



Lausanne
Dezember 2008

Abschlussbericht

Therapeutisches Angebot für Kinder aus Familien mit Alkohol- und anderen Suchtproblemen der Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme

Evaluationsergebnisse eines Pilotprojektes
(2005 – 2007)

Hermann Fahrenkrug*
Georg Kling**
Gerhard Gmel***

- * Dr. phil., Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, SFA Lausanne
- ** Lic. phil., Integrierte Suchthilfe Winterthur
- *** Dr. phil., Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, SFA Lausanne



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
1. Einleitung	3
2. Das Therapieangebot für Kinder aus Familien mit Suchtproblemen	3
2.1 Angewendete therapeutische Verfahren	4
2.1.1 Einzeltherapie	4
2.1.2 Gruppentherapie	5
3. Ziele der Evaluation	5
3.1. Evaluationsmethoden	8
4. Resultate	9
4.1. Soziodemographischer und familiärer Hintergrund der behandelten Kinder	9
4.2. Suchtprobleme in der Familie	10
4.3. Therapeutische Situation der behandelten Kinder	11
4.4. Selbsteinschätzung der Kinder	11
4.5. Entwicklung der Kinder aus der Sicht der Eltern	15
4.6. Sicht der BetreuerInnen/externen Bezugspersonen	20
4.7. Entwicklung der Kinder aus der Sicht der TherapeutInnen	21
4.8. Sicht der zuweisenden Stellen/Primärerfasser	23
4.9. Qualitative Einzelfallanalysen	24
<i>Fallbeispiel 1: Einzeltherapie (Mirko)</i>	24
<i>Fallbeispiel 2: (Karl)</i>	28
<i>Fallbeispiel 3: Gruppentherapie (Frank, Gabi, Daniel)</i>	31
5. Fazit	32
Literatur	33
Therapieprogramme	34
Diagnostik und Testpsychologie	35
Webseiten:	35
Anhang 1	36
Anhang 2 - SDQ	39
Anhang 3	42



Zusammenfassung

An der Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme (wfa) – heute Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW) – wurde zwischen September 2004 und Juni 2007 ein Pilotprojekt zur Frühintervention bei Kindern suchtkranker Eltern durchgeführt. Im vorliegenden Bericht wird dieses Projekt wissenschaftlich evaluiert. Das vorrangige Ziel der Evaluation bestand darin, mittels psychologischer Testverfahren allfällige durch die Therapie bedingte Veränderungen bei den behandelten Kindern und in deren Umfeld zu erheben sowie diese Wirkungen des Frühinterventionsprozesses zu interpretieren. Dies geschah aus der Sicht der Kinder selber, der Kindseltern, anderer Bezugspersonen des Kindes und der Therapeuten.

Im Laufe der Projektumsetzung wurden insgesamt 41 Kinder behandelt, von denen 26 in die Evaluation einbezogen werden konnten. Die statistische Analyse zeigt, dass die therapeutischen Interventionen grundsätzlich erfolgreich verlaufen sind. Sowohl aus der Sicht der Kinder, der Eltern wie auch der Therapeuten zeigen sich statistisch nachweisbare Verbesserungen im Befinden und Verhalten der Kinder. Dies trotz der geringen Fallzahlen, der grossen Altersspanne, der unterschiedlichen Therapiemethoden und der häufig enormen Komplexität der Fälle.

Dieser quantitativen Ergebnisevaluation, die angesichts der geringen Fallzahl behandelter Kinder nur statistisch begrenzt aussagefähige Daten liefern kann, schliessen sich erläuternde Einzelfalldarstellungen an, um die komplexen Therapieergebnisse zu verdeutlichen. Nicht nur durch die eigentliche psychologische Behandlung, sondern auch durch die bessere Kenntnis von Suchtproblemen und das Erlernen von Techniken der Stressbewältigung stehen den Kindern zusätzliche Ressourcen im Umgang mit ihren suchtkranken Eltern zur Verfügung. Die kombinierte Behandlung von Eltern und Kindern vermittelte den Kindern zudem positive Erfahrungen in der Interaktion mit ihren Eltern.

Festgehalten werden kann ebenfalls, dass Personen aus den zuweisenden Institutionen das Behandlungsangebot von Kindern aus suchtblasteten Familien nicht nur positiv aufgenommen, sondern auch genutzt haben. Die Verbindung der Behandlung suchtkranker Eltern und eine spezifische Intervention bei deren Kindern an derselben Stelle wird von den zuweisenden Stellen geschätzt.



1. Einleitung

An der Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme (wfa), die seit September 2008 in Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW) umbenannt wurde, wird ein lokal, regional und national weit beachtetes Pilotprojekt zur Frühintervention bei Kindern suchtkranker Eltern durchgeführt. Die ISW steht unter der Trägerschaft vom Departement Soziales der Stadt Winterthur in Kooperation mit der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW). Die Aufmerksamkeit, die dieses innovative Projekt bei Betroffenen, Fachleuten, politischen Entscheidungsträgern und insbesondere in den Medien ausgelöst hat, zeigt, wie virulent die Problematik der Auswirkungen einer Suchtkrankheit eines Elternteils auf die Gesundheit, die Entwicklungschancen und die soziale Integration der Kinder ist. Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz ca. 100'000 bis 150'000 Kinder in Familien mit Alkohol- und anderen Suchtproblemen aufwachsen. Es besteht kein Zweifel über den traumatischen Charakter einer derartigen kindlichen Lebenssituation und den psychischen Störungen sowie sozialen Problemen, die daraus erwachsen können. Höhere Krankheitsanfälligkeit, insbesondere ein höheres Risiko einer späteren Suchterkrankung, aggressives Verhalten und Schulprobleme sind nur einige Folgeschädigungen, die Kinder aus suchtbelasteten Familien erleiden. Im Folgenden wird das Spektrum der therapeutischen Angebote beschrieben sowie die Ergebnisse eines zweijährigen Evaluationsprozesses dargestellt. Die quantitative Ergebnisevaluation der Daten aus dem therapeutischen Prozess sowie die Prozessevaluation des Projektablaufes wurden ausschliesslich von der SFA durchgeführt. Die Tatsache, dass sich ein Mitarbeiter des evaluierten Projektes unter den Autoren dieser Studie befindet, begründet sich aus der Notwendigkeit, die in ihrer Aussagekraft begrenzten quantitativen Ergebnisse um einen qualitativen Teil mit Fallbeispielen behandelter Kinder zu ergänzen. Georg Kling von der Integrierten Suchthilfe Winterthur hat bei der Darstellung und Interpretation dieser Fälle einen wesentlichen Beitrag geleistet, der durch seine Koautorenschaft dieses Berichtes gewürdigt wird.

2. Das Therapieangebot für Kinder aus Familien mit Suchtproblemen

Der Gesundheitsbericht des Kantons Zürich für die Jahre 2000 bis 2006 konstatiert für 3.1% der männlichen und 0.9% der weiblichen Bevölkerung des Kantons ein erhöhtes Risiko, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sind oft auch Eltern minderjähriger Kinder, die von der Alkoholproblematik ihrer Eltern direkt mitbetroffen sind. Im Jahre 2004 richtete die damalige Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme ihre Aufmerksamkeit erstmals gezielt auf die Gefährdung von Kindern suchtkranker Eltern. Deren psychische Belastungen, Erfahrungen von Gewalt und sexuellen Übergriffen, Schulprobleme etc., die aus Suchtproblemen in der Familie entstanden waren, traten in der Behandlung der Eltern zwar immer wieder zutage, wurden aber nicht als eigenständige Problematik therapeutisch angegangen. Die Problemlage der Kinder abhängiger Eltern schien nicht in den Zuständigkeitsbereich der Suchtberatungsstelle zu gehören. Verantwortungsbewusstsein, Sorgfaltspflicht und auch Mitgefühl mit dem Leiden der Kinder in suchtbelasteten Familien liessen die wfa nach Lösungen suchen, wie sie im Rahmen ihres Beratungs- und Behandlungsauftrages den Bedürfnissen der Kinder besser gerecht werden könnte. Mehr Aufmerksamkeit auf die Not der Kinder suchtkranker Eltern und eine frühzeitige Intervention zur Minderung der Problembelastung und damit zur Verbesserung der psychosozialen Entwicklungschancen waren die Leitgedanken bei der Entwicklung der Früherkennung und Frühintervention. Neben dem Wohl der Kinder leisten derartige



Behandlungsstrategien auch einen Beitrag zur Senkung der zukünftigen Krankheits- und Sozialkosten, da das Risiko der familiären Suchtübertragung verringert wird.

Dank der finanziellen Unterstützung einer Reihe von Stiftungen, Fonds und Einzelpersonen konnten die konzeptuellen und organisatorischen Vorarbeiten in Angriff genommen und mit der konkreten Behandlungstätigkeit von Kindern suchtkranker Eltern im Januar 2005 begonnen werden. Das Pilotprojekt endete im Juni 2007. Ein erstes Factsheet zu den Ergebnissen einer ersten Evaluation konnte Ende 2007 vorgelegt werden. Der vorliegende Abschlussbericht vertieft die ersten Analysen und verbindet zusätzliche statistische Auswertungen mit ausführlicheren qualitativen Fallstudien.

Seit Oktober 2007 ist das Therapieangebot für Kinder suchtkranker Eltern ständiger Bestandteil des Leistungskataloges der Integrierten Suchthilfe Winterthur (ISW).

2.1 Angewendete therapeutische Verfahren

Bei der Behandlung der Kinder suchtkranker Eltern kamen Einzeltherapie und Gruppentherapie zum Einsatz, deren Inhalte und Ziele in folgenden kurz aufgeführt werden.

2.1.1 Einzeltherapie

Schwerpunkt bei der psychotherapeutischen Arbeit war die Arbeit mit dem einzelnen Kind. Von zentraler Bedeutung war dabei aber auch die Vernetzung im Umfeld des Kindes. So wurde stets versucht, die Eltern in die Therapie einzubeziehen. Daneben war der Kontakt zu Geschwistern, Lehrern und Lehrerinnen oder Verwandten etc. von grosser Bedeutung. Nicht zuletzt sollte auch oft der Kontakt zu Behörden (Jugendberatung, Vormundschaftsbehörde etc.) als eine wichtige Voraussetzung zum Gelingen einer Therapie gesucht werden.

In der Einzeltherapie wurde einerseits nach den Ansätzen der Personzentrierten Spieltherapie, andererseits mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden gearbeitet. Es wurde dabei sehr spezifisch auf die Besonderheiten der teilnehmenden Kinder eingegangen. Die einzeltherapeutische Arbeit vollzog sich über einen Zeitraum von durchschnittlich 1 1/2 Jahren bei einer wöchentlichen Sitzung mit dem Kind. Es kamen in der Einzeltherapie keine spezifischen Therapieprogramme zum Einsatz. Typische Schwerpunkte in der einzeltherapeutischen Arbeit waren:

Einen sicheren Ort zu gestalten
Stärkende Erfahrungen zu machen
Gute Beziehungen zu erleben
Verstehen der Dynamik von Drogen und Sucht
Einordnen und verstehen von schwierigen Situationen
Wahrnehmen und Akzeptieren der Ohnmacht gegenüber dem abhängigen Elternteil
Verantwortung ablegen
Erwachsenenrollen ablegen. Kind-Sein ermöglichen
Lernen sich abzugrenzen
Abbau von Scham und Schuldgefühlen
Handlungsmöglichkeiten finden und erproben
Entdecken und Stärken des Selbstwertes
Erfahren von Selbstwirksamkeit
Stärkung von Selbstsicherheit, Selbstwert und Sozialkompetenz

2.1.2 Gruppentherapie

Neben den Einzeltherapien wurden auch Gruppentherapien für Kinder durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Therapieprogramm mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Hintergrund (Gruppentherapie für Kinder aus suchtbelasteten Familien, Georg Kling, 2006).

Es umfasst insgesamt 13 Sitzungen mit bis zu 4 Kindern, wobei auch hier, wie in der Einzeltherapie das Umfeld einbezogen wird. Bei dieser Therapieform stehen folgende Themen im Vordergrund:

Verstehen der Problematik um Drogen und Sucht
Austausch von Erfahrungen untereinander
Abbau von Scham und Schuldgefühlen
Stärkung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz
Spiel und Spass
Information der Eltern und Stärkung der Erziehungskompetenz

3. Ziele der Evaluation

Im Folgenden werden kurz die Ziele und der Ablauf der Evaluation sowie die Evaluationsinstrumente und erhobenen Datenbestände dargestellt. Das grundlegende Ziel der Evaluation bestand darin, durch die Therapie bedingte Veränderungen bei den behandelten Kindern und in deren Umfeld zu erheben sowie diese Wirkungen des Frühinterventionsprozesses zu interpretieren. Dabei standen folgende Bereiche im Vordergrund:

Perspektiven: Es sollten die verschiedenen Perspektiven der Kindseltern, einer anderen Bezugsperson des Kindes, des Therapeuten untersucht werden.

Inhalt: Es sollten Veränderungen im Verhalten, im Emotionalen und im Kognitiven beim Kind erhoben, d.h. mittels adäquater psychologischer Testverfahren gemessen werden. Dies galt ebenfalls für Veränderungen im Umfeld vor und nach der Therapie.



Übergeordnetes: Mit einer Befragung der zuweisenden Stellen der Kinder sollte zudem die Akzeptanz, Einordnung und Perspektive des Projektes aus Sicht dieser sogenannten „Primärerfasser“ untersucht werden.

Der Evaluationsprozess in Kürze

Zeitraum der Evaluation: September 2005 – Juni 2007

Zeitraster der Erhebungen: nach jeder Therapiesitzung bzw. nach Bedarf durch die Therapeuten;
4-6 Wochen bei Eltern, Betreuer (vgl. Ablaufschema)

Evaluationsinstrumente:

1. Kinder-Fragebogen
2. Eltern-Fragebogen
3. Externe Betreuer- Fragebogen
4. Therapeuten-Fragebogen
5. Leitfaden-Interviews mit zuweisenden Stellen

Erhobenes Datenmaterial: 986 Datensätze zu 26 Therapieverläufen

10 Interviews mit zuweisenden Stellen



Ablaufschema Datenerhebung

Art	Personendaten	Therapiebegleitforschung			Projektevaluation
Quelle	Fremdeinschätzung der Familie	Fremdeinschätzung des Kindes		Selbst-einschätzung	Selbst-einschätzung
Person	Therapeutin evtl. Eltern	Therapeutin	Eltern Hort/Lehrerin	Kind	Primärerfasser
Fragebogen	Beginn bis 6. Kons. Fragebogen Prä GAF Störungsbilder	Jede Konsultation Fragebogen Therapie	Monatlich Eltern SDQ		
	Schluss Fragebogen Post GAF Störungsbilder		Anfang, Quartal und Schluss Hort/Lehrerin SDQ	3 Monatlich Hamstertest Monatlich CAT Screen	
Medien		Häufigkeit unbestimmt Camcorder-Aufnahmen			



3.1. Evaluationsmethoden

Im Folgenden werden die verschiedenen Evaluations- bzw. Testverfahren beschrieben, unterteilt nach Kind, Eltern, Therapeut, externer Bezugsperson und zuweisenden Institution (Primärerfasser).

Verwendete Testverfahren bei den Kindern

Hamster-Test (HT)

Der Hamster-Test ist ein illustrierter projektiver Fragebogen zur Untersuchung der Emotionalen Stabilität von Kindern. In Form einer vorgelesenen, von einem Kind farbig gezeichneten Bildergeschichte werden den Kindern insgesamt 19 Fragen gestellt, welche den folgenden Themenbereichen zugeordnet werden können: Ängste, kindliche Gewohnheiten und Interessen.

CAT-SCREEN-Test

Es handelt sich um ein computergestütztes (mittels Touch Screen-Monitor oder Maus), kindgerechtes (d.h. unabhängig von Lese- oder Schreibfähigkeit, in spielerischer Form, dem jeweiligen Entwicklungs- und Altersstand (2 Altersversionen) angepasstes Verfahren zur Erfassung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde, Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule) verdeutlicht.

Befragungsinstrument für Eltern und externe Bezugspersonen

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Dieses Screening-Instrument leistet eine Fremdeinschätzung (durch Eltern, Betreuungspersonen, Lehrer etc.) der Kinder hinsichtlich emotionaler und verhaltensmässiger Probleme (u.a. Probleme mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität), enthält aber auch Fragen zu prosozialem Verhalten.

Befragungsinstrumente für Therapeut/in

Fragebogen Prä/Post

Bei diesen Fragebogen handelt es sich um ein Verfahren, welches eigens für diese Evaluation erstellt wurde. Es beinhaltet neben der Erfassung der Daten der Probanden auch einen diagnostischen Teil der sich an den CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) anlehnt.

Global Assessment of Functioning (GAF)

GAF ist ein diagnostisches Instrument basierend auf der DSM IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) der amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen, sozialen oder beruflichen (schulischen) Funktionsbereiche beurteilt und nicht körperliche (oder umgebungsbedingte) Einschränkungen (vgl. Anhang 3, Box 1).

Störungsbilder und Auffälligkeiten

Diese Dimensionen des kindlichen Verhaltens wurden über ein diagnostisches Interview mit den Eltern zu 15 Störungsbildern, die von Störungen im Sozialverhalten über psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik bis hin zur Suizidalität reichen (vgl. Anhang 3, Box 2) erhoben.

Fragebogen Therapie

Hier handelt es sich um ein Verfahren, welches eigens für diese Evaluation erstellt wurde. Es beinhaltet eine diagnostische Erfassung des Probanden, die sich an den CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998) anlehnt.

Befragungsinstrument für zuweisende Stellen (Primärerfassende)

Interview

Die Befragung der Primärerfassenden erfolgte durch ein per Leitfaden strukturiertes Interview, in dem Bedarf, Akzeptanz, Finanzierung sowie Vernetzung und Vermittlung des Angebotes erfragt wird. Auch Barrieren bei der Implementierung des Behandlungsangebotes werden eruiert.

4. Resultate

4.1. Soziodemographischer und familiärer Hintergrund der behandelten Kinder

Das Durchschnittsalter der 26 behandelten Kinder beträgt 10 Jahre, wobei die Alterverteilung von der Kindheit (5-Jährige) bis zum frühen Jugendalter (über 13-Jährige) reicht. Zwei Drittel der Behandelten sind Jungen (vgl. Tabelle 1). Etwas mehr als die Hälfte der Kinder stammt aus Familien, in denen die Eltern getrennt leben oder geschieden sind. Fast die Hälfte der Kinder leben bei der Mutter. Fast ein Drittel der Kinder sind fremdplatziert.

Tabelle 1: Background-Charakteristika der behandelten Kinder - Soziodemographie

	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht		
männlich	17	65.4
weiblich	9	34.6
Alter**		
5 - < 7 Jahre	5	19.2
7 - < 9 Jahre	5	19.2
9 - < 11 Jahre	6	23.1
11 - < 13 Jahre	3	11.5
13+ Jahre	7	26.9
Familienstand der Eltern		
verheiratet	8	30.8
getrennt	12	46.2
geschieden	3	11.5
unverheiratet	2	7.7
verwitwet	1	3.8
Familiensituation*		
mit Eltern zusammenlebend	6	24.0
Nur bei der Mutter lebend	12	48.0
Kind fremdplatziert**	7	28.0

Bemerkung: * 1 fehlender Wert
 ** Altersdurchschnitt: 10.08

In über einem Viertel der Fälle sind entweder beide Elternteile oder der Vater nicht erwerbstätig (Tabelle 2).



Tabelle 2: Berufstätigkeit der Eltern

	Vater	Mutter	beide*
nicht erwerbstätig	34.6%	65.4%	26.9%
erwerbstätig	57.7%	34.6%	19.2%
ein Elternteil arbeitet	tnz	tnz	53.8%
unbekannt	7.7%	0.0%	tnz

Bemerkung: tnz= trifft nicht zu
 unbekannt wurde "nicht erwerbstätig" zugeordnet

4.2. Suchtprobleme in der Familie

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Problembelastung der Kinder durch die Suchtprobleme der Eltern. Hinsichtlich der Suchtproblematik sind überwiegend beide Elternteile oder nur die Mutter betroffen. Kinder, bei denen nur der Vater suchtmittelabhängig ist, sind in der Minderzahl. Der Grund dafür ist vermutlich, dass Kinder mit suchtmittelabhängigen Vätern häufig bei der gesunden Mutter leben.

Tabelle 3: Background-Charakteristika der behandelten Kinder - Suchtproblematik der Eltern

	Häufigkeit	Prozent
Alkohol-, Drogen, und psychische Probleme der Eltern		
nur Mutter betroffen	11	42.3
nur Vater betroffen	3	11.5
beide betroffen	12	46.2
Betroffene „Substanz“		
„nur“ Alkohol	17	65.4
Drogen (und Alkohol)	7	26.9
„nur“ psychische Probleme	2	7.7
Konsum der Eltern ausgesetzt		
nie	2	7.7
selten	4	15.4
oft	13	50.0
sehr oft	7	26.9

Tabelle 4: Gewalterfahrung der Kinder

	Körperlich/psychisch gegen sich selbst	Gewalt zwischen Eltern	Zumindest eines von beiden
nie	23.1	11.5	7.7
selten	15.4		
oft	15.4	15.4	3.8
sehr oft	46.2	73.1	88.5

Drei von vier Kindern sind dem problematischen Substanzkonsum der Eltern „oft“ und „sehr oft“ ausgesetzt. Der ganz überwiegende Teil der Kinder hat Gewalterfahrungen gemacht (Tabelle 4), die entweder gegen sie selbst gerichtet waren oder aber zwischen ihren Eltern stattfand. In etwa zwei Drittel der Fällen sind die Suchtprobleme der Eltern durch den Alkohol bedingt (vgl. die Details in Tabelle A1 im Anhang). Bei etwa einem Viertel spielt der Drogenkonsum teilweise in Verbindung mit dem Alkoholkonsum eine Rolle. Aus der Aufstellung im Anhang geht ebenfalls hervor, dass in fast allen Fällen (88.5 Prozent) neben den Suchtproblemen auch andere psychische Störungen bei den Eltern vorliegen.

4.3. Therapeutische Situation der behandelten Kinder

Fast die Hälfte der Kinder sind der Behandlung durch Sozialzentren oder Jugendsekretariate zugewiesen worden (vgl. Tabelle 5). Eltern, Hausärzte und die Suchtberatungsstellen kommen seltener als Zuweisende vor. Zwei von drei Kindern haben Einzeltherapie oder gemischte Therapie mit Gruppentherapie erhalten. Neun Behandelte erhielten nur Gruppentherapie. Sonderpädagogische Massnahmen wurden in einem Drittel der Fälle ergriffen.

In 14 Fällen konnte die Therapie regulär abgeschlossen werden. Bei etwas weniger als der Hälfte der Kinder wurde die Behandlung nach Ende der Evaluation an derselben Stelle weitergeführt. Zusätzlich kam es zu Fremdplatzierungen und Abbrüchen der Behandlung. Wichtig ist hierbei, dass bei fehlenden Therapieabschlüssen die Behandlung noch nicht zu einem optimalen Ergebnis geführt haben kann und somit die potenziellen Therapieerfolge hier konservativ geschätzt, ja unterschätzt, werden.

Tabelle 5: Background-Charakteristika der behandelten Kinder - Therapeutische Situation

	Häufigkeit	Prozent
Therapieform		
Einzeltherapie	16	61.5
Gruppentherapie	9	34.6
gemischte Therapie	1	3.8
Therapieabschluss		
abgeschlossen	14	53.8
Anderes (fremdplatziert, Abbruch, Umzug)	4	15.4
Therapie weitergeführt	8	30.8
Zuweisung durch		
Eltern	3	11.5
Sozialzentren/Jugendsekretariat	12	46.2
Kinder-/Jugendpsychiatrischer Dienst	1	3.8
Beratungsstelle - WFA	2	7.7
Alkohol- und andere Suchtberatungsstellen	1	3.8
Hausärzte/innen	3	11.5
Andere	4	15.4

Tabelle 6: Durchschnittliche Therapieverweildauern in Tagen

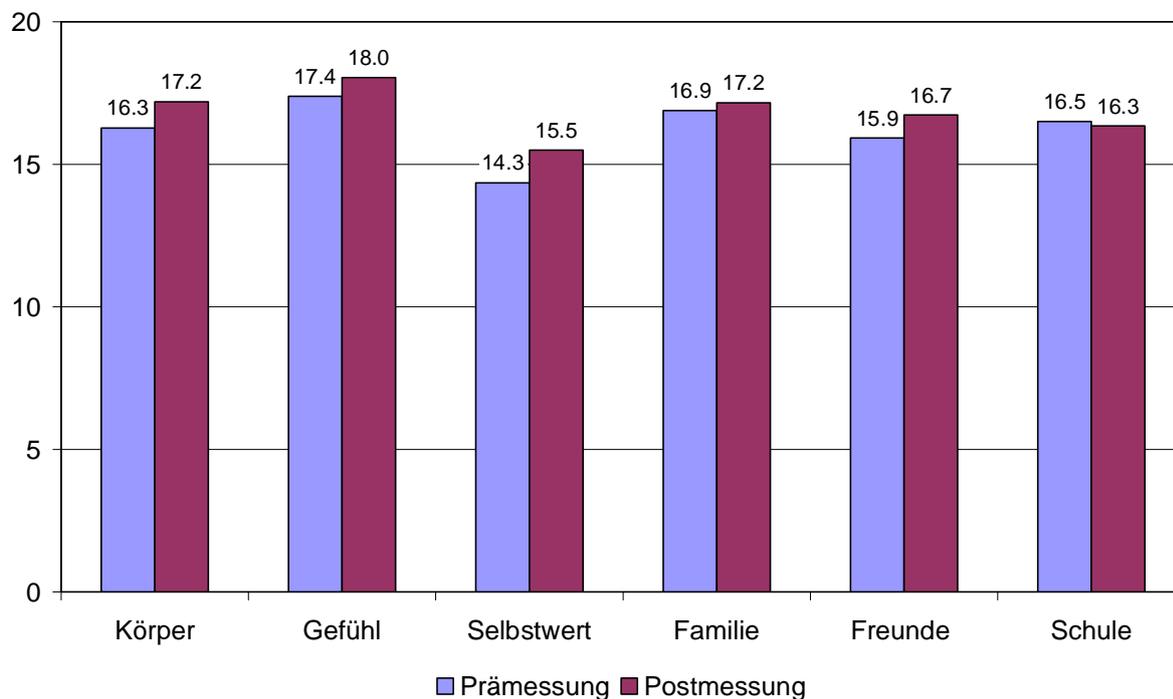
	Therapie abgeschlossen				Anderes			
	Fälle	Mittel	Minimum	Maximum	Fälle	Mittel	Minimum	Maximum
Einzeltherapie	5	461	329	652	10	465	273	840
Gruppentherapie	8	116	81	148	1	110	110	110
gemischte Therapie	1	728	728	728				

Wie Tabelle 6 belegt, ist die Therapiedauer von Gruppentherapien wesentlich kürzer. Dieser Effekt ist vor allem dadurch begründet, dass es sich bei der Gruppentherapie um ein strukturiertes und abgeschlossenes Programm handelt, welches nach 13 Sitzungen beendet ist.

4.4. Selbsteinschätzung der Kinder

Anhand der Messungen des CAT-Screen Tests vor und nach der Behandlung lassen sich körperliches und psychisches Wohlbefinden, die Einschätzung des Selbstwert sowie die Beziehungen zu Familie, Freunden und die Schulsituation aus Sicht der Kinder bestimmen (Abbildung 1).

Abbildung 1 Prä- und Postmessungen auf den Unterskalen des Cat-Screen



Aus der Abbildung 1 lässt sich eine konsistente Verbesserung des Gesamtzustandes der Kinder ablesen. Die Ergebnisse des CAT-Screen Tests haben sich in allen Unterkategorien ausser jener der Schulsituation verbessert. Statistisch signifikant ($p < 0.05$) sind diese Ergebnisse nur für den Umgang mit Freunden und tendenziell ($p < 0.10$) für das eigene Körperwohlbefinden (vgl. auch Tabelle 7).

Tabelle 7: Signifikanztests (T-Tests für abhängige Stichproben) für den CAT-Screen als Totalscore sowie entsprechenden Unterdimensionen

	Prämessung	Postmessung	Mittelwertsdifferenz	T-Wert	Sig.
Total	97.31	100.96	-3.65	-1.62	0.117
Körper	16.27	17.19	-0.92	-1.74	0.095
Gefühl	17.38	18.04	-0.65	-1.00	0.329
Selbstwert	14.35	15.50	-1.15	-1.32	0.197
Familie	16.88	17.15	-0.27	-0.42	0.678
Freunde	15.92	16.73	-0.81	-2.08	0.048
Schule	16.50	16.35	0.15	0.27	0.791

Trotz der geringen Fallzahlen, die statistische Tests selten signifikant werden lassen, weist Tabelle 8 auf einige Aspekte der Situation der Kinder hin, die bedeutsam für Therapieerfolge zu sein scheinen. Generell fühlt sich das Kind gegen Therapieende (Postmessung) dann besser, wenn nur ein Elternteil abhängig ist, insbesondere aber dann, wenn nur der Vater abhängig ist. Dies gilt insbesondere für das Körperbefinden, psychisches Wohlbefinden (Gefühle) und den Selbstwert. Der positive Therapieverlauf bei der Abhängigkeit nur des Vaters lässt sich wohl damit begründen, dass die Kinder dann häufig nur bei der Mutter leben (siehe Wohnsituation Tabelle 8). Die Therapieform dagegen hat keinen Einfluss.

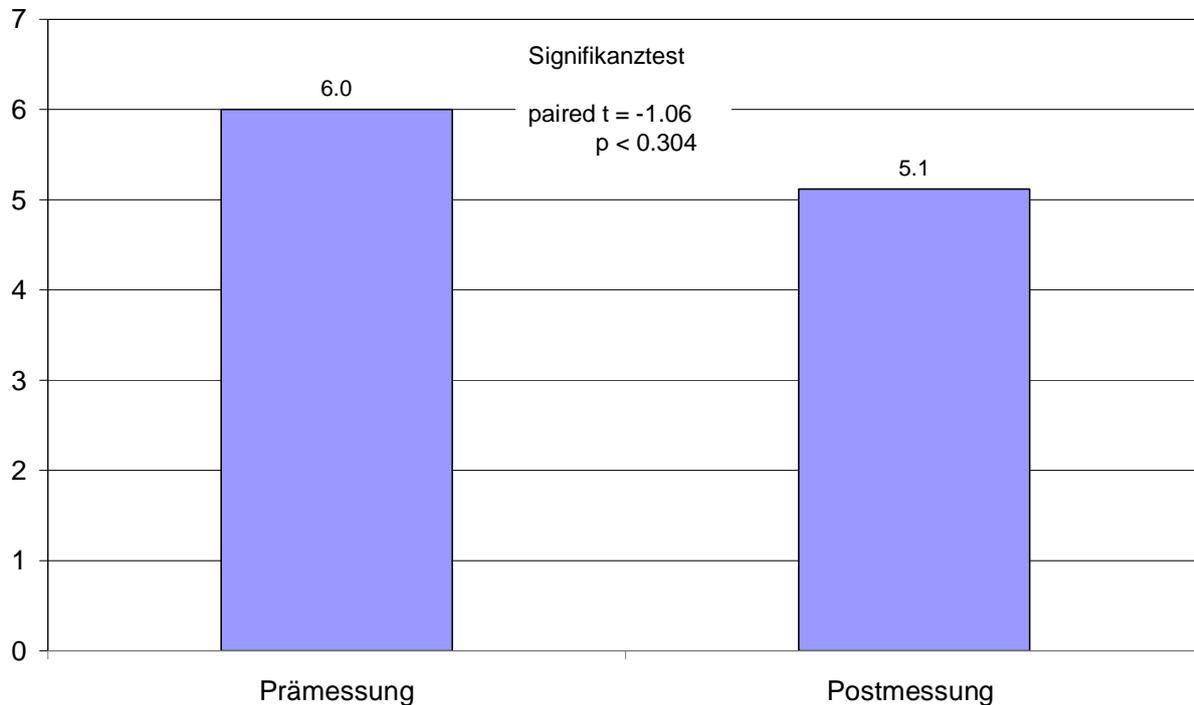
Tabelle 8: Testung von Mittelwertsdifferenzen auf dem CAT-Screen nach Drogenabhängigkeit, Wohnsituation, Therapieform, und einem "worst case scenario" für das Kind

	Körper	Gefühl	Selbstwert	Familie	Freunde	Schule	Total
Drogenabhängigkeit der Eltern							
nur Mutter abhängig	-0.27	-0.45	-2.36	-0.82	-1.36	-1.00	-6.27
nur Vater abhängig	-3.40	-3.00	-4.40	-1.60	-1.40	-0.80	-14.60
beide abhängig	-0.40	0.30	1.80	1.00	0.10	1.90	4.70
Anova F	3.00	1.75	5.32	1.36	1.82	3.49	8.19
p-Wert	0.069	0.195	0.013	0.276	0.185	0.047	0.002
Wohnsituation*							
Eltern zusammenlebend	0.00	-2.33	-2.00	0.00	-0.83	0.83	-4.33
Nur bei der Mutter lebend	-1.75	-0.58	-2.50	-1.25	-1.00	-1.25	-8.33
Kind fremdplatziert**	-0.86	0.29	2.29	1.29	-0.29	2.71	5.43
Anova F	0.90	1.01	3.17	1.34	0.27	6.84	3.79
p-Wert	0.420	0.381	0.062	0.283	0.767	0.005	0.039
Therapieform***							
Einzeltherapie	-1.25	-0.56	-1.31	0.00	-0.88	-0.25	-4.25
Gruppentherapie	-0.67	-0.89	-0.78	-0.89	-1.00	1.00	-3.22
Anova F	0.26	0.05	0.08	0.40	0.02	1.02	0.04
p-Wert	0.615	0.824	0.784	0.533	0.881	0.323	0.838
"Worst case"							
bei der arbeitslosen, abhängigen Mutter lebend	-0.70	-0.20	-0.70	-0.30	-1.10	-0.20	-3.20
anderes	-1.06	-0.94	-1.44	-0.25	-0.63	0.38	-3.94
Anova F	0.11	0.29	0.16	0.00	0.34	0.23	0.02
p-Wert	0.748	0.595	0.689	0.971	0.563	0.635	0.877

Bemerkung: * ein fehlender Wert
 ** Wurde das Kind fremd platziert stammen die Urteile von verschiedenen Personen
 *** Nur der Unterschied zwischen Einzel- und Gruppentherapie wurde getestet

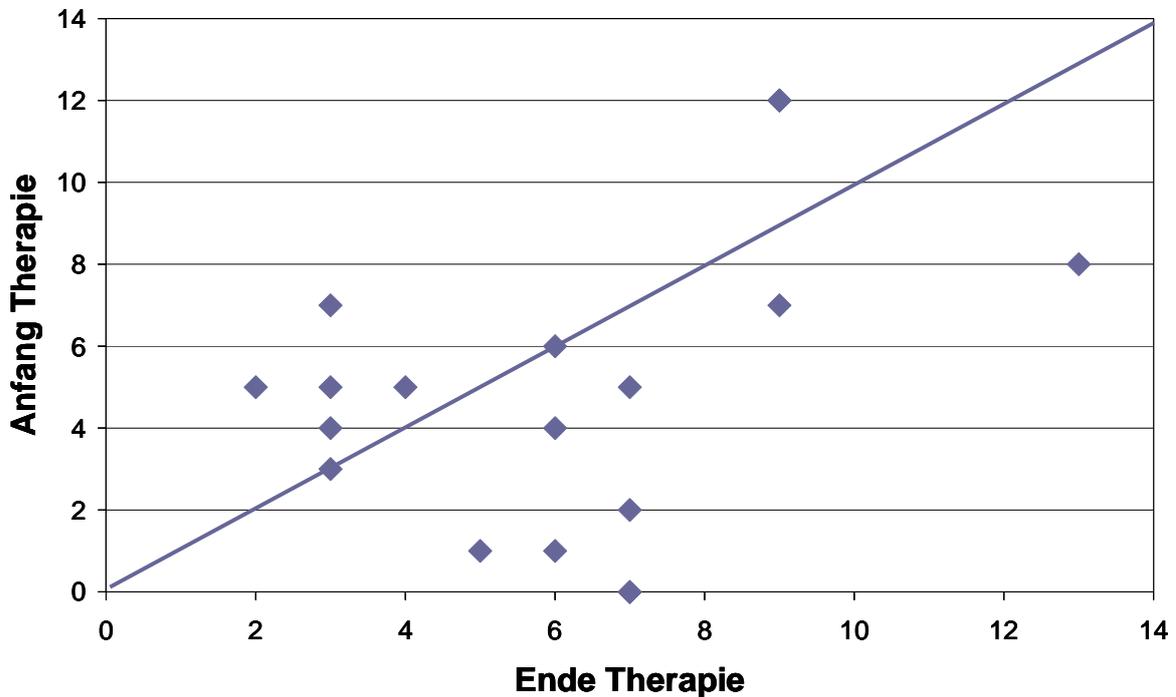
Als weiteres Testverfahren zur Beurteilung der emotionalen Stabilität der Kinder, mit dessen Hilfe insbesondere auch die Ängste festgestellt werden können, diente eine Bildergeschichte mit zusätzlichen Fragen, der sogenannte Hamstertest.

Abbildung 2: Prä und Postmessung auf dem Hamstertest (n=17)



Sinkende Werte bedeuten dabei eine abnehmende emotionale Instabilität (also eine zunehmende Stabilität). Die Abbildung 2 zeigt die durchschnittlichen Testwerte aller Kinder, die leicht abgenommen haben. Die Kinder haben somit im Verlaufe der Behandlung an emotionaler Stabilität gewonnen. Statistisch ist die Abnahme des Testscores jedoch nicht signifikant. Abbildung 3 zeigt wie sich die einzelnen Kinder (wobei nur von 17 Testwerte zu beiden Zeitpunkten vorlagen) verändert haben. Jene über der Winkelhalbierenden Geraden haben sich verschlechtert (n=6), die unterhalb der Winkelhalbierenden liegen haben sich verschlechtert (n=8). Auch wenn die Verbesserungen häufiger und grösser waren als die Verschlechterungen, so hält sich dies doch mehr oder weniger die Waage. Der Hamstertest scheint kein geeignetes Instrument zur Evaluation von Therapieerfolgen bei Kindern zu sein. Dies ist dadurch bedingt, dass der Test eher stabile Persönlichkeitsmerkmale misst und weniger das aktuelle Befinden/Verhalten erfasst. Veränderungen fallen daher eher gering aus. Andererseits konnte beobachtet werden, dass insbesondere Kinder ab dem 10. Altersjahr den Test an sich negativ bewerteten (sich nicht ernst genommen fühlten beim Ausfüllen einer Bildergeschichte) und teilweise auch fragwürdige Antworten gaben.

Abbildung 3: Regression zwischen Vor- und Nachmessung auf dem Hamstertest ($r=0.43$; $p= 0.09$)



4.5. Entwicklung der Kinder aus der Sicht der Eltern

Der „*Strengths and Difficulties Questionnaire*“ (SDQ: Goodman, 1997) besteht aus 25 Items (vgl. Anhang 2), 5 Unterskalen mit jeweils 5 Items mit Antwortmöglichkeiten rangierend von „nicht zutreffend“ (=0), „teilweise zutreffend“ (=1) und „eindeutig zutreffend“ (=2). Die Unterskalen messen Emotionale Probleme (z.B. „Hat viele Sorgen“), Verhaltensprobleme (z.B. „Streitet sich oft“), Hyperaktivität („Zappelt oft“), Verhaltensproblem mit Gleichaltrigen („Wird von anderen gehänselt“). Aus diesen vier Skalen mit Punktwerten von jeweils 0-10 kann eine Gesamtsummenskala gebildet werden, wobei bei der Eltern Skala mehr als 14 Punkte als grenzwertig und mehr als 17 Punkte als auffällig gewertet werden. Daneben misst eine weitere Skala ebenfalls mit 5 Items „prosoziales Verhalten“ bzw. in der umgepolten Skalierung Anti-Soziales Verhalten.

Wie Abbildung 4 zeigt haben sich die Kinder nach Einschätzung der Eltern positiv verändert. Und dies gilt für alle Subskalen (Abbildung 5).

Abbildung 4: Prä- und Postmessungen auf dem SDQ der Eltern, Totaler Score

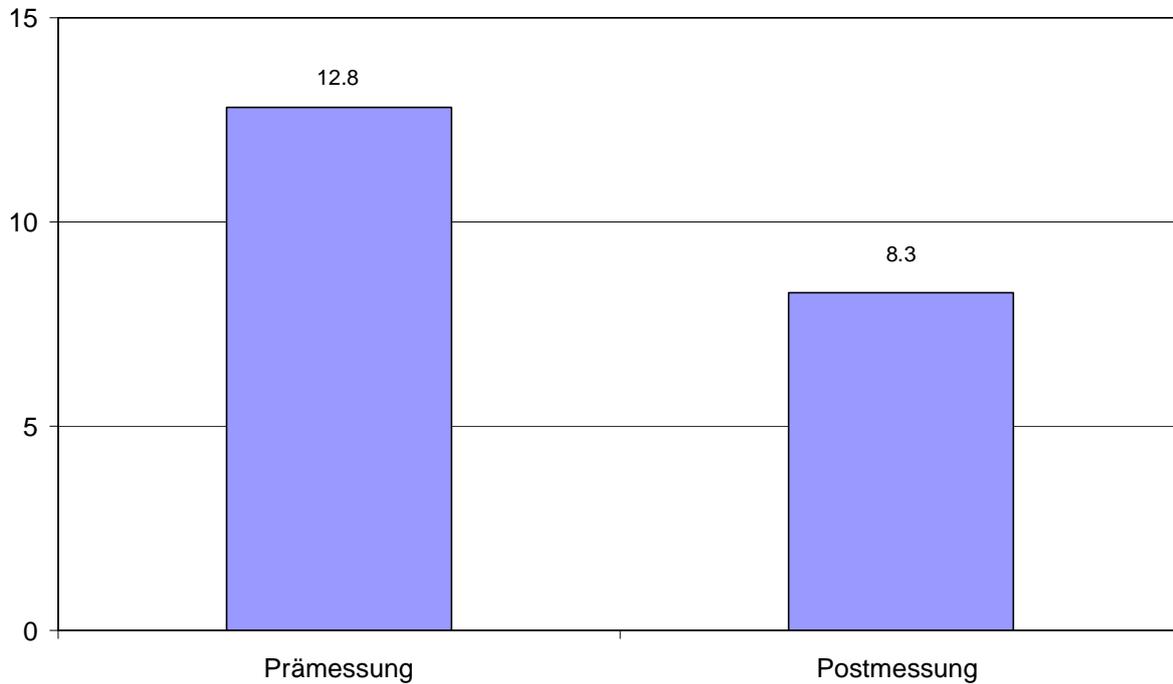
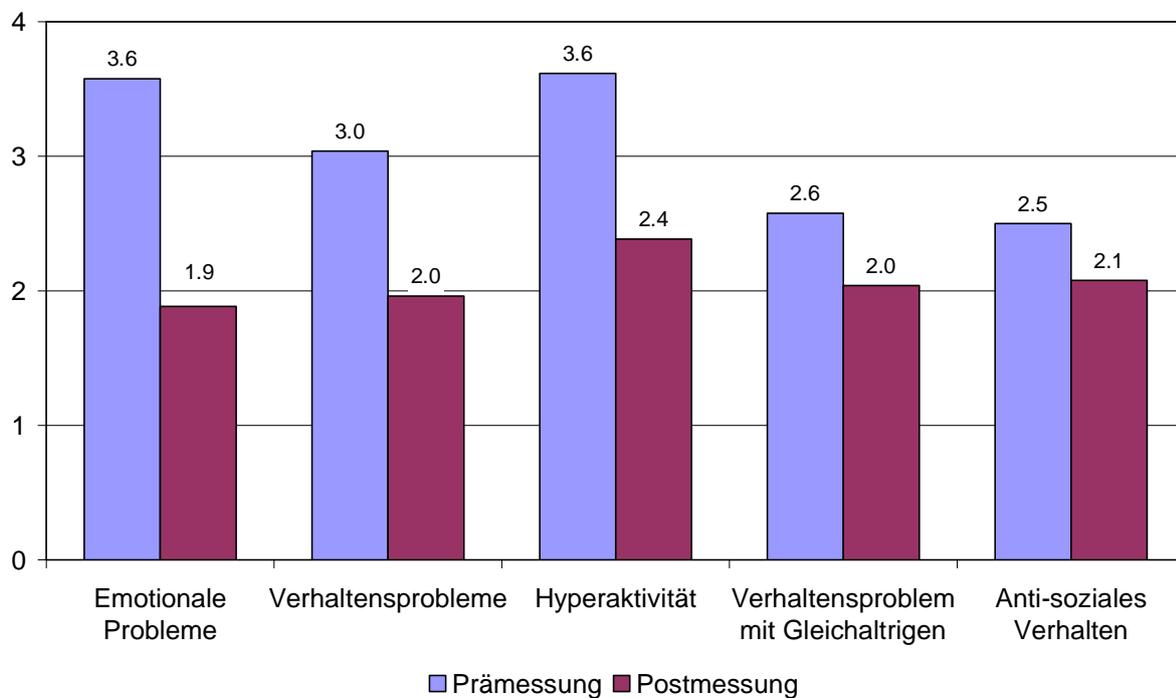


Abbildung 5: Prä- Postmessungen auf den Subskalen des SDQ nach Elterneinschätzung



Diese Veränderungen sind signifikant für den Gesamtscore sowie den Unterdimensionen emotionale Probleme, Verhaltensprobleme und Hyperaktivität (Tabelle 9).

Tabelle 9: Signifikanztests (T-Tests für abhängige Stichproben) für den Eltern SDQ sowie entsprechenden Unterdimensionen

	Prämessung	Postmessung	Mittelwertsdifferenz	T-Wert	Sig.
Totaler SDQ (ohne anti-soziales Verhalten)	12.8	8.3	4.5	3.92	0.001
Emotionale Probleme	3.6	1.9	1.7	3.10	0.005
Verhaltensprobleme	3.0	2.0	1.1	2.83	0.009
Hyperaktivität	3.6	2.4	1.2	4.50	0.000
Verhaltensproblem mit Gleichaltrigen	2.6	2.0	0.5	1.49	0.148
Anti-soziales Verhalten	2.5	2.1	0.4	1.05	0.306

Abbildung 6 zeigt, dass sich nicht nur die Skalenwerte insgesamt positiv verändert haben, sondern auch das grenzwertige und auffällige Kinder sich – nach Einschätzung der Eltern – normalisiert haben.

Abbildung 6: Veränderungen der SDQ Einschätzungen der Eltern nach Verhaltensauffälligkeiten

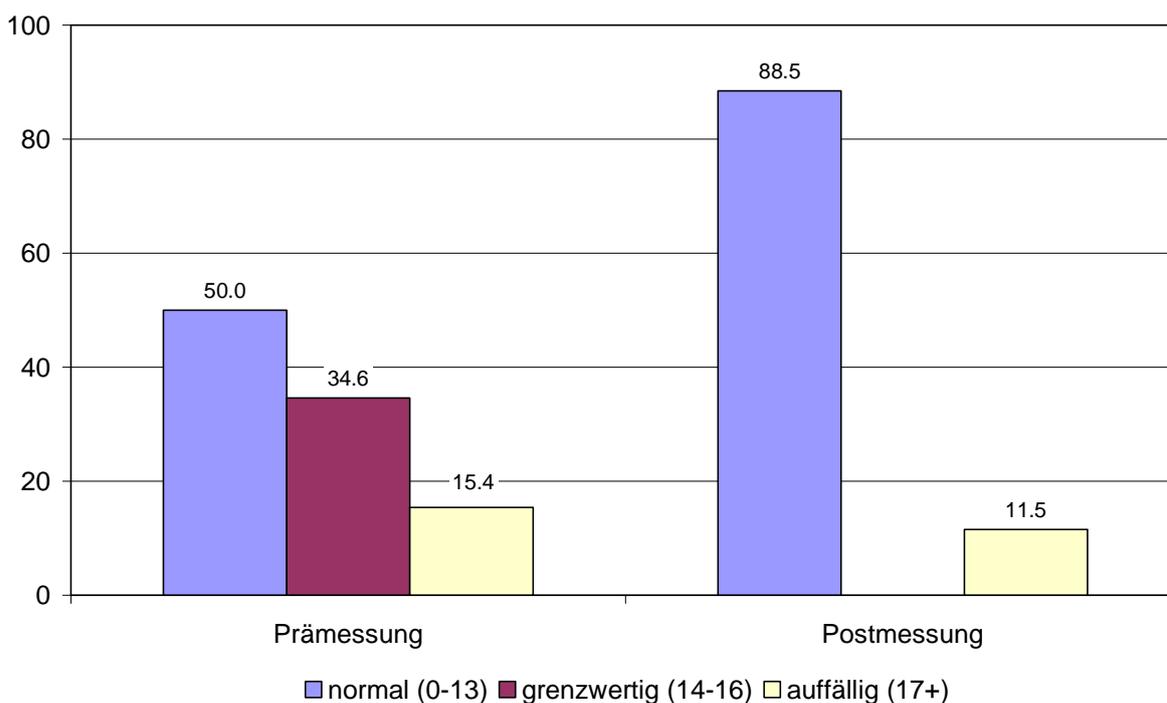


Tabelle 10 zeigt nun in Fallzahlen, wies sich die einzelnen Kinder konkret verbessert haben. Nur bei zwei Kindern hat sich die Situation verschlechtert. Dagegen haben sich 11 Kinder, die vorher grenzwertig und auffällig eingestuft worden waren, normalisiert.



Tabelle 10: Veränderungen von Individuen auf der Auffälligkeitsskala des SDQ (Eltern)

		2. Messung		Total
		normal (0-13)	auffällig (17+)	
erste Messung	normal (0-13)	12	1	13
	grenzwertig (14-16)	8	1	9
	auffällig (17+)	3	1	4
	Total	23	3	26

Bemerkung: 2 Personen haben sich verschlechtert



Tabelle 11: Testung von Mittelwertsdifferenzen auf den Eltern SDQ-(Subscalen) nach Drogenabhängigkeit, Wohnsituation, Therapieform, und einem "worst case scenario" für das Kind

	Häufigkeit	Prozent	Totaler SDQ (ohne anti-soziales Verhalten)	Emotionale Probleme	Verhaltensprobleme	Hyperaktivität	Verhaltensproblem mit Gleichaltrigen	Anti-soziales Verhalten
Drogenabhängigkeit der Eltern								
nur Mutter abhängig	11	42.3	5.6	2.0	1.2	1.5	1.0	1.5
nur Vater abhängig	5	19.2	8.2	3.2	2.6	1.6	0.8	0.0
beide abhängig	10	38.5	1.5	0.6	0.2	0.8	-0.1	-0.5
Anova-F (Sig)		100.0	2.8 (0.079)	1.7 (0.213)	3.0 (0.070)	0.8 (0.470)	1.0 (0.383)	2.8 (0.078)
Wohnsituation*								
Eltern zusammenlebend	6	24.0	7.2	3.2	1.8	1.0	1.2	1.5
Nur bei der Mutter lebend	12	48.0	5.3	2.3	1.1	1.5	0.4	0.4
Kind fremdplatziert**	7	28.0						
Anova-F (Sig)			0.4 (0.540)	0.4 (0.540)	1.0 (0.343)	0.5 (0.496)	0.5 (0.477)	1.1 (0.317)
Therapieform***								
Einzeltherapie	16	61.5	4.2	1.5	0.8	1.5	0.4	0.0
Gruppentherapie	9	34.6	5.7	2.0	1.6	0.9	1.2	1.2
gemischte Therapie	1	3.8						
Anova-F (Sig)			0.3 (0.562)	0.2 (0.682)	0.8 (0.378)	1.1 (0.305)	1.4 (0.2467)	2.0 (0.168)
"Worst case"								
bei der arbeitslosen, abhängigen Mutter lebend	10	38.5	3.4	1.6	0.0	1.6	0.2	0.5
anderes	16	61.5	5.3	1.8	1.8	1.0	0.8	0.4
Anova-F (Sig)			0.6 (0.448)	0.0 (0.897)	6.0 (0.022)	1.1 (0.295)	0.5 (0.469)	0.0 (0.884)

Bemerkung: * ein fehlender Wert

** nur der Unterschied zwischen Einzel- und Gruppentherapie wurde getestet



Betrachtet man nun inwieweit die Wohnsituation der Kinder und die Suchtproblematik der Eltern einen Einfluss auf diese Ergebnisse hat, so kann man konstatieren, dass sich insbesondere Verhaltensprobleme (aber auch der totale SDQ) verbessern (tendenziell signifikant; $p < 0.10$), wenn nur der Vater abhängig ist (Tabelle 11). Dies deutet daraufhin, dass die Mutter einen starken Einfluss auf die Situation der Kinder hat. Die augenblickliche Wohnsituation dagegen spielt keine Rolle und auch die Therapieform zeigt keine statistisch signifikanten Unterschiede. Es deutet sich jedoch an, dass in Bezug auf die Elterneinschätzung die Gruppentherapie leicht positivere Entwicklungen zeitigt, insbesondere was das prosoziale Verhalten und Verhaltensproblem mit Gleichaltrigen anbelangt.

4.6. Sicht der BetreuerInnen/externen Bezugspersonen

Zieht man den SDQ für Aussagen von Betreuern heran, so zeigen sich nach deren Aussagen keine bedeutsamen Verbesserungen, ja sogar statistisch insignifikante Verschlechterungen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Signifikanztests (T-Tests für abhängige Stichproben) für den Betreuer SDQ sowie entsprechenden Unterdimensionen

	Prämessung	Postmessung	Mittelwertsdifferenz	T-Wert	Sig.
Totaler SDQ (ohne anti-soziales Verhalten)	12.05	12.86	-0.81	-0.73	0.473
Emotionale Probleme	3.00	3.45	-0.45	-0.92	0.369
Verhaltensprobleme	2.26	2.89	-0.63	-1.22	0.239
Hyperaktivität	3.70	3.85	-0.15	-0.46	0.651
Verhaltensproblem mit Gleichaltrigen	3.09	2.68	0.41	1.06	0.301
Anti-soziales Verhalten	3.68	3.69	-0.01	-0.03	0.979

Bemerkung: n = 20

Berücksichtigt man, dass die Grenzwerte für Verhaltensauffälligkeiten bei Betreuern anders gelagert sind als bei den Eltern (Anhang 2), so zeigt sich auch bei den individuellen Veränderungen (Tabelle 12) keine nennenswerten Befunde: etwa 65% der Kinder sind nach Einschätzung der Betreuer gleichgeblieben, 20% haben sich verbessert und 15% verschlechtert

Tabelle 12: Veränderungen von Individuen auf der Auffälligkeitsskala des SDQ (Betreuer)

		2. Messung			Total
		normal (0-11)	grenzwertig (12-15)	auffällig (16+)	
erste Messung	normal (0-11)	8	1	1	10
	grenzwertig (12-15)	1	1	1	3
	auffällig (16+)	0	3	4	7
	Total	9	5	6	20

Bemerkung: 65% gleich
 20% verbessert
 15% verschlechtert



Erklärungen, warum bei einer Reihe von Kindern aus der Sicht der externen BetreuerInnen keine Verbesserungen oder gar Verschlechterungen der Situation vorliegen, lassen sich in folgenden Punkten finden:

- Nur 20 von 26 Kinder konnten beurteilt werden.
- Bei 3 Kindern wechselte die externe Bezugsperson während der Behandlung.
- Die Betreuungspersonen haben die Kinder teilweise nur sehr selten gesehen und kamen deshalb zu keinem angemessenen Urteil der Situation.
- Aktivere selbstbewusstere Kinder werden extern nicht immer als „verbessert“ wahrgenommen, sondern eher als grössere Störenfriede.

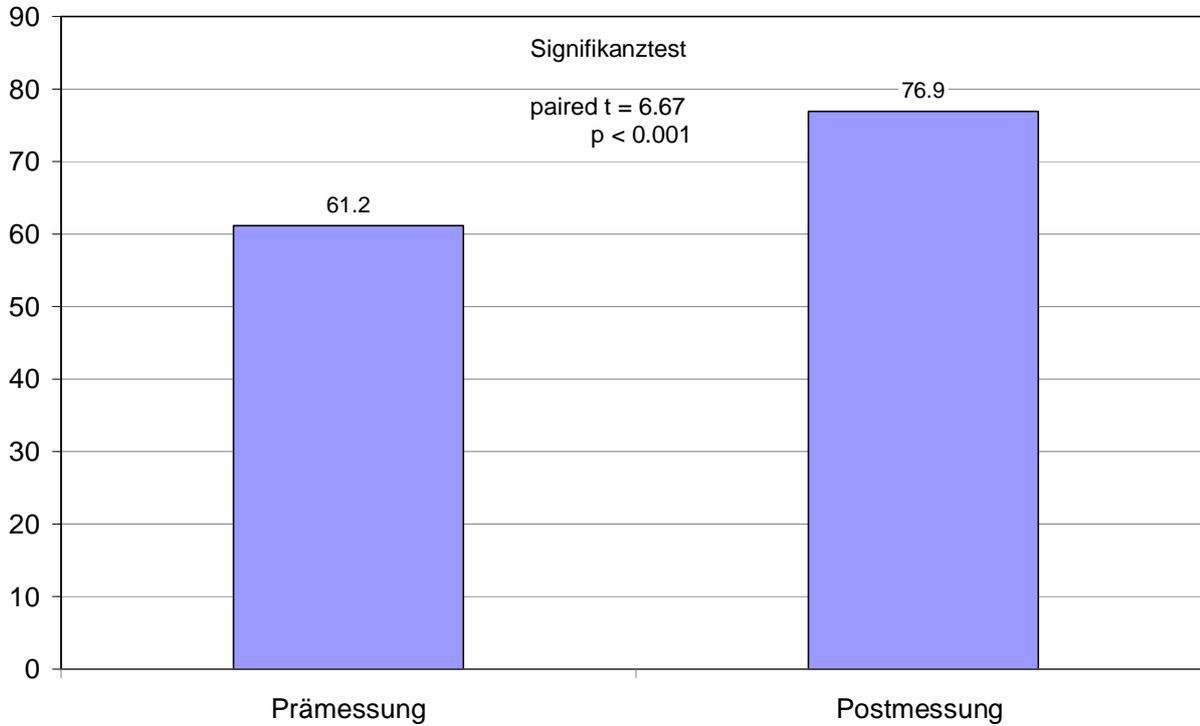
Insbesondere der letzte Punkt erschwert die Interpretation der Aussagen der Bezugspersonen.

4.7. Entwicklung der Kinder aus der Sicht der TherapeutInnen

Die Therapeuten haben die Kinder auf der sogenannten GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) zu Therapiebeginn und zum Therapieende bzw. zum Ende der Evaluationsphase untersucht. Die GAF-Skala rangiert zwischen 0 und 100 Punkten (siehe Box 1 im Anhang 3) und ist ein diagnostisches Instrument basierend auf der DSM. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen, sozialen oder beruflichen (schulischen) Funktionsbereiche beurteilt und nicht körperliche (oder umgebungsbedingte) Einschränkungen.

Wie Abbildung 7 belegt haben sich die Kinder nach Einschätzung der Therapeuten hochsignifikant ($p < 0.001$) in ihrem allgemeinen „Funktionieren“ verbessert. Wie die individuelle Aufschlüsselung im Anhang 1 (Tabelle A2) belegt, gilt dies mit nur einer negativen Veränderung praktisch für alle Kinder.

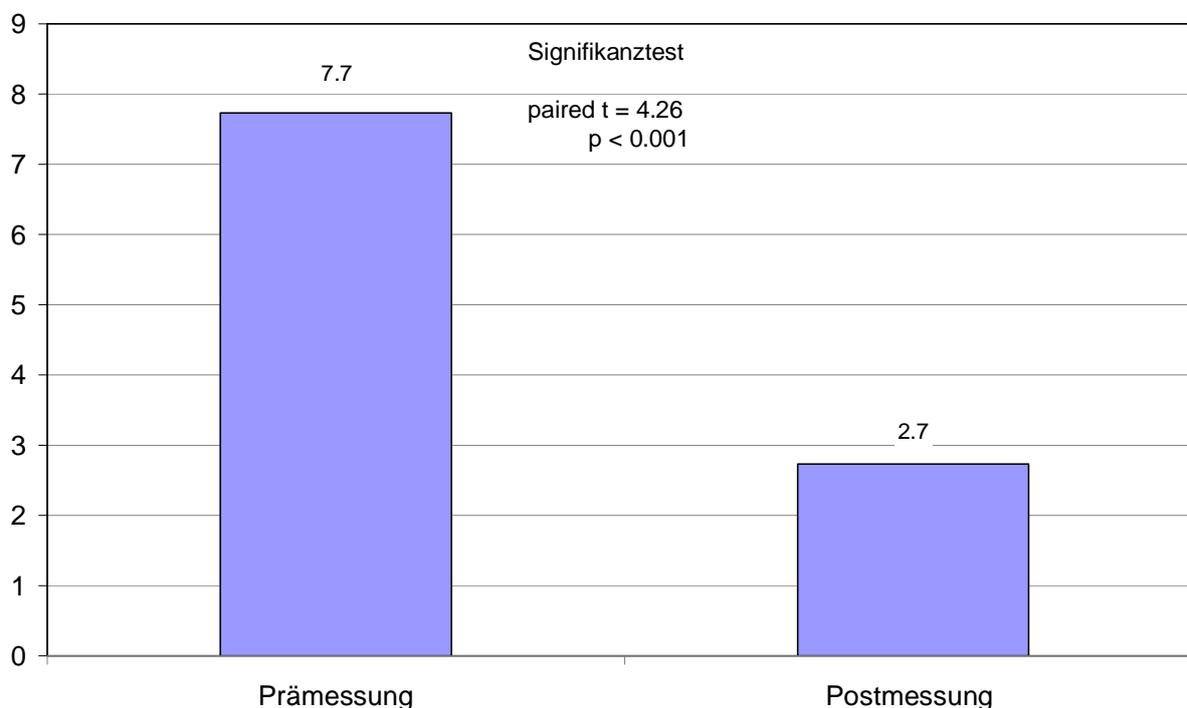
Abbildung 7: Veränderungen im GAF-Score (Global Assessment of Functioning) nach Einschätzung der Therapeuten



Als weiteres Mass aus Sicht der Therapeuten wurden zu Beginn und am Ende der Therapie (Ende der Evaluation) das Verhalten der Kinder vom Therapeuten bezüglich psychischer Auffälligkeiten nach CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998) beurteilt. Evaluiert wurde, inwieweit sich die Kinder hinsichtlich 15 Störungsbildern bzw. Auffälligkeiten (siehe Anhang 3 Box 2) verändert haben. Dabei wurden die Auffälligkeiten/Störungen auf einer Skala von 0 bis 3 (keine, leicht, mittel, schwer) zum Therapiebeginn sowie Ende der Therapie-/Evaluationsphase vom Therapeuten bewertet. Bei manchen Störungsbildern konnte das zugrunde liegende Verhalten vom Therapeuten nicht entweder bei der Prä- oder bei der Postmessung eingeschätzt werden. Diese wurden bei der Beurteilung nicht herangezogen, bzw. in beiden Messungen auf Null gesetzt.

Abbildung 8 zeigt die die Mittelwerte der Summenscores über die Störungsbilder hinweg. Je höher der Wert, desto auffälliger war das Kind: Das heisst nach Therapeutenurteil sind die Kinder hochsignifikant ($p < 0.001$) unauffälliger geworden.

Abbildung 8: Prä- und Postmessung von Schweregraden der Störungen (Summenscore)



Im Anhang 1 (Tabelle A3) wird individuell aufgelistet bei welchen Kindern positive und negative Veränderungen der Störungsbilder aufgetreten sind. Da bei manchen Störungsbildern das zugrunde liegende Verhalten vom Therapeuten nicht eingeschätzt werden konnte, wurden diese bei der Beurteilung nicht herangezogen, so dass sich positive, neutrale und negative Veränderungen nicht immer zu 15 Charakteristika aufsummieren. Wie Tabelle A3 belegt, sind bei den meisten Kindern deutliche Verbesserungen in den Störungsbildern zu beobachten. Nur bei zwei Kindern haben sich diese Störungen verschlimmert.

4.8. Sicht der zuweisenden Stellen/Primärerfasser

Zur Einschätzung der Wirkung des Therapieangebotes aus der Sicht der Primärerfasser sind im Verlaufe des Frühjahrs 2007 qualitative Interviews mit 10 Personen geführt worden, die der wfa Kinder aus Familien mit suchtkranken Eltern zugewiesen haben. Es handelt sich dabei um Stellenleiterinnen und Stellenleiter sowie Mitarbeitende aus dem schulpyschologischen Dienst, dem Jugendsekretariat, dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, von Alkoholberatungsstellen, aus dem Kindergarten und Hort sowie einem praktizierenden Kinderpsychiater, die alle einen deutlichen Bedarf für ein derartiges Therapieangebot im Raum Winterthur wahrnehmen. Die Existenz einer Warteliste hat zuführende Institutionen mehrfach daran gehindert, weitere Patienten in das Angebot zu vermitteln. Auch die Anbindung des Angebots an die wfa als Fachstelle erscheint den Primärerfassern sinnvoll, da dort bereits die Eltern mit Alkoholproblemen behandelt werden. Es besteht zudem die Auffassung, dass der Erfolg dieses Angebots zu einem hohen Grade auch davon abhängt, ob die betroffenen Eltern in das Therapieprogramm eingebunden werden können.

Zusammengefasst lässt sich sagen: Alle befragten Personen aus den zuweisenden Institutionen haben das Angebot positiv aufgenommen, mehrfach genutzt und sind von dessen Wirksamkeit überzeugt. Besonders



die Tatsache, den Kindern neben einer Notfallhilfe auch eine permanente Ansprechperson und einen geschützten Rahmen für Gespräche und Spiele zur Verfügung zu stellen, wird von den Primärerfassern geschätzt. Die angesichts der knappen Ressourcen hohe Auslastung des Angebotes und der damit verbundenen Wartezeiten wird als vordringliches Problem erkannt.

4.9. Qualitative Einzelfallanalysen

Aus Sicht der Evaluation wäre es unangebracht, nur zusammenfassende statistische Auswertungen als Ergebnisse zu liefern. Verlaufskurven von Betreuer-, Therapeuten- und Patientendaten unterliegen derartig vielen unkontrollierbaren Faktoren, dass sowohl negative als auch positive Entwicklungskurven entstehen können, die durch die Bildung von Mittelwerten zu falschen Schlussfolgerungen hinsichtlich eines Therapieerfolgs führen könnten. Auch sind selbst kontrollierbare Faktoren (wie z.B. Therapieunterbrüche) so variabel über die Klientel verteilt, dass sie sich angesichts der geringen Fallzahl nicht statistisch kontrollieren lassen (mehr Kontrollvariablen als Fälle).

Einige dieser Faktoren sind beispielsweise:

- mangelnde oder wechselnde Kooperation der Eltern, so dass Elterndaten kaum aussagekräftig sind;
- Therapieunterbrüche wegen mangelnder Kooperation, so dass die positive Entwicklung des Kindes gestoppt oder sogar umgekehrt wird;
- dramatische/traumatische Ereignisse während der Behandlung, wie Alkoholabstürze der Eltern oder Gewalterfahrungen;
- Wechsel der Therapieform von Einzel- zu Gruppentherapien;
- Wechsel der Betreuungsperson, so dass Betreuerdaten wenig aussagekräftig sind;
- Unterschiedliche Verweildauern in der Therapie;
- Differenzen in der Beurteilung der Kinder durch Betreuer oder Eltern versus Beurteilungen der Kinder selbst oder ihrer Therapeuten.

Es erscheint somit sinnvoll, die Entwicklung der Kinder neben der Globalanalyse auch in Form von Einzelfalldiagnosen anzugehen. Dies soll an drei Fallbeispielen dokumentiert werden.

Fallbeispiel 1: Einzeltherapie (Mirko)

Kognitiv Verhaltenstherapeutische Einzelintervention mit einem 12-jährigen Jungen, mit einem Alkoholabhängigen Vater und sehr schwierigen psychosozialen Umständen.

Anlass

Mirko wird nach Vermittlung des Jugendsekretariats Winterthur von seiner Mutter zu Behandlung angemeldet. Er lebt in einer sehr schwierigen psychosozialen Situation (Ausländerproblematik, Arbeitslosigkeit der Eltern, Fürsorgeunterstützung, Trennung der Eltern aufgrund einer Alkoholabhängigkeit des Vaters, Gewalterfahrungen in der Familie). Gemäss der Mutter hat Mirko Schwierigkeiten im Umgang mit dem alkoholkranken Vater, macht sich Sorgen um seine Mutter, ist oft wütend, gestresst und gereizt und streitet sich oft mit anderen Kindern und der Lehrerin. Die Kindsmutter macht sich zudem grosse

Sorgen, dass Mirko auch eine Anhängigkeit entwickeln könnte. Zudem sei ihr aufgefallen, dass er einen Tic habe.

Probleme und Diagnosen

Aufgrund der klinischen und testpsychologischen Abklärungen konnten folgende Diagnosen gestellt werden:

1. Neben einer leichten motorischen Ticstörung (ICD-10: F 95.1) wurde bei Mirko eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) diagnostiziert. Zudem leidet er an einer kombinierten Störung schulischer Fertigkeiten (ICD-10: F81.3).
2. Niedrige Intelligenz (HAWIK III; Gesamt IQ: 82)
3. Somatisch besteht eine Neurofibromatose Typ 1 (ICD-10: Q 85.0). Mit Ausnahme von den typischen Café-au-Lait Flecken zeigt er bislang in diesem Zusammenhang keine Auffälligkeiten. Allerdings ist ein Zusammenhang zwischen der Neurofibromatose und der Störung schulischer Fertigkeiten wahrscheinlich.
4. Auf der sozialen Ebene wurden akute belastende Lebensereignisse gefunden (Miterleben von Alkoholmissbrauch und Kontrollverlust des Vaters, Gewalt in der Familie, Disharmonie zwischen Erwachsenen)

Auftrag und Behandlung

In Absprache mit der Lehrerin, der Mutter, Mirko sowie der behandelnden Neurologin wurden in der Therapie folgende Bereiche behandelt:

1. Behandlung der Ticstörung
2. Behandlung der Störung der schulischen Fertigkeiten
3. Psychoedukation zum Thema Alkohol
4. Unterstützung der Kindsmutter in der Erziehung

Ferner wurde bezüglich der somatischen Erkrankung eine genaue Beratung von Mirko und seiner Mutter empfohlen.

Verlauf der Behandlung

Behandlung der Ticstörung

Die Intervention, die sich hauptsächlich aus den Komponenten Selbstbeobachtung, Entspannung und Einüben von Gegenreaktionen zusammensetzte, konnte die Symptome deutlich vermindern und zum Teil auch ganz zum Verschwinden bringen. Dabei zeigte sich, dass die Reduktion von Stressoren für Mirko eine wichtige Rolle spielte. So trugen das Verständnis des Jungen hinsichtlich Entstehung und Symptomatik der Alkoholkrankheit des Kindsvaters, deren Folgen für ihn sowie seine Möglichkeiten im Umgang mit seinem Vater zu einer deutlichen Entlastung bei. Schliesslich verbesserte sich die Situation auch durch die Information der Lehrerin über Mirkos Krankheit und Schwierigkeiten, da sie einerseits mehr Verständnis ihm gegenüber zeigte und andererseits die Anforderungen an ihn anpassen konnte.



Behandlung der Störung der schulischen Fertigkeiten

Mit Hilfe eines Strategietrainings konnte Mirko seine Fertigkeit verbessern, Probleme zu lösen. Er lernte Aufgaben zu analysieren, Lösungen zu planen und diese präziser umzusetzen.

Psychoedukation Alkohol

Mirko verbesserte sein Wissen zum Thema Alkohol (Informationen zu: Substanz, Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit, Symptome, Folgen von übermassigem und regelmässigem Konsum, Arten von Abhängigkeit, Entzugserscheinungen, Therapien).

In den Gesprächen wurden auch die Auswirkungen von elterlichen Alkoholproblemen auf Kinder und das Umfeld diskutiert. Ein zentraler Punkt in der Behandlung war der Aufbau von Handlungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen mit dem Vater. Mirko gelang es immer besser, sich vom Vater abzugrenzen und seine Erwartungen an ihn anzupassen. Schliesslich hatte er auch die Möglichkeit Situationen mit Gewalterfahrungen mit seinem Vater zu erzählen und einzuordnen.

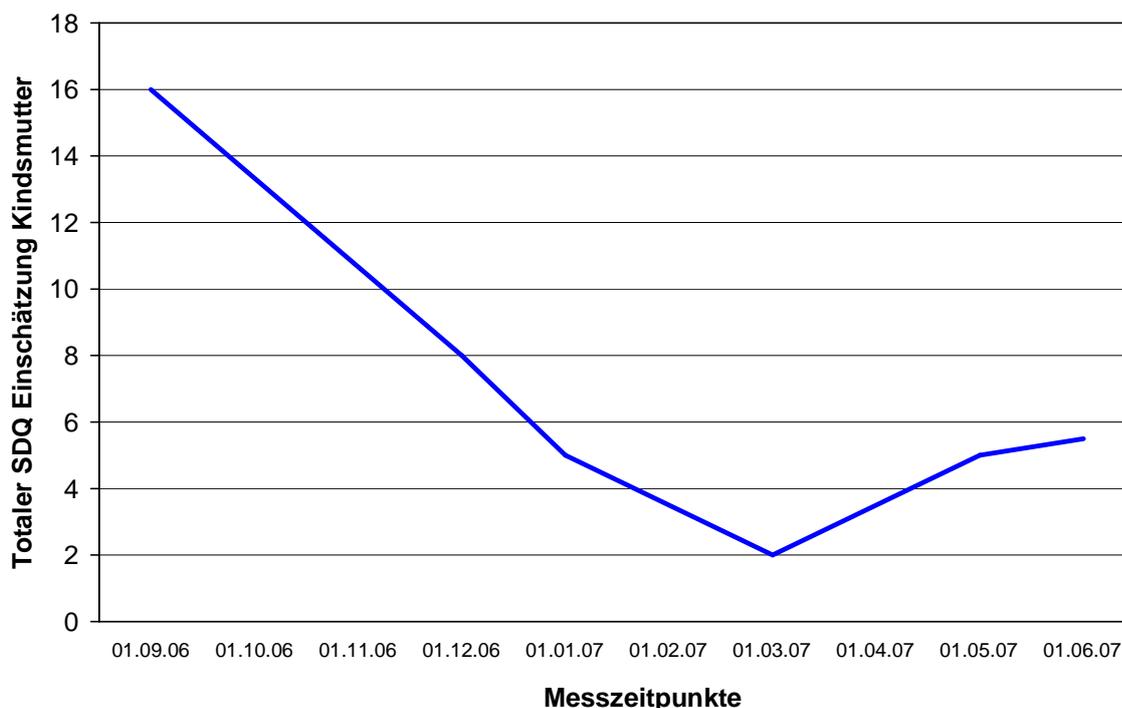
Unterstützung der Kindsmutter in der Erziehung

Da die Kindsmutter ab August 2007 wieder arbeitstätig war und vom Kindsvater wenig Unterstützung erfuhr, wurde sie in Erziehungsfragen beratend unterstützt. Es gelang ihr in der folge besser, den Kindern eine verlässliche Tagesstruktur zu bieten und sie konsequenter und konsistenter zu erziehen.

Die Verbesserung zeigt sich auch in verschiedenen Tests:

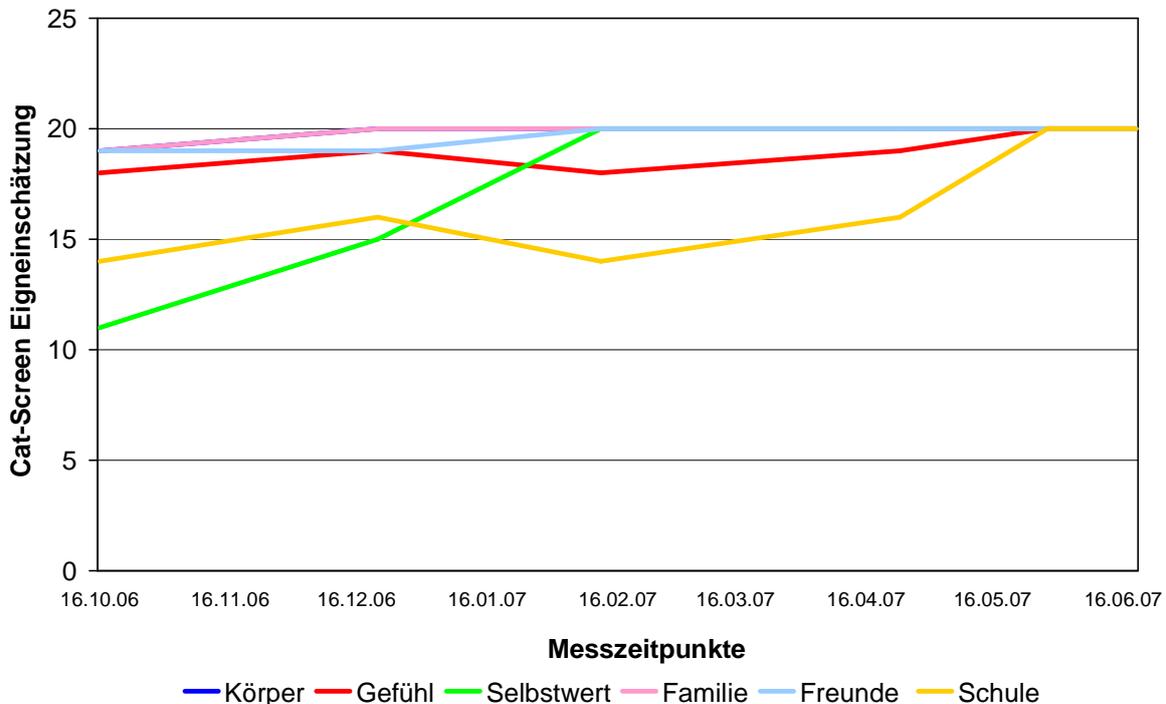
SDQ Eltern

Rückgang der Symptomatik im Verlauf von einem auffälligen zu einem unauffälligen Profil und Stabilisierung auf niedrigem Niveau.



CAT SCREEN

In der Selbstbeurteilung zeigt sich in fast allen Bereichen eine Verbesserung. Vor allem in den Bereichen Selbstwert, Schule und Gefühl konnte eine Steigerung beobachtet werden.



Diskussion

Mirko konnte deutlich von der Intervention profitieren. Er gab bei Abschluss der Therapie an, er habe viel über Alkohol gelernt, könne besser mit Stress umgehen und sei besser im Lösen von Aufgaben geworden. Die Kriterien für eine Anpassungsstörung sowie für die Ticstörung werden nicht mehr erfüllt. Das Verhalten in der Schule hat sich etwas verbessert, bedarf aber weiterer und langfristiger Unterstützung.

Die Suchtproblematik in der Familie hatte bei Mirko offenbar zu einer deutlichen Verschlimmerung einer bestehenden Symptomatik geführt. Die Intervention im Bereich der Psychoedukation zum Thema Alkohol hat zu einer deutlichen Entspannung und einem Aufbau des Selbstbewusstseins der Jungen geführt, was wahrscheinlich auch die Symptomatik in den anderen Problembereichen (vor allem bezüglich der Ticstörung) positiv beeinflusst hat. Zudem war die positive Einstellung und die meist gute Kooperation der Kindsmutter ein sehr wichtiger Baustein zum Gelingen der Therapie.

An diesem Fall zeigt sich zudem, dass im Bereich Kinder aus suchtbelasteten Familien auch immer wieder Störungsbilder gefunden werden, die nicht unbedingt mit der Suchtproblematik im Zusammenhang stehen, dadurch aber mitunter stark beeinflusst werden. Oft kann dabei keine klare Verbindung zwischen Folgen der Suchtproblematik und einer psychischen Störung gefunden werden. Der Fall von Mirko zeigt aber, wie wichtig und wirksam eine Intervention in Bezug auf eine Suchtproblematik auch bei einer psychischen Störung ist, die vordergründig nichts oder wenig mit einer Suchtproblematik in der Familie zu tun hat.



Fallbeispiel 2: (Karl)

Personzentrierte Einzelpsychotherapie mit einem 8-jährigen Jungen, dessen Vater neben einer schweren depressiven Erkrankung eine Alkoholabhängigkeit entwickelte.

Anlass

Karl wurde durch die Mutter bei der wfa aufgrund der Empfehlung einer Alkoholberatungsstelle eines angrenzenden Bezirks angemeldet. Als Einzelkind war er sehr auf seine Eltern fixiert und an den Umgang mit Erwachsenen gewohnt. Die Mutter sorgte sich um sein Wohl aufgrund seiner geäußerten Suizidabsichten -drohungen. Die psychische Erkrankung des Vaters (Depression/Alkoholabusus) hatte die Familie sehr durcheinander gebracht. Der Junge und die Mutter wurden enger zusammengeschweisst als beiden lieb war.

Nachdem es gelungen war, den Vater für einen stationären Therapieaufenthalt anzumelden, brach die Mutter zusammen und musste für einige Zeit in Kur fahren. Der Junge "verlor" fast gleichzeitig den Vater und die Mutter und war mit einer zerrütteten Familiensituation konfrontiert. Zwar hatte die Mutter bei einer befreundeten Familie einen guten Platz für ihn gefunden, doch nach all den behüteten Jahren mit Vater und Mutter kam diese Situation in seinem Erleben dem Einbrechen einer Naturkatastrophe gleich. Zuviel war auf einmal anders, zerrüttet, auseinandergerissen, zerstört. Plötzlich war kein Elternteil mehr für ihn verfügbar, der ihm Unterstützung, Halt, Zuwendung hätte geben können und ihm half zu verstehen, was passiert war. Er opponierte und brachte seine Überforderung mit Suiziddrohungen zum Ausdruck. Die Behandlung zeigte schnell Wirkung. Er konnte zu seiner Mutter fahren. Nur die Schule hatte dafür kein Verständnis und verpflichtete ihn zu einer Therapie.

Der Junge war altersentsprechend entwickelt, von etwas dicklicher Gestalt und einem auffallend grossen Kopf. Er wirkte viel älter als er war. In der Schule langweilte er sich oft und hatte Mühe aufmerksam zu sein. Es stellte sich die Frage nach Hochbegabung, die wir abklärten und feststellten, dass er über eine überdurchschnittliche Intelligenz verfügte. In der Gleichaltrigengruppe nahm er häufig eine führende Rolle ein. Er hatte viele kreative Ideen und konnte seine Kollegen damit begeistern. Gerne machten sie bei seinen Projekten mit und übernahmen die Rollen, die er ihnen zuwies. In der Familie hatte er neben der Mutter den vakanten Platz des Partners eingenommen. Mit der Mutter zusammen kümmerte er sich für den kranken Vater, wie ein Vater für sein Kind.

Auftrag und Behandlung

In der psychotherapeutischen Arbeit ging es um Themen wie; Verlassen-Sein, Selbstwertgefühl, Stärken und Schwächen zu haben, Täter und Opfer, Macht und Ohnmacht, Kämpfen und verletzt werden, sich schützen und abgrenzen können. Es war die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse.

In der Therapie liess sich eindrücklich miterleben, wie Karl diese Themen und Erlebnisse aus sich herauspielte. Zuerst im Sandspiel und dann hauptsächlich im Rollenspiel. Durch die interaktive Resonanz der Therapeutin, d.h. durch Mitspielen und Resonanz geben erlebte der Junge Wertschätzung und empathisches Verstehen. Dies ermöglichte ihm, die schwierigen Erfahrungen zu verarbeiten und ein Stück zu integrieren. All das Dunkle, das gleichsam wie ein Erdbeben sein sonniges Dasein erschütterte, konnte er mehr und mehr als Teil seiner Geschichte verstehen und miteinander verbinden. Die von ihm gestaltete Höhle zeigt, wie er nun in sich selbst einen Ort gefunden hatte, wo er sich zurückziehen konnte, wo er sich geschützt fühlte, wenn es ihm draussen zu viel wurde oder ihm Gefahr drohte. Je mehr er

diesen Schutz aufbauen konnte, desto mehr konnte er seine Kraft zeigen und wagte auch seine "schwierigen Gefühle" wie das Verletzt sein, Wut und Ärger, seine Unsicherheit und auch seine Kraft und Kreativität zu zeigen.

Gespräche mit der Lehrerin ermöglichten ihm, auch etwas von seinen Interessen in der Schule vorstellen zu können und somit wieder etwas motivierter die Schule zu besuchen. Mit einem guten Sitzplatz und regelmässigem Augenkontakt half ihm die Lehrerin wieder vermehrt aktiv am Unterricht teilzunehmen.

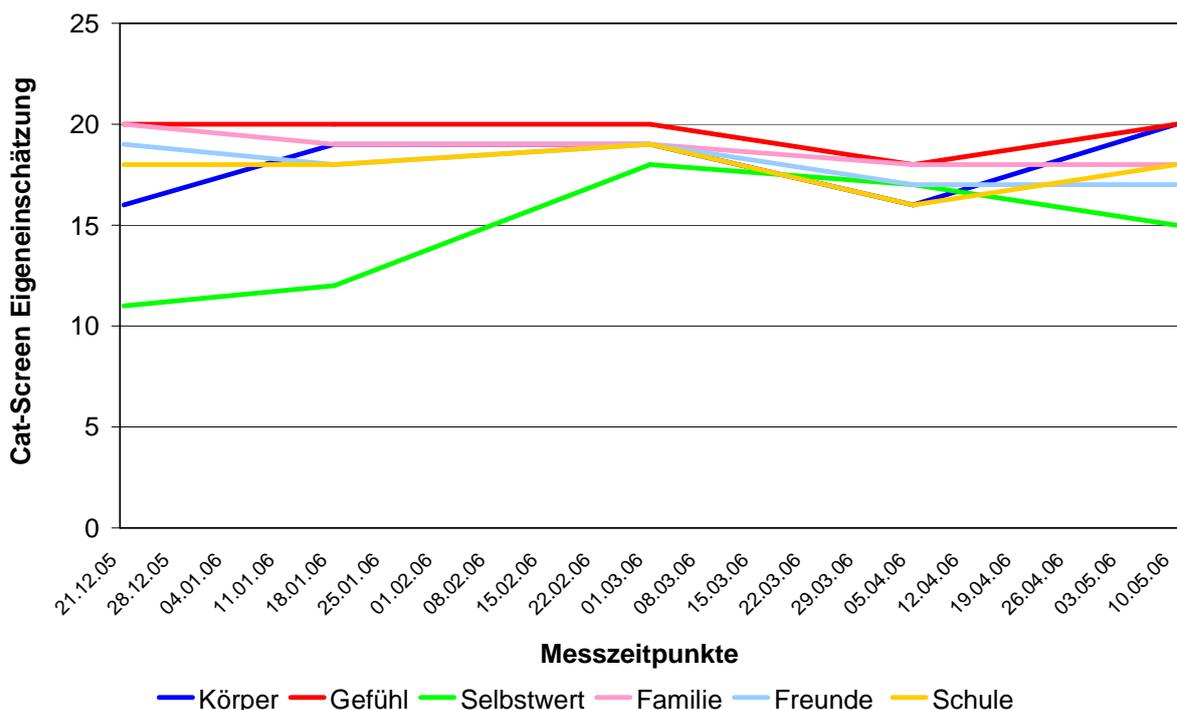
Anfänglich war es die Mutter, die den therapeutischen Prozess sehr unterstützte und regelmässig an den Elterngesprächen teilnahm. Doch auch der Vater bemühte sich sehr. Bereits von der Klinik aus kam er zu Gesprächen und in der Zeit als er wieder zu Hause war und die Mutter die Berufstätigkeit aufnahm engagierte er sich soweit, dass wir in der Therapie zum Schluss gemeinsam einen Film drehten, bei dem Karl Regie führte und die Geschichte dazu schrieb. Der Vater führte die Kamera und übernahm zusammen mit Karl die Schneidearbeiten und fügte alles zu einem Gesamtwerk zusammen.

Diskussion

Dieser Therapieverlauf zeigt die gelungene Integration schwieriger Lebensereignisse, die als Folge der psychischen Erkrankung/Suchterkrankung eines Elternteils das Kind in seiner Entwicklung gefährdeten. Karl und seine Eltern erhielten wichtige Werkzeuge in die Hand, um auch weitere stressvolle Situationen besser meistern zu können. Zudem durfte Karl für ihn neue positive Erfahrungen mit seinem Vater machen und dessen Unterstützung im gemeinsamen Engagement für seine Bedürfnisse/Projekte erfahren.

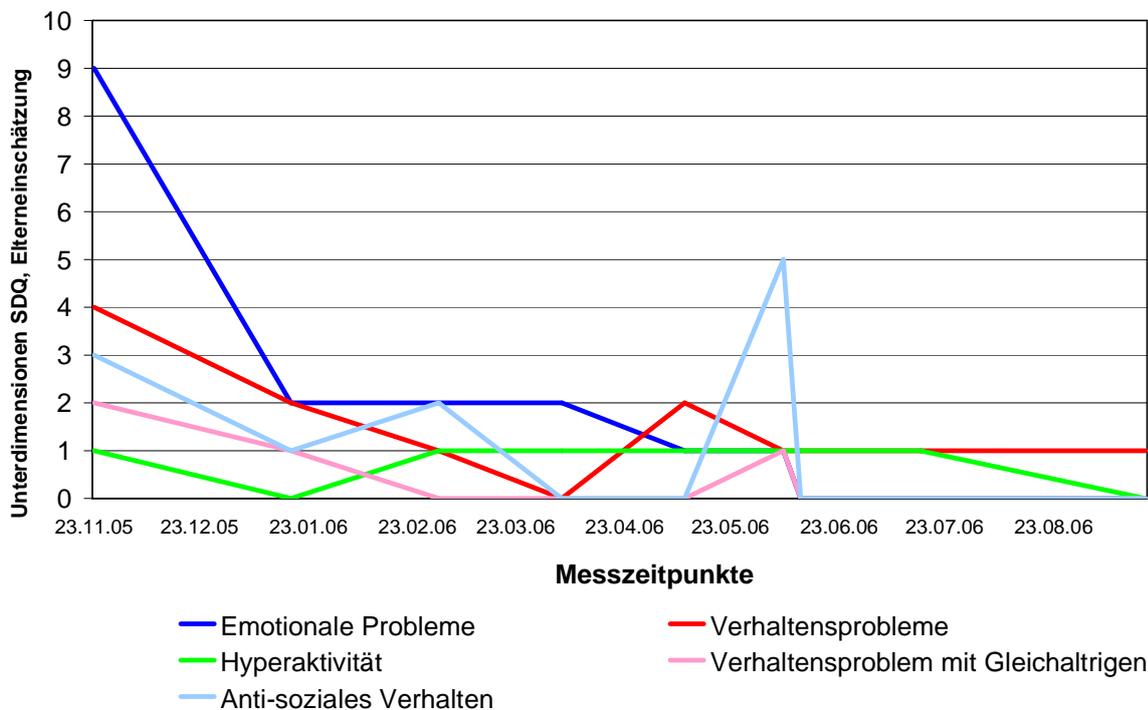
Der Therapieerfolg kann durch den Verlauf in den folgenden Tests belegt werden:

Cat-Screen

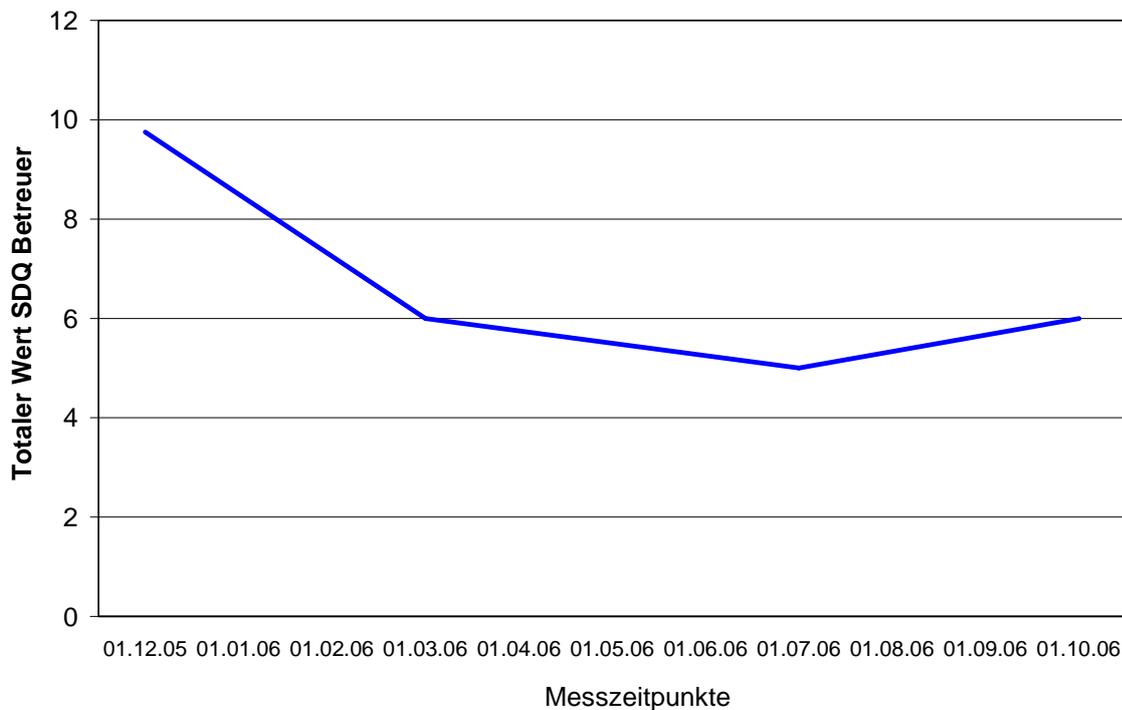




SDQ Eltern



SDQ Bezugsperson



Fallbeispiel 3: Gruppentherapie (Frank, Gabi, Daniel)

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenintervention mit einem 12-jährigen Mädchen und zwei 13-jährigen Jungen aus alkoholbelasteten Familien mit Scheidungsproblematik

Anlass

Alle drei Kinder wurden über ihre jeweiligen Beistände des Jugendsekretariates zur Therapie angemeldet. Im Vordergrund stand dabei, dass die Suchtproblematik in ihren Familien zu einer deutlichen Einschränkung ihrer Lebensqualität geführt hat, sowohl auf Gefühls-, Verhaltens- wie auch auf der kognitiven Ebene.

Probleme und Diagnosen

Frank (13): Die Mutter hat Alkoholprobleme und Depressionen. Die Eltern sind geschieden. Frank war zunächst bei Pflegeeltern platziert, danach folgten Umplatzierungen in eine SOS-Familie und schliesslich in ein Internat. Probleme: Schuldgefühle, Verstehen der eigenen Situation, Defizite in der sozialen Kompetenz.

Gabi (12): Sie ist die Schwester von Frank. Gabi lebt in einem Schulheim. Probleme: Schuldgefühle, Verstehen der Situation, Defizite in der sozialen Kompetenz.

Daniel (13): Er lebt bei seiner allein erziehenden Mutter, die Alkoholprobleme hat. Probleme: Zu viel Verantwortung und Schuldgefühle, Verstehen der eigenen Situation, Defizite in der sozialen Kompetenz

Auftrag und Behandlung

Das Ziel war es, dass die Kinder durch Psychoedukation zum Thema Alkohol und Sucht, durch Verstehen und kennen lernen der eigenen Gefühle, sowie durch ein Sozialkompetenztraining eine Verbesserung in der Lebensqualität erreichen sollten.

Mit Hilfe von verschiedenen Möglichkeiten (Bücher, Internet, Experimente, Hausaufgaben) wurden den Kindern die wichtigsten Informationen zum Thema Alkohol und Sucht vermittelt. Dabei war in dieser Gruppe die Verbindung zur eigenen Situation sehr wichtig und wurde häufig diskutiert. In einem selbst gedrehten Video wurden die Informationen und das Erlernte integriert.

Der Zugang zu den eigenen Gefühlen und deren Einordnung wurde mit Spielen, Rollenspielen und Diskussionen geschaffen. Dabei war auch der Einbezug der Eltern sehr wichtig, was für die Kinder teils eine grosse Erleichterung bedeutete. Schliesslich wurde mit Rollenspielen und unter Einsatz des Videos soziale Kompetenz trainiert.

Verlauf der Behandlung

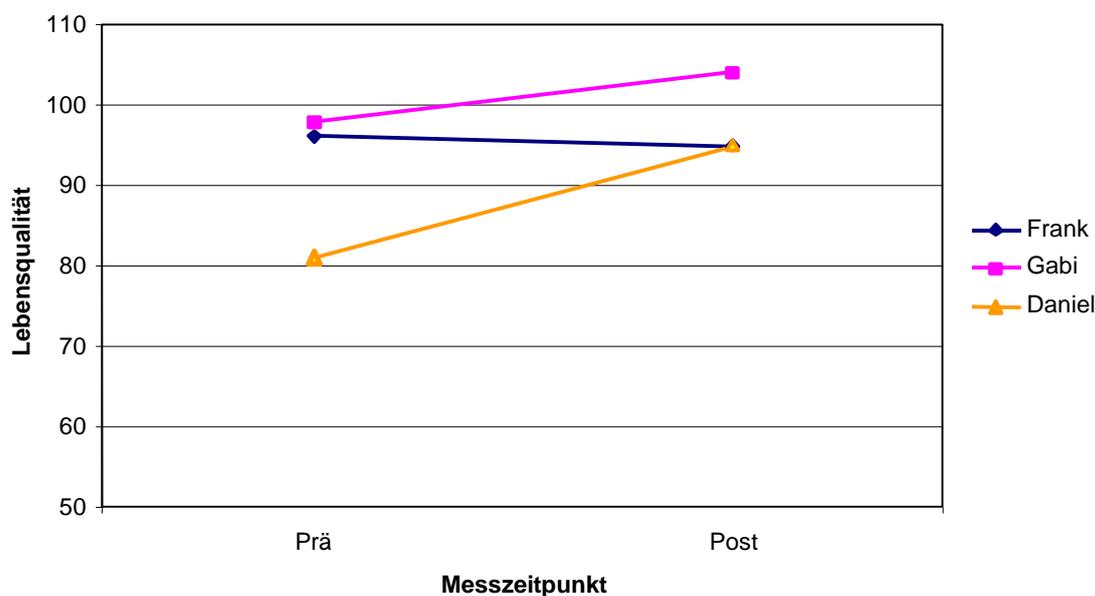
Bei Gabi und Daniel konnte eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität festgestellt werden. Dies wurde von beiden einerseits auf das bessere Wissen zum Thema Alkohol und Sucht und andererseits auf die verbesserte soziale Kompetenz zurückgeführt. Frank berichtete ebenfalls über eine Verbesserung, die sich allerdings nicht in den Daten finden lässt. Dies ist möglicherweise auf die instabile und wechselnde Betreuungssituation in der Zeit der Therapie zurück zu führen. Als sehr wichtig wurde von den Kindern der Austausch untereinander und das offene Besprechen ihrer Situation und Zukunft bewertet.

Diskussion

Aufgrund der Daten kann davon ausgegangen werden, dass die Gruppentherapie bei den TeilnehmerInnen einen deutlich positiven Effekt auf ihre Lebensqualität hat. Dazu trägt nicht zuletzt auch das Enttabuisieren und das offene Sprechen über die Suchtproblematik bei.

Cat-Screen

CAT-SCREEN Prä-Post



5. Fazit

Die Ergebnisse der Begleitforschung, die sich sowohl auf statistische Auswertungen als auch auf qualitative Falldarstellungen stützt, bieten eine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit der hier durchgeführten Behandlung von Kindern aus suchtbelasteten Familien durch das untersuchte Therapieprojekt. Sowohl die psychosoziale Situation der Kinder – etwa ihr Schulverhalten – als auch die emotionale Befindlichkeit haben sich im Therapieverlauf insgesamt verbessert. Die Kinder haben zudem ihr Wissen über Suchtprobleme erweitern können, was ihnen grössere Ressourcen im Umgang mit ihren suchtkranken Eltern zur Verfügung stellt. Das Lernen von Techniken der Stressbewältigung in der Therapie hat ebenfalls zu einer Verbesserung der Lebensqualität beigetragen. Die kombinierte Behandlung von Eltern und Kindern vermittelte den Kindern zudem positive Erfahrungen in der Interaktion mit ihren Eltern.

Selbstverständlich kann diese Verbesserung im Einzelfall stark variieren und hängt beispielsweise davon ab, in welchem Therapiestadium sich die behandelten Kinder befinden. Genauere Fallanalysen müssten untersuchen, wann im Therapieverlauf und unter welchen Umständen sich Anzeichen therapeutischer Erfolge einstellen. Ebenso wichtig ist es allerdings auch, die Ursachen des Scheiterns einer Therapie zu erklären, ein Unterfangen, das ebenfalls nur durch genaue Einzelfallanalysen gelingen kann.



Abschliessend sollte noch festgehalten werden, dass Personen aus den zuweisenden Institutionen das Behandlungsangebot von Kindern aus suchtbelasteten Familien positiv aufgenommen und auch genutzt haben. Sie schätzen die Wirksamkeit als hoch ein. Die Verbindung der Behandlung von Eltern und Kindern an derselben Stelle, die neben einer Notfallhilfe auch eine permanente Ansprechperson und einen geschützten Rahmen für Gespräche und Spiele mit den Kindern zur Verfügung zu stellen, wird von den zuweisenden Stellen geschätzt.

Literatur

- Arenz-Greiving, I. & Dilger, H. (Hrsg.)(1994). Elternsüchte – Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg im Br.: Lambertus.
- Behr, M. (2003): Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents – A Theory-based Concept of Interpersonal Relationship through Play and the Use of Toys. *Person-Centred & Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 89-103.
- Black, C. (1988). *Mir kann das nicht passieren*. Wildberg-Berlin: Mona Bögner Kaufmann.
- Brunner Zimmermann, R. (1998). Die Wahrnehmung der Beziehungsstrukturen durch Mitglieder von Familien mit einem Vater mit Alkoholproblemen. Eine hypothesengenerierende Querschnittstudie. Lizentiatsarbeit an der Universität Basel.
- Hartje, W. & Poeck, K. (2001). *Klinische Neuropsychologie*. 6. unveränderte Auflage. Hamburg: Thieme Verlag.
- Klein, M., Ferrari, T., Kürschner, K. (2001 – 2003). "Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern – Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen.
- Kruse, G. & Körkel, J. & Schmalz, U. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lachner, G. & Wittchen, H.U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In: Watzl, H.& Rockstroh, B. (Hrsg.): *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe, S. 43 – 89.
- Puxi, M. & Kremer-Preiss, U. (1998). Familienorientierte Arbeit mit Kinder und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung 1991 – 1998. Stuttgart: Kohlhammer, Band 166.
- Schneider, S. (2004). *Angststörungen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Schumann, E.Ch. (1999). *Beziehungsmuster erwachsener Kinder aus Alkoholikerfamilien. Eine qualitative Untersuchung*. Heidelberg: DUV.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wegscheider, S. (1988). *Es gibt doch eine Chance*. Wildberg-Berlin: Mona Bögner Kaufmann.
- Werner, E. (1986) Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 34-40.



- Wolin, S. & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. In: Substance Abuse 42, 1995, S. 415 – 429.
- Wolin, S. & Wolin, S. (1996). The challenge model. Working with strengths in children of substance abusing parents. In: Adolescent Substance Abuse and Dual Disorders 5, S. 243 – 256.
- Zobel, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen: Hogrefe.

Therapieprogramme

- Burtscheid, W. (2001). Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Berlin: Springer-Verlag.
- Döpfner, M.; Steinmann, S.; Fröhlich J. (2002). Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Trotzverhalten. Weinheim: Psychologie Verlagsunion
- Klein-Heßling, J. & Lohaus, A. (2000). Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter (2. erweiterte und aktualisierte Auflage des Trainingsmanuals zu 'Bleib locker'). Göttingen: Hogrefe.
- Kling G. (2006). Gruppentherapie für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Therapieprogramm. Winterthurer Fachstelle für Alkoholprobleme
- Lauth, G. W. & Schlotke, P. F. (2002). Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lauth, G. W., Grünke, M. & Brunstein, J. C. (2004) (Hrsg.). Interventionen bei Lernstörungen, Förderung, Training, Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2005). Lieber schlau als blau. 7. überarbeitete und erweiterte Aufl. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1997). Training mit aggressiven Kindern, 8. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2003). Training mit sozial unsicheren Kindern, 8. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Petermann, U. (2005). Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche, 4. aktualisierte Aufl. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Schneider, S. (2001). Phobien. In G. W. Lauth, U. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.)
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M. (2002). Soziale Phobien. Verlagsgruppe Beltz, Psychologie Verlagsunion, Weinheim
- Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wilken, B. (2006). Methoden der kognitiven Umstrukturierung, 3. aktualisierte Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.



Diagnostik und Testpsychologie

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Deegener, G., Alt, M., Engel-Schmitt, E., Janthur, B. & Lambert, S. (1988). Hamster-Test. Illustrierter Fragebogen zur Untersuchung der emotionalen Stabilität von Kindern. Weinheim: Beltz.
- DIPS für DSM IV: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Schneider, Margraf, 1994, 3. Auflage). Berlin: Springer
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Das Diagnostik-System zur Erfassung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (DISYPS-KJ). Bern: Huber.
- Gehring, T. (1998). Familiensystemtest (FAST). Göttingen: Hogrefe.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 581-586.
- Ravens-Sieberer, U., Heilmann, M., & Walleser, S. (2001). CAT-SCREEN - Ein computer - assistiertes Touch-Screen - Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern. Deutsche Gesellschaft für Psychologie in Potsdam 2001.
- Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U. (2000). Hamburger-Wechsler-Intelligenstest für Kinder HAWIK-III. Bern: Huber.
- Turner, F. & Tewes, U. (2000). Kinder-Angst-Test-II (KAT-II). Göttingen: Hogrefe.
- Unnewehr, S., Schneider, S., Margraf, J. (Hrsg.) 1995. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). Berlin: Springer

Webseiten:

www.encare.info

www.kidkit.de – Internetberatung für Kinder und Jugendliche

www.kinder-alkohol.ch

www.kopfhoch.ch – Internetberatung für Kinder und Jugendliche

www.suchtforschung.org

www.tschau.ch – Internetberatung für Kinder und Jugendliche

www.wikipedia.org – Informationen über Alkohol



Anhang 1

Tabelle A1: Dauer von elterlichen Alkohol- und Drogenproblemen und Schweregrad anderer mentaler Probleme

n	%	Vater			Mutter		
		Alkohol	Drogen	andere	Alkohol	Drogen	andere
2	7.69						mittel
1	3.85				bis 5 Jahre		
1	3.85				5-10 Jahre		
3	11.54				5-10 Jahre		mittel
1	3.85				5-10 Jahre		schwer
3	11.54				16+ Jahre		mittel
1	3.85	bis 5 Jahre		mittel			
2	7.69	5-10 Jahre		leicht			
2	7.69			mittel	bis 5 Jahre		mittel
1	3.85			schwer	16+ Jahre		leicht
1	3.85		10-15 Jahre			10-15 Jahre	leicht
2	7.69		10-15 Jahre		16+ Jahre	10-15 Jahre	mittel
1	3.85		10-15 Jahre	leicht	5-10 Jahre		schwer
1	3.85		16+ Jahre	schwer	16+ Jahre	10-15 Jahre	
1	3.85	16+ Jahre			16+ Jahre		
1	3.85	16+ Jahre		schwer			schwer
1	3.85	16+ Jahre	16+ Jahre	mittel			
1	3.85	16+ Jahre	16+ Jahre	schwer		16+ Jahre	mittel

Tabelle A2: Veränderungen des globalen Funktionsniveaus auf der Global Assessment of Functioning -Skala (GAF)

Patientencode	GAF Therapiebeginn	GAF Therapie/Evaluationsende	Änderungen GAF-Skala	Abschluss der Behandlung
A	60	70	10	1
B	40	70	30	1
C	60	80	20	1
D	70	70	0	3
E	60	40	-20	1
F	60	60	0	1
G	60	90	30	3
H	60	80	20	1
I	60	80	20	1
J	60	80	20	1
K	60	70	10	3
L	80	90	10	1
M	70	90	20	3
N	60	80	20	3
O	60	100	40	3
P	60	90	30	3
Q	60	70	10	1
R	70	90	20	1
S	50	60	10	1
T	60	70	10	3
U	60	70	10	3
V	60	70	10	3
W	60	80	20	1
X	60	70	10	3
Y	70	90	20	1
Z	60	90	30	1

Bemerkung: *Behandlung abgeschlossen=1; Behandlung abgebrochen=2; Therapie wird fortgesetzt =3



Tabelle A3: Veränderungen auf Störungsbildern/Auffälligkeiten

CODE	positive Veränderung	keine Veränderung	negative Veränderung	Differenz positiv/negative
A	3	12	0	3
B	9	3	0	9
C	4	11	0	4
D	12	0	0	12
E	3	10	2	1
F	0	9	6	-6
G	7	6	1	6
H	7	4	4	3
I	3	12	0	3
J	3	12	0	3
K	6	3	1	5
L	3	12	0	3
M	2	13	0	2
N	2	12	1	1
O	2	2	0	2
P	4	2	0	4
Q	3	12	0	3
R	4	11	0	4
S	3	12	0	3
T	3	12	0	3
U	6	5	0	6
V	6	6	0	6
W	7	8	0	7
X	1	12	2	-1
Y	2	8	0	2
Z	2	13	0	2

Bemerkung: 15 Störungsbilder insgesamt: Bei einigen Kindern konnten nicht alle Störungsbilder beobachtet und so Veränderungen gemessen werden. Deshalb ergibt die Summe aus positiven, keinen und negativen Veränderungen nicht bei allen Kindern 15

Auf der Basis dieser signifikanten Ergebnisse zur Befindlichkeit lässt sich bereits sagen, dass die Therapie massgeblich zu einer Verbesserung von Störungsbildern und dem globalen Funktionsniveau der behandelten Kinder beigetragen hat.

Anhang 2 - SDQ

SDQ-D (Fremdeinschätzung Kinder: Hyperaktivität, emotionale Probleme, Verhaltensprobleme prosoziales Verhalten)

→ separate Bewertung der Scores für Lehrer (s. Ende des Dokumentes)

Autor: Goodman (1997)

Reliabilität:

Gesamtwert $r = .76$

Retestreliaibilität $r = .85$

Auswertung der Elternbeurteilungsbögen des SDQ-D

Die 25 Items im SDQ umfassen jeweils fünf Skalen mit fünf Merkmalen. Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht darin, die Werte jeder einzelnen Skala aufzuaddieren. „Teilweise zutreffend“ wird mit einer Eins bewertet, aber „nicht zutreffend“ oder „eindeutig zutreffend“ wird je nach Merkmal bewertet. Das Ergebnis kann auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen null und 10 ergeben, falls Angaben zu allen fünf Merkmalen gemacht wurden. Falls ein oder zwei Werte fehlen, kann das Ergebnis hochgerechnet werden.

	Emotionale Probleme	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
3	Klagt häufig über Kopfschmerzen	0	1	2
8	Hat viele Sorgen ...	0	1	2
13	Oft unglücklich ...	0	1	2
16	Nervös und anklammernd ...	0	1	2
24	Hat viele Ängste ...	0	1	2
	Verhaltensprobleme	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
5	Hat oft Wutanfälle ...	0	1	2
7	Im Allgemeinen folgsam ...	2	1	0
12	Streitet sich oft ...	0	1	2
18	Lügt oder mogelt häufig ...	0	1	2
22	Stiehlt zu Hause ...	0	1	2
	Hyperaktivität	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
2	Unruhig, überaktiv ...	0	1	2
10	Ständig zappelig ...	0	1	2
15	Leicht ablenkbar ...	0	1	2
21	Denkt nach ...	2	1	0
25	Führt Aufgaben zu Ende ...	2	1	0



	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
6	Einzelgänger ...	0	1	2
11	Hat wenigstens einen guten Freund ...	2	1	0
14	Im Allgemeinen bei anderen ...	2	1	0
15	Wird von anderen gehänselt ...	0	1	2
23	Kommt besser mit Erwachsenen aus ...	0	1	2
	Prosoziales Verhalten	nicht zutreffend	teilweise zutreffend	eindeutig zutreffend
1	Rücksichtsvoll	0	1	2
4	Teil gerne ...	0	1	2
9	Hilfsbereit ...	0	1	2
17	Lieb zu jüngeren Kindern ...	0	1	2
20	Hilft anderen ...	0	1	2

Um den **Gesamtproblemwert** anzugeben, werden die vier Skalen, die sich auf Probleme beziehen, aufsummiert. Der Gesamtwert liegt zwischen 0-40. Die Skala mit prosozialem Verhalten wird dabei nicht berücksichtigt. Falls Angaben zu mindestens 12 - 20 relevanten Items gemacht wurden, kann das Gesamtergebnis wiederum hochgerechnet werden.

Interpretation der Werte und Definition einer Störung

Die angegebene Verteilung wurde so gewählt, dass ca. 80% der Kinder als normal, 10% als grenzwertig auffällig und 10% als auffällig eingestuft werden. So lässt sich z.B. bei der Fragestellung nach einer Gruppe von Kindern mit hohen Risikofaktoren, bei denen eine grössere Anzahl falsch positiver Fälle unproblematisch ist, ein cut-off bei grenzwertigen Werten wählen. Sollen bei einer Studie möglichst wenig falsch positive Ergebnisse erfasst werden, empfiehlt es sich, nur Kindern mit einem hohen Wert für Auffälligkeiten mit einzubeziehen.

Eltern-Fragebogen

	normal	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0-13	14-16	17-40
Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
Verhaltensprobleme	0-2	3	4-10
Hyperaktivität	0-5	6	7-10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-2	3	4-10
Prosoziales Verhalten	6-10	5	0-4



Lehrer-Fragebogen

		unauffällig	grenzwertig	auffällig
	Gesamtproblemwert	0-11	12-15	16-40
	Emotionale Probleme	0-3	4	5-10
	Verhaltensprobleme	0-2	3-4	5-10
	Hyperaktivität	0-5	6-7	8-10
	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0-3	4	5-10
	Prosoziales Verhalten	5-0	4	0-3

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 581–586.



Anhang 3

Box 1: GAF:

- 100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten;
- 90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung)
- 80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit)
- 70-61 Einige leichte Symptome (z.B. leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen)
- 60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde)
- 50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- 40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche)) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation.
- 10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 0 Unzureichende Informationen



Box 2: Störungsbilder und Auffälligkeiten

1. Hyperkinetische Störungen
2. Störungen im Sozialverhalten
3. Angststörungen
4. Depressive Störungen
5. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
6. Tics
7. Aggressivität
8. Lern- und Leistungsstörungen
9. Posttraumatische Belastungs- und Anpassungsstörungen
10. Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik
11. Substanzmissbrauchsstörungen
12. Suizidalität
13. Störungen der Grob- und Feinmotrik
14. Sprachstörungen
15. andere Störungen nicht näher bezeichnet