Effektstärke (ES=0.19, p=0.029)</li> </ul>
<b>Limitationen</b>				
Keine Angaben zur Rekrutierung und zur Durchführung der Befragung, nur ein Kriterium im Ergebnis berücksichtigt, keine Langzeituntersuchung, keine Angaben zu Therapeuten, Ergebnis beruhte allein auf Elterneinschätzung				

\*ODD= Oppositional Defiant Disorder

#### **4.2.17 Orte et al. (2008, Spanien), Family Competence Programme (FCP)**

##### Programm: Methode und Aufbau

s. 4.2.16

Das FCP ist eine Adaptation des Strengthening Families Programm (*Kumpfer, 1989*), das in Hinblick auf kulturelle und soziale Unterschiede auf den Balearen (Spanien) angepasst wurde.

##### Rekrutierung

Für diese Studie wurden von 2005 – 2006 Familien über das spanische „Proyecto Hombre“, eine Organisation zur pädagogischen und therapeutischen Behandlung und zur Prävention von Drogenkonsum, rekrutiert.

##### Zielgruppe/Stichprobe

Das Programm richtete sich an Familien mit suchtblasteten Eltern. Die Stichprobe bestand initial aus N=34 Familien, n=62 Erwachsenen (M=39 Jahre) und n=38 Kinder (M=10,6 Jahre). Die Familien lebten in Palma de Mallorca, Sevilla, Cordoba, Alicante und Barcelona und waren länger als ein Jahr Teilnehmerinnen und Teilnehmer des „Proyecto Hombre“. In die UG wurden nur Bewohner Palmas aufgenommen. Alle betroffenen Elternteile wiesen entweder eine Cannabis- oder eine Kokainsuchtproblematik auf. Familien wurden für die Studie ausgewählt, wenn

- ein Elternteil eine diagnostizierte Substanzabhängigkeit aufwies
- die Betroffenen in Behandlung von „Proyecto Hombre“ waren
- die Betroffenen mindestens ein Kind im Alter von sechs bis 14 Jahren betreuten
- die Bereitschaft zur Teilnahme bestand
- die Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Eltern/Kinder) keine massiven behandlungsbedürftigen Störungen aufwiesen (massiver Drogenkonsum, massive Verhaltens- oder Aufmerksamkeitsstörung).

Die Familien wurden entweder der UG (n=18 Familien, n=32 Eltern, n=22 Kinder) oder der KG zugewiesen (n=16 Familien, n=30 Eltern, n=16 Kinder). Bis zum Post-Test hatten vier Eltern und drei Kinder aus drei Familien das Programm verlassen. Sie stammten alle aus der UG.

### Instrumente

Zur Messung der Programm-Effektivität wurden etablierte Skalen, deren Validität und Reliabilität geprüft waren, eingesetzt. Die Eltern wurden über die „Program Evaluation Battery“, ein Inventar zur Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung, über „Behavioral Assessment System for Children“ (BASC) (*Reynolds und Kamphaus, 2004*), ein Inventar (4-Punkte-Likert-Skala) mit sieben Unterskalen zu Hyperaktivität, Ängsten, Aggressionen, Depression, Verhaltensstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen und über die „Escale de Satisfaccion Familiar“ (ESFA) (*Barraca und López-Yarta, 2003*), eine Skala zur individuellen Zufriedenheit mit dem Familienklima, befragt. Für jede Antwort wurden Punkte vergeben, sodass ein persönlicher Zufriedenheitswert errechnet werden konnte. Zusätzlich wurden die Eltern im Post-Test zur Programm-zufriedenheit und zum Wissenszugewinn befragt.

Die Kinder evaluierten ebenfalls über eine „Evaluation battery“ über die Eltern-Kind-Beziehung und über BASC jeweils im Pre-Post-Test-Verfahren.

Außerdem wurden die Lehrerinnen und Lehrer der Kinder per BASC befragt.

### Design und Auswertung

Es handelte sich um ein quasi-experimentelles Design, die rekrutierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zwei UG oder zwei KG zugeteilt. Dabei gab es keine Randomisierung, für die UG wurden wegen der Praktikabilität ausschließlich Familien aus Palma ausgewählt. Es wurden zwei Durchgänge im Abstand von fünf Monaten durchgeführt, jeweils mit einer UG und einer KG. UG sowie die KG blieben weiterhin im „Proyecto Hombre“ und wurden jeweils zum selben Zeitpunkt im Pre-Post-Test-Design befragt.

Für die Auswertung wurden die beiden UG und die KG jedoch zusammengefasst. Die erhaltenen Daten wurden über ANOVAs und t-Tests ausgewertet und Effektstärken berechnet (Cohens d). Auch die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Teilnahme wurde ausgewertet.

### Ergebnisse

Auffällig war eine sehr hohe Anwesenheit von über 80% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Kinder und Eltern) über alle 14 Termine. Bedeutend war, dass es keinen Abfall der Teilnehmerzahlen zum Ende des Programms gab.

Auf Basis der Fragebogendaten der Kinder wurde eine allgemeine Verbesserung in den familiären Beziehungen festgestellt.

Signifikante Effekte gab es beim Engagement für die Familie allgemein ( $F=4.092$ ,  $p=0,003$ ), ( $t=-3,937$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=0,771$ ), in der Kommunikation über Gefühle zwischen Eltern und Kindern ( $F=3,997$ ,  $p=0,008$ ), ( $t=-3,789$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=0,665$ ) und etwas geringer im Bereich klarer Regeln bezüglich Alkohol- und Drogenkonsum ( $F=2,978$ ,  $p=0,056$ ), ( $t=-2,077$ ,  $p=0,042$ ), ( $d=0,445$ ).

Der Selbstwert ( $F=5,001$ ,  $p=0,002$ ), ( $t=-2,405$ ,  $p=0,021$ ), ( $d=0,501$ ) und das Verhalten der Kinder in der Schule (BASC-Lehrer) verbesserten sich, Hyperaktivität, Schüchternheit, Hilflosigkeit ( $F=4,022$ ,  $p=0,040$ ), ( $t=1,875$ ,  $p=0,05$ ), ( $d=0,456$ ), Depressionen und Isolation traten seltener als in der KG auf. Das Aufmerksamkeitsvermögen stieg signifikant an ( $F=6,667$ ,  $p=0,000$ ), ( $t=-4,742$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=1,001$ ), genauso wie die Fähigkeit der Kinder, Ablenkungen zu vermindern ( $F=3,72$ ,  $p=0,014$ ), ( $t=2,830$ ,  $p=0,006$ ), ( $d=0,811$ ). Weitere signifikante Veränderungen traten im Bereich der Lernfähigkeit aus Sicht der Lehrerinnen und Lehrer ( $F=3,559$ ,  $p=0,014$ ), ( $t=-1,998$ ,  $p=0,050$ ), ( $d=0,501$ ) und aus Sicht der Eltern auf ( $F=3,455$ ,  $p=0,011$ ), ( $t=-2,063$ ,  $p=0,050$ ), ( $d=0,544$ ), obwohl die UG schon zu Beginn des Programms über gute Fähigkeiten verfügte.

Aggressivität ging sowohl im Bereich der empfundenen aggressiven Gefühle ( $F=3,178$ ,  $p=0,023$ ), ( $t=3,928$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=0,722$ ), als auch im Bereich aggressiven Verhaltens signifikant zurück, wobei der Effekt hier weniger stark war, da die Kinder schon zu Beginn wenig aggressives Verhalten zeigten. Signifikant aus Sicht der Kinder gingen Streitigkeiten mit den Eltern ( $F=4,037$ ,  $p=0,009$ ), ( $t=3,114$ ,  $p=0,004$ ), ( $d=0,7288$ ), impulsives eigenes Verhalten ( $F=5,893$ ,  $p=0,001$ ), ( $t=3,379$ ,  $p=0,002$ ), ( $d=0,655$ ), Anlügen von Eltern und Lehrerinnen und Lehrern ( $F=10,551$ ,  $p=0,000$ ), ( $t=3,699$ ,  $p=0,001$ ), ( $d=0,884$ ) und Zerstörungen von Gegenständen ( $F=3,668$ ,  $p=0,017$ ), ( $t=3,374$ ,  $p=0,002$ ), ( $d=0,701$ ) zurück. Das verringerte depressive Verhalten zeigte sich in weniger häufigem Weinen zu Hause ( $F=6,449$ ,  $p=0,000$ ), ( $t=6,635$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=1,009$ ) und weniger Schlafproblemen ( $F=5,111$ ,  $p=0,002$ ), ( $t=-2,405$ ,  $p=0,021$ ), ( $d=0,499$ ), welche in der UG praktisch nicht mehr vorkamen.

Auch das Kommunikationsverhalten der Kinder und die Bewältigungsstrategien wurden untersucht. Bei den meisten Kindern verbesserte sich das Sozialverhalten aus Sicht der Eltern im Vergleich zum Pre-Test ( $F=3,993$ ,  $p=0,002$ ), ( $t=-2,936$ ,  $p=0,006$ ), ( $d=0,844$ ). Weitere starke Veränderungen gaben die Kinder in der Fähigkeit Freunde kennen zu lernen ( $F=4,522$ ,  $p=0,022$ ), ( $t=-4,984$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=0,878$ ), Probleme zu lösen ( $F=4,992$ ,  $p=0,004$ ), ( $t=-4,907$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=0,733$ ), freundlich Kritik zu üben ( $F=5,980$ ,  $p=0,001$ ), ( $t=-4,166$ ;  $p=0,000$ ), ( $d=0,833$ ), mit Erwachsenen zu sprechen

( $F=4,566$ ;  $p=0,014$ ), ( $t=3,803$ ;  $p=0,001$ ), ( $d=0,550$ ), die eigene Meinung zu vertreten ( $F=3,396$ ;  $p=0,017$ ), ( $t=-2,120$ ;  $p=0,041$ ), ( $d=0,622$ ) und die Gefühle anderer Menschen zu verstehen ( $F=7,553$ ,  $p=0,000$ ), ( $t=-5,467$ ,  $p=0,000$ ), ( $d=1,193$ ) an. Bei allen genannten Effekten lagen die Effektstärken im mittleren und mit  $d$  größer als 0,80 häufig auch im großen Bereich.

### Limitationen

Die Studie wies eine recht kleine Stichprobe auf, wodurch sie eventuell nicht repräsentativ war. Die Stichprobe war nicht randomisiert und bezog nur Kinder von Eltern, die Kokain- oder Cannabisabhängigkeit aufwiesen und einer bestimmten Behandlungseinrichtung zuzuordnen waren, ein, sodass keine Erkenntnis vorlag, ob die Ergebnisse auf andere suchtblastete Familien übertragbar sind. Alle Ergebnisse basierten zum größten Teil auf Selbstauskünften und -einschätzungen der Kinder und Eltern. So könnten die Antworten einer gewissen sozialen Erwünschtheit unterliegen haben. In der Studie wurden nur Verbesserungen benannt, es wurde nicht klar, in welchen Bereichen keine Veränderungen oder Verschlechterungen auftraten. Es gab keine Berücksichtigung der ausgeschiedenen Familien und keine Langzeituntersuchung.

### Design-Güte und Evidenzklasse

Für die Design-Güte ergeben sich 20,5 Punkte, womit die Studie als gut zu bezeichnen ist. Als gut angelegte Studie mit Kontrolle ohne Randomisierung ist diese Studie der Evidenzklasse IIa zuzuordnen.

Tabelle 21. 4.3.17 Orte et al. (Spanien, 2008) Evidenzklasse IIa / Design-Güte: gut (20,5 Punkte)

Programm	Stichprobe	Rekrutierung	Instrumente	Design/Auswertung	Ergebnisse
<p><u>Family Competence Programme (FCP)</u></p> <p>- spanische Adaptation des SFP</p> <p>- Programm für Eltern und Kinder (6 – 14 Jahre)</p> <p>- verhaltensorientiert, Stärkung der einzelnen Familienmitglieder sowie der Familienfunktionen</p> <p>- getrennte und gemeinsame Sitzungen</p> <p>- Dauer: 14 Wochen</p>	<p>- Programm für Familien mit suchtbelasteten Eltern</p> <p>- N=34 Familien (UG=18 Familien KG=16 Familien)</p> <p>- n=38 Kinder</p> <p>- Kinder: M=10,6 Jahre</p> <p>- Eltern: M=39 Jahre</p> <p>- UG nur wohnhaft in Palma</p> <p>- nur Cannabis- oder Kokainabhängigkeit</p> <p>- nur Teilnehmer aus „Proyecto Hombre“</p> <p>- keine massiven behandlungsbedürftigen Störungen (Kinder/Eltern)</p>	<p>- nur Eltern des Proyecto Hombre*, die Interesse an der Teilnahme hatten</p>	<p>- Messung der Familienbeziehungen und des Verhaltens der Kinder</p> <p>- Eltern: drei Inventare im Pre-Post-Test, ein Inventar zur Programmmzufriedenheit</p> <p>- Kinder: zwei Inventare im Pre-Post-Test: Selbstwert, Verhalten, Familienbeziehungen</p> <p>- Lehrer: BASC** Pre-Post-Test</p>	<p>- quasi-experimentell, ohne Randomisierung</p> <p>- zwei Durchgänge mit jeweils 1 UG und 1 KG</p> <p>- Pre-Post-Test Analysen mit t-Test</p> <p>- ANOVA</p> <p>- Effektstärken</p> <p>- Auswertung der Anwesenheitsfrequenz</p>	<p>- sehr gute Teilnahmequoten</p> <p>- <u>Signifikanzen der UG:</u></p> <p>- Verbesserungen im Bereich der Familienfunktionen</p> <p>- starke Effekte beim Anstieg des Selbstwertes der Kinder</p> <p>- starke Effekte für die Verbesserung der verschiedenen Verhaltensaspekte der Kinder</p> <p>- starke Effekte im Anstieg der Lernfähigkeit</p>
<b>Limitationen</b>					
Kleine Stichprobe, keine Randomisierung, nur Familien aus „Proyecto Hombre“, Effekte basierten überwiegend auf Selbstauskünften, keine Angaben zu Verschlechterungen oder Non-respondern, keine Angaben zur Verteilung der Substanzhäufigkeiten, keine Langzeituntersuchung, keine Intent-to-treat-Analyse					

\*Proyecto Hombre=spanisches Projekt zu Prävention und Behandlung des Drogenkonsums, \*\*BASC=Behavioral Assessment System for Children

## 5. Diskussion

---

### 5.1 Zusammenfassung der Recherche

Es wurden für diesen systematischen Review 290 Studien für den Recherchezeitraum 1994 – 2009 zu den definierten Suchbegriffen in den benutzten Datenbanken gefunden. Entsprechend der Inklusionskriterien waren davon 19 Studien potentiell relevant. Aufgrund von Literaturverweisen in diesen Studien wurden 16 weitere potentiell relevante Studien identifiziert. Effekte auf teilnehmende Kinder an Präventionsprogrammen für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern wurden jedoch nur in 17 dieser 35 Studien untersucht. Diese 17 Studien erfüllten die Inklusionskriterien und konnten in den systematischen Review eingeschlossen werden. Im Ergebnisteil wurden diese Studien ausführlich vorgestellt, die Ergebnisse dienten als Basis dieser Diskussion.

### 5.2 Aufbau der Diskussion

Für die Diskussion wurden die erhaltenen Ergebnisse strukturiert und zusammengefasst. So konnten in besser nachvollziehbarer Weise Vergleiche getätigt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede erfasst und Beurteilungen getroffen werden.

Im Folgenden wurde zunächst eine tabellarische Übersicht aller eingeschlossenen Studien gegeben, danach wurden die Qualitäten der eingeschlossenen Studien zusammenfassend bezüglich der Beschreibungskriterien erörtert.

Da sich im Ergebnisteil große Unterschiede, vor allem in den Zielsetzungen, bei Programmen für Kinder und Programmen für Familien ergaben, wurden diese im Folgenden getrennt voneinander diskutiert. Für die sich ergebenden Auffälligkeiten, Gemeinsamkeiten und Differenzen wurden Erklärungen erarbeitet.

Abschließend wurden dann in einem Resümee Empfehlungen zu den erhaltenen Ergebnissen abgeleitet.

### 5.3 Ergebnisübersicht aller eingeschlossenen Studien: Kinderorientierte Programme

Tabelle 22a.

Studie	Programm	Evidenzklasse/ Güte	Stichprobe	wichtigste Effekte
1. Clarke et al. (USA, 2001)	Coping with Stress Course (CWS)*	Ib/sehr gut	N=94 UG: 45, KG: 49	Weniger Depressionssymptome, geringere Suizidgefährdung, kleinere Effekte nach 2 Jahren, keine signifikanten Effekte für nicht-affektive Störungen
2. Short et al. (USA, 1995)	Stress Management and Alcohol Awareness Program (SMAAP)	Ia/sehr gut	N= 271	Verbesserung des programmbezogenen Wissens, der Problembewältigung und Problemlösungsfähigkeit, Geschlechterunterschiede, keine Unterschiede mit und ohne Einzeltrainer
3. Dore et al. (USA, 1999)	Friends in need	Ib/gut	N=207	Verbesserung im Sozialverhalten, Anstieg des Selbstwerts
4. Gance-Cleveland et al. (USA, 2008)	School-Based-Support-Groups (SBSG)	Ib/gut	N=115 UG=49, KG=42	Verbesserung suchtbewussten Wissens, deutlicher Geschlechterunterschied
5. Horn & Kolbo (USA, 2000a)	Children Having Opportunities in Courage, Esteem and Success (CHOICES)	Ib/gut	N=16	Beste Effekte für 2-Komponenten-Intervention, Verbesserung von Selbstwert, Sozialverhalten, schulischer Anbindung und Einstellung gegenüber Substanzkonsum
6. Fraser & Pakenham, (Australien, 2008)	Koping Adolescent Group Program (KAP) *	Ila/gut	N=44 UG=27, KG=17	Leichte Überlegenheit der UG, Verbesserung krankheitsbezogenen Wissens, des Sozialverhaltens und der Lebenszufriedenheit
7. Orel et al. (USA, 2003)	Positive Connections *	III/mäßig	N=11	Anstieg des Selbstwerts und krankheitsbezogenen Wissens in der UG
8. Tuttle et al. (USA, 2001)	Teen Club	III/mäßig	N=24 UG=12, KG=12	Bessere Schul-, Arbeitsanbindung, weniger Depressionen und Schwangerschaften, häufigerer Alkoholkonsum in der UG
9. Woodside et al. (USA, 1997)	The Images Within	Ila/schlecht	N=588 U=311, K=279	Überlegenheit der Mädchen, Verbesserung des suchtbewussten Wissens und des Sozialverhaltens in der UG
10. Horn & Kolbo (USA, 2000b)	s. 5.	III/schlecht	N=60	Weniger Einsamkeit, Selbstwert, Sozialverhalten, schulische Anbindung u. Einstellung gegenüber Drogen nahm in der UG zu
11. Gance-Cleveland (USA, 2004)	School-Based-Support-Group (SBSG)	III/schlecht	N=21	Weniger Einsamkeit, suchtbewusstes Wissen, Coping, Leistungsfähigkeit und Sozialverhalten nahmen in der UG zu
12. Tuttle et al. (USA, 2000)	Teen-Club	IV/schlecht	N=12	Hohe Programmzufriedenheit, vermindertes riskantes Verhalten der UG

\*) Programme für Kinder psychisch belasteter Eltern

### 5.3 Ergebnisübersicht aller eingeschlossenen Studien: Familienbasierte Programme

Tabelle 22b.

Studie	Programm	Evidenzklasse/ Güte	Stichprobe	wichtigste Effekte
13. Catalano et al. (USA, 1999)	Focus on Families (FOF)	Ib/sehr gut	N=177 Kinder U=95, K=82	Kaum Unterschiede in UG und KG, Verbesserungen auch in KG, leichte Verbesserung der Familienfunktionen
14. Haggerty et al. (USA, 2008)	Focus on Families (FOF)	Ib/sehr gut	N=151 U=82, K=69	Reduziertes Risiko einer substanzbezog. Störung bei den Männern der UG, Erhöhung bei den Frauen der UG
15. Beardslee et al. (USA, 1997, 2007)	Clinician-Facilitated- Intervention (FCP)*	Ib/sehr gut	N=54 U=28, K=24	Krankheitsverständnis, Kommunikation, Funktionsniveau in der UG verbessert, größere Effekte bei älteren Kindern
16. Maguin et al. (USA, 2003)	Strengthening Families Program (SFP, Utah-Version)	Ib/gut	N=280 Fam. U=147, K=133	Reduktion von Oppositional Defiant Disorder-Symptomen der Kinder aus Sicht der Eltern
17. Orte et al. (Spanien, 2008)	Family Competence Programme (FCP)	Ila/gut	N=38 Kinder U=22, K=16	Verbesserung der Familienfunktionen, des Selbstwerts, des Sozialverhaltens und der Lernfähigkeit in der UG

\*) Programm für Familien mit psychisch belasteten Eltern

## 5.4 Qualitäten der eingeschlossenen Studien

Bei den eingeschlossenen Studien handelte es sich um Studien der Jahre 1995 – 2008 überwiegend der höheren Evidenzklassen und hoher Design-Güte. 65% der Studien verfügten über eine sehr gute oder gute Design-Güte oder konnten den Evidenzklassen I oder II nach SIGN zugeordnet werden. Damit lag eine recht gute Basis zur weiteren Verwendung der Studienergebnisse vor. Die eingeschlossenen Studien der schlechteren Qualitäten wiesen Mängel auf, weil es sich um Verlaufsstudien, um Studien ohne Pre-Test, um rein qualitative Studien oder um Studien, die nur eine Outcomevariable untersuchten, handelte.

Bei den qualitativ guten oder sehr guten Studien handelte es sich um acht Programme für Kinder von suchtblasteten sowie drei Programme für Kinder psychisch belasteter Eltern. Es waren sowohl sechs Programme ausschließlich für Kinder als auch alle fünf Familienprogramme darunter. Die nach Anwendung des Güte-Scores besten Studien (1. CWS, *Clarke et al., 2001*; 2. SMAAP, *Short et al., 1995*; 13. FOF, *Catalano et al., 1999*; 14. FOF, *Haggerty et al., 2008*; 15. CFI, *Beardslee et al., 1997/2001*) zeichneten sich durch ihre große Stichprobe und randomisiertes, kontrolliertes Design aus. Einzig in Studie 2 (SMAAP, *Short et al., 1995*) wurden mehrere RCTs „metaanalytisch“ ausgewertet, wodurch sie in die beste Evidenzklasse (Ia) eingeordnet werden konnte.

Einen kritischen Punkt in allen Studien stellte die Qualität der Messungen dar. Die Messungen von Befindlichkeits- und Verhaltensparametern, die in den Studien vorwiegend bestimmt wurden, sind sehr anfällig für subjektive Faktoren wie Erwünschtheit oder eigene Erwartungen. Zum einen schafften die Befragungen von verschiedenen Seiten (Kinder, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Expertinnen und Experten) hier eine gewisse Objektivität und trugen zur Güte einer Studie bei, zum anderen wurde überwiegend auf auf Validität und Reliabilität geprüfte Instrumente zurückgegriffen.

Ein weiteres Qualitätsmerkmal war die Gültigkeit der wichtigsten unabhängigen Variablen, nämlich der realen Belastung der Eltern. In allen Studien, in denen die Kinder über Selbstzuweisungen gewonnen wurden, kam es zu Qualitätseinbußen. Hiervon waren die Schulprogramme betroffen und sie unterschieden sich damit deutlich von den Studien über Programme für Familien und für Kinder psychisch belasteter Eltern, in denen die Belastung der Eltern klar definiert war.

Insgesamt erreichte keine eingeschlossene Studie die volle Punktzahl der Güte-Kriterien, da sehr gut angelegte Studien teilweise mit sehr kleinen Stichproben arbeiteten und bei fast allen Studien die Langzeitkontrollen fehlten.

Tabelle 23. Verteilung der eingeschlossenen Studien bezogen auf die Qualitätskriterien

<b>Studien-Design</b>	<b>Design-Güte</b>			
	<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>mäßig</b>	<b>schlecht</b>
<b>RCT Evidenzklasse I</b>	5	4	0	0
<b>kontrolliert, quasi-experimentell Evidenzklasse II</b>	0	2	0	1
<b>Verlaufsstudie Evidenzklasse III und IV</b>	0	0	2	3

Tabelle 24. Verteilung der verschiedenen Programmarten auf die Studien und ihre Güte

<b>Programme für</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Design-Güte</b>	
		<b>sehr gut/gut</b>	<b>mäßig/schlecht</b>
<b>Kinder suchtbelasteter Eltern</b>	9	4	5
<b>Kinder psychisch belasteter Eltern</b>	3	2	1
<b>Familien mit elterlicher Suchtbelastung</b>	4	4	0
<b>Familien mit psychischer Belastung der Eltern</b>	1	1	0

## 5.5 Programme für Kinder

### *Qualität*

Zwölf der eingeschlossenen Programme waren Angebote nur für Kinder, davon wiesen sechs Studien eine hohe Qualität (gut/sehr gut) auf. Für den Vergleich und die Zusammenfassung der Studien wurden im Folgenden primär die Studien der hohen Qualität zu Grunde gelegt, bei stark abweichenden Ergebnissen der schlechteren Studien wurden diese Ergebnisse jedoch diskutiert. Die Studien minderer Güte zeigten vor allem ein mangelhaftes Design mit einfachen Befragungen, ausschließlichen Post-Tests oder qualitativen Analysen.

### *Aufbau und Methoden*

Drei der Programme richteten sich an Kinder psychisch erkrankter Eltern. Das CWS (1. Clarke *et al.*, 2001) unterschied sich dabei durch eine weitere Bedingung an die Zielgruppe von den anderen Programmen. Die Kinder mussten depressive Symptome, jedoch ohne Vorliegen einer DSM-Diagnose, aufweisen, während in den anderen Programmen allein die Belastung der Eltern als Kriterium ausreichte. Kinder mit eigenem massiven Therapiebedarf wurden hingegen in allen Programmen ausgeschlossen.

Bei der Betrachtung der Programminhalte findet man die Schwerpunkte in allen Programmen in der Wissensvermittlung zu Drogen, Alkohol, bzw. psychischen Erkrankungen, dem Erlernen von Coping-Strategien, der Thematisierung von Selbstwert und der Stärkung des Gruppengefühls. Methodisch wurde dabei immer, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung, auf eine Kombination von Psychoedukation und praktischen Übungen zurückgegriffen. Dahinter stand in allen Programmen das Ziel, die Resilienzfaktoren der Kinder zu fördern und zu stärken, um langfristig die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer eigenen Erkrankung bzw. einer Störung im Bereich Sucht- bzw. psychischer Belastung zu vermindern.

Fast alle Programme zu Suchtbelastung waren schulbasiert. Das heißt, die Rekrutierung der Kinder sowie die Durchführung der Programme fanden in den Schulen statt. Der Teen-Club (8., 12. Tuttle *et al.*, 2000, 2001) war ein Programm ausschließlich für Mädchen und rekrutierte über ein Jugendzentrum eines „sozialen Brennpunktes“. Die drei Programme für Kinder psychisch belasteter Eltern fanden außerhalb des Schulbetriebes statt und die Rekrutierung wurde gezielt durchgeführt. In diese Programme wurden nur Kinder aufgenommen, die nachweislich von der

Problematik eines psychisch erkrankten Elternteils betroffen waren, wodurch sich die Zielgruppe bzw. die Stichprobe besser charakterisieren ließ. Hingegen beruhte die Rekrutierung der Kinder für die schulbasierten Programme ausschließlich auf Selbsteinschätzungen bzw. Interesse am Thema. Dadurch ließ sich die reale Belastung der Eltern und damit auch die der Kinder schwer konkretisieren.

In der Dauer differierten die Programme, überwiegend betrug sie zwischen acht und 15 Wochen mit wöchentlichen Sitzungen von ca. 90 Minuten. Ein außerschulisches Programm für Kinder psychisch belasteter Eltern (6. KAP, *Fraser et al., 2008*) wich davon ab, es wurde in drei Sitzungen mit jeweils sechs Stunden durchgeführt. Zusätzlich enthielten zwei Programme eine Komponente mit langfristiger Begleitung über sechs bis acht Monate in Form von Peer-Gruppen und Nachhilfeunterricht oder regelmäßigen Kontakten zu einer Mentorin oder einem Mentor (5. CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000a*; 7. Positive Connections, *Orel et al., 2003*). Über das kürzere Programm (6. KAP, *Fraser et al., 2008*) lässt sich sagen, dass eventuell die Nachhaltigkeit weniger stark war, da es eine Verschlechterung im Follow-up-Test gab. Dies ist aber vorsichtig zu behandeln, denn in anderen Studien fehlte zum Teil dieser Follow-up-Test, so dass kein konkreter Vergleich möglich war. Die Effekte des kurzen Programms im Pre-Post-Test waren jedoch nicht schlechter als die in den längeren Programmen. Abgehoben hat sich der Teen-Club (8. *Tuttle et al., 2001*), der über zwei Jahre durchgeführt wurde und nach fünf Jahren noch nachhaltige positive Effekte aufwies, jedoch war die Studienqualität schlecht.

Die Gruppengröße lag, wenn angegeben, im Bereich von acht bis zwölf Kindern.

#### *Instrumente und Design*

Zur Beurteilung der Programmeffekte wurden überwiegend standardisierte Instrumente für Kinder und Lehrerinnen und Lehrer bzw. Eltern eingesetzt. In den schlechteren Studien wurden einfache Befragungen durchgeführt. In drei Studien wurden ausschließlich die Kinder befragt. Die Beurteilung des Verhaltens der Kinder aus einer zweiten Perspektive verbesserte nicht nur die Evidenz der Ergebnisse, sondern ließ auch eine Objektivierung der Aussagen der Kinder und damit das Erkennen von Limitationen, wie z.B. durch soziale Erwünschtheit, zu. Zu erwähnen ist, dass die Lehrerinnen und Lehrer sowie natürlich die Eltern in keiner Studie verblindet waren, wodurch ein konstanter Fehler generiert wurde. Eine Verblindung genannter Personen hätte diesen Fehler jedoch in unbekannter Weise erhöht, da nicht einzuschätzen gewesen wäre, wie die einzelnen Beurteilerinnen und Beurteiler mit

ihren Wahrnehmungen und Vermutungen bzgl. des Behandlungsstandes der Kinder umgegangen wären.

Es wurden unterschiedliche und unterschiedlich viele Indikatoren gemessen. In zwei Studien (2. SMAAP, *Short et al., 1995*; 6. KAP, *Fraser et al., 2008*) wurden acht verschiedene Aspekte untersucht, während in den anderen Programmen drei bis vier abhängige Variable untersucht wurden. Die häufigsten Messungen wurden in den Bereichen inhaltliches Wissen, Selbstwert, Coping-Strategien und Sozialverhalten vorgenommen. Zusätzlich wurden in den verschiedenen Studien noch Stimmungen, Gefühle, Depressionssymptome, Gesundheitsverhalten, Drogenkonsum, Schulanbindung oder die sozialen Beziehungen beurteilt. Bei den gemessenen Parametern handelte es sich letztendlich um Surrogat-Parameter, die sich aus Sicht der bisherigen Forschung in ähnlichen Zusammenhängen, wie z.B. Psychotherapie, als förderlich erwiesen haben. Es wurde davon ausgegangen, dass sie das eigentliche Ziel der Programme, nämlich die Verminderung der Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer eigenen Störung, positiv beeinflussen. Jedoch untersuchten nur Studie 1 (CWS, *Clarke et al., 2001*) und Studie 8 (Teen Club, *Tuttle et al., 2001*) diesen Langzeiteffekt konkret nach zwei bzw. fünf Jahren.

Die sechs besseren Studien wurden in randomisiertem, kontrolliertem Design mit Pre-Post-Test durchgeführt, bei den weniger evidenten Studien handelte es sich um eine qualitative Studie, um kontrollierte, nicht randomisierte Studien und weitere Studien, die nur mit Post-Test durchgeführt wurden. In keiner Studie zu Programmen mit Kindern wurde mit Inzentivierung gearbeitet. Sofern angegeben, fand in allen Studien eine Auswertung mit etablierten statistischen Verfahren statt.

### *Ergebnisse*

Da in den Studien unterschiedliche Parameter gemessen wurden, konnten nie alle Studien für die Diskussion eines Ergebnisses herangezogen werden, sondern nur jene, in denen der jeweilige Effekt gemessen wurde.

### Wissensvermittlung

Ein wichtiger Aspekt der Programme für Kinder war die Vermittlung suchtbefugenen bzw. krankheitsbezogenen Wissens. In sechs Studien wurden hier die Ergebnisse evaluiert und es zeigten sich ausnahmslos starke Effekte in der Verbesserung des Wissens zu den vermittelten Inhalten. In der Studie 6 (KAP, *Fraser et al., 2008*) verbesserte sich dieses Wissen zusätzlich in der KG, wenn auch nicht signifikant.

Eventuell hatten hier die Beschäftigung mit dem Thema und die Aussicht auf die Teilnahme (Warteliste) zu einer besseren Informiertheit geführt.

Die Studien haben gezeigt, dass die vorliegenden Interventionen zu einer deutlichen Verbesserung des Wissensstandes der Kinder führten. Dieser durchaus nachvollziehbare Effekt wurde jedoch nur in gut der Hälfte der Studien untersucht, was auf eine unterschiedliche Bewertung des Effektes schließen lässt oder als Voraussetzung angesehen und deswegen nicht mehr gemessen wurde.

Für die präventive Arbeit ist die Aufklärung unerlässlich, die sich in den vorliegenden Programmen auf Fakten zu Wirkungen von Alkohol, Drogen oder psychischen Erkrankungen bezog. In wie weit die Aufklärung allein tatsächlich präventiv auf die Kinder einwirkte, blieb offen, aber sie stellt die grundlegende Komponente eines Präventionsprogramms dar, auf die dann aufgebaut werden kann.

#### Stärkung des Selbstwerts

In fünf der Programme für Kinder war die Stärkung des Selbstwertes ein definiertes Ziel, welches auch evaluiert wurde. Die Ergebnisse hierzu waren widersprüchlich. Nur in einer Studie (5. CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000a*) konnte eine signifikant positive Änderung des Selbstwerts festgestellt werden. Dieses Programm unterschied sich durch eine ausschließlich von Kindern durchgeführte Mentorengruppe, die sich über ein ganzes Schuljahr erstreckte. In einem ähnlichen Programm (3. Friends in need, *Dore et al., 1999*) ohne dieses Element gab es lediglich nicht signifikante Verbesserungen, wobei die Werte des Pre-Tests aber schon im Normbereich lagen. Eine dritte Studie (2. SMAAP, *Short et al., 1995*) beschrieb keinerlei Effekte auf die Selbstwertskalen. Die beiden schlechteren Studien zeigten Verbesserungen im Bereich des Selbstwerts.

Der Selbstwert, die Beurteilung der eigenen Person, ist eine im Konzept einer Person verankerte Größe, die über die Zeit der Entwicklung geprägt wird. Sie gehört zu den identifizierten Resilienzfaktoren. Die Wertschätzung von Außen, positive Rückmeldungen zu erhalten und ernst genommen zu werden sind Faktoren, die Kindern in einem Präventionsprogramm entgegengebracht werden und ihren Selbstwert beeinflussen können. Die Änderung des Selbstwertgefühls ist andererseits ein langer Prozess und kann in einem Programm lediglich angestoßen werden. Eventuell ist die signifikante Verbesserung in nur einer Studie (5. CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000a*) ein Hinweis darauf, denn hier gab es eine Langzeitgruppe über ein gesamtes Schuljahr. Die einzige Langzeitintervention, Teen-Club, wurde leider nur in einer schlechten Studie (*Tuttle et al., 2000*) zum Selbstwertkonzept untersucht. Hier gaben

die Teilnehmerinnen in einer einfachen Befragung Verbesserungen an. Da nicht in allen Studien die Pre-Test-Werte bezüglich ihrer Auffälligkeiten beschrieben wurden, ist es auch denkbar, dass, wie in Studie 5 (CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000a*) beschrieben, viele Kinder schon zu Beginn unauffällige Normwerte ihres Selbstwerts aufwiesen.

#### Coping-Strategien

In sechs der Programme war das Erlernen von Coping-Strategien ein wesentlicher Bestandteil. Tendenziell gab es in all diesen Programmen auch einen positiven Effekt in diesem Bereich. Einschränkungen gab es in der Studie 4 (SBSG, *Gance-Cleveland, 2004*), in der es einen signifikanten Anstieg des Gebrauchs von Coping-Strategien ausschließlich bei den Mädchen gab. In der Studie 6 (KAP, *Fraser et al., 2008*), einem Programm für Kinder psychisch belasteter Eltern, zeigten sich im Pre-Post-Test keine signifikanten Veränderungen, jedoch ergab das Follow-up nach acht Wochen einen signifikanten Abfall der Coping-Strategien in der UG. Auffällig war, dass diese beiden Programme an ältere Kinder bzw. Jugendliche gerichtet waren. Die Durchschnittsalter lagen bei 13,3 Jahren bzw. 15,5 Jahren. Es wäre möglich, dass weniger Effekte in diesem Bereich im Pubertätsalter zu erwarten sind, dafür spräche ebenfalls der große Geschlechterunterschied in Studie 4 (SBSG, *Gance-Cleveland und Mays, 2008*), an der 9.- bis 12.-Klässler teilnahmen. Vermutlich kann bei den Mädchen von einer ausgeprägteren Reife ausgegangen werden, die zu den stärkeren Effekten führte. Bis auf diese Einschränkungen erwiesen sich die Coping-Strategien als effektive verhaltenstherapeutische Maßnahmen, von denen die Kinder profitieren konnten. Dieser Zugewinn an Bewältigungsstrategien kann für die hoch belasteten Kinder als praktische Lebenshilfe im Umgang mit problematischen Situationen dienen.

#### Sozialverhalten

In sieben Studien wurde das Sozialverhalten untersucht. In keiner Studie wurde die Ausprägung des Sozialverhaltens zu Beginn beschrieben. Dennoch berichtete jede Studie einen Anstieg des Sozialverhaltens oder eine Verbesserung der sozialen Kompetenz. Die Beurteilung bezog sich häufig auf Einschätzungen der Eltern und Lehrerinnen und Lehrern, offensichtlich führte die Programmteilnahme umfassend zu einer positiven Fremdwahrnehmung der Kinder bezogen auf ihr Sozialverhalten.

#### Programmmzufriedenheit

Bemerkenswert war, dass die Kinder (6. KAP, *Fraser et al., 2008*; 7. Positive Connections, *Orel et al., 2003*; 10. CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000*) eine sehr große Zufriedenheit (90 – 100%) mit den Programmen äußerten. Diese Einschätzungen

bezogen sich dabei auf Kinder der Altersgruppe acht bis 14 Jahren. Offensichtlich brachten die Kinder eine große Bereitschaft und Offenheit für die Programme auf und konnten zumindest subjektiv stark profitieren. Im Fall des einzigen Langzeitprogramms (8., 12. Teen Club, *Tuttle et al., 2000, 2001*) ersetzte die enge Bindung an die Gruppenleiterinnen und -leiter familiäre Funktionen, was von den Mädchen als sehr positiv bewertet wurde.

Weitere signifikante Effekte zeigten nur einzelne Programme.

#### Erwartungen an Alkohol

In Studie 2 (SMAAP, *Short et al., 1995*) trat die spannungsreduzierende Erwartung an Alkohol auf. Dieser Effekt widersprach der Zielsetzung des Programms, in dem versucht wurde, den Kindern die Gefahren und vermeintlich positiven Wirkungen von Alkohol auseinanderzusetzen. Die Kinder bewerteten Alkohol als probates Mittel zur Entspannung, nachdem sie am Programm teilgenommen hatten. Dies kann als Hinweis darauf aufgefasst werden, wie wichtig die alters- und kindgerechte Anpassung der Inhalte und Didaktik der Programme ist. Die Kinder im betroffenen Programm waren im Durchschnitt 10,1 Jahre alt und möglicherweise wurden die Inhalte missverständlich oder die Befragungen unklar vermittelt. Die eingesetzte Skala zur Messung der Erwartung an Alkohol stammte aus einem Fragebogen für ältere Jugendliche und wurde der jüngeren Altersgruppe angepasst. Es ist wahrscheinlich, dass diese Anpassung misslang. Interessant an dieser Studie war zusätzlich, dass es wider Erwarten keine Outcome-Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Einzeltrainerinnen und -trainer gab. Die Vorstellung, durch intensive Begleitung die Effekte zu verstärken, war unrealistisch. Eine zu kurze Interventionsdauer oder ungeeignete Instrumente sind als Ursache vorstellbar, wie aber auch eine mögliche negative Einstellung und damit erschwerte Vertrauensbildung gegenüber einer erwachsenen Bezugsperson.

#### Einsamkeit und Isolation

In Studie 3 (Friends in need, *Dore et al., 1999*) fielen die hohen Werte an Einsamkeit und Isolation auf, die sich im Pre-Post-Test nicht änderten. Obwohl in diesem Programm viel Wert auf die Entstehung eines Gruppengefühls und die Verminderung von Isolation gelegt wurde, empfanden die Kinder keine Veränderungen. Die Dauer von acht Sitzungen mag einen zu geringen Einfluss auf das Problem der Isolation gehabt haben, hierfür sprechen auch die Ergebnisse der Studie 10 (CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000b*), in der die Kinder sich nach dem Programm weniger isoliert fühlten.

Komponenten dieses Programms wurden während eines gesamten Schuljahres durchgeführt.

#### Substanzkonsum

Die Programme für Jugendliche in Studie 4 (SBSG, *Gance-Cleveland und Mays, 2008*) und 8 (Teen Club, *Tuttle et al., 2001*) zeigten kaum eine Verminderung des Drogenkonsums in der UG, in der KG stieg er teilweise stark an. Die schlecht angelegte Studie 8 (Teen Club, *Tuttle et al., 2001*) zeigte sogar eine höhere Frequenz an Alkoholkonsum in der UG.

#### Geschlechter- und Altersunterschiede

In der Studie 4 (SBSG, *Gance-Cleveland und Mays, 2008*) traten weitere negative Effekte auf, wie z.B. stärkere körperliche Beschwerden, schlechtere Stimmung und schlechte soziale Integration bei den Jungen. Die Konfrontation mit der familiären Problematik könnte bei den Jungen dieser Altersgruppe eine stärkere Belastung dargestellt haben als es bei den Mädchen der Fall war. Der ausgeprägte Geschlechterunterschied der Effekte zu Gunsten der Mädchen sowie generell weniger positive Effekte in dieser Altersgruppe (M=15,5 Jahre) sprechen für besonders schwierige Bedingungen für Programme in dieser Altersgruppe. Obwohl schlecht angelegt, soll hier noch die Studie 9 (The Images Within, *Woodside et al., 1997*) erwähnt werden. Es handelte sich um ein Programm für 6.- bis 8.-Klässler und zeigte signifikante Verbesserungen der 8.-Klässler gegenüber den jüngeren Schülerinnen und Schülern. Wie schon vorher beschrieben, ist anzunehmen, dass die Effekte stark von der altersgerechten Vermittlung der Inhalte abhingen. Jüngere Kinder könnten durch Inhalte und im Rahmen der Studien eventuell auch durch Instrumente überfordert gewesen sein. Es muss genau geprüft sein, welche Altersspanne ein Programm umfasst, bzw. ob es für bestimmte Altersgruppen modifiziert werden muss, um effektiv zu sein. Wie in diesem Beispiel zu sehen, kann eine recht kleine Altersspanne von drei Jahren (10 – 13 Jahre) eine sehr inhomogene Gruppe darstellen.

#### Programmstruktur

In Studie 5 (CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000a*) bestand das Programm aus zwei Komponenten. Wie zu erwarten, schnitt die Kohorte, die an beiden Komponenten teilnahm, am besten ab. Interessanter Weise zeigte der Vergleich der einzelnen Komponenten aber, dass die Kinder, die an einer reinen Peer-Gruppe, geleitet von ausgebildeten Kindern, teilnahmen, besser abschnitten als die Kinder, die am strukturierten Programm teilnahmen.

Eventuell fühlten sich die Kinder in der Gegenwart von Kindern verstandener, vertrauter, bzw. hatte die Peer-Gruppe einen größeren Einfluss auf die Kinder, weil sie direkt als positives soziales Modell wirkte – im Gegensatz zu Erwachsenen, die eventuell als „Kontrolle“ oder „Aufsichtspersonen“ gesehen wurden.

Erstaunlicherweise zeigten Studie 5 (CHOICES, *Horn und Kolbo, 2000a*) und 6 (KAP, *Fraser et al., 2008*) ähnliche Veränderungen in beiden Gruppen. So verbesserte sich auch die KG in der Lebenszufriedenheit und der Wahrnehmung psychischer Erkrankungen und beide Gruppen schilderten größere Probleme mit Gleichaltrigen (6. KAP, *Fraser et al., 2008*). Sicher können hier Limitationen der Messungen zu Grunde liegen, es könnte aber auch sein, dass allein die Aufmerksamkeit, die den Kindern in Form der Studien bezüglich Ihrer Problematik entgegengebracht wurde (auch der Wartegruppe) entsprechende Effekte herbeiführte; und zwar positive sowie negative. Die verstärkten Probleme mit Gleichaltrigen in beiden Gruppen können vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik, die eine schwierige Phase für die Kinder darstellen kann, gesehen werden. Allerdings waren die Effekte in der UG deutlich stärker. Denkbar wäre auch ein Austausch der Kinder untereinander, sodass die Kinder der Warteliste durch Kontakte mit der UG beeinflusst waren.

#### Depressionssymptome

Depressionssymptome wurden in vier Studien (1. CWS, *Clarke et al., 2001*; 2. SMAAP, *Short et al. 1995*; 6. KAP, *Fraser et al.*; 8. Teen Club, *Tuttle et al., 2001*) gemessen. In Studie 1 (CWS, *Clarke et al., 2001*), Studie 6 (KAP, *Fraser et al., 2008*) und Studie 8 (Teen Club, *Tuttle et al., 2001*) gab es hier signifikante Verbesserungen im Pre-Post-Test bzw. im Post-Vergleich. Dazu muss jedoch gesagt werden, dass es nur in Studie 1 (CWS, *Clarke et al., 2001*) Angaben zu den Ausgangswerten gab und in Studie 6 (KAP, *Fraser et al., 2008*) 31% der Kinder frühere psychiatrische Diagnosen aufwiesen. Es könnte daher auch sein, dass die Kinder aus Studie 6 (KAP, *Fraser et al., 2008*) höhere Depressionswerte im Pre-Test aufwiesen. Für Studie 1 (CWS, *Clarke et al., 2001*) waren depressive Symptome (jedoch keine DSM-Diagnosen) Bedingung für die Teilnahme. Hier zeigten sich in der UG nicht nur weniger Episoden von Depressivität, sondern auch ein verzögerter Beginn dieser im Vergleich zur KG im Pre-Post-Test. Diese Effekte schwächten sich allerdings zum 2-Jahres-Follow-up stark ab. Da es sich hier um Kinder von psychisch erkrankten Eltern handelte, stellt sich die Frage, ob und wie sich Kinder suchtbelasteter Eltern von Kindern mit Eltern mit anderen psychischen Belastungen/Erkrankungen unterscheiden, und ob dies dann entsprechend auch in der Gestaltung von

Präventionsprogrammen berücksichtigt werden muss. In den schulbasierten Programmen für Kinder suchtselasteter Eltern fehlten die Angaben zu den eventuellen Beeinträchtigungen oder Diagnosen der Kinder, sodass der Vergleich im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist.

#### Familienfunktionen

Studie 7 (Positive Connections, *Orel et al., 2003*) untersuchte die Effekte des Programms auf die Familienfunktionen aus Sicht der Eltern und Kinder. Die Beurteilungen waren hier sehr konträr. Während die Kinder ausschließlich Verbesserungen feststellten, nahmen Eltern vorwiegend Verschlechterungen wahr. Die Kinder schienen, gestärkt und unterstützt durch das Programm, von Ihrem Erlernten zu profitieren. Eventuell konnten sie sich besser von der elterlichen Problematik abgrenzen. Bei den Eltern, die nicht in das Programm involviert waren, führte dieses neue Verhalten der Kinder offensichtlich zu Verunsicherung und negativer Wahrnehmung der Familienfunktionen. Da es sich hier nur um Pre-Post-Test-Werte handelte, können keine Aussagen zu einem langfristigen Einfluss auf die Familienfunktionen gemacht werden.

#### Langzeiteffekte

Als schlecht angelegte Studie war Studie 8 (Teen Club, *Tuttle et al., 2001*) eine Langzeituntersuchung, die fünf Jahre nach einer zweijährigen Intervention bei Mädchen eine längere Schulzeit und weniger Arbeitslosigkeit sowie weniger Schwangerschaften zeigen konnte. Studie 1 (CWS, *Clarke et al., 2001*) beinhaltete ein 2-Jahres-Follow-up und es konnten nur noch stark abgeschwächte Effekte auf das Auftreten depressiver Episoden und Symptome festgestellt werden. Diese Intervention dauerte jedoch nur 15 Wochen. Sehr wahrscheinlich korreliert die Nachhaltigkeit positiv mit der Dauer eines Programms.

## 5.6 Programme für Familien

### *Qualität*

In diese Arbeit wurden fünf Studien über Programmen für Kinder und Eltern eingeschlossen. Alle erfüllten sehr gute oder gute Design-Güte-Kriterien. Diese hohe Güte der Studien ist auf das kontrollierte Design in allen Studien und auf die Eindeutigkeit der Belastung der Zielgruppe und somit die Gültigkeit der unabhängigen Variablen zurückzuführen. Zwei der Studien (13. FOF, *Catalano et al., 1999*; 14. FOF, *Haggerty et al., 2008*) sind insofern interessant, als sie aufeinander aufbauten. Die zweite Studie wurde als Langzeitstudie nach zwölf Jahren mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der ersten Studie durchgeführt und stellte somit die längste Studie dieser Programme dar.

### *Aufbau und Methoden*

Nur ein Familienprogramm richtete sich an Familien mit Eltern mit psychischen Störungen (affektive Störungen) (15., *Beardslee et al., 1997, 2007*). Eltern und Kinder wurden dort gleichermaßen einbezogen.

In den vier Studien über Programme für suchtbelastete Familien wurden zwei Programme untersucht, die im Folgenden verglichen werden können. Die beiden Programme unterschieden sich stark in der Einbeziehung der Kinder, sodass die unterschiedliche Intensität der Effekte auf die Kinder nicht überraschte.

Das FOF (13. *Catalano et al., 1999*; 14. *Haggerty et al., 2008*) setzte den Schwerpunkt deutlich auf die Rückfallprophylaxe und die Unterstützung und Stärkung der Eltern. Die Kinder wurden nur in 1/3 der Sitzungen des Programms, das sich insgesamt über neun Monate erstreckte, einbezogen und dann lag der Fokus primär auf den Familienfunktionen. Die Kinder wurden in praktische Übungen und in die häusliche Betreuung miteinbezogen, jedoch gab es keine Sitzungen speziell für die Kinder. Hingegen waren das SFP (16. *Maguin et al., 2003*) und die spanische Adaptation das FCP (17. *Orte et al., 2008*) ausgeglichen konzipiert. Die Eltern und Kinder erhielten in gleichem Maße 14 separate Sitzungen sowie gemeinsame praktische Übungen. Bei dem untersuchten SFP handelte es sich um die ursprüngliche Utah-Variante von *Kumpfer und DeMarsh (1983)*. Das FCP (17. *Orte et al., 2008*) ist das einzige europäische Programm aller untersuchten Programme dieser Arbeit.

Alle Familienprogramme waren verhaltenstherapeutisch orientiert.

### *Instrumente und Design*

Alle fünf Studien hatten experimentellen Charakter, vier waren randomisiert. Für die Messungen wurden Instrumente für Kinder und Erwachsene eingesetzt. Studie 17 (FCP, *Orte et al., 2008*) bezog zusätzlich die Lehrerinnen und Lehrer in die Befragung mit ein. Schwerpunktmäßig wurde das Verhalten der Kinder, die Familienbeziehungen und der Drogenkonsum erfragt. Im Programm CWS (15. *Beardslee et al., 1997*) wurden der Zielgruppe entsprechend bei Kindern und Eltern affektive oder schizophrene Störungen ermittelt. Hier wurden auch Instrumente für Expertinnen und Experten eingesetzt, die die Kinder zusätzlich beurteilten. Zur Auswertung der Messungen wurden etablierte statistische Verfahren herangezogen.

### *Ergebnisse*

Generell lässt sich sagen, dass es sehr wenige Effekte bei den Kinder in den Studien des FOF-Programms (13. *Catalano et al., 1999*; 14. *Haggerty et al., 2008*) gab, während das SFP/FCP viele starke positive Effekte erkennen ließ. Die Gewichtung der Programminhalte spiegelte sich dabei in den Effekten auf die Kinder und Eltern wieder. Das FOF (13. *Catalano et al., 1999*; 14. *Haggerty et al., 2008*) setzte den Schwerpunkt auf das Elterstraining und die Rückfallprophylaxe. Die Vorstellung war, dass die Kinder sekundär von den Verbesserungen des Funktionsniveaus der Eltern profitieren würden. In der Studie des Programms, das immerhin neun Monate dauerte, zeigten sich bei den Kindern nach Beendigung der Intervention kaum Unterschiede zwischen der UG und der KG, im Gegenteil zeigten sich sogar Verbesserungen des Sozialverhaltens in der KG. Trotz starker signifikanter Effekte im Verhalten und den Kompetenzen der Eltern der UG, wirkten sich diese nur sehr dezent auf die Situation der Kinder aus. Hier äußerten vor allem die jüngeren Kinder positive Erfahrungen in der Eltern-Kind-Beziehung. Auffällig war außerdem die geringe Korrelation der elterlichen und kindlichen Einschätzungen bezogen auf die Familienfunktionen. Die Eltern stellten Verbesserungen fest, wo die Kinder keine sahen. Dieser Effekt trat in gegensätzlicher Richtung schon in der Diskussion der Programme für Kinder auf. Offensichtlich kam es zu diesen Wahrnehmungsunterschieden, wenn die eine Seite, geprägt durch eine Intervention, ihr Verhalten stark änderte, ohne dass die andere Seite involviert war. Auch wenn es sich durchaus um positive Veränderungen handelte, wurde die andere Seite scheinbar zunächst verunsichert und profitierte nicht automatisch. Es konnte keine gleichmäßige Entwicklung in der Familie erfolgen. Dieser Aspekt unterstreicht, wie wichtig die Einbeziehung aller beteiligten

Familiemitglieder in ein Programm zur Verbesserung der Familienfunktionen ist. Der Satz „Wenn es den Eltern gut geht, geht es auch den Kindern gut“ ist damit nur sehr eingeschränkt gültig und kann sicher nicht die Grundlage eines Präventionsprogramms für Kinder belasteter Eltern sein. Eventuell wirken sich positive Effekte der Eltern auf die Kinder stärker aus, je jünger diese sind.

Auch in der Langzeit-Studie nach zwölf Jahren zeigten sich widersprüchliche Effekte. Es wurde dort der Aspekt der Entwicklung einer substanzbezogenen Störung untersucht. Dabei zeigten UG sowie KG einen höheren Drogenkonsum und ein früheres Eintrittsalter verglichen mit der altersentsprechenden Gesamtbevölkerung. Die Abhängigkeiten und Missbräuche von Substanzen unterschieden sich in der UG und der KG nicht. Männer der Stichprobe zeigten in beiden Gruppen ein höheres Risiko zur Entwicklung einer substanzbezogenen Störung als Frauen. Signifikant reduzierte sich das Risiko für Männer der UG gegenüber der KG, während die Frauen der UG ein größeres Risiko aufwiesen als die Frauen der KG. Zu den Ergebnissen lässt sich feststellen, dass die ehemaligen Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer im Erwachsenenalter zur Risikogruppe in Bezug auf die Entwicklung einer eigenen substanzbezogenen Störung zu zählen waren. Zu dem starken Geschlechterunterschied (positive Effekte bei den Männern und Verschlechterungen bei den Frauen) fällt auf, dass 75% der am damaligen Programm teilnehmenden Elternteile Mütter mit Substanzkonsum waren. Eventuell besteht hier ein Zusammenhang, einmal in der Identifikation der Töchter mit ihren suchtblasteten Müttern und in der geschlechtsspezifischen Eltern-Kind-Beziehung. Vielleicht gelang es den Jungen besser, sich von der mütterlichen Sucht abzugrenzen oder die positiven Effekte des Programms konnten eher in der Mutter-Sohn-Beziehung als in der Mutter-Tochter-Beziehung greifen. Da es sich um keine kleine Stichprobe handelte, in der dieser Effekt auftrat, ist es lohnenswert, diesen Punkt genauer auf seine Ursachen hin zu untersuchen.

Das SFP (16. *Maguin et al., 2003*) bzw. die spanische Adaptation, das FCP (17. *Orte et al., 2008*), war von wesentlich kürzerer Dauer als das FOF (13. *Catalano et al., 1999*; 14. *Haggerty et al., 2008*), zeigte jedoch starke Effekte bei den Kindern (und den Eltern). Studie 16 (SFP, *Maguin et al., 2003*) untersuchte nur den Effekt der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und es traten signifikante Effekte im Rückgang von Verhaltensstörungen auf. Studie 17 (FCP, *Orte et al., 2008*) zeigte ebenfalls starke Effekte im Rückgang von Verhaltensauffälligkeiten, aber auch beim Selbstwert der Kinder und deren Lernfähigkeiten gab es deutliche Verbesserungen. Die

Familienfunktionen verbesserten sich aus Sicht der Eltern und der Kinder signifikant. Die durchgehend hohe Teilnahmequote bei Eltern und Kindern spiegelte die ausgeprägte Programmszufriedenheit wieder.

Der große Unterschied in der Struktur der beiden Programme lag in der Involvierung der Familienmitglieder. Das SFP (16. *Maguin et al., 2003*) bezog Eltern und Kinder gleichermaßen ein. Zusätzlich scheint die Kombination aus getrennten Gruppen für Eltern und Kinder sowie gemeinsamen Sitzungen optimal zu sein. So wurden die Familien als Ganzes, aber auch die Kinder und Eltern in ihren spezifischen Bedürfnissen wahrgenommen. Im Gegensatz zum FOF (13. *Catalano et al., 1999*; 14. *Haggerty et al., 2008*) waren alle Familienmitglieder in Veränderungen involviert und sensibilisiert für das gegenseitige und eigene Verhalten. So befand sich die gesamte Familie im Prozess der Entwicklung, wovon Eltern und Kinder offensichtlich stark profitierten. Beiden Programmen gemeinsam war, dass die Eltern tatsächlich eine Suchterkrankung aufwiesen und somit die Familien der Zielgruppe klar zuzuordnen waren. Bedacht werden muss aber, dass sich die Eltern in ihrer Suchtbelastung unterschieden. Am FOF (13. *Catalano et al., 1999*; 14. *Haggerty et al., 2008*) nahmen nur Eltern mit einer Opiatabhängigkeit teil, wohingegen die Eltern des SFP (16. *Maguin et al., 2003*) alkoholbelastet und des FCP (17. *Orte et al., 2008*) cannabis- bzw. kokainbelastet waren. In wie weit die unterschiedlichen Substanzen die Effektivität eines Programms beeinflussten, wäre zu klären. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der Studien limitiert. Ob die Substanz eine Rolle beim Grad der Belastung der Kinder spielt, bleibt ebenfalls fraglich. Anzunehmen wäre, dass Kinder opiatabhängiger Eltern eventuell stärker belastet sind, da zusätzliche Aspekte, wie z.B. die Illegalität, zu größeren Störungen der Familienfunktionen führen könnten.

Offen bleibt andererseits, wie die Langzeiteffekte der beiden Programme im Vergleich ausgefallen wären. Dauert es eventuell einfach nur länger, bis sich die positiven Veränderungen der Eltern auch aus Sicht der Kinder positiv niederschlagen? Ist die Nachhaltigkeit einer neunmonatigen Intervention gegebenenfalls viel stärker als die einer 14-wöchigen? Denkbar wäre jedenfalls, dass die Langzeiteffekte nach einigen Jahren zugunsten des FOF (13. *Catalano et al., 1999*; 14. *Haggerty et al., 2008*) ausfallen würden, wenngleich sie in der 12-Jahres-Studie dieses Programms schwach waren.

Zur Aufklärung von Langzeiteffekten und Substanzspezifität von Programmen sind weitere Studien notwendig.

Das einzige Familienprogramm für psychisch belastete Familien (15. CFI, *Beardslee et al., 1997, 2007*) setzte, wie schon das SFP/FCP, auf getrennte und gemeinsame Sitzungen für Kinder und Eltern in gleichem Ausmaß. Die Effekte auf Eltern und Kinder korrelierten positiv. Die UG zeigte ein höheres Funktionsniveau der Kinder, besseres Krankheitsverständnis und eine verbesserte Kommunikation der Kinder. Hier verbesserten sich ältere Kinder in beiden Gruppen stärker als jüngere, die auch weniger Spaß am Projekt äußerten. Die Altersspanne betrug sieben Jahre, sodass die altersentsprechende Präsentation bzw. Befragung vermutlich auch hier misslang. Die Eltern der KG erhielten ebenfalls eine kurze Intervention und es gab keine Unterschiede in den Selbsteinschätzungen der Kinder beider Gruppen und den Verbesserungen der Familienfunktionen nach 18 Monaten. Dies könnte sowohl für ähnliche Effektivität der Interventionen oder aber nicht berücksichtigte Aspekte sprechen. Nach 4,5 Jahren bestanden die Verbesserungen weiterhin fort, aber ohne starke Unterschiede zwischen UG und KG. Der ursächliche Zusammenhang mit den beiden eher kurzen Interventionen (2 Stunden bzw. 6 – 10 Stunden) erscheint gewagt.

## 5.7 Resümee und Ausblick

Das Anliegen dieser Arbeit war, einen umfassenden Überblick über die Effekte von Programmen für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern zu geben. Es hat sich gezeigt, dass der Forschungsstand bezüglich der Thematik unterentwickelt ist. Aus 15 Jahren Forschung (1994 – 2009) genügten nur 17 Studien aus 290 Rechercheresultaten den Inklusionskriterien, das sind 5,9%. Vor allem in Europa war die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen sehr gering. Schon diese geringe Anzahl an Studien und die sich daraus ergebende kleine Gesamtstichprobe machte es schwierig, daraus allgemeingültige evidenzbasierte Kriterien für Präventionsprogramme abzuleiten. Eine weitere Schwäche dieses systematischen Reviews stellte der Einschluss auch wenig evidenter Studien-Designs dar. Strengere methodische Einschlusskriterien hätten den Kerndatensatz erheblich reduziert, die Design-Güte wurde bei der Auswertung der Ergebnisse jedoch immer berücksichtigt. Es muss zudem bedacht werden, dass ein Publikations-Bias vorliegen könnte, sodass erfolglose Studien nicht veröffentlicht wurden. Letztlich beschränkt sich dieser systematische Review auf publizierte und in den verwendeten Datenbanken erfasste Literatur plus in der so gefundenen Literatur zitierte Studien; somit kann man nicht ausschließen, dass insbesondere ausführliche Freihandresearchen eventuell weitere Studien ermitteln könnten. Vor diesem Hintergrund müssen die gewonnen Erkenntnisse und gezogenen Rückschlüsse gesehen werden.

Die statistischen Zusammenhänge von Programmteilnahme und Outcome-Variablen definierten die Effekte der Studien. So wurde das Spektrum der Effekte durch die Wahl der abhängigen Variablen in den Studien begrenzt und andere eventuell auftretende Effekte konnten unentdeckt bleiben. Die Auswahl der Variablen war wiederum an die Ziele der Programme gebunden. Die Frage nach den Zielen ist zentral bei der Entwicklung und Beurteilung von Präventionsprogrammen. Nicht immer wurden diese hingegen konkret benannt. Grob lassen sich die Ziele in lang- und kurzfristige bzw. primäre und sekundäre Ziele einteilen. Der Präventionsgedanke ergab sich bei allen Programmen aus den Erkenntnissen über Kinder sucht- und psychisch belasteter Eltern als Hochrisikogruppe zur Entwicklung einer suchtbezogenen oder psychischen Störung. Dieses Risiko zu mindern, ist ein Langzeitziel der Präventionsprogramme. Für das Erreichen dieses primären Ziels griffen die unterschiedlichen Programme auf ähnliche Ansätze zurück. Durch Stärkung und Förderung der Resilienzfaktoren sollte das Risiko der einzelnen Kinder zur Entwicklung einer Störung reduziert werden.

Differenzen herrschten bei der Gewichtung und Auswahl dieser Faktoren. Die Bandbreite der gewählten Outcome-Variablen verdeutlicht die unterschiedlichen Vorstellungen und die Komplexität der Mechanismen von Prävention. Welche Faktoren zum Erreichen des langfristigen Ziels die wichtigsten waren, konnte mangels Langzeitvergleichen nicht gezeigt werden. Auch ob überhaupt ein Einfluss der gemessenen Variablen auf das Ziel bestand, wurde nur in drei Studien (1. CWS, *Clarke et al., 2001*, 8. Teen Club, *Tuttle et al. 2001*; 14. FCP, *Haggerty et al., 2008*) jeweils nach zwei, fünf und zwölf Jahren untersucht. In diesen drei Studien zeichnete sich die Tendenz ab, dass die Effekte schwächer zu werden scheinen, je länger die Intervention zurück liegt.

Die Ergebnisse belegten aber, dass es zum einen mithilfe eines strukturierten Programms sehr gut möglich war, krankheitsbezogenes Wissen, Selbstwert, Bewältigungsstrategien und Sozialverhalten der Kinder positiv zu beeinflussen, zum anderen dieser Erfolg aber nur dann gegeben war, wenn die Programme sehr genau auf die Bedürfnisse der Zielgruppe (Alter/Geschlecht/kultureller Hintergrund) angepasst waren. Hinsichtlich der Verbesserung des Funktionsniveaus der Familie ließ sich feststellen, dass dieser Effekt am deutlichsten auftrat, wenn Eltern und Kinder gleichermaßen am Programm teilnahmen. Hierin lag ein großer Unterschied der Kinder- und Familienprogramme. Ein wichtiges Ziel aller Familienprogramme war die Verbesserung der Familienfunktionen, auch als Boden für eine gesündere Entwicklung der Kinder. Dies stellte den großen Vorteil der Familienprogramme dar, wenn berücksichtigt wird, dass vor allem die familiäre Dysfunktion eine starke Belastung und einen Risikofaktor für die Kinder darstellt.

Die Verbesserung der Familienfunktionen war in Programmen für Kinder sekundär und es soll noch einmal auf den großen Unterschied der Situation von Kindern mit Eltern mit und ohne Behandlung hingewiesen werden. Die weitaus größere Zahl der suchtbelasteten Eltern befindet sich nicht in Behandlung, es bleibt das Problem der Rekrutierung der Kinder, das umso größer ist, je jünger die Kinder sind. Hier sind die Kinder auf die Aufmerksamkeit des Umfelds und natürlich auf andere betreuende Personen in Kindergärten und Schulen angewiesen. An dieser Stelle werden Kinder eindeutig sehr alleingelassen. Von großer Wichtigkeit für die Kinder wäre die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für dieses Thema. Sicherlich verhindert auch die gesellschaftliche Doppelbödigkeit in Bezug auf Drogenkonsum, insbesondere Alkoholkonsum, offensive Schritte in diese Richtung. Es gilt Unterstützung anzubieten und Stigmatisierung zu vermeiden. Dazu gehört auch, betroffene Eltern zu ermutigen,

ihren Kindern Hilfsangebote zu ermöglichen und immer wieder zu versuchen, die Eltern einzubeziehen. In der Mehrzahl der Studien war die Zustimmung der Eltern notwendig und soweit nachvollziehbar, gaben die Eltern mit wenigen Einschränkungen ihr Einverständnis.

Die Programme, die Komponenten über die Dauer eines halben Jahres und länger enthielten, zeigten gegenüber Kurzzeitinterventionen bessere Effekte. Die Kontinuität und der Halt einer Gruppe bewiesen sich als stützende Pfeiler einer effektiven Intervention. Es gibt Anzeichen dafür, dass es vor allem die Peer-Gruppe ist, die stabilisierend wirkt. Dass eine gewisse Kontinuität der Nachhaltigkeit förderlich ist, ist nicht schwer nachzuvollziehen. Im Gegenteil, es können acht Stunden eines Präventionsprogramms nicht zum Erwerb oder der Stärkung der Resilienzen führen, die für ein stabiles Leben notwendig sind. Aber sie können den Weg dahin bahnen und sollten, wie z.B. in einigen Schulgruppen erfolgt, fortgeführt werden. Vorstellbar wären auch wiederholende oder aneinander anknüpfende Programmabschnitte über mehrere Jahre verteilt.

Über die Nachhaltigkeit der genannten Effekte über ein Jahr hinaus gab es nur in Studie 1 (CWS, *Clarke et al., 2001*) Angaben, dort waren noch schwache Effekte bezüglich weniger depressiver Symptome erkennbar. Für das Erreichen des Langzeitziels ist es wichtig zu wissen, ob und wie lange eine Nachhaltigkeit der Effekte bestand. Bemerkenswert war, dass die beiden Langzeitstudien (8. Teen Club, *Tuttle et al. 2001*; 14. FCP, *Haggerty et al., 2008*) bezogen auf Suchtbelastung (nach fünf und nach zwölf Jahren) einen höheren Substanzkonsum der UG im Vergleich mit der altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung aufwiesen und keine signifikante Verbesserung des Substanzkonsums im Vergleich mit der KG festzustellen war. Es deutet sich an, dass es eher schwer ist, durch derartige Präventionsprogramme langfristig den Drogenkonsum selbst zu beeinflussen, auch wenn es im Bereich der Resilienzfaktoren zu Verbesserungen kommen kann. Das Risiko für eine substanzbezogene Störung sank nur bei den Männern in Studie 14 (FOF, *Haggerty et al., 2008*).

Bei der Beurteilung von Programmen muss geklärt werden, welches Ziel angestrebt wird, warum welche Indikatoren ausgewählt und wie sie gemessen werden. So gab es Studien, die wenig Effekte nachweisen konnten, trotz großer Programmmzufriedenheit bei den Kindern. Eventuell wurden hier Effekte durch unangemessene Auswahl der Instrumente nicht erfasst.

Zusätzlich zu rein quantitativen Studien sollten Programme auch qualitativ untersucht werden. Denn quantitative Messungen geben nicht den Prozess an, der hinter bestimmten Effekten steckt. So bedeuten negative Outcome-Messungen, z.B. im Bereich emotionaler Probleme, nicht zwangsläufig die Schwäche eines Programms, sie könnten auch Kennzeichen eines Entwicklungsprozesses und einer inneren Auseinandersetzung als Folge der Teilnahme an einem Programm sein. Durch qualitative Auswertungen wären solche Prozesse besser nachvollziehbar, wie in Studie 11 (SBSG, *Gance-Cleveland, 2004*) geschehen.

Auch wenn noch nicht deutlich genug geklärt wurde, ob Präventionsprogramme langfristig das Risiko der Entwicklung einer eigenen Störung der Kinder reduzieren können, kann abschließend gesagt werden, dass es möglich ist, mit strukturierten Programmen die Resilienzfaktoren der Kinder positiv zu beeinflussen, wovon die Kinder in verschiedensten Lebensbereichen profitieren können. Dieser Punkt, zusammen mit der hohen Zufriedenheit der Kinder mit den Programmen, stellt schon eine Legitimation für solche Programme dar, es ist jedoch notwendig, die Strukturen weiter zu optimieren

Es lässt sich sagen, dass unter den Familienprogrammen für Suchtbelastung das FCP (17. *Orte et al., 2008*), die spanische Adaptation des SFP-Utah, die besten Effekte bei guter Design-Güte der Studie und der Evidenzklasse IIb bot. Da nur ein Programm für Familien mit psychischer elterlicher Belastung untersucht wurde, ist es zwangsläufig das „beste“ dieser Kategorie. Dabei handelte es sich um das CFI (15. *Beardslee et al., 1997, 2007*), welches einen ähnlichen Aufbau und ähnliche Strukturen wie das genannte beste Familienprogramm für Suchtbelastung aufwies. Die Studie hierzu wies ein sehr gutes Studien-Design und die Evidenzklasse Ib auf. Die guten Effekte dieser beiden Familienprogramme, die in Studien hoher Qualität nachgewiesen wurden, unterstützen die schon diskutierten Vorteile von Programmen, die Kinder und Eltern gleichermaßen einbeziehen.

Obwohl es durch die Unterschiedlichkeit der Qualitäten der Studien schwierig ist, Vergleiche anzustellen, können aus den untersuchten Programmen für Kinder suchtbelasteter Eltern das SMAAP (2. *Short et al., 1995*) und CHOICES (5., 10. *Horn und Kolbo, 2000a, 2000b*) als die Programme mit den besten Effekten angesehen werden. Auch der Teen-Club (8., 12. *Tuttle et al., 2000, 2001*) zeigte einige positive Langzeiteffekte, war aber auf Mädchen und spezielle Mädchen-Themen (wie z.B. Schwangerschaft und Kindererziehung) ausgerichtet. Die Langzeitanbindung und das positive Outcome nach fünf Jahren sprechen jedoch für dieses Programm. Im direkten

Vergleich ist das CHOICES-Programm (5., 10. *Horn und Kolbo, 2000a, 2000b*), das in einer Studie der Evidenzklasse Ib mit sehr gutem Studien-Design untersucht wurde, wegen der 3-Komponenten-Struktur und vor allem wegen seiner Langzeitkomponenten als die empfehlenswerteste Vorlage der Kinderprogramme anzusehen. Von den Programmen für Kinder psychisch belasteter Eltern zeigten das CWS-Programm (1. *Clarke et al., 2001*) und „Positive Connections“ (17. *Orel et al., 2003*) die besten Effekte, wobei die Qualität der Studien stark differierte. Bei dem letzteren handelte es sich um ein 3-Komponenten-Programm und es ist aus diesem Grund und vor dem Hintergrund der gewonnenen Erkenntnisse dem CWS-Programm mit nur sechs bis zehn Sitzungen vorzuziehen, es wurde jedoch in einer Studie der Evidenzklasse III mit mäßigem Studien-Design untersucht.

Tabelle 25. Priorisierung der Programme nach Programmart und Zielgruppe

elterlichen Störung	Zielgruppe: KINDER	Zielgruppe: FAMILIEN
<b>SUCHTBELASTUNG</b>	<b>CHOICES</b> Design-Güte: sehr gut Evidenzklasse: Ib	<b>FCP</b> (Family Competence Program) Design-Güte: gut Evidenzklasse IIa
<b>PSYCHISCHE BELASTUNG</b>	<b>Positive Connections</b> Design-Güte: mäßig Evidenzklasse: III	<b>CFI</b> (Clinician-Facilitated-Intervention) Design-Güte: sehr gut Evidenzklasse: Ib

Weitere Forschung, insbesondere in Bezug auf Langzeiteffekte, ist dringend angezeigt, will man dem Ausmaß der Problematik und vor allem den Kindern belasteter Eltern gerecht werden. Neben der Forschung ist dann die Etablierung von Programmen in der Praxis der wichtigste Schritt.

Angesichts der fehlenden kurzfristigen wirtschaftlichen Profitabilität von Präventionsprogrammen kann dies nur mit politischer Unterstützung gelingen.

## 6. Zusammenfassung

---

**Fragestellung:** Vor dem Hintergrund zunehmender Angebote von Präventionsprogrammen zur selektiven und indizierten Prävention für Kinder sucht- oder psychisch belasteter Eltern behandelt die vorliegende Arbeit die empirische Evidenz solcher Präventionsprogramme. Ziel ist zum einen die Beurteilung in Hinblick auf ihre Effektivität, was auch für die Konzeption weiterer Präventionsprogramme hilfreich sein kann, zum anderen sollen mögliche Forschungslücken aufgedeckt werden.

**Methode:** Es handelt sich um einen systematischen Review, der sich an den Standards der Cochran Collaboration orientiert. Dafür wurde in den nicht öffentlichen Datenbanken Ovid MEDLINE(R), EMBASE, PsycINFO und PSYINDEXplus eine Recherche mit den Schlüsselworten prevention AND child\* AND parents AND (addict\* OR alcohol OR mentally ill) durchgeführt. Die Suche wurde auf englische und deutsche Artikel aus dem Zeitraum 1994 – 2009 beschränkt und das Alter der untersuchten Personen auf 0 – 17 Jahre begrenzt. Die Abstracts aller 290 erhaltenen Treffer sowie weitere 16 durch Literaturhinweise und Freihandsuche identifizierte Texte wurden nach definierten In- und Exklusionskriterien von zwei Reviewerinnen selektiert. Der Kerndatensatz enthielt N=17 Studien, die dann einzeln nach Programmaufbau, Rekrutierung, Zielgruppe, Ergebnissen, Limitationen, Evidenzgrad (nach SIGN) und Design-Güte (Adaptation eines Codierungsplans aus der Familientherapie-Forschung) beschrieben wurden.

**Ergebnisse:** Die untersuchten Studien stammten aus den Jahren 1995 – 2008 und wiesen zu 65% eine sehr gute oder gute Design-Güte auf oder konnten den Evidenzklassen I oder II zugeordnet werden. Unter diesen Programmen waren sechs ausschließlich an Kinder gerichtet Programme sowie alle fünf Familienprogramme. Die wichtigsten Effekte waren die Wissensvermittlung, die Stärkung des Selbstwertgefühls, das Erlernen von Coping-Strategien und das verbesserte Sozialverhalten. Die Familienprogramme hatten gute Effekte bei den Kindern, wenn Eltern und Kinder gleichermaßen beteiligt wurden, hier verbesserten sich zusätzlich die Familienfunktionen. Allgemein zeigten Programme mit längeren Komponenten bessere Effekte als Kurzinterventionen. Es handelte sich vorwiegend um kleine und mittlere Effektstärken.

**Limitationen:** Die kleine Gesamtstichprobe erschwert die Ableitung allgemeingültiger evidenzbasierter Kriterien für Präventionsprogramme. Angesichts der spärlichen

Datenlage mussten auch Studien geringerer Design-Güte eingeschlossen werden, sodass die „wahre Effektivität“ fälschlich zu hoch oder zu niedrig eingeschätzt wurde. Des Weiteren könnten Publikations-Biases vorliegen.

**Schlussfolgerungen:** Präventionsprogramme können effektiv bei der Stärkung der Resilienzfaktoren für die Entwicklung einer eigenen Störung bei Kindern von sucht- oder psychisch belasteten Eltern sein. Es zeigte sich jedoch ein unterforschter Erkenntnisstand zu Effekten solcher Präventionsprogramme. Vor allem in Europa ist die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen sehr gering. Es besteht Forschungsbedarf, insbesondere in Bezug auf Langzeiteffekte.

## 7. Literaturverzeichnis

---

Die Literaturhinweise zu den Studien des Kerndatensatzes sind mit ● gekennzeichnet.

Achenbach, T.M., Edelbrock C. (1983), Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M., Edelbrock C. (1987), Manual for the Youth Self-Report and Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Asher, S.R., Wheeler, V.A. (1985). Children`s loneliness: A comparison of reject and neglect peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 500-505.

Barraca, J., López-Yarta. L. 2003. ESFA. Escala de Satisfacción familiar por adjetivos. Madrid: TEAEdiciones.

Beardslee, W. R., Wright, E., Salt, P., Drenzner K., Gladstone, T., Versage, E., Rothberg, P. (1997) Examination of Children`s Responses to two Preventive Intervention Strategies Over Time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 36 (2), 196-204.

● Beardslee, W.R., Wright, E., Gladstone, T., Forbes, R. (2007). Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, Vol. 21(4), 703-713.

Beck, A.T. (1972). *Depression: Causes and treatments*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Campbell-Heider, N., Tuttle, J., Bidwell-Cerone, S., Richeson, G., Collins, S. (2003). The Buffering Effects of Connectedness: Teen Club Intervention for Children of Substance Abusing Families. *Journal of Addictions Nursing*, Vol.14, (175-182).

● Catalano, Richard F; Gainey, Randy R; Fleming, Charles B; Haggerty, Kevin P; Johnson, Norman O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: One-year follow-up of the focus on families project. *Addiction*, Vol 94(2), 241-254.

Cierpka, M., Frevert, G. (1994). *Die Familienbögen – Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. Göttingen: Hogrefe.

● Clarke, G. N., Hornbrook, Mark, Lynch, Frances, Polen, Michael, Gale, J., Beardslee, W., O`Connor, E., Seeley, J. (2001). A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention for Preventing Depression in Adolescent Offspring of Depressed Parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.

Corcoran, K., Fischer, J. (1987). *Measures for clinical practice*. New York: Free Press

Crothers, TD. (1887) Inebriety traced to the intoxication of parents at the time of conception. *Medical and Surgical Reporter*, 56, 349-351.

Cuipers, P. (2005). Prevention programmes for children of problem drinkers: A review. *Drugs: education, prevention and policy*. Vol.12 (6) 465-475, 2005.

Dawe, S., Harnett, P. (2007). Reducing potential for child abuse among methadone-maintained parents: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* V00l. 32 381-390.

- Denzin, N. K., Lincoln, Y. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dore, Martha M., Nelson-Zlupko, L., Kaufmann E. (1999). "Friends in Need": Designing and Implementing a Psychoeducational Group for School Children from Drug-Involved Families. *Social Work*, Vol. 44, No. 2, 179-190.
- Endicott, J., Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 35, 837-844.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J.L., Cohen, J. (1976) The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 33, 776-771.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G., Breen, R. (2003). Long-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397-411.
- Franks, P.; Shields, C.; Campbell, T.; McDaniel, S.; Harp, J.; Botelho, R.J.(1992). Association of social relationships with depressive symptoms: Testing an alternative to social support. *Journal of Family Psychology*, 6(1), 49-59.
- Fraser, E., Pakenham, K.I. (2008). Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 42(12)(pp 1041-1050).
  - Gance-Cleveland, B.; Mays, M. (2008). School-based support groups for adolescents with a substance-abusing parent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, Vol. 14(4) Aug 2008, 297-309.
  - Gance-Cleveland, B. (2004). Qualitative Evaluation of a School-Based Support Group for Adolescents With An Addicted Parent. *Nursing Research*, Vol. 53(6), 379-386.
- Gruber, K., Fleetwood, T. (2004). In-Home Continuing Care Service for Substance Use Affected Families. *Substance Use & Misuse*, Vol.39 (9), 1378-1403.
- Gruber, K., Fleetwood, T. (2001). In-Home Continuing Care Service for Substance Use Affected Families: The Bridges Program. *Social Work*, Vol.46 (3).
- Gurman, A.S., Kniskern D.P. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective and prospect. In Garfield, S.L. & Bergin A.E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (2nd ed., pp. 817–901). New York NY: Wiley.
- Haggerty, K.P., Skinner, M., Fleming, C.B., Gainey, R.R., Catalano, R.F. (2008). Long-term effects of the Focuson Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction*, 103(12), (pp 2008-2016).
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver: University of Denver.
- Holahan, C.J., Moos, R. H. (1981). Social support and psychological distress: a longitudinal analysis. *Journal of Abnorm Psychology*, Vol. 90, 365-370.
- Horn, K., Kolbo, J.R. (2000a). Using The Cumulative Strategies Model For Drug Abuse Prevention: A Small Group Analysis of The Choices Program. *American Journal of Health Studies*.

- Horn, K., Kolbo, J.R. (2000b). Application of a Cumulative Strategies Model for drug abuse prevention: Exploring choices for high risk children. *Journal of Drug Education*, 30(3), (pp 291-312).
  
- Jones, J. W. (1983). *Children of Alcoholics Screening Test: Testmanual*. Chicago: Camelot Unlimited.
  
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien-Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie*, Vol. 2, 118-124.
  
- Kovacs, M. (1985). The Children`s Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-999.
  
- Krueger, R.A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
  
- Kumpfer, K.L., DeMarsh, J.P. (1983). *Strengthening Families Program: Training curriculum manual*. Salt Lake City, UT: University of Utah, Graduate School of Social Work, Social Research Institute.
  
- Kumpfer, K.L., DeMarsh, J.P., Child, W. (1989). *Strengthening Families Program: Children`s skills training curriculum manual*. Prevention services to children of substance-abusing parents. Salt Lake City, UT: University of Utah, Social Research Institute.
  
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V., Spoth, R. (1996). The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations. In: Peters R. D., McMahon, R. J. (Eds.), *Childhood disorders, substance abuse and delinquency* (pp. 241-267). Thousand Oaks, CA: Sage.
  
- Kumpfer, K.L., Johnson J.L. (2007). Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents. *Adicciones*, Vol. 19 (1), (pp 13-25).
  
- Kumpfer, K.L., Fowler M.A. (2007). Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, Vol. 12 (2), (pp134-142).
  
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
  
- Maguin, E., Safyer, T. (2003). The Impact of a Family-Based Alcohol Prevention Program on Children`s Externalizing Behavior Problems. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 27, 72A (No.401).
  
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory: Youth form, professional manual*. Oessa, FL: Psychological Assessment Resources.
  
- Moos, R., Cronkite, C., & Finney, J.W. (1990). *Health and daily living form, manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Mind Garden.
  
- Müllner, M. (2005). *Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik*. Springer.
  
- Nowicki, S., Strickland, B.R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 40, 148-154.
  
- Orel, N. A. , Groves, P. A., Shannon, L. (2006) "Positive Connections: A programme for children who have a parent with a mental illness". *Child & Family Social Work*, Vol. 11(1).
  
- Orte, C., Touza, C., Ballester, L., March, M. (2008). Children of drug-dependent parents: Prevention programme outcomes. *Educational Research*, Vol. 50(3), 249-26.

- Petermann, F. (1995). Kinder aus Alkohol- und Drogenfamilien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, Vol. 43 (1).
- Pojoga, N. Popovici, I. Popovici, L. (1937). The influence of parental alcoholism upon the school success and intelligence of children. *Analele di Psihologie (Bucharest)*. 41937, 282-93.
- Puig-Antich, J., Orvaschel, H. Tabrizi, M. A., Chambers, W. (1980). The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version (Kiddie-SADS-E). New York Psychiatric Institute and Yale University School of Medicine.
- Reynolds, C.R., Kamphaus, R.W. (2004). *BASC: Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescents*. Madrid: TEA Ediciones.
- Schaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J. et al. (1992). A Children's Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 40: 1228-1231.
- Schiltz, M. J. (1992). Ten steps for preventing student relapse. Greenfield, WI: Community Recovery.
- Short, J. L., Roosa, M. W., Sandler, I. N., Ayers, T. S. (1995). Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 23(2), 223-247.
- Skinner, H., Steinhauser, P. & Santa Barbara, J. (1995). *Family Assessment Measure (FAM)*. Psychological Assessment Resources, Inc., Washington, DC.
- Spoth, R.L., Redmond, C., Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 627-642.
- Statistisches Bundesamt (2006). *Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für Politische Bildung.
- Stanton, M.D., Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug-abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.
- Suter, A. (2007) Kinder psychisch kranker Eltern. *Pädiatrie*, Vol. 3, 24-25.
- Tuttle, Jane, Campbell-Heider, N., Bidwell-Cerone, S., Richeson, G., Collins, S. (2001). Teen Club: Intervention for Adolescent Children of Substance Abusing Parents: A Study of Five-Year-Options. *Adolescent and Familie Health*, Vol. 2 (1), 47.
  - Tuttle, Jane, Campbell-Heider, N., Bidwell-Cerone, S., Richeson, G., Collins, S. (2000). Teen Club: A Nursing Intervention for Reducing Risk-taking Behavior and Improving Well-Being in Female African American Adolescents. *Journal of pediatric health care*. Vol. 14 (3), 103-108.
- Wagenblass, S. (2003). Wenn Eltern in ver-rückten Welten leben. *Soziale Psychiatrie*, Vol. 3, 8-11.
- Werner, M.J., Joffe, A., Graham, A.V. (1999). Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. *Pediatrics*, 103(5 II), (pp 1099-1112).

- Wittchen, H. U. (2000). Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. München: MPI für Psychiatrie.
- Wolin, S. , Wolin, S. (1995). Resilience Among Youth Growing up in Substance-Abusing Families. *Pediatric Clinics of North America*, Vol. 42 (2), 415-427.
- Woodside, M., Bishop, R., Miller, L., Swisher J. (1997). Experimental Evaluation of "The Images Within": An Alcohol Education and Prevention Program. *Journal of Drug Education*, Vol. 27(1), 53-65.

## 8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

---

<b>Tabelle</b>	<b>Seite</b>
1 Relative Wahrscheinlichkeit für Alkoholabhängigkeit bei Töchtern und Söhnen von Eltern mit Alkoholstörungen	4
2 Relative Erkrankungsrisiken für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien	5
3 Themen ausgeschlossener Abstracts	12
4 Studien-Design-Güte	18
5 Clarke et al. (2001, USA)	25
6 Short et al. (1995, USA)	31
7 Dore et al. (1999, USA)	35
8 Gance-Cleveland & Mays (2008, USA)	41
9 Horn & Kolbo (2000a, USA)	47
10 Fraser & Pakenham (2008, Australien)	52
11 Orel et al. (2003, USA)	58
12 Tuttle et al. (2001, USA)	61
13 Woodside et al. (1997, USA)	65
14 Horn & Kolbo (2000b, USA)	68
15 Gance-Cleveland (2004, USA)	72
16 Tuttle et al. (2000, USA)	75
17 Catalano et al. (1999, USA)	79
18 Haggerty et al. (2008, USA)	82
19 Beardslee et al. (1997, 2007, USA)	88
20 Maguin et al. (2003, USA)	91
21 Orte et al. (2008, Spanien)	96
22 Übersicht aller eingeschlossenen Studien	98
23 Verteilung der eingeschlossenen Studien auf die Qualitätskriterien	101
24 Verteilung der verschiedenen Programmarten auf die Studien und ihre Güte	101
25 Priorisierung der Programme nach Programmart und Zielgruppe	120
 <b>Abbildung</b>	
1 Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung des Kindes	7
2 Dokumentation der Datenrecherche	16

## Danksagung

---

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, Ärztlicher Leiter des Bereichs Suchtstörungen (Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters, Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien, Jugend-Suchtstation) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, für die Überlassung des Dissertationsthemas.

Sehr herzlich möchte ich Herrn Dr. phil. Dipl. Psych. Peter-Michael Sack, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), für seine umfassende und motivierende Betreuung danken. Seine stete, freundliche und hilfsbereite Unterstützung und Anleitung, die wertvollen Anregungen und Ratschläge und die konstruktive Kritik haben maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Insbesondere bin ich dankbar für die schnelle Korrektur, die Geduld bei meinen vielen Fragen und den Einblick in die wissenschaftliche Arbeit. Ebenfalls ein Dank an Frau Dr. Sonja Bröning, wissenschaftliche Mitarbeiterin des DZSKJ, für die sorgfältige Korrektur.

Gurli Herrmann, die zweite Reviewerin dieser Arbeit, ohne deren Initiative und Kontakt zum DZSKJ ich diese Arbeit nicht geschrieben hätte, danke ich für ihre Unterstützung und Hilfsbereitschaft.

Mein weiterer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztlichen Zentralbibliothek für ihre immer freundliche und sehr bemühte Hilfe bei der umfangreichen Datenrecherche.

Besonderer Dank gilt dem Mann an meiner Seite, Lukas Schwichtenberg, der mich bestärkte, diese Arbeit zu schreiben, Computerprobleme löste und Nachsicht und Verständnis in arbeitsintensiven Phasen aufbrachte. Unseren wunderbaren Kindern Leon und Mia danke ich ebenfalls für ihre Geduld und ihr Verständnis.

# Lebenslauf

---

## **Persönliche Daten**

Katja Kruse

16.06.1969 in Hamburg geboren

ledig, zwei Kinder, geboren 1995/1997

## **Schul- und Berufsausbildung**

1979 – 1988

Gymnasium Bramfeld; Hamburg

Abitur (Leistungsfächer: Mathematik, Biologie)

1988 – 1991

Ausbildung zur Krankenschwester im

AK St. Georg, Hamburg

09/1991

Abschluss: examinierte Krankenschwester

## **Berufstätigkeit**

10/1991 – 04/1994

Krankenschwester; AK St. Georg, Hamburg, Neurologie

04/1994 – 12/2004

Flugbegleiterin; AERO LLOYD Flugreisen und Joda-  
Personalagentur, Hamburg/Frankfurt

02/1995 – 06/2000

Krankenschwester; Gynäkologische Praxis, Hamburg

seit 01/2011

Ärztin; Schön Klinik Hamburg Eilbek

Psychosomatik und Psychotherapie

## **Hochschulstudium**

10/2004 – 11/2010

Humanmedizin; Universität Hamburg

09/2006

erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

08/2009 – 07/2010

Praktisches Jahr in der Schön Klinik Hamburg Eilbek

Wahlfach: Psychosomatik und Psychotherapie

11/2010

zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Approbation als Ärztin

## Eidesstattliche Versicherung

---

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einer Fachvertreterin oder einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Prüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Katja Kruse