

# Mama, warum lachst du nicht?

**Ergotherapeutische Interventionen um Mütter mit Depressionen  
in ihrer Mutterrolle bei Schulkindern zu unterstützen**

Rebekka Abächerli  
13-574-561

Jasmin Töngi  
13-575-113

Departement: Gesundheit  
Institut für Ergotherapie  
Studienjahr: ER 13  
Eingereicht am: 4. Mai 2016  
Begleitende Lehrperson: Kim Roos

**Bachelorarbeit  
Ergotherapie**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	6
<b>1 Einleitung</b> .....	7
1.1 Problemstellung.....	7
1.2 Ergotherapeutische Relevanz .....	9
1.3 Zielsetzung.....	9
1.4 Fragestellung.....	10
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b> .....	10
2.1 Einführung ins Thema Depressionen .....	10
2.2 Einführung in das Thema Mutterrolle .....	11
2.2.1 Definition des Begriffs "Mutterrolle" .....	11
2.2.2 Mutterrolle und Betätigung .....	12
2.2.3 Mütterliche Aufgaben bei Schulkindern.....	13
2.3 Auswirkungen der Depression.....	14
2.3.1 Auswirkungen der Depression auf die Mutterrolle .....	14
2.4 Model of Human Occupation .....	15
2.4.1 Volition.....	16
2.4.2 Habituation .....	16
2.4.3 Performanzvermögen .....	17
2.4.4 Umwelt.....	18
2.5 Ergotherapeutische Grundhaltung.....	19
2.5.1 Klientenzentrierung .....	19
2.5.2 Betätigungsbasierung .....	19
<b>3 Methode</b> .....	19
3.1 Literaturrecherche .....	19
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien .....	24
3.3 Studienbeurteilung .....	25
<b>4 Ergebnisse</b> .....	26
4.1 Überblick der Hauptstudien .....	27

4.2	Zusammenfassung der Hauptstudien.....	30
4.2.1	Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression.....	30
4.2.2	Developing a Family-Based Depression Prevention Programm in Urban Community Mental Health Clinics*: A qualitative Investigation.....	32
4.2.3	Assessing an Internet-Based Parenting Intervention for Mothers With a Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial .....	35
4.2.4	Safty, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. ....	37
4.2.5	A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression.....	40
4.3	Überblick der Interventionen.....	43
4.4	Darstellung der Ergebnisse im Model of Human Occupation .....	48
4.4.1	Volition.....	49
4.4.2	Habituation .....	51
4.4.3	Performanzvermögen .....	51
4.4.4	Umwelt.....	52
4.5	Rahmenbedingungen der Therapien.....	53
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>55</b>
5.1	Diskussion der Ergebnisse im MOHO .....	55
5.1.1	Eduktion .....	55
5.1.2	Selbstwirksamkeitsförderung.....	57
5.1.3	Erziehungsprinzipien .....	57
5.1.4	Förderung der Kinder .....	58
5.1.5	Mutter-Kind-Interaktion .....	58
5.1.6	Fähigkeitstraining im Alltag .....	59
5.1.7	Sozialer Rückhalt .....	60
5.1.8	Abbau von Barrieren.....	61
5.2	Beurteilung der Interventionen .....	61
5.3	Theorie-Praxis Transfer.....	62
5.3.1	Klientenzentrierung .....	62
5.3.2	Betätigungsbasierung .....	64
5.3.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit .....	65

<b>6 Schlussfolgerung</b> .....	66
6.1 Empfehlungen für die Praxis .....	66
6.2 Limitationen .....	66
6.3 Zukunftsaussichten .....	67
6.4 Beantwortung der Fragestellung .....	68
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	69
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	78
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	78
<b>Wortzahl</b> .....	78
<b>Glossar</b> .....	79
<b>Danksagung</b> .....	84
<b>Eigenständigkeitserklärung</b> .....	85
<b>Anhang</b> .....	86
Anhang 1: ausführliche Keywordtabelle .....	86
Anhang 2: Suchmatrix .....	89
Anhang 3: Studienbewertung .....	98

### Anmerkungen

Mit der Aussage "Mütter mit Depressionen von Schulkindern" sind Mütter gemeint, welche unter Depressionen leiden und Schulkinder haben.

Die Urheberinnen dieser Arbeit werden folgend als "Verfasserinnen" bezeichnet, während die Urheberinnen und Urheber der verwendeten Studien "Autorinnen" und "Autoren" genannt werden.

Das Zitat in der Einleitung wurde von den Verfasserinnen vom Englischen ins Deutsche übersetzt.

Die in der Arbeit mit \* markierten Wörter werden im Glossar beschrieben.

Für eine bessere Orientierung in längeren Textabschnitten werden Hauptbegriffe teilweise mit *kursiver* Schriftart herausgehoben. Die Wörter haben ansonsten keine besondere Bedeutung.

## Abstract

### **Darstellung des Themas**

Depressionen bei Müttern von Schulkindern führen zu zahlreichen Einschränkungen im Familienalltag und in der Ausübung der Mutterrolle. Dennoch gibt es sehr wenig Evidenz zu ergotherapeutischen Interventionen bei dieser Klientel.

### **Ziel**

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, aufzuzeigen, durch welche Interventionen in der Ergotherapie Mütter mit Depressionen in ihrer Mutterrolle bei Schulkindern unterstützt werden können.

### **Methode**

Durch systematische Literaturrecherche in sieben Datenbanken mit definierten Keywords wurden Studien eingeschlossen, die mögliche Interventionen aus Bezugswissenschaften der Ergotherapie aufzeigen. Fünf Hauptstudien wurden durch Ein- und Ausschlusskriterien identifiziert, zusammengefasst und gewürdigt. Anschliessend wurden die Ergebnisse anhand des Model of Human Occupation und ergotherapeutischer Handlungsprinzipien auf die Ergotherapie übertragen.

### **Relevante Ergebnisse**

Positive Veränderungen zeigen sich durch Edukation, Fähigkeitstraining im Alltag, Selbstwirksamkeitsförderung, die Stärkung des sozialen Rückhaltes, sowie die Förderung der Performanzfertigkeiten in weiteren Bereichen der Mutterrolle. Die Therapie-Rahmenbedingungen sind bedeutend.

### **Schlussfolgerung**

Das Review zeigt auf, dass sich bei ergotherapeutischen Interventionen bei Müttern mit Depressionen von Schulkindern das Gruppensetting eignet. Wichtig sind, nebst der Psychoedukation, Familiensitzungen für den individuellen Familienbezug, kognitive Verhaltenstherapie zur Stärkung der Selbstwirksamkeit, Heimübungen oder Domizilbehandlungen für den Übertrag in den Alltag. Die Ergotherapie soll in der interdisziplinären Zusammenarbeit vermittelnd fungieren.

### **Keywords**

Mütter, Depression, Schulkind, Ergotherapie, Interventionen, Mutterrolle

## 1 Einleitung

Das folgende Zitat einer Mutter mit Depressionen aus der Studie von Boyd, Diamond, & Bourjolly (2006) leitet in die vorliegende Bachelorarbeit ein:

„Wenn ich niedergeschlagen bin und sie [die Kinder] nach Hause kommen und...viele Hausaufgaben haben... kann ich ihnen nicht helfen. Ich werde emotional und es ist hart für sie, denn sie brauchen die Hilfe. Aber ich kann mich nicht wirklich darauf konzentrieren, bei den Hausaufgaben zu helfen.“  
(S.192)

### 1.1 Problemstellung

Depressionen sind häufig mit grossem Leid der betroffenen Personen und deren Umfeld verbunden und führen zu enormen Einschränkungen im Alltag, Beruf und in Beziehungen (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013). Laut einer schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik (BFS) leiden 6% der Bevölkerung an einer Depression (Baer et al., 2013). Frauen sind um 7% mehr von depressiven Symptomen betroffen als Männer ([BFS], 2015). Jede zehnte Frau in der Schweiz lässt sich im Leben einmal aufgrund einer Depression behandeln, bei Männern nur jeder sechzehnte. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied ist bei Paaren mit Kindern zusätzlich verstärkt (Baer et al., 2013).

Die Mutterrolle bringt laut Henry-Huthmacher (2008) sehr hohe Anforderungen mit sich. Kinder bedürfen stetiger Aufmerksamkeit, Liebe, Geborgenheit und einer klaren Linie, was eine grosse Herausforderung darstellen kann. Weiter wird nach mitteleuropäischer Kultur von den Müttern erwartet, dass sie Familie und Beruf vereinbaren können. Die Förderung des Kindes in allen Lebensbereichen erfordert von den Müttern grosse Flexibilität und Organisationsvermögen. Obwohl immer mehr Männer bei der Kinderbetreuung mithelfen, liegt die Hauptverantwortung nach traditioneller Sichtweise mehrheitlich bei den Müttern. Laut Fthenakis, Kalicki & Peitz (2002) bedeutet dies für die Mütter den Verlust der finanziellen Unabhängigkeit und Einschränkungen in ihren ausserhäuslichen Betätigungen\*. All den

genannten Ansprüchen gerecht zu werden, stellt für Mütter eine grosse Herausforderung dar. Eine Depression erschwert es zusätzlich, alle Anforderungen zu erfüllen. Dass die Thematik auch in der Ergotherapie an Bedeutung gewinnt, zeigt das Bedürfnis der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUKZH), evidenzbasierte Literatur zur Behandlung von Müttern mit Depressionen von Schulkindern zu erhalten. Bezüglich der Therapie von psychisch kranken Eltern zeigt eine Winterthurer Studie auf, dass psychisch kranke Eltern, die eine Therapie beanspruchen, zwar oft gefragt werden, ob sie Kinder haben, aber nur in 43% der Fälle weiterführende Fragen gestellt werden (Gurny, Cassée, Gavez, Los, & Albermann, 2006). Recherchen zu Therapieangeboten in der Schweiz zeigen auf, dass es grössere Kliniken gibt, welche ein Therapieangebot für Eltern mit Depressionen mit Kindern im Vorschulalter haben (Reisch & Wolfender, 2011; Luzernerpsychiatrie, 2015; Seifritz, 2014). In der Schweiz gibt es jedoch zum aktuellen Zeitpunkt nur die Institution Wegwarte in Basel, welche Mütter mit Depressionen zusammen mit ihren Kindern im Schulalter\* stationär aufnimmt und therapiert (Trautmann-Villalba, 2015).

Aufgrund dieser Behandlungslücke, stellen Mütter von Schulkindern das Hauptklientel dieser Arbeit dar. Da die Depression der Mutter starke Auswirkungen auf ihre Familie haben kann, werden die Kinder und Partner als Nebenklientel nicht vollständig ausgeschlossen. So beschreibt die Studie von Goodman, Adamson, Riniti & Cole (1994), dass Mütter mit Depressionen häufiger negative Interaktionen\* und weniger Wertschätzung gegenüber ihren Kindern zeigen, kritischer sind, ihre Kinder überbehüten und die Kinder selbst ein erhöhtes Risiko haben, eine psychische Krankheit zu erleiden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass mütterliche Depressionen in allen psychiatrischen Settings\* weit verbreitet sind. Trotzdem wird die Mutterrolle laut Olson (2008) in der Behandlung von den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten selten bewusst berücksichtigt. Daher wird im folgenden Abschnitt auf die Relevanz des Themas für die ergotherapeutische Praxis eingegangen.



## 1.2 Ergotherapeutische Relevanz

Olson (2008) sieht die Aufgabe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Entwicklung von Strategien mit den betroffenen Müttern, um ihren Alltag zu erleichtern und sie in ihren Rollen zu stärken. Larson (1999) bestätigt, dass es für die ergotherapeutische Profession wichtig ist, die Alltagsaktivitäten der Mütter zu beobachten und die Bedeutung, welche die Routinehandlungen für diese Mütter haben, zu berücksichtigen. Olson (2008) betont die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit Fachpersonal aus anderen Professionen, um die positive Interaktion von depressiven Eltern und ihren Kindern in alltäglichen Aktivitäten\* zu unterstützen und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung\* in der Elternrolle zu fördern. Eingeschränkt auf die Ergotherapie ist die Evidenzlage bezüglich der Behandlung von Müttern mit Depressionen laut Olson (2008) gering. Hingegen sind einige Therapiemethoden zur Behandlung von Patientinnen mit Schulkindern aus den Bezugswissenschaften\* der Ergotherapie, wie Psychologie oder Sozialarbeit, bekannt. Hinden, Biebel, Nicholson, Henry & Katz-Leavy (2006) zeigen auf, dass bestehende Programme für Eltern mit psychischen Erkrankungen und deren Kinder von sehr unterschiedlichen Berufsgruppen entwickelt und durchgeführt wurden. Auch England, Sim & Practices (2009) berichten von einer Auswahl effektiver Therapiemethoden und Ansätzen für die Therapie von Müttern mit Depressionen.

Aufgrund der geringen ergotherapeutischen Evidenz wird in dieser Arbeit Literatur aus Bezugswissenschaften verwendet. Mit Hilfe des Model of Human Occupation (MOHO) wird diese anschliessend in ergotherapeutische Interventionen für Mütter mit Depressionen von Schulkindern transferiert, um folgendes Ziel zu erreichen:

## 1.3 Zielsetzung

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aufzuzeigen, durch welche Interventionen Mütter mit Depressionen in ihrer Mutterrolle bei Schulkindern unterstützt werden können. Dies führt dazu, dass die Mutterrolle bei der ergotherapeutischen Behandlung dieser Klientel nicht vernachlässigt, sondern gezielt fokussiert wird. Mütter mit Depressionen sollen in der Ergotherapie,

insbesondere in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, trotz wenig ergotherapeutischer Literatur evidenzbasiert therapiert werden können. Dazu wird auf den aktuellen Forschungsstand aus ergotherapeutischen Bezugswissenschaften zurückgegriffen. Für die Bachelorarbeit ergibt sich daraus folgende Fragestellung:

## 1.4 Fragestellung

Welche ergotherapeutischen Interventionen lassen sich aus den Bezugswissenschaften der Ergotherapie ableiten, um Mütter mit Depressionen in der Ausübung ihrer Mutterrolle bei Schulkindern zu unterstützen?

## 2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden die für diese Arbeit zentralen Begrifflichkeiten ausgeführt und das ergotherapeutische Modell Model of Human Occupation (MOHO), welches für den Übertrag der Interventionen in die Ergotherapie verwendet wird, dargestellt.

### 2.1 Einführung ins Thema Depressionen

Umgangssprachlich werden die Wörter "depressiv" und "Depression" in unterschiedlichem Zusammenhang gebraucht. Daher wird nachfolgend definiert, wie der Begriff "*Depression*" in dieser Arbeit verwendet wird. Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [ICD-10-GM, Version 2015] wird zur Definition genutzt, da sie interdisziplinär eingesetzt wird und in Europa weit verbreitet ist:

"Von einer "depressiven Episode" spricht man, wenn über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen mindestens zwei der Hauptsymptome und zwei Zusatzsymptome vorhanden sind".

Als Hauptsymptome gelten in der [ICD-10-GM]:

- gedrückte Stimmung
- Interessensverlust
- Verminderung des Antriebs

Als Zusatzsymptome der Depression gelten:

- mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken und Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Interventionen zu finden um betroffene Mütter in ihrer Mutterrolle zu unterstützen. Deshalb wird nachfolgend der Begriff "Mutterrolle" definiert.

## **2.2 Einführung in das Thema Mutterrolle**

### **2.2.1 Definition des Begriffs "Mutterrolle"**

Eine amerikanische Studie von Francis-Connolly (1998) besagt, dass es viele unterschiedliche Meinungen und Aussagen dazu gibt, was es heisst Mutter zu sein. Weiter sagt sie, dass die Mutterschaft ein Konstrukt aus mehreren Variablen wie intrafamiliäre Dynamiken, ökonomische Situation, soziale Ressourcen, Ethnizität und Kultur ist. In dieser Arbeit wird mit „Mutterrolle“ Folgendes bezeichnet: Laut der ergotherapeutischen Literatur von Esdaile, Farrell, & Olson (2004) und Francis-Connolly (2000) beinhaltet die Mutterrolle physische, emotionale, soziale und fürsorgende Komponenten.

- Die *physische Komponente* beinhaltet beispielsweise das Anziehen, das Hochheben und Halten eines Kindes sowie das gemeinsame Spiel (Gillis, 1996; Reisine, Goodenow, & Grady, 1987).
- Unter der *emotionalen Komponente* der Mutterrolle wird das Trösten des Kindes, das gemeinsame Feiern von Erfolgserlebnissen und das gemeinsame Suchen nach Lösungen bei Schwierigkeiten verstanden (Gillis, 1996; Reisine et al., 1987).
- Als *soziale Komponente* wird die Repräsentation der Familie durch die Mutter angesehen, sowie das Organisieren von Anlässen wie Kinderfeste oder andere soziale Ereignisse ausserhalb der Familie (Gillis, 1996; Reisine et al., 1987).
- Die *fürsorgende Komponente* beinhaltet sowohl die physische Komponente wie auch die emotionale Komponente der Mutterrolle (z.B. Bindung). Ebenso umfasst die Komponente der Fürsorge, dass die Mutter die Erwartungen der Familie wahrnimmt und ihre Bedürfnisse nach Zeit und Aufmerksamkeit stillt (Primeau, 2000; Reisine et al., 1987).

Nach traditioneller Sichtweise gestaltet die Mutter den häuslichen Alltag, die emotionalen Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und die familiären und sozialen Kontakte nach aussen (Hofecker, Fallahpour et al., 2005). Die Mutter nimmt ihre Bedürfnisse laut der Schweizer Studie von Hofecker, Fallahpour et al. (2005) zu Gunsten der anderen Familienmitglieder zurück und ihre Familie steht für sie im Mittelpunkt.

### **2.2.2 Mutterrolle und Betätigung**

Man kann davon ausgehen, dass die Mutterrolle an sich keine Betätigung, also keine persönlich bedeutsame Tätigkeit, sein muss. Die in der Mutterrolle enthaltenen Aktivitäten können jedoch zu einer Betätigung heranwachsen. Die Gesellschaft erwartet von einer Mutter beispielsweise, dass sie der Aktivität "Mahlzeit für das Kind bereitstellen" nachkommt. Diese Aktivität wird erst zu einer Betätigung gesteigert, wenn eine Mutter ihrem Kind beispielsweise aufgrund ihrer persönlichen Wertvorstellungen ein gesundes Frühstück zubereitet. (Dunbar & Roberts, 2006) Durch die Geburt der Kinder werden in der Rolle als Mutter neue Betätigun-

gen gefunden (Turner, 2002) und bestehende Betätigungen verändern sich oder fallen weg (Horne, Corr, & Earle, 2005). So beschreibt eine Mutter, dass sie nicht mehr so viel Sport treibe, stattdessen nun Spass an Familienaktivitäten wie in den Zoo gehen oder Freunde treffen habe (Horne, Corr, & Earle, 2005).

### 2.2.3 Mütterliche Aufgaben bei Schulkindern

Die in der Studie von Francis-Connolly (1998) interviewten Mütter sind der Meinung, dass die Mutterrolle kein Ende hat. Die Art der Ausübung der Rolle ändere sich jedoch deutlich, wenn die Kinder älter werden. Der Schweizer Kinderarzt Largo (2007) bestätigt, dass die Eltern ihre Fürsorge und ihr Verhalten laufend dem Kind anpassen müssen, da sich das kindliche Bindungsverhalten über die Jahre ständig wandelt.

Obwohl ein Schulkind seine *körperlichen Bedürfnisse* weitgehend selbst befriedigen kann, ist das Umsorgen der Kinder durch die Eltern für das Kind von Wichtigkeit (Largo, 2007).

Das Schulkind braucht die Gewissheit, dass es jederzeit *Zuwendung und Schutz* einer Bezugsperson erhalten kann, obwohl es nicht mehr auf deren unmittelbare Erreichbarkeit angewiesen ist (Largo, 2007).

Die Eltern sollen dem Schulkind ein Gefühl von *Akzeptanz und Anerkennung* vermitteln. Dies stärkt das Wohlbefinden und beeinflusst das Selbstwertgefühl positiv. (Largo, 2007)

Das Gefühl angenommen zu sein stellt sich vor allem durch *gemeinsames Erleben* ein. Um das Kind in der Entwicklung zu unterstützen, ist es notwendig, dass die Eltern dem Kind vielfältige Erfahrungen bieten. Das Kind soll spüren, dass sich die Eltern Zeit für das Kind nehmen, sich für das Kind freuen und gerne mit dem Kind zusammen sind. Das Einbinden der Aktivitäten in einen *festen Tagesablauf* ist notwendig. (Largo, 2007)

Es braucht seitens der Eltern eine *konsequente Erziehungshaltung*. Denn Kinder sind am leistungsfähigsten und fühlen sich am wohlsten, wenn ihr Leben in geregelten Bahnen abläuft (Largo, 2007). Ebenso benötigt das Kind, besonders in den

ersten Jahren der Schulzeit, Unterstützung der Eltern beim Erledigen der Hausaufgaben (Segal & Hinojosa, 2006).

Um dem Kind verschiedene Erfahrungen zu ermöglichen, müssen die Eltern ein vielfältiges Spielangebot gewährleisten. Das Spiel ist für die körperliche, soziale, emotionale und kognitive Entwicklung eines Schulkindes von grosser Bedeutung. Dies führt dazu, dass die Eltern das Schulkind zu verschiedenen Aktivitäten begleiten oder Anlässe arrangieren sollen. Dies verlangt viel Zeit und Organisation. Durch das *Spiel* der Eltern mit den Kindern wird die Interaktion und Bindung zwischen ihnen gestärkt, weshalb dies ebenfalls sehr wichtig ist. (Kenneth, 2007)

Die direkten Bezugspersonen sind für das Schulkind nicht mehr nur die Eltern. Das Kind ist nun bereit, auch von fremden Personen zu lernen. Dies bietet den Eltern eine gewisse Freiheit. (Largo, 2007)

## 2.3 Auswirkungen der Depression

### 2.3.1 Auswirkungen der Depression auf die Mutterrolle

Mütterliche Depression hat negative Auswirkungen auf das Elternsein, das Familienleben und die Familienbeziehungen (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000). Murray et al. (2006) berichten, dass Mütter mit einer Depression in der Kommunikation mit ihren Kindern Schwierigkeiten haben. Die Interaktion mit ihren Kindern während der depressiven Phase ist weniger positiv (Weinberg & Tronick, 1998) und die Mütter agieren weniger empathisch (Feng, Shaw, Skuban, & Lane, 2007). Die Mütter mit Depressionen in den Untersuchungen von Downey & Coyne (1990) haben Mühe, den Fokus auf eine Tätigkeit aufrecht zu halten und sind vermehrt selbstfokussiert. Cohn & Tronick (1989) zeigen weiter auf, dass sich diese Mütter bei der Interaktion mit den Kindern zurückziehen, nur spärlich am Spiel der Kinder teilnehmen, oft energielos und traurig sind. So berichtet die Hälfte der Mütter in der amerikanischen Studie von Venkataraman & Ackerson (2008), dass sie es während der depressiven Phase nicht aus dem Bett schaffen. Eine Mutter beschreibt weiter, dass sie alle Aktivitäten macht, aber nicht wirklich vollständig präsent ist. Die Ängstlichkeit der Mütter mit Depressionen hindert die Kinder oftmals in ihren Aktivitäten (Cohn & Tronick, 1988). Ausserdem wird laut der finni-

schen Studie von Aunola, Ruusunen, Viljaranta, & Nurmi (2013) der Zusammenhang zwischen Eltern mit Depressionen und dem Wohlbefinden des Kindes, sowie dem Auftreten von Psychopathologien, emotionalen und Verhaltensproblemen beim Kind weitgehend bestätigt.

## 2.4 Model of Human Occupation

Anhand des ergotherapeutischen Modells MOHO (Model of Human Occupation) nach Kielhofner, Marotzki, & Mentrup (2005) wird im Diskussionsteil der Übertrag der Studienergebnisse aus den Bezugswissenschaften in die Ergotherapie gemacht. Aufgrund dessen wird nachfolgend das Modell kurz erläutert und grafisch in der Abbildung 1 dargestellt. Zur besseren Verständlichkeit der Inhalte sind Beispiele von den Verfasserinnen anhand der Mutterrolle erwähnt.

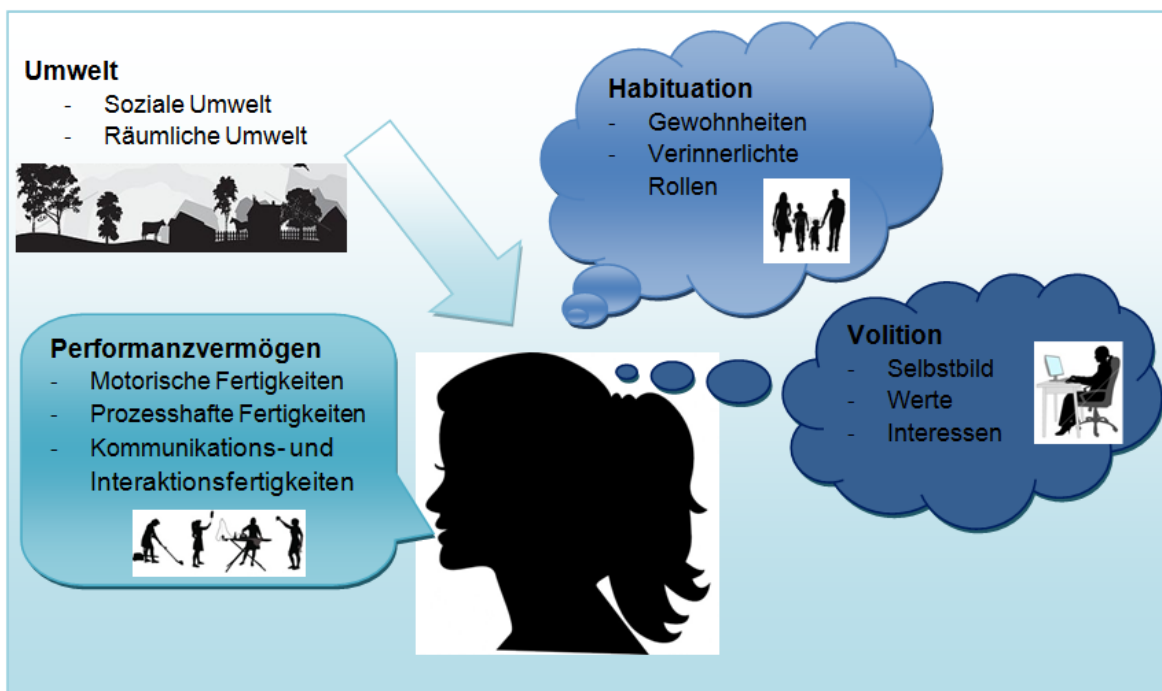


Abbildung 1. Darstellung des Model of Human Occupation (MOHO).

### 2.4.1 Volition (Betätigungsmotivation)

Die Volition steuert die Wahl eines Betätigungsverhaltens und besteht aus verschiedenen Gefühlen, Gedanken und Entscheidungen. Sie beinhaltet drei Bereiche, welche sie beeinflussen und in enger Beziehung zueinander stehen: das Selbstbild, die Werte und die Interessen.

- **Selbstbild:** Das subjektive Wissen etwas verursachen oder bewirken zu können, stellt das Selbstbild dar. Es ist also die Selbsterkenntnis hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten und der eigenen Wirksamkeit.  
*Beispiel:* Eine Mutter mit einer Depression hält sich für unfähig, ein Mittagessen für die ganze Familie zu kochen, obwohl sie die Fähigkeiten dazu besässe.
- **Werte:** Ein Wert ist ein zusammenhängendes Konstrukt von Überzeugungen. Er gibt den Betätigungen eine Bedeutung und beeinflusst dadurch das Verhalten. Werte werden durch die Kultur beeinflusst, vermitteln eine Lebensanschauung und werden Teil der Identität.  
*Beispiel:* Das Kind bekommt zum Geburtstag ein Geschenk und die Mutter erwartet vom Kind, dass es sich dafür bedankt, denn ihr sind Wertschätzung und Höflichkeit sehr wichtig.
- **Interessen:** Man erlebt bei bestimmten Betätigungen Freude und Zufriedenheit und erkennt das eigene Vergnügen. So entstehen Interessen.  
*Beispiel:* Die Mutter spielt sehr gerne Gesellschaftsspiele und findet Gefallen am gemeinsamen Spielen von Regelspielen mit dem Kind.

(Kielhofner, Borell, Burke, Helfrich & Nygard, 2005)

### 2.4.2 Habituation (Betätigungsstrukturierung/ Betätigungsrythmus)

Das Betätigungsverhalten, welches wir im Alltag zeigen, zeichnet sich durch Wiederholungen aus. Die Habituation ordnet das Betätigungsverhalten in bestimmte Muster. Habituation wird durch Gewohnheiten und verinnerlichte Rollen gebildet:



- **Gewohnheiten:** Die Gewohnheit ist eine verborgene, vorbewusste Absicht, welche durch Wiederholungen erworben wird. Sie beeinflusst viele Verhaltensmuster, welche in bekannten Lebensräumen stattfinden. Gewohnheiten helfen den Alltag zu strukturieren, da sie regulierende und organisierende Mechanismen sind.

*Beispiel:* Die Mutter bringt das Kind immer um 19.00 Uhr zu Bett und erzählt ihm noch eine Gutenachtgeschichte.

- **Verinnerlichte Rollen:** Jeder Mensch gehört einem sozialen System an, in welchem er verschiedene Rollen einnimmt. Die Rolle stellt für eine Person einen Anhaltspunkt dar und lässt abschätzen, wie man sich in diesem sozialen System angemessen verhält.

*Beispiel:* In einer Familie sollen Eltern für den Lebensunterhalt aufkommen, den Haushalt erledigen und die Kinder umsorgen.

(Kielhofner, 2005a)

### 2.4.3 Performanzvermögen (Kapazität der Betätigungs- und Fertigkeiten Durchführung)

Die Fähigkeit zur Handlungsausführung ist die Basis eines Betätigungsverhaltens. Somit ist das Performanzvermögen das, was uns für die Handlungsausführung zur Verfügung steht und zum erforderlichen Verhaltensaufbau beiträgt. (A. Fisher & Kielhofner, 2005) Von den Begründern des MOHO wird das Performanzvermögen in folgende drei Bereiche eingeteilt:

- **Prozessbezogene Fertigkeiten:** Dies sind die geistigen Vorgänge um eine Aktivität über einen Zeitraum hinweg in einer logischen Reihenfolge auszuführen. Dazu gehören auch das Wissen bezüglich einer Ausführung und das angemessene Einsetzen von Werkzeugen und Materialien.

*Beispiel:* Beim Reinigen des Fussbodens müssen Handlungsabläufe beachtet werden, indem man zuerst den Boden staubsaugt und dann nass aufwischt. Dazu gehört beispielsweise auch das Wissen, welches Reinigungsmittel man dem Wasser zum Reinigen des Fussbodens beigibt.

- **Motorische Fertigkeiten:** Hier geht es um das Bewegen der eigenen Person und von Objekten.  
*Beispiel:* Beim Staubsaugen muss man mit den Händen geschickt manipulieren können, eine stabile Körperaufrichtung haben und den Staubsauger korrekt bedienen.
- **Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten:** Die Absicht und die Bedürfnisse werden vermittelt. Zudem werden soziale Handlungen koordiniert um mit anderen Menschen etwas zu tun.  
*Beispiel:* Die Mutter muss mit dem Kind absprechen, wo sich das Kind während der Reinigung aufhalten soll und wie lange dies dauern wird.

(Schaefer, 2012)

#### 2.4.4 Umwelt

Die Umwelt beeinflusst das Betätigungsverhalten einer Person enorm. So ermöglicht sie die Ausführung von Betätigungen, kann aber auch bestimmte Verhaltensweisen erfordern. Die Umwelt wird in soziale und räumliche Umwelt unterteilt.

- **Soziale Umwelt:** Mehrere Personen, Gruppen und Versammlungen sind Elemente der sozialen Umwelt.  
*Beispiel:* Verwandtschaft der Mutter
- **Räumliche Umwelt:** Die räumliche Umwelt beinhaltet die Lebensräume und die sich in diesen Lebensräumen befindlichen Objekte.  
*Beispiel:* Das Haus der Familie ausgestattet mit Möbeln, Spielzeug etc.

(Kielhofner, 2005b)

## **2.5 Ergotherapeutische Grundhaltung**

### **2.5.1 Klientenzentrierung**

Klientenzentrierung bedeutet die Wünsche und Ziele der Klientel in den Mittelpunkt zu stellen und die Perspektive des Klienten einzunehmen. So soll die Therapeutin, der Therapeut die Klientin oder den Klienten dort abholen, wo sie oder er gemäss der Motivation steht und die Probleme, welche diese/ dieser mit der Betätigungsperformanz hat, verstehen. Zur Klientenzentrierung gehört eine gute Therapeuten-Klienten Beziehung, Empathie\* und das Einbinden der Klientin oder des Klienten in Entscheidungen. (Fisher, 2014)

### **2.5.2 Betätigungsbasierung**

Das Ziel der Ergotherapie ist es, die Klientin oder den Klienten immer in eine Aktivität einzubeziehen, welche für sie oder ihn bedeutungsvoll ist und einen Zweck erfüllt, um ihr/ ihm so Betätigung zu ermöglichen. Daneben spielt die Betätigungsbasierung, also die Fokussierung auf die Betätigung, auch in den ergotherapeutischen Evaluationen, Interventionen und Dokumentationen eine wichtige Rolle (Fisher, 2014).

## **3 Methode**

### **3.1 Literaturrecherche**

Die Literatursuche fand im Zeitraum von November 2015 bis Februar 2016 statt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche nach Guba (2008) durchgeführt. Es wurde zuerst nach ergotherapeutischen Studien in den Datenbanken OTseeker und OTbase gesucht. Da jedoch wenig professionsspezifische Literatur zur Fragestellung existiert, wurde in den Gesundheitsdatenbanken CINAHL, PubMed und Medline via OvidSP nach Interventionen im Gesundheitswesen recherchiert, welche in einem weiteren Schritt auf die Ergo-

therapie übertragen werden können. Zusätzlich wurde auch die Datenbank Psychinfo aus der Bezugswissenschaft Psychologie, sowie die Datenbank Social Services Abstract aus der Sozialarbeit durchsucht. Da diese Datenbanken die Suche mit englischen Stichworten erforderte, wurden für die Literatursuche alle Stichworte und Synonyme auf Englisch erarbeitet. Die Stichworte und Schlagwörter, welche für die Suche verwendet wurden, sind nachfolgend in Tabelle 1 dargestellt. Die Keywords wurden in Kombination mit den Booleschen Operatoren\* in den oben genannten Datenbanken verwendet, um die Suche zu verfeinern. Die Volltextversionen wurden anschliessend über Datenbanken, elektronische Zeitschriften, Google Scholar gesucht oder durch direkte Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Autorinnen und Autoren beschafft. Im Anhang 2 befindet sich die detaillierte Tabelle zum Suchverlauf. Bei vielversprechenden Studien wurde die Funktion "finde Ähnliches" genutzt. Ausserdem wurde nach dem Schneeballprinzip vorgegangen, wobei die in den Studien zitierte Literatur nachverfolgt wurde. Psychiatrische Institutionen in der Schweiz wurden kontaktiert um weitere mögliche relevante Studien zu erhalten. Für den theoretischen Hintergrund wurde im NEBIS-Katalog, in der Hochschulbibliothek Winterthur, sowie in wissenschaftlichen Fachzeitschriften nach zusätzlicher Literatur zum Thema gesucht. In der nachfolgenden Abbildung 2 ist eine kurze Übersicht über den Suchverlauf durch die Verfasserinnen aufgezeigt.

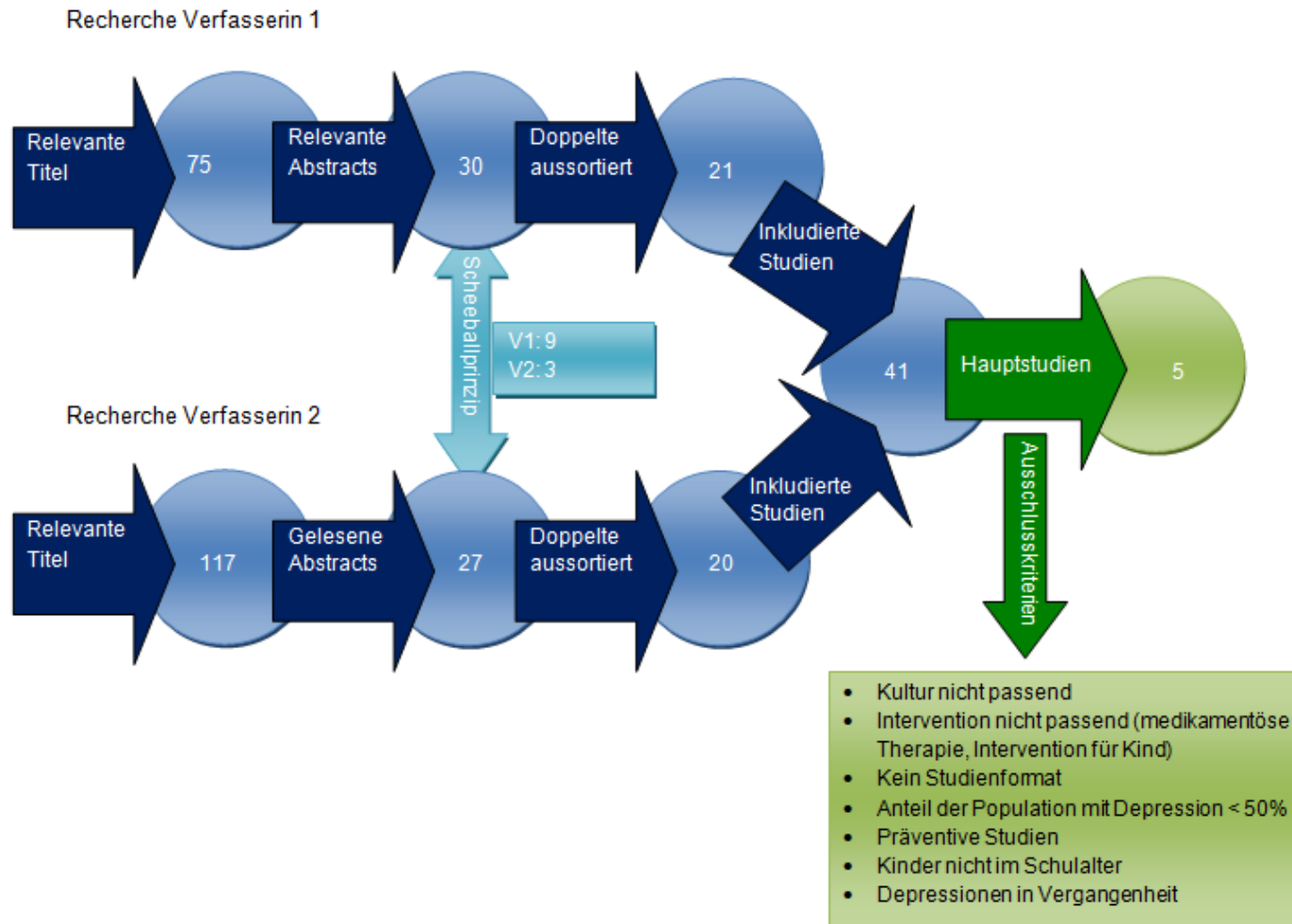


Abbildung 2. Suchprozess der Verfasserinnen.

Tabelle 1

Diese Tabelle listet alle Stichwörter, welche für die Literaturrecherche verwendet werden, in Deutsch und Englisch auf; ausserdem deren Synonyme, Unter- und Oberbegriffe, sowie die Datenbank spezifischen Schlagwörter<sup>1</sup>

	Stichwörter	Keywords	Synonyme Unter- und Oberbegriffe	CINAHL (CINAHL Headings)	PsycINFO (Subject Heading)	Schlagwörter Social Services	PubMed (MeSH Terms)	Medline (Subject Heading)
<b>Phänomen</b>	Depression	depression	mental illness, mood disorder	depression, depression postpartum	depression, deprivation, major depression	depression, mental illness	Depression, depressive disorder, major depression	depression, depression postpartum
<b>Intervention</b>	Ergotherapie	occupational therapy	intervention, treatment, therapy, cognitive behavioral therapy, family therapy, guideline	intervention trials, occupational therapy, home occupational therapy	occupational therapy, occupations, family intervention, group intervention, treatment, parent training	occupational therapy, intervention, outcomes, treatment, family therapy, group therapy, therapy	occupational therapy, therapy	occupational therapy, intervention studies
	Betätigung	occupation	meaningful activities	occupation	parental occupation		occupations	occupations
<b>Population</b>	Mutter	mother	maternal, parents, parental	mother, parents, mother of pupil, mother of schoolchild	mother, mother child relation, family members	mothers, surrogate parents, parents, maternal	mothers, female, parents	mothers, parents

<sup>1</sup> Eine detailliertere Auflistung der Keywords ist im Anhang ersichtlich.

	<b>Stichwörter</b>	<b>Keywords</b>	<b>Synonyme Unter- und Oberbegriffe</b>	<b>CINAHL (CINAHL Headings)</b>	<b>PsycINFO (Subject Heading)</b>	<b>Schlagwörter Social Services</b>	<b>PubMed (MeSH Terms)</b>	<b>Medline (Subject Heading)</b>
Outcome	Mutterrolle	maternal role	mothering role, parental role, occupation of mothering, mother-child-activities, mothering, parenting	maternal role, parental role, maternal behaviour	maternal investment, parental investment, parent child relations	female roles, male roles, men roles, occupational roles, roles, women roles	maternal behaviour, mother-child relations, parenting	maternal behaviour, mother child relations, parent-child relation
	Kinderbetreuung	Child-care	child-care activities, caregiving, daily life, mother-infant activities, manage, play, household	child day care, child care provider, child care, day care, activity of daily living, mother child relations	child self care, child day care, caregivers		child rearing infant care, child care	child rearing, parenting, child care, infant care

### 3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die erste Auswahl der Suchergebnisse waren die Studientitel, welche der Fragestellung entsprachen. Nach dem Lesen der zugehörigen Abstracts wurden die Studien, welche nicht den Einschlusskriterien entsprachen, ausgeschlossen und die relevanten gespeichert. Aus den relevanten Studien wurden doppelte Treffer aussortiert. Zur weiteren Eingrenzung dienten die Ein- und Ausschlusskriterien, welche in der folgenden Tabelle 2 aufgelistet sind.

Tabelle 2

*Diese Tabelle zeigt die Ein-/Ausschlusskriterien der in dieser Arbeit verwendeten Literatur auf*

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
Studien aus dem westlichen Kulturkreis, weil deren Werte, Normen und Gesundheitssysteme mit schweizerischen Verhältnissen vergleichbar sind	Minderjährige Mütter, da sich die Lebenssituation zu volljährigen Müttern zu stark unterscheidet
Studien, welche Mütter mit postnataler Depression beschreiben, falls die untersuchten Interventionen nicht einzig die Betreuung des neugeborenen Kindes, sondern auch die dessen Geschwister im Schulalter betreffen	Studien vor 2005, da diese nicht dem neusten Stand der Forschung entsprechen
Studien, welche nicht spezifisch die Mutter - sondern allgemein die Elternrolle untersuchen, falls der Elternteil, welcher von Depressionen betroffen ist, die Betreuung der Kinder grösstenteils übernimmt	Studien mit Müttern mit postnataler Depression ausschliesslich mit Kindern im Vorschulalter, da sich die Mutterrolle zu derjenigen von Müttern mit Schulkindern wesentlich unterscheidet <sup>2</sup>
Studien in englischer und deutscher Sprache	Studien, bei welchen die Mütter mit Depressionen einen Anteil unter 50% ausmachen
Mütter mit Kindern im Schulalter	Studien, welche Interventionen zur Prävention von Depression beinhalten
	Mütter, welche nicht aktuell an Depression leiden

Die Hauptstudie von Kaplan, Solomon, Salzer, & Brusilovskiy (2014) erfüllt das Einschlusskriterium, bezogen auf das Krankheitsbild, nicht vollständig. In der Stichprobe werden 87% der Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen und 13% mit Schizophrenie aufgeführt. Eine explizite Auflistung der Krankheitsbil-

<sup>2</sup> Siehe Kapitel 2.2.3: Mütterliche Aufgaben bei Schulkindern



der ist nicht gegeben. Affektive Störungen beinhalten Depression und manisch-depressive Erkrankung, die auch bipolare affektive Störung genannt wird (Fuchs & Berger, 2013 und Laux, 2007). Die Studie wurde dennoch inkludiert, da bipolare Störungen auch depressive Episoden beinhalten. Ausserdem werden affektive Störungen laut Laux (2007) meist zur Depression und selten zur Manie hin charakterisiert.

### **3.3 Studienbeurteilung**

Die fünf gefundenen Hauptstudien wurden anhand des passenden Formulars zur kritischen Beurteilung bewertet. Für qualitative Studien wurde das „Critical Review Form – Qualitative Studies“ von Letts et al. (2007) verwendet. Für quantitative Studien wurde das „Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien“ von Law et al. (1998) verwendet. Die vollständig ausgefüllten Formulare aller Studien finden sich im Anhang 3. Die vier quantitativen Hauptstudien wurden zusätzlich, um die Aussagekraft der Studienergebnisse zu beurteilen, in die Evidenzhierarchie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft [AWMF] und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin [ÄZQ] (2001, zitiert nach Habermann & Kolster, 2009, S.27) eingeteilt. Die Evidenzhierarchie ist der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3

*Evidenzhierarchie nach [AWMF] & [ÄZQ] (2001, zitiert nach Habermann & Kolster, 2009, S.27)*

<b>Evidenzgrad</b>	<b>Art der Evidenz</b>
<b>Ia</b>	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien (Randomised controlled trial, RCT)
<b>Ib</b>	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie
<b>IIa</b>	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
<b>IIb</b>	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi experimentellen Studie
<b>III</b>	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall- Kontroll-Studien)
<b>IV</b>	Evidenz aufgrund von Berichten / Meinungen aus Expertenkreisen, Konsensus, Konferenzen und / oder in klinischer Erfahrung anerkannten Autoritäten

## 4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die fünf inkludierten Studien und deren Inhalte vorgestellt. Eine übersichtliche Darstellung der vier Studien mit quantitativem und der Studie mit qualitativem Studiendesign erfolgt in Tabelle 4. Anschliessend werden die einzelnen Studien detailliert in "Zusammenfassung der Studien" dargestellt. Zum Schluss werden die Resultate aus den Studien kategorisiert ins Model of Human Occupation (MOHO) eingeordnet.

## 4.1 Überblick der Hauptstudien

Tabelle 4

Überblick über Zweck, Stichprobe, Datenerhebung, Datenanalyse, Ergebnisse und Limitationen der inkludierten Hauptstudien.

Nr.	Studie	Zweck	Stichprobe	Datenerhebung/ Datenanalyse	Ergebnisse	Limitationen laut Autorinnen / Autoren
1	Beardslee, W.R., Wright, E.J., Gladstone, T.R.G., Forbes, P. (2007). Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression, <i>Journal of Family Psychology</i> , 21 (4), 703-713.	Nachweis von langzeitigen positiven Veränderungen im Familienfunktionieren, in internalisierenden* Symptomen der Kinder und deren Verständnis gegenüber den Eltern durch die Clinician-facilitated Intervention* und die Lecture Intervention*.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 105 Familien (Mütter häufiger betroffen)</li> <li>- 65% Major Depression</li> <li>- Kinder im Alter von 8-15 Jahren</li> </ul>	<p><i>Studiendesign:</i> RCT</p> <p><i>Datenerhebung:</i> GAS<sup>1</sup> YSR<sup>2</sup> YASR<sup>3</sup> Halbstrukturiertes Interview</p> <p><i>Datenanalyse:</i> Regressionsanalyse Chi-Quadrat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypothesen bestätigt</li> <li>- Signifikant positive Veränderungen beim Familienfunktionieren und internalisierenden Symptomen</li> <li>- Positive Veränderungen der elterlichen Verhaltensweisen und Einstellung der Kinder, jedoch nicht signifikant</li> <li>- Grössere Veränderungen bei Clinician-facilitated Intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Kontrollgruppe</li> <li>- Bias* bei Befragungen</li> <li>- Keine Verblindung</li> <li>- Kointervention wurde nicht vermieden</li> <li>- Effekt von natürlicher Kindesentwicklung wurde unzureichend berücksichtigt</li> </ul>
2	Boyd, R.C., Diamond, G. S., Bourjolly, J. N. (2006). Developing a Family-Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics*: A qualitative Investigation. <i>Family Process</i> , 45 (2), 187-203.	Entwicklung des Protecting Families Programm (PFP)* auf der Grundlage von Informationen aus Fokusgruppen Interviews. Ziel ist es, Defizit an Studien über Mütter mit Depressionen, niedrigem Einkommen und in städtischem Umfeld zu decken.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 Mütter</li> <li>- Depressive Erkrankung als Primärdiagnose</li> <li>- Schulkinder</li> <li>- Geringes Einkommen</li> <li>- Städtisches Umfeld</li> </ul>	<p><i>Studiendesign:</i> Phänomenologisch</p> <p><i>Datenerhebung:</i> Sechs Fokusgruppen nach halbstandardisiertem Skript, geleitet durch Hauptautorin Audiotape</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PFP füllt die Lücke bei der Behandlung von depressiven Müttern</li> <li>- Ist an Population der Community Mental Health Clinics angepasst</li> <li>- Fokus: Verminderung der sozialen Isolation, Abbau von Hürden, Verbesserung der Erziehung-Skills</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kleine Untersuchungsgruppe</li> <li>- kein Validitätscheck nach Kategorienbildung</li> <li>- Sampling durch Einladung der Gesundheitsprofessionen</li> </ul>

Nr.	Studie	Zweck	Stichprobe	Datenerhebung/ Datenanalyse	Ergebnisse	Limitationen laut Autorinnen / Autoren
				<i>Datenanalyse:</i> Transkription Kategorisierung durch drei Forschende und anschliessend durch Hauptautorin	soziale Unterstützung	
3	Kaplan, K., Salzer, M. S., Brusilovskiy, E. (2014). Assessing an Internet-Based Parenting Intervention for Mothers With a Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> , 37, 1-10.	Mütter durch online Weiterbildungskurs und durch Mailkontakt mit anderen Teilnehmerinnen in Mutterrolle stärken und Stress reduzieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 120 Mütter:</li> <li>- 87% Affektive Störungen</li> <li>- 13 % Schizophrenie</li> <li>- Mindestens ein Kind unter 18 Jahren</li> </ul>	<i>Studiendesign:</i> RTC  <i>Datenerhebung:</i> PSCS <sup>4</sup> HFPI <sup>5</sup> Family Coping Inventory MOS <sup>6</sup>  <i>Datenanalyse:</i> Chi-Quadrat, T-Test, Effektgrösse, P Wert	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signifikante Verbesserung der Zufriedenheit, eigene Bedürfnisse stillen</li> <li>- geringfügig signifikante Verbesserung der Wohnumgebung, Rollenzufriedenheit</li> <li>- Keine Effekte bei der elterlichen Effizienz, Eltern-Kind-Interaktion, Ressourcen nützen, soziale Unterstützung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringe Anzahl Teilnehmende</li> <li>- Demographische Daten</li> </ul>
4	Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee W. R. & Paavonen E. J. (2009). Safty, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. <i>International Journal of Mental Health Promotion</i> , 11, 15-24.	Die Durchführbarkeit der LT-1 (Let`s talk about Children Discussion-One) und die FTI (Family Talk Intervention) soll gewährleistet und die Meinungen der Familienmitglieder darüber aufgezeigt werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 119 Teilnehmer</li> <li>- Mütter und Väter mit Depressionen</li> <li>- Kinder zwischen 8-16 Jahren</li> </ul>	<i>Studiendesign:</i> RTC  <i>Datenerhebung:</i> BDI <sup>7</sup> CDI <sup>8</sup> 4 und 5 Punkte Skalen Ja/Nein Skalen  <i>Datenanalyse:</i> Chi-Quadrat, P-Wert, Fisher`s e Exact Test	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signifikanter Unterschied: Selbstakzeptanz, Scham, Stigma, Verstehen der Kinder, Beziehungen, Zuversicht im Elternsein / bezüglich Zukunft, Ideen-Generierung, eigenes Wohlbefinden und Sorgen um die Kinder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl Teilnehmende in Studie unterschiedlich aufgeführt</li> <li>- Anzahl Assessments</li> <li>- Freiwilliger Anschluss der Studie der Gesundheitsorganisationen</li> </ul>

Nr.	Studie	Zweck	Stichprobe	Datenerhebung/ Datenanalyse	Ergebnisse	Limitationen laut Autorinnen / Autoren
5	Valdenz, C. R., Mills, C. M., Barrueco, S., Leis, J. & Riley, A. W. (2011). A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. <i>Journal of Family Therapy</i> , 33, 3-19.	Effekt der KFS (Keeping Families Strong) Intervention* auf das Kind, die Eltern und die Funktionsweise der Familien soll aufgezeigt werden und die Eignung für Familien erforscht werden.	- Zehn Mütter mit Depressionen - 16 Kinder im Alter zwischen 9 und 16 Jahren	<i>Studiendesign:</i> Vorher-Nachher  <i>Datenerhebung:</i> BASC <sup>9</sup> APQ <sup>10</sup> FTRI <sup>11</sup> DAS <sup>12</sup> FAD <sup>13</sup> BSI <sup>14</sup> MSPSS <sup>15</sup> SF-36 <sup>16</sup> CES <sup>17</sup> CCSC <sup>18</sup> CRPBI <sup>19</sup> LER <sup>20</sup>  <i>Datenanalyse:</i> Effect size SPSS (Version 15.0)	- Grosser Effekt: Familienzusammenhalt, eigene Gesundheit, eigenes Funktionieren, Reduktion von Schmerzen - Moderater Effekt: depressive Symptome, interpersonelle Sensitivität, Energielevel, körperliche Gesundheit, emotionales Wohlbefinden, Beziehung	- Anzahl Teilnehmende kulturell nicht übertragbar - Keine Kontrollgruppe

*Anmerkung.* Verwendete Assessments: <sup>1</sup> GAS (Global Assessment Scale), <sup>2</sup> YSR (Youth Self-Report), <sup>3</sup> YSR (Young Adult Self-Report), <sup>4</sup> PSCS (Parenting Sense of Competence scale), <sup>5</sup> HFPI (Healthy Families Parenting Inventory), <sup>6</sup> MOS (Medical Outcomes Study), <sup>7</sup> BDI (Beck Depression Inventory), <sup>8</sup> CDI (Children's Depression Inventory), <sup>9</sup> BASC (Behaviour assessment system), <sup>10</sup> APQ (Alabama parenting questionnaire), <sup>11</sup> FTRI (Family times and routines index), <sup>12</sup> DAS (Dyadic adjustment scale), <sup>13</sup> FAD (Family assessment device), <sup>14</sup> BSI (Brief symptom inventory), <sup>15</sup> MSPSS (Multidimensional scale of perceived social support), <sup>16</sup> SF-36 (36-item questionnaire), <sup>17</sup> BASC (Behaviour assessment system for children), <sup>17</sup> CES (Coping efficacy scale), <sup>18</sup> CCSC (Children's coping strategies checklist), <sup>19</sup> CRPBI (children's report of parental behaviour inventory), <sup>22</sup> LER (life events record)

## 4.2 Zusammenfassung der Hauptstudien

### 4.2.1 Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression

**Autorinnen und Autoren:** Beardslee W.R., Wright E.J., Gladstone T.R.G., Forbes P. (2007).

**Ziel:** Das Ziel der Studie ist herauszufinden, ob der positive Effekt der Intervention aus vorgängigen Studien auch langfristig bei Familien nachweisbar ist.

Hypothese:

- Familienkommunikation und -verständnis sind nach der Intervention grösser
- Verständnis der Kinder für die Krankheit ihrer Eltern wird durch die Intervention und aufgrund der Verhaltensänderung der Eltern grösser
- Verringerung der internalisierenden\* Symptome bei den Kindern und Früherkennung sowie Behandlung von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten

**Stichprobe:** An der Studie nehmen 105 Familien teil, von welchen ein Elternteil an einer psychischen Krankheit leidet. 65% der Teilnehmenden haben Depressionen. Die Kinder sind im Alter von 8 bis 15 Jahren. Über 50% der Teilnehmenden sind aus dem Nordosten von Boston.

**Methode:** Das Studiendesign ist eine RTC mit Blockrandomisierung. Die Clinician-facilitated Intervention\* und die Lecture Intervention\* werden verglichen. Vier Assessments untersuchen folgende Bereiche: Das Elternfunktionieren, internalisierende Symptome der Kinder, das Familienfunktionieren und die Kontakte im Gesundheitswesen. Der Einfluss der natürlichen Kindesentwicklung sowie die Anzahl ausgefüllter Assessments wird kontrolliert. Ausgewertet werden die Daten mit der Regressionsanalyse durch den Chi-Quadrat-Test.

**Intervention:** In der Clinician-facilitated Intervention gibt es sieben Sitzungsperioden, welche separate Eltern- und Kindergruppen sowie Familienmeetings beinhalten. Durchgeführt werden die Treffen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbei-

tern oder klinischen Psychologinnen und Psychologen.

In der Lecture Intervention finden zwei Gruppentreffen mit drei kinderlosen Familien statt. Diese Treffen werden vom Hauptautor durchgeführt.

Beide Interventionen beinhalten Theorie zur Förderung des Familienverständnisses, der Kommunikation, des unterstützenden Umfeldes und Problemlösestrategien. Es werden Manuals abgegeben, sowie telefonische Erreichbarkeit und zusätzliche Lektionen bis viereinhalb Jahre nach Interventionsbeginn offeriert.

Im Unterschied zur Clinician-facilitated Intervention fehlt bei der Lecture Intervention der aktive Link von der Theorie zu den persönlichen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten.

**Ergebnisse:** Die Verbesserungen des Kindesverhalten sowie deren Verständnis für die elterliche Depression ist bei der Clinician-facilitated Intervention Gruppe sichtbar, jedoch nicht signifikant. Die Verhaltensänderungen der Eltern beeinflussen die Veränderungen der Kinder signifikant. Weiter wird eine signifikante Verbesserung der internalisierenden Symptome bei den Kindern und beim Familienfunktionieren festgestellt. Zwischen den beiden Interventionen besteht kein signifikanter Unterschied. Die Clinician-facilitated Intervention zeigt jedoch die grösseren Veränderungen.

**Kritische Würdigung:** Die Studie beschreibt den Stand der Forschung und die daraus abgeleitete Begründung für die Studie sehr detailliert. Die RCT als Studiendesign ist eine geeignete Methode, da Grundlagenforschung zum Phänomen sowie eine Pilotstudie zum Kurzzeiteffekt Intervention bereits besteht (Nelson, 2006). Kritikpunkt ist jedoch das Fehlen einer Kontrollgruppe ohne Intervention. Daher kann der Einfluss der natürlichen Entwicklung der Kinder und die sich ergebende Verbesserung im Familienleben nicht erfasst werden. Die Block-Randomisierung zur Einteilung in die beiden Interventionsgruppen ist nachvollziehbar beschrieben, wie auch die demographischen und klinischen Merkmale der Stichproben. Im Vornhinein wird keine Stichprobenkalkulation durchgeführt und die Anzahl der Teilnehmenden hat sich aufgrund der Umstände ergeben. Die Teilnehmenden erhalten eine kleine Entschädigung, was zu einem Bias\* führen könnte, falls einige von ihnen einzig aus finanzieller Motivation teilnehmen und allen-

falls Assessments nicht gewissenhaft ausfüllen. Zu allen Messungen der Ergebnisse wird ein passendes Assessment gewählt. Ausserdem sind sie, durch die gute bis sehr gute interne Konsistenz, reliable und aussagekräftige Erfassungsinstrumente. Zum Gütekriterium der Validität wird jedoch keine Aussage gemacht. Die Datenanalyse bei allen Assessments mit dem Chi-Quadrat-Test ist passend für die Analyse der ordinalskalierten Daten. Die Effektgrösse (ES) wird mit einer Ausnahme immer bestimmt, womit die Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis sichtbar wird. Die Interpretation der Ergebnisse ist nachvollziehbar beschrieben und die möglichen Einflussfaktoren auf das Resultat z.B. Geschlecht, Anzahl der ausgefüllten Assessments pro Person, Schwere der Depression etc. werden beachtet. Die Veränderung der Krankheitssymptome der Kinder wird in der Diskussion herausgehoben, obwohl im Ergebnisteil eine eher kleine Effektgrösse von 0.32 beschrieben und dargelegt wird, so dass das Ergebnis unter Berücksichtigung der natürlichen Entwicklung nicht mehr signifikant ist. Die Limitationen der Studie werden von den Autorinnen und Autoren offengelegt, was die Qualität der Studie erhöht. Kritisiert werden Drop-outs, Bias durch mündliche Befragungen, die kleinen Effekte im Vergleich zur Länge der Studie sowie die fehlende Verblindung und der Fokus in der Stichprobe auf weisse Eltern aus der Mittelklasse. Nebst den bereits durch die Autorinnen und Autoren herausgehobenen Limitationen gibt es keine weiteren zu vermerken.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Studie durch die detaillierten Ausführungen zu Stichprobe, Methode und Intervention sowie durch die passenden Erhebungs- und Auswertungsmethoden qualitativ hochwertig ist. Da die Studie dank ihrem RCT Design mit Blockrandomisierung dem höchsten Evidenzlevel Ib zugeteilt werden kann, sind die Ergebnisse aussagekräftig ([AWMF] & [ÄZQ], 2001, zitiert nach Habermann & Kolster, 2009, S.27). Diese werden teilweise hinsichtlich der Relevanz für die Praxis etwas überinterpretiert.

#### **4.2.2 Developing a Family-Based Depression Prevention Programm in Urban Community Mental Health Clinics\*: A qualitative Investigation**

**Autorinnen und Autoren:** Boyd, R.C., Diamond, G.S., Bourjolly, J.N. (2006).



**Ziel:** Ziel der Studie ist es, das Protecting Families Programm (PFP)\* auf die Bedürfnisse von Müttern mit Depressionen von Schulkindern, welche niedriges Einkommen haben und in städtischem Umfeld leben, angepasst zu entwickeln.

**Stichprobe:** Durchschnittlich haben die Mütter 2.67 Kinder im Schulalter, welche vollständig oder teilweise bei ihnen wohnen. Die Mütter leben in einem städtischem Umfeld mit wenig Einkommen lassen sich in "Community Mental Health Clinics"\* behandeln.

**Methode:** Die phänomenologische Studie ermittelt Erfahrungen der Mütter anhand von sechs Fokusgruppeninterviews mit halbstandardisiertem Skript. Die Fokusgruppen mit zwei bis fünf Teilnehmenden werden von der Studienautorin an zwei "Community Mental Health Clinics" durchgeführt. Die Diskussion wird auf Audiotape festgehalten und später transkribiert. Anschliessend werden die Aussagen durch drei unabhängige Forscherinnen und Forscher kategorisiert und zum Schluss durch die Hauptautorin in Oberkategorien eingeteilt und durch die Forschenden bestätigt. Die Datenkollektion und Datenanalyse sind nicht detailliert beschrieben.

**Intervention:** Beim zehnwöchigen Protecting Families Program (PFP) gibt es zuerst ein individuelles Arztgespräch mit der Mutter und anschliessend zwei getrennte Gruppentherapien; ein Eltern-Trainings-Programm und eine kognitive Verhaltenstherapie\* für die Kinder. Schwerpunkte der 90 minütigen Elternintervention sind Psychoedukation, Verbesserung der Eltern-Fähigkeiten, Aufbau von sozialer Unterstützung und eine Förderung der Selbstwirksamkeit\*. Gegen Programmende wird das neue Wissen mit den individuellen Familienerfahrungen anhand der Therapie im Familiensetting verknüpft.

**Ergebnisse:** Mit der Erstellung des PFP kann eine wichtige Lücke in der Behandlung depressiver Mütter geschlossen werden, weil das Programm die Rolle der Mutter fokussiert und an die Bedürfnisse der Patientinnen der "Community Mental Health Clinics" angepasst ist. Für die Therapie der Zielgruppe wird folgender Fo-

kus empfohlen: Die Verminderung der sozialen Isolation, niederschwelliger Therapiebeginn, Verbesserung der Erziehung-Skills und der sozialen Unterstützung.

**Kritische Würdigung:** Die Hintergründe der Programmentwicklung und die bestehende Intervention sind sehr genau beschrieben, was die grösste Stärke dieser Studie ausmacht. Das phänomenologische Studiendesign ist passend gewählt. Die philosophischen Hintergründe und Überzeugungen der Autorinnen und Autoren werden nicht offen dargelegt, weshalb deren Einfluss auf die Interpretation der Ergebnisse nicht ersichtlich ist. Vom eher schwachen Plan für das Vorgehen bei der Stichprobenselektion wird abgewichen und es werden zwei Fokusgruppen aufgrund geringer Teilnahme gestrichen. Ausserdem müssen sich die Teilnehmenden nach der Einladung durch die Gesundheitsprofessionen selbstständig für das Programm anmelden, was zu einem Bias führen könnte. Eine weitere Verfälschung könnte durch die finanzielle Entschädigung der Teilnehmenden entstehen. Der Beschrieb der Datenkollektion und -analyse ist nicht detailliert. Die Fokusgruppen werden alle von der Hauptautorin der Studie durchgeführt, was die einheitliche Datenerhebung begünstigt. Andererseits ist die Hauptautorin als einzige Person sehr stark in die Datenerhebung und -analyse involviert. Diese Tatsache könnte die Objektivität beeinträchtigen. Kontrolle der Datenanalyse durch Vergleich der Transskripte mit dem Audio und der Ermittlung der Hauptthemen im Team ermöglicht ein objektiveres Ergebnis. Die Teilnehmenden können kein Feedback zu den Transskripten und Gruppierungen geben, was ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Studie wäre. Weiter handelt es sich um eine kleine Stichprobe einer einmaligen Momentaufnahme von einer Stunde, was die Validität und Generalisierbarkeit der Daten schmälert. In der Diskussion der Daten werden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Themen eher unzureichend aufgezeigt. Aber die Verknüpfung der Grundagentheorie mit den Auswirkungen auf die Programmentwicklung ist gut gelungen. Eine kurze und prägnante Schlussfolgerung fehlt wie auch eine Anweisung für zukünftige Forschung. Einige Limitationen, dass beispielsweise keine Väter inkludiert und wenig sozioökonomische, kulturelle und ethnische Informationen erfragt werden, erwähnen selbst die Autorinnen und Autoren.

Aufgrund der Beurteilung qualitativer Studien nach Letts et al. (2007) (siehe Anhang 3.2) kann gesagt werden, dass diese Studie eine eher niedrige Qualität aufweist und die Ergebnisse darum vorsichtig zu interpretieren sind.

#### **4.2.3 Assessing an Internet-Based Parenting Intervention for Mothers With a Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial**

**Autorinnen und Autoren:** Kaplan, K., Solomon, P., Salzer, M.S., Brusilovskiy, E. (2014).

**Ziel:** Die Studie soll dazu beitragen, die Forschungslücke betreffend der Behandlung und Unterstützung von Eltern mit psychischen Krankheiten zu verringern.

Hypothese:

Mütter, welche am Online-Weiterbildungskurs teilnehmen und Unterstützung anderer Mütter, welche sie anhand der Mailliste kontaktieren, erhalten, zeigen Verbesserungen der Bewältigungsstrategien, ihrer erzieherischen Effizienz und der sozialen Unterstützung. Dies verringert den elterlichen Stress.

**Stichprobe:** 120 Mütter, welche sich selbständig auf Anzeigen im Internet melden. 87% der teilnehmenden Mütter leiden unter affektiven Störungen, 13% an Schizophrenie. Sie haben mindestens ein Kind, welches jünger als 18 Jahre ist. Die zwei Gruppen à 60 Mütter sind bezüglich demografischer und klinischer Eigenschaften sehr ausgeglichen. Viele Mütter sind berufstätig oder studieren.

**Methode:** Das Online-Elterncoaching wird anhand eines RTC Designs mit Blockrandomisierung mit einer Kontrollgruppe verglichen. Diese erhält lediglich Gesundheitstipps. Durch vier Assessments werden Daten zu folgenden Themen erhoben: elterliche Effizienz, Effizienz und Zufriedenheit, elterliche Fähigkeiten, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung sowie elterlicher Stress. Für die Datenanalyse werden der Chi-Quadrat Test und der T-Test verwendet.

**Intervention:** Die Mütter der internetbasierten Behandlungsgruppe haben über drei Monate hinweg Zugriff auf die Homepage. Sie absolvieren jede Woche eine

30 minütige Onlinesession mit anschliessendem Quiz und Hausaufgaben, welche den verschiedenen Alterskategorien ihrer Kinder (0-3, 4-9, 10-13, 14-18) angepasst sind. Folgende Themen werden behandelt: Entwicklung des Kindes, Stressreduktion, körperliche Gesundheit und Wellness, psychische Gesundheit, Auswirkungen der Depression auf das Kind und positive Eltern-Kind Interaktion. Zudem können sich die Mütter über eine Mailliste austauschen.

Die Kontrollgruppe bekommt eine Website mit Informationen zur gesunden Lebensweise bezüglich der Themen gesunde Beziehungen, Wut-Management, gesundes Essen etc.

**Ergebnisse:** Signifikante Verbesserungen gibt es bei Bewältigungsstrategien im Bereich "eigene Bedürfnisse stillen", beim elterlichen Stress im Bereich "Zufriedenheit" und eine geringfügig signifikante Verbesserung bei "Rollenzufriedenheit". Die elterlichen Fähigkeiten sind geringfügig signifikant ( $p < 0.15$ ). Keine signifikante Verbesserung ist bei der elterlichen Effizienz vorhanden. Es wird vermutet, dass der Online Kurs zu stark auf die Reduktion der psychischen Krankheit, das Elternsein und den Kontakt mit anderen fokussiert ist. Trotzdem wird keine signifikante Veränderung der sozialen Unterstützung und auch kein Effekt bei der Eltern-Kind-Interaktion festgestellt.

**Kritische Würdigung:** Die Studie beschreibt den theoretischen Hintergrund und die daraus abgeleitete Hypothese sehr ausführlich. Als passendes Studiendesign wird das RTC gewählt. Die Teilnehmenden werden zufällig der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt, was typisch für eine RTC ist (Nelson, 2006). Eine detaillierte Beschreibung des Stichprobenverfahrens ist vorhanden. Die Gruppen sind bezüglich der demografischen und klinischen Eigenschaften sehr ausgeglichen. Die Mütter müssen sich eigeninitiativ auf Anzeigen im Internet melden, was zu einer Überzahl an sehr motivierten Müttern mit guten Computerkenntnissen führen könnte. Zudem erhalten die Teilnehmenden eine finanzielle Entschädigung für die Teilnahme an der Studie, was zusätzlich motiviert und so auch zu einem Bias führen kann. Kritisch ist zudem, dass die Mütter nebst der Studieninterventionen noch weitere Therapien erhalten, was zu einem Bias der Ergebnisse führen kann. Es wird zwar ursprünglich eine Stichprobenkalkulation durchgeführt, jedoch kann die

Anzahl der Teilnehmenden nicht ermittelt werden. Alle Assessments sind reliabel und sind passend zur Forschungsfrage gewählt. Zur Validität werden keine Angaben gemacht. Die Datenanalyse bei allen Assessments mit dem Chi-Quadrat-Test ist passend für die Analyse der ordinalskalierten Daten, der T-Test würde jedoch Intervallniveau erfordern, was durch die Likert-Skalen nicht gegeben ist. Es werden in der Studie geringfügig signifikante Veränderungen berücksichtigt. Es ist jedoch fraglich, ob diese für die Praxis von Bedeutung sind. Besonders gut sind das Offenlegen der Abgänge der an der Studie Beteiligten, der Limitationen und die konkreten Schlussfolgerungen. So wird zum Beispiel aufgezeigt, dass die elterliche Effizienz nicht gesteigert werden kann. Als Limitation werden die hohe Bildung und Erwerbstätigkeit der Studienteilnehmenden genannt.

Abschliessend kann gesagt werden, dass sich die Studie durch die genaue Schilderung der Stichprobe eignet und dank der ausführlichen Methode, der nachvollziehbaren Intervention, der offenen Angaben der Limitationen und der kurzen Schlussfolgerung hochwertig ist. Der Evidenzlevel entspricht der Stufe Ib, da es sich um eine RCT mit Blockrandomisierung handelt ([AWMF] & [ÄZQ], 2001, zitiert nach Habermann & Kolster, 2009, S.27). Die einseitigen demografischen Daten der Mütter und die geringfügig signifikanten Ergebnisse sind bei der Interpretation zu beachten.

#### **4.2.4 Safty, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression.**

**Autorinnen und Autoren:** Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W.R., Paavonen, E.J. (2009).

**Ziel:** Das Ziel dieser Studie ist, die Let`s talk about Children Discussion-One (LT-1)\* und die Family Talk Intervention (FTI)\* sicher und durchführbar zu erstellen und die Meinungen der Familienmitglieder darüber aufzuzeigen.

Hypothesen:

- Die Durchführbarkeit und Sicherheit der beiden Interventionen wird nachgewiesen.

- Die Familien melden Zufriedenheit und Nutzen der Interventionen zurück.
- Die FTI zeigt einen höheren Nutzen als die LT-1 Intervention auf Grund der längeren Dauer und der individuell abgestimmten Therapie.

**Stichprobe:** 119 Mütter und Väter mit Depressionen nehmen an dieser Studie teil. Deren Kinder sind 8 bis 16 Jahre alt. Acht Organisationen aus der Hauptstadt, kleineren Städten und ländlichen Gegenden beteiligen sich an der Studie.

**Methode:** Um bezüglich Effektivität und Durchführbarkeit der Interventionen FTI und LT-1 allfällige Unterschiede zwischen den beiden Therapien nachzuweisen, wird das RTC Design als Studiendesign gewählt. Durch Assessments vor und nach den Interventionen werden bei den Müttern folgende Informationen erfragt: Depression, Beziehung zu den Ärzten, Selbstverständnis, Gegenseitiges Verständnis innerhalb der Familie, Elternsein, Zukunftsperspektiven, Wohlbefinden, Motivation bei der Behandlung und Sorge um die Kinder. Bei den Kindern wird die Meinung zur Intervention, zum Verständnis innerhalb der Familie und zum Wohlbefinden erfragt. Die Datenanalyse basiert auf dem Chi-Quadrat-Test und dem Fisher`s Exact Test.

**Intervention:** Sowohl die FTI als auch die LT-1 Intervention händigen Ratgeber über Depression und Auswirkungen auf die Elternrolle und die Kinder aus. Behandelte Themen sind: Förderung der Selbstständigkeit der Kinder, gegenseitiges Verständnis innerhalb der Familie, positive Interaktion und Identifizierung von Kindern mit psychischen Problemen.

Die FTI benötigt sechs Sitzungen, in getrennten Eltern- und Kindergruppen, sowie eine anschliessende Familiensitzung. In der LT-1 vermitteln die Ärzte den Eltern das Wissen während einer bis zwei mindestens 15-minütigen Sitzungen ohne Einbezug der Kinder.

**Ergebnisse:** Signifikante positive Veränderungen seitens der Eltern: Selbstakzeptanz, Scham, Stigma, Verstehen der Kinder, Familienbeziehungen, Zuversicht im Elternsein, Ideengenerierung, Zuversicht der Zukunft der Kinder und Familie, ei-

genes Wohlbefinden und Sorge um die Kinder. Beide Interventionen werden von den Eltern sowie von den Kindern mehrheitlich positiv erlebt. Alle FTI Patienten und 83% der LT-1 Patientinnen und Patienten geben an, weiter über Familie und Kind zu sprechen in den klinischen Behandlungen nach der Intervention. Die FTI Intervention wird signifikant als nützlicher empfunden als die LT-1 Intervention ( $p=0.01$ ).

**Kritische Würdigung:** Der Hintergrund des Themas, die bereits bestehenden Programme, die Forschungslücken und die daraus abgeleiteten Hypothesen werden in der Studie sehr ausführlich beschrieben. Mit dem RCT Studiendesign, wird ein passendes Design gewählt, um zwei Interventionen zu vergleichen. Die Teilnehmenden werden durch die Blockrandomisierung zufällig den Interventionsgruppen zugeteilt. Das Stichprobenverfahren ist nachvollziehbar beschrieben. Die Angaben zu den demografischen Daten der Teilnehmenden sind ungenügend. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Anzahl Teilnehmender im Text nicht mit jener Angaben in der Tabelle 1 der Studie übereinstimmt. Die Austritte werden aufgezeigt, jedoch nicht begründet. Die Fragebogen werden passend verwendet, vor und nach der Intervention durch die Teilnehmenden ausgefüllt. Die Reliabilität und die Validität werden jedoch in der Studie nicht erwähnt. Der Fisher's Exact Test und der Qui-Quadrat-Test werden, um die Häufigkeit des Erfolgs der beiden Behandlungsgruppen zu messen, passend ausgewählt. Fraglich ist, warum die Effektstärke nicht berechnet wird. Dies würde die Bedeutsamkeit und Relevanz in Bezug zur Fragestellung aufzeigen (Fröhlich & Pieter, 2009). Ob es eine Überschneidung mit anderen Interventionen gibt, ist der Studie nicht zu entnehmen. Die Interventionen der beiden Gruppen sind nachvollziehbar, könnten jedoch noch detaillierter beschrieben sein. Beachtenswert ist die genaue Beschreibung der Ergebnisse der Fragebogen. Durch das detaillierte Aufzeigen der Sichtweisen der Familienmitglieder und durch den Vergleich der beiden Interventionen kann das Ziel der Studie erreicht werden. Die Studie zeigt die klinische Relevanz der Ergebnisse auf. In der Diskussion werden wichtige Aspekte aufgegriffen und die Limitationen werden offengelegt. So wird die geringe Teilnehmeranzahl kritisiert und diskutiert. Aussagekräftiger wäre laut den Autorinnen und Autoren, wenn die Fragebogen erst zwei bis drei Monate nach den Interventionen den Familien zugesandt und wenn mehr

Assessments verwendet würden. Die Ergebnisse könnten durch die freiwillige Zustimmung der Gesundheitsorganisationen zur Teilnahme beeinflusst werden.

Schliesslich kann gesagt werden, dass der Studie durch die genaue Beschreibung der Ergebnisse, der Darstellung der Interventionen, mit dem Offenlegen der Limitationen und hinsichtlich der Methodik Beachtung geschenkt werden soll. Ausserdem entspricht die Studie durch das RCT mit Blockrandomisierung dem höchsten Evidenzniveau Ib ([AWMF] & [ÄZQ], 2001, zitiert nach Habermann & Kolster, 2009, S.27). Zu bedenken ist jedoch, dass die Ergebnisse hinsichtlich der Praxisrelevanz nicht getestet werden und dass die Umsetzung der Interventionen schwierig ist, da die Interventionen zu ungenau beschrieben werden.

#### **4.2.5 A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression**

**Autorinnen:** Valdez, C.R., Mills, C.L., Barrueco, S., Leis, J., Riley, A.W. (2011).

**Ziel:** Das Ziel der Studie ist, den Effekt der Keeping Families Strong (KFS)\* Intervention auf das Kind und die Eltern sowie die Funktionsweisen der Familien herausfinden. Zudem wird die Eignung der Intervention für Familien untersucht.

**Stichprobe:** Zehn Mütter zwischen 29 und 53 Jahren, welche an Depressionen leiden. 16 Kinder im Alter von 9 bis 16 Jahren. Die Studienteilnehmenden kommen aus zwei psychiatrischen Kliniken; eine mit Standort in einer städtischen Gegend, wo Personen mit geringem Einkommen leben und eine in einer Vorstadt, wo die Mittelschicht wohnt.

**Methode:** Als Studiendesign wird das Vorher-Nachher Design gewählt. Durch 14 Assessments werden folgende Daten erhoben: Auswirkungen auf die Kinder, elterliches Verhalten, Umwelt der Familie / des Paares, Gesundheit der Mutter (soziale Unterstützung und Gesundheit). Zur Datenanalyse wird die Effektgrösse berechnet.

**Intervention:** Die Familien in der KSI durchlaufen ein zehn wöchiges Multifamili-



en-Programm, welches getrennte Gruppenbehandlungen für Kinder und Eltern sowie anschliessende Treffen in der eigenen Familie beinhaltet. Zuerst findet ein gemeinsames Abendessen mit allen Familien und den Ärzten statt, um Kontakte zwischen den Familien anzuregen. Die anschliessenden Sitzungen bestehen aus Präsentationen und Gesprächen zu einem Thema sowie aus interaktiven Sequenzen wie Rollenspielen. Der Inhalt der Intervention wird nicht genauer beschrieben. Um den Alltagsübertrag zu sichern, werden Hausaufgaben erteilt und zu Hause praktische Fähigkeiten trainiert. Die Sitzungen werden von lokalen Ärzten unter Supervision von Studienärzten durchgeführt. In der Woche 14 und 18 findet jeweils eine Auffrischungssequenz statt.

**Ergebnisse:** Mütter geben einen grossen positiven Effekt im Familienzusammenhalt (Effektstärke = 1.03), bei den somatischen Symptomen (ES=9.3), Angst (ES= 8.2), depressiven Symptomen (ES = 7.1) und Schmerzen (ES = 1.1) an. Moderate Verbesserungen werden im Energielevel, bei den Limitationen körperlicher Gesundheit, im emotionalen Wohlbefinden sowie der Sensitivität der Mütter ermittelt. Verbesserungen, welche wegen der kleinen Effektgrösse jedoch nicht praxisrelevant sind, werden in folgenden Bereichen erkannt: Familienmanagement, Teilnahme am gemeinsamen Essen und Familienhaushalt, bei allgemeinen Stressoren sowie bei den sozialen Beziehungen.

**Kritische Würdigung:** Der Bedarf der Studie wird gut begründet. Das Vorher-Nachher- Studiendesign ist geeignet, da die Autorinnen die Therapie keiner Klientel vorenthalten wollten und es so ethisch vertretbar ist (M. Law et al., 1998a). Eine Limitation ist jedoch das Fehlen einer Kontrollgruppe. Dass die Assessments die gewünschten Ergebniswerte messen und passend gewählt sind, kann als Stärke der Studie gewertet werden. Es wird von vorneherein keine Stichprobengrösse-Kalkulation durchgeführt. Die Merkmale der Stichprobe sind jedoch nachvollziehbar beschrieben. Eine der grössten Stärken der Studie ist der detaillierte Beschrieb der Intervention mit dem Verweis auf eine gar noch genauere Beschreibung (Riley et al., 2008). Fast alle verwendeten Assessments haben eine gute bis exzellente Reliabilität. Zu vier Assessments gibt es keine Angaben. Die Verwendung der Effektgrösse für die Datenanalyse ist sehr positiv hinsichtlich der Praxis-

relevanz. Auch die ordinalskalierten Daten können damit korrekt verarbeitet werden. Die Dropouts und die Begründungen sind dargelegt. Die Studie zeigt übersichtlich das Fazit für die Praxis und weitere Schritte für eine Verbesserung der Intervention durch die Forschung auf. Es handelt sich insgesamt um eine sorgfältig durchgeführte Studie mit Vorher-Nachher-Design, bei welcher jedoch die geringe Teilnehmerzahl und die fehlende Kontrollgruppe beachtet werden müssen. Aufgrund des Evidenzlevels IIb ist keine Generalisierung der Ergebnisse möglich ([AWMF] & [ÄZQ], 2001, zitiert nach Habermann & Kolster, 2009, S.27).

### 4.3 Überblick der Interventionen

Die folgende Tabelle 5 zeigt einen Überblick zu den Interventionen aus den Hauptstudien.

Tabelle 5

Übersicht der Interventionen aus den Hauptstudien bezüglich Therapieform, Inhalt, Setting, Häufigkeit, Zeitraum und durchführende Profession

Studie	Therapieform	Inhalt	Setting	Häufigkeit/ Dauer	Durchführende Profession
1 <sup>1</sup>	<p><b>1. Clinician-facilitated Intervention</b></p> <p><b>2. Lecture Intervention</b></p>	<p><i>Beide Interventionen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppentherapien mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Bezugsrahmen*</li> <li>- Verminderung von schlechtem Familienfunktionieren, Missverständnissen und Schuldgefühlen</li> <li>- Fördern der sozialen Unterstützung, des Familienverständnisses, der Kommunikation, des unterstützenden Umfeldes, der Aussenaktivitäten für die Kinder und Problemlösestrategien</li> <li>- Kontakt zu Ärztinnen / Ärzten, um die Koordination der Therapien zu gewährleisten</li> <li>- Telefonische Erreichbarkeit oder zusätzliche Lektionen alle sechs bis neun Monate werden bis zu viereinhalb Jahren nach der Hauptintervention angeboten</li> <li>- Manuals zur Theorie werden abgegeben</li> <li>- Erzählungen und Erfahrungen der Eltern haben einen hohen Wert</li> <li>- ressourcenorientiert</li> <li>- Kontinuität des Angebotes an Unterstützung</li> </ul> <p><i>1. Clinician-facilitated Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- durchschnittlich sieben Sitzungsperioden</li> <li>- separate Elterngruppen und Kindergruppen</li> <li>- Familienmeetings</li> </ul>	<p><i>Setting:</i> Flexibel, genauere Beschreibung nicht gegeben</p> <p><i>Häufigkeit / Dauer:</i> 1. ca. sieben Sitzungen 2. zwei Sitzungen Telefonische Erreichbarkeit und Postassessments während weiteren durchschnittlich viereinhalb Jahren</p> <p><i>Profession:</i> Erstellt für verschiedene Disziplinen, welche Kinder, Erwachsene und Familien behandeln Durchgeführt von Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeitern, klinischen Psychologinnen / Psychologen</p>		

Studie	Therapieform	Inhalt	Setting	Häufigkeit/ Dauer	Durchführende Profession
		<p><i>2. Lecture Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zwei Treffen in Gruppen ohne Kinder</li> <li>- Gruppen bestehen durchschnittlich aus drei Familien</li> <li>- Gleicher Inhalt wie bei Clinician-facilitated Intervention, aber ohne aktiven Link zu den persönlichen Erfahrungen der Patientinnen / Patienten</li> </ul>			
2 <sup>2</sup>	<p><b>Protecting Families Program (PFP):</b></p> <p>Familienbasiertes Multikomponenten-Präventionsprogramm für depressive Mütter und ihre Schulkinder in städtischem Umfeld und mit tiefem Einkommen</p>	<p><i>Individuelle Familiensequenzen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu Beginn individuelles Treffen der Mutter und der Ärztin / des Arztes, dann Treffen der Familie mit der Ärztin / dem Arzt</li> <li>- Einzeltreffen dient dem Beziehungsaufbau und der Erleichterung der Eingliederung in die Gruppe, der Gewöhnung an Diskussion über Depression und der Informationsgenerierung über Familienkontext</li> </ul> <p><i>Multifamiliensequenzen:</i></p> <p>Einstieg: gemeinschaftliches Essen um Beziehungen und soziale Unterstützung zwischen den teilnehmenden Familien zu stärken und zum Lernen am Modell der Elternfertigkeiten</p> <p>Hauptteil Mütter: 90-minütiges Eltern-Trainingsprogramm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychoedukation* (Depression und der Einfluss auf die Kinder, auf die kindliche Entwicklung)</li> <li>- Fähigkeiten der Eltern verbessern, um die Affektregulation* und die Verhaltenskontrolle der Kinder positiv zu unterstützen</li> <li>- sicheres und berechenbares Umfeld gestalten</li> <li>- Strategien entwickeln um Kooperation zu ermöglichen und mit Ungehorsam umzugehen</li> <li>- Routine bilden</li> <li>- ein Gefühl von Kompetenz in der Mutterrolle entwickeln</li> <li>- Problemlösefertigkeiten</li> <li>- bilden und pflegen sozialer Unterstützung durch Familie, Freunde und öffentliche Dienstleister</li> <li>- Fähigkeit um die persönlichen Bedürfnisse und das Recht auf angebotene Dienstleistungen durchzusetzen</li> </ul>	<p><i>Setting:</i></p> <p>"Community Mental Health Clinics", da die Familien sich dort schon wohl fühlen</p> <p><i>Dauer:</i></p> <p>zehn Wochen Elterntrainingsprogramm à 90 Minuten</p> <p><i>Profession:</i></p> <p>Verschiedene Professionen, welche in den "Community Mental Health Clinics" mit psychiatrischen Patientinnen und Patienten arbeiten</p>		

Studie	Therapieform	Inhalt	Setting	Häufigkeit/ Dauer	Durchführende Profession
		<p>Hauptteil Kinder: Kognitive Verhaltenstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kognitive Reorganisation und Bewältigungsstrategien</li> <li>- Abbau von Barrieren um Therapie in Anspruch zu nehmen</li> <li>- Unterstützung beim Transport bieten und so Barrieren reduzieren</li> <li>- Wichtig: Anpassung an Kultur und vorhandene Ressourcen</li> <li>- Beispiele und Übungen realitätsnah und aus Erfahrungen aus der Population gestalten</li> </ul> <p>Ganze Familie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum Abschluss finden wieder Therapien im Familiensetting statt, damit die einzelnen Familien durch Diskussionen ihr neues Wissen mit ihren eigenen Erfahrungen verknüpfen können</li> </ul>			
3 <sup>3</sup>	<p><b>Internetbasierte Weiterbildungs-Intervention mit Maillisten</b></p>	<p><i>Internetbasierte Weiterbildungs- Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kognitive verhaltensbasierte Techniken</li> <li>- Verschiedene Lektionen auf Homepage je nach Alterskategorie (0-3, 4-9, 10-13, 14-18)</li> </ul> <p>Weiterbildungsthemen der Internetintervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung des Kindes</li> <li>- Stressreduktion: Elterliche Techniken, emotionale Gesundheit und Wellness, körperliche Gesundheit und Wellness</li> <li>- Psychische Gesundheit und Elternsein: Wie meine Krankheit mein Kind beeinflusst, Bewältigungsstrategien für mein Kind, Selbstfürsorge</li> <li>- Positives Elternsein: Eltern-Kind Kommunikation, Disziplinierung, Grenzen und Verantwortlichkeiten, Bildung und ausserplanmässige Aktivitäten</li> <li>- Jede Lektion wird mit einem kurzen Quiz und Hausaufgaben beendet</li> </ul> <p><i>Maillisten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Möglichkeit über eine Mailliste Untersuchenden oder anderen Eltern Fragen zu stellen</li> <li>- Verbinden des Gelernten mit eigenen Erfahrungen</li> <li>- Förderung der sozialen Kontakte der Eltern</li> </ul>	<p><i>Setting:</i> Heimprogramm</p> <p><i>Häufigkeit / Dauer:</i> 3 Monate, jede Woche 30 Minuten</p> <p><i>Professionen:</i> Professionen sind nicht erwähnt</p>		

Studie	Therapieform	Inhalt	Setting	Häufigkeit/ Dauer	Durchführende Profession
4 <sup>4</sup>	<p><b>1. Family Talk Intervention (FTI)*</b></p> <p><b>2. Let's talk about Children Discussion-One (LT-1)*</b></p>	<p><i>Beide Interventionen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung des Selbstverständnisses der Kinder, des gegenseitigen Verständnisses innerhalb der Familie, des positiven Elternseins, positiver Zukunftsperspektiven, Identifikation der Kinder, welche professionelle Unterstützung benötigen</li> <li>- Ratgeber "How Can I Help My Children: A Guide Book for Parents with mental health problems" und ein Informationsbuch über Depression für Eltern mit Depression wurden abgegeben</li> </ul> <p><i>Family Talk Intervention:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sechs Sitzungen</li> <li>- Elternsitzungen zu Familiengeschichte, Psychoedukation, Resilienz</li> <li>- Kindersitzung</li> <li>- Planungssitzung: Vorbereitung für Diskussion über Depression und Entwicklung, Familienstrategien für den Umgang damit</li> <li>- Familiensitzung: Hilfe beim Organisieren des Treffens mit Kindern</li> <li>- weitere Elterntreffen: Evaluation der Intervention und weitere Pläne für die Zukunft besprechen</li> </ul> <p><i>Let`s Talk about Children-One (LT-1):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine bis zwei Sitzungen: Informationen von Ärztinnen / Ärzten an die Eltern, wie sie das Kind unterstützen können</li> <li>- Kinder werden nicht in Behandlung eingeschlossen</li> </ul>	<p><i>Setting:</i> Setting ist nicht erwähnt</p> <p><i>Häufigkeit / Dauer:</i> 1. eine bis zwei Sitzungen à mind. 15 Minuten 2. sechs Sitzungen</p> <p><i>Professionen:</i> Psychiatrische Ärztinnen / Ärzte</p>		
5 <sup>5</sup>	<p><b>Keeping Families Strong- Intervention (KFS)</b></p> <p>Familienzentrierte Intervention</p>	<p><i>Multifamilien Programm (10 Wochen):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Getrennte Gruppen für Eltern und Kinder sowie anschliessende Treffen in der eigenen Familie</li> </ul> <p>Einstieg: Abendessen vor den Therapien mit Ärztinnen / Ärzten und allen Familien um Vertrauen zu gewinnen und Kontakte zwischen den Familien zu schaffen</p>	<p><i>Setting:</i> Verschiedene Kliniken</p> <p><i>Häufigkeit / Dauer:</i> zehn Wochen (mit zwei Auffrischungssequenzen in Woche 14 und 18)</p>		

Studie	Therapieform	Inhalt	Setting	Häufigkeit/ Dauer	Durchführende Profession
		<p>Hauptteil Mütter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückblick auf Heimprogramm</li> <li>- Präsentation</li> <li>- Diskussion zu verschiedenen Themen</li> <li>- An Partizipation* gebundene Aktivität: Rollenspiele, Film erstellen etc.</li> <li>- neue Hausaufgaben um Alltagsübertrag zu sichern (praktische Fähigkeiten zu trainieren, Kommunikation zu verbessern etc.)</li> </ul> <p>Hauptteil Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskussionen, ansonsten keine genaue Interventionsangaben</li> </ul> <p><i>Auffrischungssequenzen:</i>                      Beginnen vier Wochen nach der letzten Sitzung, zweimal mit vier Wochen Abstand</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kindergruppen/ Elterngruppen: Austausch über Schwierigkeiten, neu Erprobtes und Ziele austauschen</li> <li>2. Familie einzeln mit der stellvertretenden Leitung: Diskussion über erlebte Barrieren und positive Erfahrungen, abschliessend über Stärken, Entwicklungen und Zukunftsaussichten</li> </ol>			<p><i>Profession:</i>                      Von Ärztinnen / Ärzten durchgeführt</p>

*Anmerkung.* Vollständige Literaturangaben: <sup>1</sup> Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression, (Bearslee, Wright, Gladstone, & Forbes, 2007) <sup>2</sup> Developing a Family-Based Depression Prevention Programm in Urban Community Mental Health Clinics: A qualitative Investigation, (Boyd et al., 2006) <sup>3</sup> Assessing an Internet-Based Parenting Intervention for Mothers With a Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial, (K. Kaplan et al., 2014) <sup>4</sup> Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression, (Solantaus, Toikka, Alasuutari, Beardslee, & Paavonen, 2009) <sup>5</sup> A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression, (C R Valdez, Mills, Barrueco, Leis, & Riley, 2011)

#### 4.4 Darstellung der Ergebnisse im Model of Human Occupation

Nachfolgend werden die verschiedenen Interventionsansätze für Mütter mit Depressionen von Schulkindern aus den Hauptstudien herausgearbeitet und in Kategorien geordnet. Die Kategorien werden anschliessend den Subsystemen des Model of Human Occupation (MOHO), wie in der Abbildung 3 abgebildet, zugeteilt.<sup>3</sup>

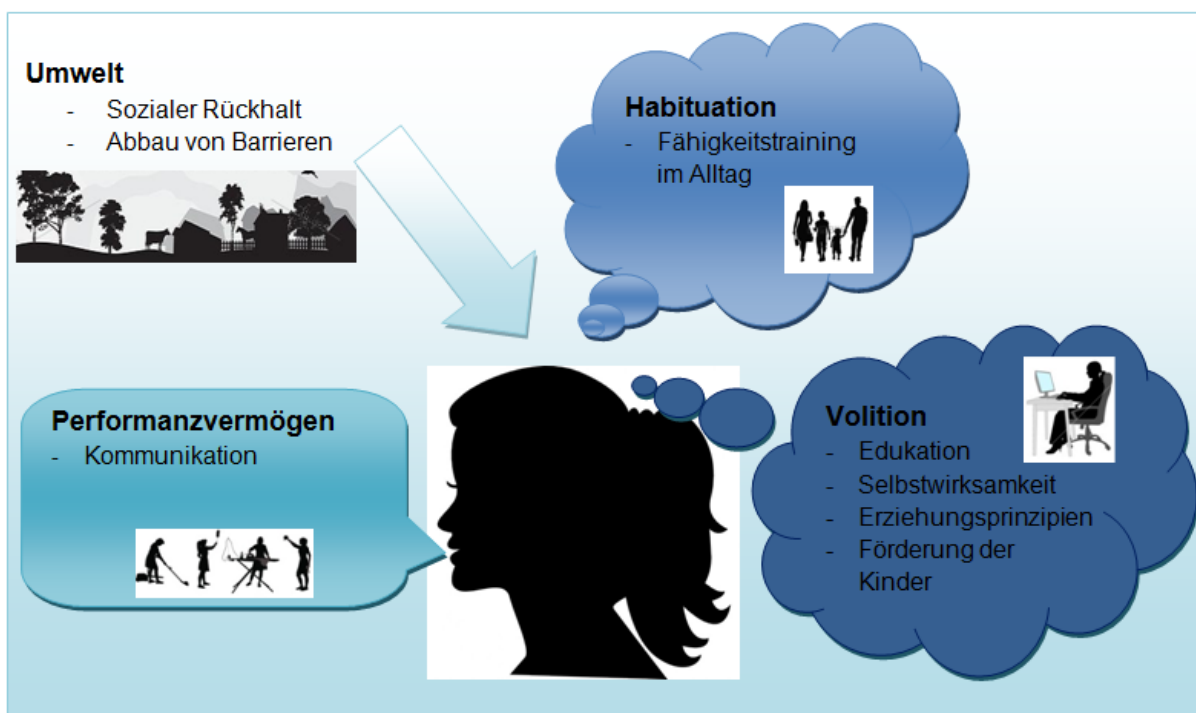


Abbildung 3. Darstellung der Ergebnisse aus den Hauptstudien, eingeordnet ins Model of Human Occupation (MOHO) nach Kielhofner (2009).

Die Interventions-Foki sind in die Subsysteme eingeteilt. Dabei gehören zu den Subsystemen des MOHO's folgende Inhalte: "Umwelt" -> "soziale Umwelt" und "räumliche Umwelt" / "Habituation"-> "Gewohnheiten" und "verinnerlichte Rollen" / "Volition -> "Selbstbild", "Interessen" und "Werte" / "Performanzvermögen" -> "motorischen Fertigkeiten", "prozesshafte Fertigkeiten" und "Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten".

<sup>3</sup> Die Begründung für die Zuteilung wird in der Diskussion (Kapitel 5) dargelegt



#### 4.4.1 Volition

##### **Selbstbild**

###### *Edukation*

Edukation\* ist bei allen Studien ein grosser Bestandteil der Intervention.

In den Studien [2,3,4] wird durch die Psychoedukation\* erlernt, welchen Einfluss Depression auf die Kinder und deren Entwicklung hat. Ein weiteres Ziel der Psychoedukation ist es, Missverständnisse und Schuldgefühle zu mindern sowie das Familienverständnis, Familienfunktionieren und die Kommunikation zu stärken [1]. Ausserdem lernen die Eltern, wie sie ihren eigenen Stresslevel reduzieren können [1]. Als Interventionsansatz wird unter anderem der kognitiv-verhaltenstherapeutische Bezugsrahmen\* gewählt [1]. Durch Psychoedukation gekoppelt mit kognitiver Verhaltenstherapie werden die krankheitsbedingten negativen Denkmuster aufgedeckt und die Beeinflussung der Gefühle sowie der Eigen- und Fremdwahrnehmung aufgezeigt [5].

Als Interventionsmethoden werden Elternsitzungen [4], Präsentationen [5] und ein Internet-basiertes Weiterbildungsprogramm [3] durchgeführt sowie Manuale [1], Ratgeber und Informationsbücher über Eltern mit Depressionen [4] abgegeben. In den Studien [1,2,4,5] finden anschliessend Familiensitzungen statt, in welchen Gelerntes besprochen und diskutiert wird. Somit wird der Bezug zum Familienalltag geschaffen. In der Clinician-facilitated Intervention [1] haben die Erzählungen und Diskussionen der Eltern einen besonders hohen Stellenwert, was die Intervention wirksamer macht als die Lecture Intervention, bei welcher der Bezug zu den persönlichen Erfahrungen fehlt. Auch bei der Family Talk Intervention wird der Einbezug der individuellen Familiengeschichte berücksichtigt, was zu positiven Therapieergebnissen führt. In der Kliniker-basierte Intervention [4] wurden die Eltern in einer Planungssitzung gezielt auf ein anschliessendes Gespräch mit den Kindern über die Depressionen vorbereitet.

###### *Selbstwirksamkeitsförderung*

Durch Experimente und Heimübungen sollen die Mütter die zuvor unangepassten Denkweisen über ihre Kompetenz in der Mutterrolle zum Positiven verändern.

Durch das Teilen der Familiensorgen und das Erlernen von Problemlösestrategien

wird bei den Müttern das Gefühl von Selbstwirksamkeit gefördert [5].

Durch die Psychoedukation wird das Wissen der Mütter über ihre Krankheit erhöht und oftmals fühlen sich die Mütter im Umgang mit ihrer Depression und dem Verhalten ihrer Kinder gestärkt, anstatt sich als inkompetente Mutter zu fühlen [1].

Weiter soll die Intervention dazu führen, dass die Eltern lernen, wie sie ihre eigenen Rechte und die ihrer Familie vertreten können und Angebote, welche sie brauchen, auch selbstbewusst einfordern (beispielsweise Spezialprogramme an der Schule) [2].

## **Interessen**

### *Förderung der Kinder*

Durch ein Internet-basiertes Weiterbildungsprogramm wird den Eltern in der Studie [3] Wissen über die Entwicklung des Kindes vermittelt. Die Eltern lernen, wie sie ihre Kinder gezielt unterstützen können [4,2,3]. Es wird beispielsweise fokussiert, wie sie die Kinder im Bereich Affekt\*-Regulation und Verhaltenskontrolle weiterbringen können [4].

## **Werte**

### *Erziehungsprinzipien*

Der Fokus von Elterninterventionen liegt oftmals auf den Erziehungskompetenzen [1, 2, 3, 5]. Die Eltern lernen widersprüchlichem Verhalten und fehlender Struktur entgegen zu wirken [2] und erkennen die Wichtigkeit von Disziplinierung, Grenzen setzen und Verantwortlichkeiten [3]. Ausserdem werden mit den Eltern positive Strategien erarbeitet, um mit Ungehorsam und Verweigerungen [1,2] der Kinder umzugehen und ihr positives Verhalten zu unterstützen, um schliesslich mit ihnen zu kooperieren [2]. Durch lösungsorientierte Therapie [5] sollen Eltern die in Vergangenheit angewendeten Lösungsstrategien bei aktuellen Problemen anwenden. Die Internetbasierte Intervention zeigt jedoch keine Verbesserung der Elternfähigkeiten oder beim Familienfunktionieren [3].

#### 4.4.2 Habituation

##### Gewohnheiten

###### *Fähigkeitstraining im Alltag*

Die erlernten elterlichen Fähigkeiten werden in mehreren Interventionen direkt in den Alltag übertragen [2, 3, 5]. Dadurch werden die Veränderungen im Verhalten gefestigt und neue Gewohnheiten etabliert. Anhand eines strukturierten Heimprogramms werden die Eltern dazu motiviert, das erworbene Wissen im Alltag auszuprobieren [3] oder die praktischen Fähigkeiten zu trainieren [2, 5]. In der Studie [2] wird aufgezeigt, dass das Training der elterlichen Fähigkeiten praktisch und zielorientiert durchgeführt werden soll. So besteht beispielsweise das Wochenziel der Gruppe, die Kinder immer zwischen 20.30 - 21.00 Uhr zu Bett zu bringen. Das Erreichen dieses spezifischen Ziels gibt den Eltern die Zuversicht, dass sie Veränderungen erreichen können. In Studie [5] werden sowohl die Eltern wie auch die Kinder zur Heimaufgabe instruiert. So sollen sie beispielsweise täglich 15 Minuten gemeinsam einer positiven Aktivität nachgehen oder über ein wichtiges Familienthema sprechen. Weiter erlernen Eltern Strategien, damit sie trotz Depression mit ihren Kindern tätig sein können [4] und wie sie Routine im Alltag einbauen können [2].

#### 4.4.3 Performanzvermögen

##### Interaktionsfertigkeiten

###### *Mutter-Kind-Interaktion*

Die Kommunikation innerhalb der Familie ist in verschiedenen Interventionen ein wesentlicher Bestandteil [1,5]. Die Eltern lernen, Strategien zu entwickeln um kritischen Interaktionen mit den Kindern entgegenzuwirken, Missverständnisse zu verringern und die verringerte Kommunikation anzugehen [2]. Die Kommunikation der Familienmitglieder wird auch durch die Erfüllung eines Heimprogramms angeregt [5]. Weiter werden Rollenspiele durchgeführt [1, 5], in welchen das Fachpersonal teilweise den Part der Familienmitglieder übernimmt [1]. Andere interaktive Interventionsstrategien sind Pantomimen-Spiele oder das Drehen von Filmen [5].

Um das gegenseitige Verständnis der einzelnen Familienmitglieder zu erhöhen, lernen die Familien miteinander über verschiedene Themen zu sprechen [5] oder führen gemeinsam Aktivitäten im Freien durch [1]. Anhand kognitiver Verhaltensstrategien sollen Eltern und Kinder lernen, Perspektiven zu wechseln, einander zu verstehen sowie Stärken und Schwächen jedes Familienmitgliedes zu erkennen [5].

#### 4.4.4 Umwelt

##### Soziale Umwelt

###### *Sozialer Rückhalt*

In allen fünf Studien werden Interventionen eingesetzt um das soziale Netzwerk der Mütter mit Depressionen zu stärken und den sozialen Rückhalt sowie die Unterstützung zu fördern. Meist wird jeweils das Multifamilien-Gruppensetting als Behandlungsansatz gewählt, wozu verschieden grosse Elterngruppen gebildet werden [1,2,4,5]. Davon erhoffen sich die Autorinnen und Autoren, dass die Eltern gegenseitig in Kontakt kommen, Erfahrungen austauschen können und bestenfalls sogar anhaltende Beziehungen aufbauen. Die sozialen Kontakte werden teilweise durch gemeinsame Abendessen vor jeder Hauptintervention gefördert [2,5].

Die Eltern werden geschult, wie sie soziale Beziehungen schaffen und soziale Unterstützung bei Familie, Freunden und öffentlichen Dienstleistern einholen und aufrechterhalten können [2]. Das Ziel ist es, die bei dieser Population sehr verbreitete soziale Isolation zu vermindern. Die Eltern zeigen grosses Interesse daran, ihr Level an sozialer Unterstützung zu erhöhen [2]. Auch durch Psychoedukation wird die Erschaffung eines sozialen Netzwerkes als Ressource für die Familie fokussiert [1].

Die Interventionen versuchen die längerfristige Aufrechterhaltung der sozialen Unterstützung zu gewährleisten. Dazu wird professionelle Unterstützung durch Telefonmeetings und individuelle Begleitung über längere Zeit angeboten [1] oder es werden Auffrischungssequenzen nach vier bis acht Wochen durchgeführt [5]. Bei diesen können die Eltern über Erfahrungen, Barrieren sowie Erfolge diskutieren. Die Studie [3] setzt lediglich Maillisten ein um den Kontakt zwischen den Müttern

zu ermöglichen. Der Vorteil daran ist, dass die Mütter den Austausch ihrem persönlichen Tagesplan anpassen können und trotz Barrieren gefährliche Nachbarschaften oder fehlende Transportmöglichkeiten in Kontakt treten können. Die Mütter können dadurch gegenseitig Erfahrungen austauschen. Es zeigt sich jedoch keine signifikante Veränderung in der sozialen Unterstützung der Mütter vor und nach der internetbasierten Intervention. Als einzige Intervention fokussiert die FTI [4] inhaltlich nicht explizit den Aufbau sozialer Beziehungen.

## Räumliche Umwelt

### *Abbau von Barrieren*

Als grösste Hürde um Behandlung in Anspruch zu nehmen und regelmässig zur Therapie zu kommen, wird in der Studie [2] die Motivation der Mütter identifiziert. Die Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass diese psychologische Barriere durch die Beseitigung logistischer Barrieren, wie zum Beispiel Mangel an Transportmittel oder Kinderbetreuung, ebenfalls positiv beeinflusst werden kann. Die Intervention [2] beinhaltet die Unterstützung der Eltern im Gestalten eines sicheren und berechenbaren Umfeldes.

## 4.5 Rahmenbedingungen der Therapien

### **Therapieform**

Über die fünf Studien hinweg werden unterschiedliche Interventionsformen angewandt. Am meisten vertreten ist die professionell geleitete Gruppenintervention, an welcher Eltern aus verschiedenen Familien teilnehmen [1,2,4,5]. Familienmeetings werden dafür eingesetzt, um die Familien einzeln auf Gruppendiskussionen vorzubereiten [2] oder um die gelernten theoretischen Inhalte im Nachhinein innerhalb der Familie zu festigen [1,2,4,5]. Bei der LT-1 Intervention [4] werden die Kinder nicht in die Therapie eingebunden. Die Therapie wird von den Eltern als weniger effektiv empfunden. Der Individualkontakt mit der Mutter dient in Studie [2] als Vorbereitung für die Gruppenintervention und in Studie [5] als Vorbesprechung des Familienmeetings. Selbstständiges Elternttraining im virtuellen Raum sowie eine virtuelle Gruppe wird in Studie [3] angewandt.

### **Tageszeit**

In zwei der Studien ist der Zeitpunkt der Therapiedurchführung wichtig. Da die Mütter am Tag arbeiten müssen und die Kinder in der Schule sind, wird das Protecting Families Program auf den Abend angesetzt [2]. Bei der internetbasierten Intervention von Studie [3] können die Mütter flexibel einteilen, zu welchem Zeitpunkt sie die wöchentliche 30 minütige Intervention durchführen möchten.

### **Therapiezeitraum**

Der Therapiezeitraum der verschiedenen Interventionen erstreckt sich von zwei bis 18 Wochen. Die Autorinnen und Autoren aus Studie [1] gehen davon aus, dass das fortlaufende Angebot an Unterstützung für die Mütter während durchschnittlich viereinhalb Jahren nach der Hauptintervention einen sehr positiven Effekt hat. Die regelmässigen Assessments sollen die Eltern an ihre Ziele erinnern, welche sie sich während der Hauptintervention gesetzt haben. Beim Interventionsvergleich in Studien [1] und [4] werden die Langzeittherapien jeweils signifikant als nützlicher empfunden verglichen mit denjenigen mit kürzerem Therapiezeitraum.

### **Interprofessionelle\* Zusammenarbeit**

Die Mütter in Studie [1] werden darin unterstützt, eine gute Ärztin / einen guten Arzt für die Behandlung ihrer Depression zu finden. Wenn sie bereits in Behandlung sind, nehmen die Studienleitenden Kontakt mit den Behandelnden auf, um eine gute Koordination des Programms zu ermöglichen. Dies sehen die Autorinnen / Autoren der Studie als Schlüssel zum Erfolg. Die Studie [4] betont, dass es wichtig ist aufzudecken, wenn Kinder ebenfalls eine psychologische Behandlung benötigen und diese zu gewährleisten.

## 5 Diskussion

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse im MOHO

Wie die Ergebnisse zeigen, werden bei der Behandlung der Mütter mit Depressionen von Schulkindern alle Subsysteme nach MOHO berücksichtigt. Die Zuteilung der Interventionsansätze, (z.B. soziale Interaktion) zu den einzelnen Subsystemen und Untergruppen dieser (z.B. Interessen), wird nachfolgend begründet. Anschließend werden die Interventionsansätze durch Einbezug weiterer Literatur kritisch diskutiert.

#### 5.1.1 Edukation

Edukation wird im MOHO dem Selbstbild zugeordnet, da den Müttern in der Psychoedukation vermittelt wird, welche Auswirkungen ihre Krankheit auf ihr Erleben und Verhalten hat und wie sie etwas Positives bewirken können.

Edukation wird in allen Interventionen angewandt, um die Mütter über das *Krankheitsbild Depression und dessen Auswirkungen* auf die gesamte Familie aufzuklären. Von direkt betroffenen Müttern mit Depressionen wird dies als wichtiges Bedürfnis angegeben (Nicholson & Henry, 2003). Sie wollen wissen, wie sie ihre Krankheit den Kindern erklären können und verhindern, dass die Kinder sich für die elterliche Krankheit oder für das Beseitigen der Probleme im Familienalltag verantwortlich fühlen (Nicholson & Henry, 2003). Ein weiteres Argument dieser Autorinnen für die Durchführung von Psychoedukation ist das Verhindern sekundärer Folgeschäden bei den Kindern durch negatives Elternverhalten. Ewell, Foster, Garber, & Durlak (2008) beobachten bei Müttern mit Depressionen gesteigertes negatives Verhalten wie Kontrolle und Kritik aber auch vermindertes positives Verhalten gegenüber den Kindern (wenig Lob, Lachen oder Problemlösungsvorschläge). Die Autorinnen und Autoren finden einen Zusammenhang zwischen diesem verminderten positiven Elternverhalten bei den Müttern und externalisierenden\* Problemen bei deren Kindern. Diese externalisierenden Symptome können zu zusätzlicher Belastung für die Mutter führen, was durch Psychoedukation präventiv verhindert werden kann. Die reduzierten positiven Interaktionen der Müt-

ter wirken sich jedoch bei Schulkindern laut Lovejoy, Graczyk, O`Hare, & Neuman (2000) nicht so verheerend aus wie bei Kleinkindern. Sie führen bei älteren Kindern nicht zu teilnahmslosem Verhalten, weil diese die Spiel-Interaktion mit den Eltern eigeninitiativ initiieren können. Dennoch ist es wichtig, die Interaktion zwischen Mutter und Kind zu stärken um sekundäre Folgeschäden zu vermindern. Die *kognitive Verhaltenstherapie*, welche in den Studien [1] und [5] als Interventionsansatz bei der Psychoedukation angewandt wird, ist geeignet, um das zuvor genannte negative Elternverhalten zu vermindern. Diese Art Therapie zeigt die krankheitsbedingten negativen Denkmuster der Mutter auf [5], sowie den Einfluss deren auf alles, was die Mutter tut (Donaghy, Nicol, & Davidson, 2008); somit auch auf ihr Verhalten gegenüber dem Kind. Daher ist es wichtig, dass mit dem kognitiven Ansatz gearbeitet wird, um Betätigungsprobleme nachhaltig und nicht nur oberflächlich zu behandeln (Donaghy et al., 2008).

Bei einigen Interventionen folgt auf die Psychoedukation in Gruppen der *individuelle Familienbezug*, was zu positiveren Therapieergebnissen führt als bei Therapien ohne Bezug zu individuellen Familienerfahrungen. Diese Tatsache findet grossen Rückhalt in der Literatur. (Nicholson et al., 2001) betonen, dass die individuelle Gruppentherapie von Eltern mit psychischen Erkrankungen, getrennt von ihren Kindern, das Bedürfnis einer ganzen Familie nicht abdecken kann. Erst durch die individuelle Therapie in der Familie können die Strategien aus der Grossgruppe auf die verschiedenen Bedürfnisse der Familienmitglieder angepasst werden (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006). Als Vorteil des allgemeinen *Elterntrainings in Gruppen* sollte jedoch der soziale Faktor gesehen werden (Lundahl et al., 2006). Diese gewinnbringende Kombination von Gruppentherapie und individuellem Familienbezug wird beispielsweise im Elternprogramm von Batchelor (2013) erfolgreich zur effektiven Reduktion von negativen elterlichen Strategien eingesetzt. Auf die Psychoedukation mit Thema "Einfluss der psychischen Gesundheit auf die Elternrolle" folgen Hausbesuche mit der Ableitung von konkreten Strategien (Batchelor, 2013). Bei einer Psychoedukation rein durch ein *Internet-basiertes Weiterbildungsprogramm* [3] oder rein durch die Abgabe von *Manualen und Informationsbüchern* sind weder der soziale Austausch, noch der begleitete Übertrag auf die individuelle Familie gegeben. Darum scheinen diese Psychoedu-



kationsmethoden nur als Ergänzung geeignet. Ein klarer Vorteil dieser Methoden ist jedoch die hohe Flexibilität durch den lediglich minimalen Kontakt von Patientin / Patient und Therapierenden. Dadurch können laut (Lundahl et al., 2006) Familien angesprochen werden, welche durch die traditionelle Therapie nicht erreicht werden könnten, beispielsweise aufgrund fehlender Transportmöglichkeiten zu einer Klinik.

### **5.1.2 Selbstwirksamkeitsförderung**

Wie die Edukation wird auch die Selbstwirksamkeit dem Selbstbild im MOHO zugeteilt. Denn durch das Erleben von Selbstwirksamkeit erhält die Mutter Selbsterkenntnis hinsichtlich der eigenen Wirksamkeit und der eigenen Fertigkeiten.

Wie in Studie [1] und [5] beschrieben wird, steigern Psychoedukation, Heimübungen, das Teilen der Familiensorgen und das Erlernen von Problemlösestrategien die Selbstwirksamkeit. Dies verstärkt zusätzlich den Nutzen der oben diskutierten Psychoedukation in Gruppen, der individuellen Familientherapie sowie des kognitiven Therapieansatzes.

### **5.1.3 Erziehungsprinzipien**

Da die Erziehung und das elterliche Verhalten von Überzeugungen der Eltern und deren Kultur geprägt ist, werden im MOHO die Erziehungsprinzipien den Werten in der Volition zugeordnet.

Jede Mutter hat mit Erziehungsschwierigkeiten zu kämpfen. Trotzdem widmen sich alle untersuchten Interventionen bei Müttern mit Depressionen zu Recht diesem Thema. Die Erziehung kann laut Nicholson & Henry (2003) bei Müttern mit psychischen Erkrankungen eine gesteigerte Herausforderung darstellen. Ursache davon sind Schwierigkeiten beim Strukturieren von Aufgaben auf Grund Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisdefizite sowie reduziertem Antrieb. Die Eltern betonen somit den hohen Wert, welchen das Elterntaining in diesem Bereich für sie hat (Nicholson & Henry, 2003). Auch die Ergebnisse der Studie zur Internetbasierten Intervention sprechen dafür, die Erziehungsfrage in der Intervention nicht zu ver-

nachlässigen. Die Autorinnen und Autoren erklären sich die lediglich geringe Verbesserung der elterlichen Effizienz durch den starken Fokus des Online Kurses auf andere Bereiche wie soziale Kontakte oder die Reduktion der psychischen Krankheit.

#### **5.1.4 Förderung der Kinder**

Die Förderung der Kinder hängt stark mit den Interessen der Eltern und deren Betätigungen zusammen. Somit ist das Kapitel "Förderung der Kinder" im MOHO den Interessen unter Volition zuzuordnen.

Das Interesse an der Kindesentwicklung soll bei Müttern mit Depressionen angeregt werden, da ihre Kinder der Risikogruppe für Entwicklungsauffälligkeiten angehören (Ewell Foster et al., 2008). Mütter mit Depressionen haben Schwierigkeiten ihre Kinder in herausfordernden Lernsituationen zu stützen und somit eine angemessene Affektregulation und Frustrationstoleranz zu erlernen (Ewell Foster et al., 2008). Daher wird es als wichtig und richtig angesehen, dass in der Intervention mit Müttern mit Depressionen von Schulkindern Theorie zur Kindesentwicklung vermittelt wird.

#### **5.1.5 Mutter-Kind-Interaktion**

Die Mütter lernen ihre Absichten und Bedürfnisse zu vermitteln und diejenigen der Kinder wahrzunehmen. Daher ist "Mutter-Kind-Interaktion" im MOHO den Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten unter dem Performanzvermögen einzuordnen.

Wie oben bereits beschrieben, verwenden Mütter mit Depressionen im Vergleich zu Müttern ohne Depressionen mehr negative sowie weniger positive Interaktion mit ihren Kindern. Deshalb ist es wichtig, die Mutter-Kind-Kommunikation bei der Intervention dieser Klientel mit einzubeziehen, wie dies drei der fünf Hauptstudien machen. Es soll beispielsweise der Anteil an Lob und positivem Feedback auf Handlungen oder Kompetenzen gegenüber den Kindern erhöht werden (Ewell Foster et al., 2008). Dies wird in den Interventionen der Hauptstudien durch Erlern-

nen von Strategien, Üben in simulierten Situationen aber auch durch gemeinsame Aktivitäten im Freien umgesetzt. Laut Kenneth (2007) eignet sich das gemeinsame Spiel zur Kommunikationsförderung sehr gut, da die Eltern die Möglichkeit haben, in die Welt der Kinder einzutauchen. Die dadurch entstehende Interaktion zeigt den Kindern, dass ihre Eltern ihnen die volle Aufmerksamkeit schenken und kann dazu beitragen, eine stabile Beziehung zu entwickeln (Kenneth, 2007).

#### 5.1.6 Fähigkeitstraining im Alltag

Gewohnheiten beeinflussen laut MOHO etliche Verhaltensweisen in natürlichen Umgebungen. Es wird mit vielen Wiederholungen gearbeitet und die Aktivität wird in einer vorbewussten Stufe ausgeführt. Aufgrund dieser Definition wird das "Fähigkeitstraining im Alltag" bei den Gewohnheiten eingegliedert; zum Beispiel üben das Kind zu Bett zu bringen, was regelmässig, in einer natürlichen Umgebung und schliesslich als routinierte Handlung stattfinden soll.

Die gelernten Fertigkeiten sowie veränderten Haltung und Interessen aus vorangehenden Sitzungen werden in drei Studien direkt im Alltag umgesetzt. Auch andere Interventionen im psychiatrischen Bereich haben die Wichtigkeit des Übertrages in die konkrete Handlung erkannt. Beispielsweise ersetzt Batchelor (2013), durch Erkenntnisse aus seiner Pilotstudie, Telefongespräche mit den Müttern durch Hausbesuche. Dies unterstützt die Eltern beim Implementieren der erlernten Fertigkeiten im häuslichen Umfeld. Auch Biebel, Nicholson, & Woolsey (2014) begleiten die Familien zu Hause beim Arbeiten an ihren individuellen Zielen mit Erfolg. Sie benennen jedoch als Herausforderung der intensiven Betreuung ein grösseres Arbeitsvolumen und Zeitprobleme.

Weitere Hinweise dafür, dass die Internetbasierte Intervention wegen der Vernachlässigung der individuellen Betreuung der Familien nicht optimal ist, gibt die Studie von Sheeber et al. (2012). Die Autorin stellt die Hypothese auf, dass der positive Behandlungseffekt der untersuchten Online- Intervention weniger auf dem E-Tool an sich beruht, sondern vielmehr durch den eng damit gekoppelten Coaching Support entstanden ist. Beispielsweise wird der Einsatz von Strategien zu Hause genau mit den Coachs reflektiert. Auch bei Compas et al. (2011) ist der

Effekt eines Elternprogramms mit im Nachhinein reflektierten Hausaufgaben signifikant höher als die Edukation durch Lektüre.

Als konkrete Umsetzungsmöglichkeit dieses Coachings könnte das "Supported Parenting" für Mütter mit psychischer Erkrankung, beschrieben durch Nicholson & Henry (2003), implementiert werden. Dies kann als Abbild des gängigen "Supported Employment" Modelles\* betrachtet werden.

Auf die Wichtigkeit von Gewohnheiten und das Entwickeln von Routinen, wie es die Intervention [2] umsetzt, sollte ebenfalls hingewiesen werden. Denn laut Kielhofner (2009) helfen Gewohnheiten, den Alltag zu strukturieren und können daher eine wertvolle Entlastung für den Alltag der Mütter darstellen.

### **5.1.7 Sozialer Rückhalt**

Dieses Kapitel ist im MOHO der sozialen Umwelt zuzuordnen, da mehrere Personen an einer Aktivität teilnehmen und miteinander im Austausch stehen.

In allen fünf Studien werden Mittel eingesetzt um das soziale Netzwerk der Mütter mit Depressionen zu stärken, entweder durch die Gruppentherapie als Setting [1,2,4,5] oder auch durch gezielte Inhalte, wie der Aufbau und die Aufrechterhaltung von Beziehungen [1,2, 3,5]. Dass dies ein zentraler Auftrag bei der Behandlung von Müttern mit Depressionen ist, zeigt das Bedürfnis an Peer\*-Unterstützung bei Betroffenen (Nicholson & Henry, 2003). Laut dieser Studie profitieren die Eltern von der emotionalen Unterstützung durch andere Betroffene. Zusätzlich wird das gegenseitige voneinander Lernen in Elterngruppen unter einer professionellen Leitung von Reupert & Maybery (2011) gestützt.

Im Unterschied zu den Studien von Reupert & Maybery (2011) und Nicholson & Henry (2003), wird in keiner der Studien dieser Arbeit eine signifikante Veränderung in den sozialen Beziehungen der Mütter erreicht. Dies zeigt auf, dass es schwierig ist, bei Müttern mit Depressionen den langfristigen Aufbau und Erhalt eines sozialen Netzwerkes zu erreichen.

### 5.1.8 Abbau von Barrieren

Die räumliche Umwelt beinhaltet nach MOHO die Lebensräume und die in den Lebensräumen enthaltenen Objekte, weshalb dieses Kapitel der räumlichen Umwelt zuzuordnen ist.

Um den regelmässigen Therapiebesuch zu fördern, beseitigen die Therapeutinnen und Therapeuten Barrieren wie mangelhafter Verkehrsanschluss und fehlende Kinderbetreuung [2]. Auch Nicholson & Henry (2003) betonen, dass bezüglich Intervention die Bedürfnisse der ganzen Familie berücksichtigt werden sollen, um diese Schwierigkeiten zu verhindern. Die Interventionen müssen für die Mütter mit psychischen Erkrankungen flexibel gestaltet werden. Auch Reupert & Maybery (2011) benennen die Flexibilität als signifikanten Faktor dafür, ob eine Therapie gewinnbringend ist oder nicht. Flexible Zeiten und die Möglichkeit, dem Programm einmal eine Woche fernzubleiben ohne anschliessend auszuscheiden, seien zentral. Durch die Beseitigung von Hindernissen oder einengenden Rahmenbedingungen kann daher eine erhöhte Partizipation\* an der Therapie, wie auch in der Gesellschaft, erreicht werden.

## 5.2 Beurteilung der Interventionen

Vorgängig werden die Chancen und Risiken der Interventionsansätze bei den verschiedenen Subsystemen einer Mutter mit Depression von Schulkindern aufgezeigt.

Es ist nicht nachvollziehbar, welche Therapieinhalte der Interventionen in den Hauptstudien schliesslich zum Therapieerfolg oder -misserfolg geführt haben. Denn alle Interventionen (FTI, LT-1 etc.) nahmen Einfluss auf verschiedene Subsysteme der Klienten. Ausserdem gibt es innerhalb der verschiedenen Interventionsansätze (z.B. Edukation) inhaltliche Abweichungen und unterschiedliche Umsetzungsstrategien. Deshalb kann die generelle Wirksamkeit dieser im Kapitel 5 diskutierten Interventionsansätze nicht abschliessend beurteilt werden.

Es können lediglich Annahmen daraus gezogen werden, dass zum Beispiel die Rahmenbedingungen der Therapie die Ergebnisse der Studie beeinflusst haben könnten. Dies lässt sich durch die Gegenüberstellung der zwei Interventionen in

den Studien [1] und [4] ableiten. Die beiden miteinander verglichenen Interventionen (LT-1 & FTI/ Clinician-facilitated Intervention & Lecture Intervention) unterscheiden sich lediglich in den Rahmenbedingungen. Folglich scheint laut Studien [1] und [4] der Einbezug der Kinder in die Therapie einen positiven Einfluss auf die Therapieergebnisse zu haben. Ausserdem zeigt die Internetbasierte Intervention [3], welche die Kinder nicht direkt in die Therapie einbezieht, im Vergleich zu anderen Interventionen weniger positive Auswirkungen.

Auch ein ausgedehnter Therapiezeitraum scheint für den Therapieerfolg eine wesentliche Rolle zu spielen. So sind die Interventionen in [1] und [4], welche sechs und sieben Wochen dauern (statt nur zwei Wochen), effektiver. Der positive Effekt der fortlaufenden punktuellen Unterstützung der Mütter während viereinhalb Jahren in Studie [1] stützt diese Hypothese.

### 5.3 Theorie-Praxis Transfer

Nachfolgend werden die zuvor kontrovers diskutierten Interventionsansätze in Bezug zur Ergotherapie gestellt. Es wird aufgezeigt, wie die Erkenntnisse aus der Diskussion der Interventionsansätze, sowie der Rahmenbedingungen in der Ergotherapie unter Berücksichtigung der ergotherapeutischen Grundprinzipien "Klientenzentrierung" und "Betätigungsbasierung" umgesetzt werden können. Die Wichtigkeit der "interprofessionellen Zusammenarbeit" wird aufgezeigt.

#### 5.3.1 Klientenzentrierung

Wie die Ergebnisse dieser Arbeit aufzeigen, sind die *Rahmenbedingungen* der Therapie für die Mütter mit Depressionen von Schulkindern zentral. So ist in der Ergotherapie darauf zu achten, dass die Therapiezeit dem Tagesablauf der Mutter angepasst ist und der Ort der Therapie wohnungsnah ist, um den Eltern Erschwernisse, wie fehlende Transportmöglichkeiten, zu ersparen. Zudem ist eine Langzeitunterstützung der Mütter von Vorteil.

*Gruppentherapien* mit Müttern mit Depressionen geben laut den Ergebnissen die Möglichkeit, durch Psychoedukation den Eltern Grundlagen zu ihrer Krankheit und

deren Einfluss auf die Kinder, sowie auch zur kindlichen Entwicklung zu vermitteln. Auch können die Eltern geschult werden, wie sie soziale Beziehungen und dadurch auch soziale Unterstützung bei Familien, Freunden und öffentlichen Dienstleistern holen können. Laut dieser Arbeit ist das *Aufbauen und Stärken von sozialen Netzwerken* besonders wichtig. Die Ergotherapie kann hier einen wichtigen Beitrag leisten, um die Partizipation in der Gesellschaft zu ermöglichen (Mary Law, 2002). Gleichzeitig sollten in der Ergotherapie diese Multifamilien - Gruppensettings gewählt werden, um die Eltern miteinander in Kontakt zu bringen und bestenfalls anhaltende Beziehungen aufzubauen. Eine beispielhafte Umsetzung dieser Gruppentherapie für Mütter mit Depressionen in der Ergotherapie wird von Gracegirdle (1982) beschrieben. Der Austausch untereinander wird auch da von den Eltern als hilfreich erlebt. Zusätzlich wird beispielsweise das gemeinsame Mittagessen von den Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sehr geschätzt, weil sie dadurch das Verhalten der Mütter in natürlichen Situationen beobachten können.

In der Diskussion wird herausgehoben, dass der Bezug der in der Gruppentherapie vermittelten Inhalte zur individuellen Familie wegweisend ist. Dieser *familienbasierte Ansatz* ist besonders wichtig, um die Langzeitbedürfnisse der Familien mit Müttern mit Depressionen ernst nehmen zu können. Eine Kompetenz der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ist es, die Aktivitäten in der Therapie individuell auf die Fähigkeiten der Familienmitglieder anzupassen (Dehnhardt & Schaefer, 2012). Dies ist notwendig, da es laut Olson (2006) in der Therapie von Müttern mit Depressionen eine Herausforderung ist, Aktivitäten so auszuwählen, dass die Mutter trotz ihrer Einschränkungen befähigt wird, gemeinsam mit ihrem Kind eine Aktivität auszuführen, die ihnen Spass macht. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind Expertinnen und Experten im Unterstützen von Individuen oder Gruppen beim Teilnehmen an Betätigungen (Leclair, 2010).

Bei den Müttern soll durch die Ergotherapie das Gefühl von *Selbstwirksamkeit* gestärkt werden. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass dies durch eine Veränderung der Denkweisen über die Kompetenz in der Mutterrolle, durch das Teilen von Familiensorgen in Gruppentherapien und durch das Erlernen von Problemlösestrategien gelingt. Beim Problemlösefertigkeitstraining in der Ergotherapie können die

Patientinnen und Patienten laut Donaghy, Nicol & Davidson (2008) durch kognitive Verhaltenstherapie unterstützt werden.

Die Verwendung der *kognitiven Verhaltensstrategien* in der Behandlung von Müttern mit Depressionen wird auch durch die Ergebnisse dieser Arbeit gestützt. Die kognitive Verhaltenstherapie hat laut Donaghy et al. (2008) bei der Behandlung von Depression eine hohe Evidenz und kann die Rückfallrate verringern. Der Therapieansatz hilft durch einen strukturierten Ablauf und Zielfokussierung. Er verringert, durch die Befähigung der Mütter zur selbstständigen Lösungsentwicklung, das Risiko der Abhängigkeit von den Therapierende. (Donaghy et al., 2008). Die kognitive Verhaltenstherapie wird vermehrt auch bei Klientel angewandt, welche Einschränkungen in der Volition zeigen (Kielhofner, 2009). Der Interessens- und Motivationsverlust sind Hauptsymptome einer Depression und beides sind Teile der Volition.

### 5.3.2 Betätigungsbasierung

Die Ergebnisse zeigen, dass in der Ergotherapie darauf geachtet werden soll, die in der Therapie gelernten und geübten Kompetenzen der Mütter in den Alltag zu übertragen. Das Training der elterlichen Fertigkeiten soll praktisch und zielorientiert durchgeführt werden (Boyd et al., 2006), was dem Konzept der Betätigungsbasierung in der Ergotherapie entspricht. Nebst diesem Üben in natürlichem Umfeld spricht das Bedürfnis der Mütter nach einer wohnortnahen Therapie für *Domicilbehandlungen* in der Ergotherapie. Auch Olson (2006), eine Ergotherapeutin, beschreibt, dass Mutter-Kind Aktivitäten zu Hause oder in der nahen Wohnumgebung geplant werden sollen. Dabei kann die Mutter zu Hause beim Anwenden und Anpassen von erlernten Interaktionstechniken mit dem Kind unterstützt werden (Olson, 2006).

Zudem können in der Ergotherapie auch *Familiensitzungen* mit der gesamten Familie [1,2,4,5] oder *Heimübungen* [2,3,5] helfen, den Bezug von zuvor vermittelten Therapieinhalten zum Familienalltag sicherzustellen.

Die Fähigkeiten *einer positiven Interaktion* sollen laut der Ergebnisse während Familienaktivitäten entwickelt und unterstützt werden. Auch hier können die Ergo-



therapeutinnen und Ergotherapeuten helfen, die Mütter während Betätigungen mit ihren Kindern in der positiven Interaktion zu coachen. (Olson, 2006)

### 5.3.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Diese Arbeit zeigt auf, dass in der Behandlung von Müttern mit Depressionen eine gute *Koordination zwischen den verschiedenen Professionen* von grosser Wichtigkeit ist. In der Praxis kommunizieren die beiden Behandlungssysteme für Erwachsene respektive Kinder relativ wenig miteinander, was Probleme und eine höhere Rückfallquote mit sich bringt (Gurny et al., 2006). Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten besitzen die nötigen Kompetenzen um Dienstleistungen für ihre Klientel zu organisieren und zu koordinieren. So schlägt die Ergotherapie eine Brücke zwischen den verschiedenen Dienstleistungen (Krupa & Clark, 1995). Sie kann bei familienbasierten Programmen anderer Berufsgruppen Unterstützung in der Behandlung der Eltern bieten. Beispielsweise im Kindersozialwesen, welches laut Hinden et al. (2005) ein begrenztes Wissen über psychische Erkrankungen von Eltern beinhaltet.

Bei der ergotherapeutischen Behandlung von Müttern mit Depressionen ist es wichtig darauf zu achten, ob die Kinder eine psychologische Behandlung benötigen und entsprechend zu reagieren (Solantaus et al., 2009).

Für die fachgerechte Unterstützung im Bereich Kindererziehung sollen die Mütter an die zuständigen pädagogischen Professionen weiterverwiesen werden, da die Verbesserung der elterlichen Erziehungsfertigkeiten laut den Ergebnissen grosse Wichtigkeit hat. Die Ergotherapie selbst hat keinen pädagogischen Auftrag, kann jedoch einen wichtigen Beitrag im Bereich Erziehung leisten, indem sie beispielsweise mit den Müttern das Strukturieren ihrer Aufgaben angeht.

## 6 Schlussfolgerung

### 6.1 Empfehlungen für die Praxis

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei Müttern mit Depressionen von Schulkindern die Rahmenbedingungen (wie Therapiezeit, -setting und -dauer) an die Bedürfnisse der Mütter angepasst werden sollen.

Zur Psychoedukation und Vermittlung von Grundlagenwissen über Kindesentwicklung eignet sich in der Ergotherapie das Gruppensetting. Dadurch soll der Austausch zwischen den Müttern ermöglicht und der soziale Rückhalt erhöht werden. Anschliessend sind jedoch Familiensitzungen für den individuellen Familienbezug wegweisend für den Therapieerfolg. Die familienbasierte Therapie ermöglicht die Anpassung der Therapieaktivitäten an die einzelnen Familien.

Für die Vermittlung von Problemlösestrategien soll in der Ergotherapie nach dem Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie vorgegangen werden, um die Mütter in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken. Um den Übertrag der erlernten Fertigkeiten in den Alltag zu gewährleisten, sind Heimübungen oder noch besser die Domizilbehandlung unabdingbar.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist für eine umfassende Betreuung der Mütter mit Depressionen und ihrer Familie von grosser Wichtigkeit. Hier können Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als Vermittler zwischen den verschiedenen Dienstleistern fungieren.

### 6.2 Limitationen

- Diese Bachelorarbeit enthält *keine ergotherapeutische Hauptstudie*. Daher ist die Aussagekraft der Ergebnisse bezüglich der Ergotherapie, trotz des Übertrags mittels des ergotherapeutischen Modells MOHO, limitiert.
- Obwohl der Grossteil der Studienteilnehmenden in den Hauptstudien an Depressionen erkrankt ist, werden auch einige Studienteilnehmende mit *anderen psychiatrischen Krankheiten* inkludiert. Dies soll bei der Anwendung der Interventionen in der Praxis bei Müttern mit Depressionen bedacht werden.

- Der *Schweregrad der Depression* wird in den meisten Hauptstudien nicht angegeben. Die Interventionen sind unter Umständen nicht in allen Krankheitsstadien anwendbar und müssen beim Praxistransfer auf die individuelle Betätigungsperformanz der Mütter angepasst werden.
- Grundsätzlich kann *keine generelle Empfehlung* für eine Behandlung von Müttern mit Depressionen von Schulkindern abgegeben werden, da nur drei der Studien das Evidenzlevel Ib aufweisen. Die Beurteilung der Wirksamkeit der Interventionen unter Berücksichtigung der Reliabilität und Validität der Assessments sowie der Effektgrösse ist nicht bei allen Hauptstudien vorhanden. Daher beinhaltet diese Arbeit nur eine Ansammlung von möglichen ergotherapeutischen Interventionen bei Müttern mit Depressionen. Die abschliessende Beurteilung der Intervention und ein konkreter Behandlungslaufplan fehlen.
- Der *Übertrag in das Schweizerische Gesundheitswesen* ist nicht immer gegeben. Die Studien stammen zwar aus westlich geprägten Ländern, der demographische Hintergrund der Mütter und Väter kann jedoch trotzdem sehr unterschiedlich sein und wird zum Teil ungenügend beschrieben. Ausserdem unterscheiden sich der Aufbau und die Organisation des Gesundheitswesens der untersuchten Länder oftmals von demjenigen der Schweiz.

### 6.3 Zukunftsaussichten

Der Bedarf weiterer Forschung zum Thema Mütter mit Depressionen von Schulkindern ist gegeben. Die bestehenden Interventionen für Mütter mit Depressionen sollten zukünftig noch differenzierter erforscht werden. Zudem ist eine grössere Stichprobe erstrebenswert. Insbesondere im Bereich der Ergotherapie ist eine umfassende Grundlagenforschung nötig, um darauf aufbauend Interventionen zu entwickeln und zu erforschen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis zur Entwicklung neuer evidenzbasierter Interventionen für Mütter mit Depressionen von Schulkindern in der Ergotherapie ist wünschenswert.

Diese Bachelorarbeit gibt einen Überblick über mögliche Interventionen für die Ergotherapie. Weitere Arbeiten könnten sich differenzierter mit ergotherapeuti-

schen Interventionen in verschiedenen Phasen der Depression auseinander setzen oder die Unterschiede der Interventionen bei Müttern mit postnataler Depression und bei Müttern mit Depressionen von Schulkindern beleuchten.

#### **6.4 Beantwortung der Fragestellung**

Die Fragestellung dieser Arbeit kann beantwortet werden. Obwohl nur drei der Hauptstudien dem Evidenzlevel Ib entsprechen und teilweise qualitative Einschränkungen vorhanden sind, kann durch Heranziehen zusätzlicher Literatur aufgezeigt werden, welche Interventionsansätze in der Ergotherapie sinnvoll sind und welche Rahmenbedingungen für die Therapie förderlich sind. Der Nachweis der Wirksamkeit der Interventionen ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

## Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2007). *Interaktion, Identität, Präsentation. PhD Proposal* (4th ed., Vol. 1). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Aunola, K., Ruusunen, A.-K., Viljaranta, J., & Nurmi, J.-E. (2015). Parental Affection and Psychological Control as Mediators Between Parents' Depressive Symptoms and Child Distress. *Journal of Family Issues*, 36(8), 1022–1042. <http://doi.org/10.1177/0192513X13494825>
- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweizer. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*. Neuenburg. Retrieved from <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/02/04.html>
- Bailie, C., Kuyken, W., & Sonnenberg, S. (2011). The experiences of parents in mindfulness-based cognitive therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 103–119. <http://doi.org/10.1177/1359104510392296>
- Barlow, J., & Coren, E. (2004). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No.: CD002020. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub2>
- Batchelor, S. H. (2013). Enhancing parenting skills for parents with mental illness: the Mental Health Positive Parenting Program. *The Medical Journal of Australia*, 199(3), S30–S33. <http://doi.org/10.5694/mjao11.11181>
- Bäumli, J., & Pitschel-Walz, G. (2003). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), 119–131. <http://doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>
- Bearslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. G., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 703–713. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.703>
- Biebel, K., Nicholson, J., & Woolsey, K. (2014). Implementing an intervention for parents with mental illness: Building workforce capacity. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 209–215. <http://doi.org/10.1037/prj0000046>
- Bischof-Köhler, D. (1989). *Spiegelbild und Empathie, die Anfänge der sozialen Kognition. Die Anfänge der sozialen Kognition*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Boyd, R. C., Diamond, G. S., & Bourjolly, J. N. (2006). Developing a family-based depression prevention program in urban community mental health clinics: a qualitative investigation. *Family Process*, 45(2), 187–203.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2015). Statistik Psychische Gesundheit. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/04.html>
- ch.ch. (n.d.). Dauer und Aufbau der obligatorischen Schulzeit. Retrieved 27 September 2015, from <https://www.ch.ch/de/dauer-obligatorische-schule/>

- Chaffin, M., & Bard, D. (2011). Changes in parental depression symptoms during family preservation services. *Child Abuse and Neglect*, 35(6), 448–458. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.005>
- Ciampi, L. (2003). *Report 3/2003*. Hannover. Retrieved from [http://www.die-bonn.de/espid/dokumente/doc-2003/nuissl03\\_07.pdf](http://www.die-bonn.de/espid/dokumente/doc-2003/nuissl03_07.pdf)
- Cohn, J. F., & Tronick, E. (1989). Specificity of Infants' Response to Mothers' Affective Behavior, 28(2), 242–248.
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. a, Hardcastle, E. J., Keller, G., ... Roberts, L. (2011). Families of Depressed Parents, 78(5), 623–634. <http://doi.org/10.1037/a0020459>.Coping
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. a, Reeslund, K. L., Fear, J., ... Roberts, L. (2010). Coping and parenting: Mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 623–634. <http://doi.org/10.1037/a0020459>
- Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Hardcastle, E. J., Keller, G., ... Roberts, L. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-Mont Outcomes of a Family Group Cognitive-Behavioral Preventive Intervention with Families of Depressed Parents, 78(5), 623–634. <http://doi.org/10.1037/a0020459>.Coping
- Compas, B. E., Forehand, R., Thigpen, J. C., Keller, G., Emily, J., Cole, D. A., ... Merchant, M. J. (2011). Families of Depressed Parents : 18- and 24-month Outcomes, 79(4), 488–499. <http://doi.org/10.1037/a0024254>.Family
- Cuijpers, P., Weitz, E., Karyotaki, E., Garber, J., & Andersson, G. (2014). The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 237–245. <http://doi.org/10.1007/s00787-014-0660-6>
- Dehnhardt, B., & Schaefer, C. (2012). *Ich werde Ergotherapeutin: Mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Donaghy, M., Nicol, M., & Davidson, K. (2008). *Cognitive-Behavioural Interventions in Physiotherapy and Occupational Therapy*. Butterworth Heinemann: Elsevier.
- Dos Santos Silva, I. (1999). Interpretation of epidemiological studies. In I. Dos Santos Silva (Ed.), *Cancer Epidemiology: Principles and Methods* (pp. 277–302). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Retrieved from <http://www.iarc.fr/>
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50–76. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.108.1.50>
- du Prel, J.-B., Röhrig, B., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Auswahl statistischer Testverfahren. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(19), 343–348. <http://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0343>
- Duden online. (n.d.). No Title. Retrieved 27 September 2015, from <http://www.duden.de/node/678601/revisions/1314003/view> am 27.09.2015

- Dunbar, S. B., & Roberts, E. (2006). An Exploration of Mothers' Perceptions Regarding Mothering Occupations and Experiences An Exploration of Mothers' Perceptions Regarding Mothering Occupations and Experiences, *20*(2), 51–72. <http://doi.org/10.1080/J003v20n02>
- Eidgenössisches Departement des Innern, & Bundesamt für Statistik. (2012). Klassifikation der schweizerischen Bildungsstatistik. Retrieved from <http://www.portal-stat.admin.ch/isced97/docs/do-d-15.02-isced-02.pdf>
- England, M. J., Sim, L. J., & Practices, P. (2009). *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to improve Identification, Treatment, and Prevention*. Washington: National Academic Press (US).
- Esdaile, S. A., Farrell, E. A., & Olson, J. A. (2004). Anticipating Occupations of Mothering and the Development of Agency. In *Mothering Occupations: Challenge, Agency, and Participation* (pp. 3–27). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ewell Foster, C. J., Garber, J., & Durlak, J. a. (2008). Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(4), 527–537. <http://doi.org/10.1007/s10802-007-9197-1>
- Feng, X., Shaw, D. S., Skuban, E. M., & Lane, T. (2007). Emotional exchange in mother-child dyads: stability, mutual influence, and associations with maternal depression and child problem behavior. *Journal of Family Psychology*, *21*(4), 714–725. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.714>
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Fisher, A., & Kielhofner, G. (2005). Das Subsystem Performanz. In G. Kielhofner, U. Marotzki, & C. Mentrup (Eds.), *Model of Human Occupation (MOHO)* (pp. 116–125). Heidelberg: Springer Verlag.
- Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W. R. (2000). A child's experience of parental depression: encouraging relational resilience in families with affective illness. *Family Process*, *39*(4), 417–434. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39403.x>
- Forehand, R., Thigpen, J. C., Parent, J., Hardcastle, E. J., Bettis, A., & Compas, B. E. (2012). The role of parent depressive symptoms in positive and negative parenting in a preventive intervention. *Journal of Family Psychology*, *26*(4), 532–541. <http://doi.org/10.1037/a0028406>
- Foster, C. E., Webster, M. C., Rush, A. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., ... King, C. A. (2008). Remission of Maternal Depression: Relations to Family Functioning and Youth Internalizing and Externalizing Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol*, *37*(4), 714–724. <http://doi.org/10.1080/15374410802359726>.Remission
- Francis-Connolly, E. (1998). It Never Ends: Mothering as a Lifetime Occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *5*(3), 149–155. <http://doi.org/10.3109/11038129809035740>
- Francis-Connolly, E. (2000). Comparison of two. *American Journal of Occupational Therapy*, *54*, 281–289.

- Fröhlich, M., & Pieter, A. (2009). Cohen's Effektstärken als Mass der Bewertung von Praktischer Relevanz - Implikationen für die Praxis. *Schweizerische Zeitschrift Für Sportmedizin Und Sporttraumatologie*, 57(4), 139–142.
- Fthenakis, W. E., Kalicki, B., & Peitz, G. (2002). *Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie*. Opladen: Leske + Budrich. Retrieved from [http://www.pedocs.de/volltexte/2014/2089/pdf/Fthenakis\\_2002\\_Paare\\_werden\\_Eltern.pdf](http://www.pedocs.de/volltexte/2014/2089/pdf/Fthenakis_2002_Paare_werden_Eltern.pdf)
- Fuchs, T., & Berger, M. (2013). *Affektive Störungen, Klinik - Therapie - Perspektiven*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Gillis, J. (1996). Making Time for Family: the Intervention of Family Time(S) and the Reintervention of Family History. *Family History*, 21, 4–21.
- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W. R., & Diehl, A. (2015). Interventions for families when a parent has depression. In *Parental Psychiatric Disorder Distressed Parents and their Families Third* (pp. 259–265). Cambridge University Press.
- Goodman, S. H., Adamson, L. B., Riniti, J., & Cole, S. (1994). Mothers' expressed attitudes: associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199411000-00007>
- Götsch, K. (2007). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In C. Scheepers (Ed.), *Ergotherapie: vom Behandeln zum Handeln ; Lehrbuch für die theoretische und praktische Ausbildung*. Georg Thieme Verlag.
- Gracegirdle, H. (1982). A group for depressed Mothers and their children. *British Journal of Occupational Therapy*, 45(1), 20–21.
- Guba, B. (2008). Systematische Literatursuche. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158(1-2), 62–69. <http://doi.org/10.1007/s10354-007-0500-0>
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B., & Albermann, K. (2006). *Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie*. Wintherthur.
- Habermann, C. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie*. Stuttgart: Thieme.
- Hagendorn, R. (2000). Bezugssysteme, Bezugsrahmen bei physischen Funktionsstörungen, Bezugsrahmen bei psychosozialen Funktionsstörungen. In Thieme (Ed.), *Ergotherapie - Theorien und Modelle* (pp. 57–87). Stuttgart.
- Henry-Huthmacher, C. (2008). Eltern unter Druck. *Die Politische Meinung*, (460), 41–46. Retrieved from <http://www.schulpartner.info/wp-content/uploads/2010/05/eltern-unter-druck.pdf>
- Hinden, B. R., Biebel, K., Nicholson, J., Henry, A., & Katz-Leavy, J. (2006). A survey of programs for parents with mental illness and their families: Identifying common elements to build the evidence base. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33(1), 21–38. <http://doi.org/10.1007/s11414-005-9007-x>
- Hinden, B. R., Biebel, K., Nicholson, J., Mehnert, L., Biebel, K., Nicholson, J., & Mehnert, L. (2005). The invisible children's project: Key ingredients of an intervention for parents with mental illness. *Journal of Behavioral Health*



- Services and Research*, 32(4), 393–408. <http://doi.org/10.1007/BF02384200>
- Hofecker Fallahpour, M., Zinkernagel, C., Frisch, U., Neuhofer, C., Stieglitz, R.-D., & Riecher-Rössler, A. (2005). Familie gestern, heute, morgen. In *Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen* (pp. 15–67). Bern: Hans Huber Verlag.
- Horne, J., Corr, S., & Earle, S. (2005). Becoming a Mother: Occupational Change in First Time Motherhood. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 176–183. <http://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686561>
- Kaplan, K. M. (1989). Assessing the impact of an internet-based parenting intervention for mothers with psychiatric disabilities: a randomized controlled trial. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53, 160. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kaplan, K., Solomon, P., Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Assessing an Internet-based parenting intervention for mothers with a serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 1–10. <http://doi.org/10.1037/prj0000080>
- Kenneth, R. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *American Academy of Pediatrics*, 1, 182–191. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-2953>
- Kielhofner, G. (2005a). Das Subsystem Habituation. In G. Kielhofner, U. Marotzki, & C. Mentrup (Eds.), *Model of Human Occupation (MOHO)* (pp. 88–114). Heidelberg: Springer Verlag.
- Kielhofner, G. (2005b). Einflüsse der Umwelt auf das Betätigungsverhalten. In G. Kielhofner, U. Marotzki, & C. Mentrup (Eds.), *Model of Human Occupation (MOHO)* (pp. 128–156). Heidelberg: Springer Verlag.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4th ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Kielhofner, G., Borell, L., Burke, J., Helfrich, C., & Nygard, L. (2005). Das Subsystem Volition. In G. Kielhofner, U. Marotzki, & C. Mentrup (Eds.), *Model of Human Occupation (MOHO)* (pp. 52–85). Heidelberg: Springer Verlag.
- Kielhofner, G., Marotzki, U., & Mentrup, C. (2005). *Model of Human Occupation (MOHO)*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Korte, H., & Schäfers, B. (1995). *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie. PhD Proposal* (3rd ed., Vol. 1). Wiesbaden: Springer Fachmedien. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Krupa, T., & Clark, C. C. (1995). Occupational therapists as case managers: responding to current approaches to community mental health service delivery. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(1), 16–22. <http://doi.org/10.1177/000841749506200104>
- Kuchenbecker, J., Schmitz, K., & Dick, H. B. (2000). Literaturrecherche online. *Ophthalmologe*, 97(12), 885–892. <http://doi.org/10.1007/s003470070015>
- Largo, R. H. (2007). Entwicklung des Bindungsverhaltens. In *Kinderjahre- Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung*. (pp. 129–155). München: Piper Verlag.

- Larson, E. a. (1999). Mothering: Letting Go of the Past and Valuing the Real. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 249–251.
- Laux, G. (2007). Affektive Störungen. In *Medizinische Therapie* (pp. 1497–1507). Berlin: Springer Verlag.
- Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Every Life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640–649.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*. Retrieved from <http://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Quantitative-Studies-German.pdf>
- Leclair, L. L. (2010). Re-examining concepts of occupation and occupation-based models: Occupational therapy and community development. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 15–21. <http://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.1.3>
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0) McMaster University*.
- Lovejoy, M., Graczyk, C., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561–592. [http://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](http://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Lundahl, B., Risser, H., & Lovejoy, M. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86–104. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.004>
- Luzernerpsychiatrie. (2015). *Homepage*. Retrieved 23. Januar 2016 from <https://www.lups.ch/erwachsenen-psychiatrie/gruppenangebote/stationaere-gruppen-klinik-luzern/>
- Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., French, S., & Montgomery, P. (2006). Keeping close : mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 20–28.
- Müller, X. (2013). Ist die Lebensqualität bzw . die Lebenszufriedenheit von Jugendlichen mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten eingeschränkt ? *Schweizerische Zeitschrift Für Heilpädagogik*, 10, 19–25.
- Murray, L., Woolgar, M., Martins, C., Christaki, A., Hipwell, A., & Cooper, P. (2006). Conversations around homework: links to parental mental health, family characteristics and child psychological functioning. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 125–149. <http://doi.org/10.1348/026151005X83568>
- Naudascher, B. (1977). *Die Gleichaltrigen als Erzieher. Fakten, Theorien, Konsequenzen zur Peer-Group-Forschung*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Nelson, D. L. (2006). Quantitative Design. In G. Kielhofner (Ed.), *Research in Occupational Therapy: Methods of Inquiry for Enhancing Practice Title*. Philadelphia: Davis Company.
- Nicholson, J., Albert, K., Gershenson, B., Williams, V., & Biebel, K. (2009). Family options for parents with mental illnesses: a developmental, mixed methods

- pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(2), 106–114.  
<http://doi.org/10.2975/33.2.2009.106.114>
- Nicholson, J., Albert, K., Gershenson, B., Williams, V., & Biebel, K. (2009b). Family options for parents with mental illnesses: a developmental, mixed methods pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(2), 106–114.  
<http://doi.org/10.2975/33.2.2009.106.114>
- Nicholson, J., D, P., Biebel, K., Hinden, B., Henry, A., & D, S. (2001). *Critical Issues for Parents with Mental Illness and their Families*. Center for Mental Health Services Research. Retrieved from  
[https://www.uwgb.edu/bhttp/tools/critical\\_issues.pdf](https://www.uwgb.edu/bhttp/tools/critical_issues.pdf)
- Nicholson, J., & Henry, A. (2003). Achieving the Goal of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation Practices for Mothers with Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(2), 122–130.  
<http://doi.org/10.2975/27.2003.122.130>
- Olson, L. (2006). When a Mother Is Depressed: Supporting Her Capacity to Participate in Co-Occupation with Her Baby-A Case Study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22, 135–152. <http://doi.org/10.1300/J004v22n03>
- Petermann, F., Maercker, A., Lutz, W., & Stangier, U. (2011). *Klinische Psychologie Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 138–146. <http://doi.org/10.5014/ajot.55.2.138>
- Primeau, L. (2000). Divisions of household work, routines, and child care occupations in families. *Occupational Science*, 7, 19–28.
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. (2016). *Homepage*. Retrieved 23. Januar 2016 from <http://www.pukzh.ch/unsere-angebote/medizinische-therapeutische-dienstleistungen/supported-employment/>
- Radtke, B. (2008). *Community Mental Health*. Bensheim. Retrieved from [http://www.cbm.org/article/downloads/54741/CBM\\_Community\\_Mental\\_Health\\_CMH\\_Policy.pdf](http://www.cbm.org/article/downloads/54741/CBM_Community_Mental_Health_CMH_Policy.pdf)
- Reisch, S., & Wolfender, U. (2011). *Eltern-Kind-Behandlung Bereich KJPD und Psychotherapie*. Retrieved from [http://www.stgag.ch/uploads/media/pdt\\_eltern\\_kind\\_110202.pdf](http://www.stgag.ch/uploads/media/pdt_eltern_kind_110202.pdf)
- Reisine, S. T., Goodenow, C., & Grady, K. E. (1987). The impact of rheumatoid arthritis on the homemaker. *Social Science & Medicine*, 25, 89–95.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2011). Programmes for parents with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 257–264.  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01660.x>
- Riley, A. W., Valdez, C. R., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I., & Rawal, P. (2008). Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical basis and program description. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(1-2), 12–29. <http://doi.org/10.1007/s10567-008-0030-3>
- Schaefer, C. (2012). Ergotherapeutische Modelle. In B. Dehnhardt & C. Schaefer

- (Eds.), *Ich werde Ergotherapeutin: Mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung* (pp. 73–86). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Segal, R., & Hinojosa, J. (2006). The Activity Setting of Homework: An Analysis of Three Cases and Implications for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 50–59. <http://doi.org/10.5014/ajot.60.1.50>
- Seifritz, E. (2014). Psychotherapeutische Station C0 für Frauen. Retrieved from <http://www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/angebote/stationaere-angebote/psychotherapeutische-station-fuer-frauen/>
- Sheeber, L. B., Seeley, J. R., Feil, E. G., Davis, B., Sorensen, E., Kosty, D. B., & Lewinsohn, P. M. (2012). Development and pilot evaluation of an Internet-facilitated cognitive-behavioral intervention for maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 739–49. <http://doi.org/10.1037/a0028820>
- Shekhar, S. (2007). *Community mental health services will lessen social exclusion, says WHO*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/>
- Sheppard, M. (2003). The Significance of Past Abuse to Current Intervention Strategies with Depressed Mothers in Child and Family Care. *British Journal of Social Work*, 33(6), 769–786. <http://doi.org/10.1093/bjsw/33.6.769>
- Skärsäter, I. (2006). Parents with first time major depression: Perceptions of social support for themselves and their children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 308–314. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747610191&partnerID=40&md5=fbbd47b54e5234989ea37b97a5f358d5>
- Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W. R., & Paavonen, E. J. (2009). Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 15–24. <http://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721796>
- Sottas, B. (1975). *Interprofessionelle Zusammenarbeit: Herausforderung für die Gesundheitsberufe*. Retrieved from [http://www.biomed-austria.at/fachartikel/Interprofessionelle Zusammenarbeit S.24-26.pdf](http://www.biomed-austria.at/fachartikel/Interprofessionelle_Zusammenarbeit_S.24-26.pdf)
- Strupeit, S., Buss, A., & Dassen, T. (2013). Patientenedukation bei älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 46(8), 748–755. <http://doi.org/10.1007/s00391-013-0505-9>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). *Making sense of Cronbach's alpha*. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. <http://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Trautmann-Villalba, P. (2015). Stationäre Mutter & Kind Angebote in der Schweiz. Retrieved from [http://marce-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2015/11/MKEs-Adressenliste-CH\\_-Okt-2014.pdf](http://marce-gesellschaft.de/wp-content/uploads/2015/11/MKEs-Adressenliste-CH_-Okt-2014.pdf)
- Turner, A. (2002). Occupation for therapy. In *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Principles, Skills and Practice* (5 th, pp. 25–46). Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Valdez, C. R., Mills, C. L., Barrueco, S., Leis, J., & Riley, A. W. (2011). A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. *Journal of Family Therapy*, 33(1), 3–19. <http://doi.org/DOI 10.1111/j.1467-6427.2010.00529.x>
- Valdez, C. R., Padilla, B., Moore, S. M., & Magaña, S. (2013). Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of the fortalezas familiares intervention for latino families facing maternal depression. *Family Process*, 52(3), 394–410. <http://doi.org/10.1111/famp.12033>
- Venkataraman, M., & Ackerson, B. J. (2008). Parenting Among Mothers With Bipolar Disorder: Strengths, Challenges, and Service Needs. *Journal of Family Social Work*, 11(4), 389–408. <http://doi.org/10.1080/10522150802441825>
- Watson, K. H., Dunbar, J. P., Thigpen, J., Reising, M. M., Hudson, K., McKee, L., ... Compas, B. E. (2014). Observed parental responsiveness/warmth and children's coping: cross-sectional and prospective relations in a family depression preventive intervention. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 278–86. <http://doi.org/10.1037/a0036672>
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102(5), 1298–1304. <http://doi.org/10.1542/peds.102.5.SE1.1298>
- Werner, W. (2003). *Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie: Psychiatrie im sozialen Kontext*. Stuttgart: Schattauer.
- Wilms, R. (2009). Ergotherapie in psychiatrischen Fachbereichen. In B. Kubny-Lüke (Ed.), *Ergotherapie im Fachbereich Psychiatrie* (p. 420). Georg Thieme Verlag.
- World Health Organization. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Handbuch der Neuro- und Biopsychologie. Genf: Hogrefe.
- World Health Organization. (2003). *Mental Health Financing*. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/resources/en/Financing.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/en/Financing.pdf)

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.	Darstellung des Model of Human Occupation (MOHO). ....	15
Abbildung 2.	Suchprozess der Verfasserinnen. ....	21
Abbildung 3.	Darstellung der Ergebnisse aus den Hauptstudien, eingordnet ins Model of Human Occupation (MOHO).....	48

Quellen der Bilder in Abbildung 1 und 3

*Frauenkopf*: [http://de.freepik.com/freie-ikonen/frau-silhouette-kopfseite\\_728264.htm](http://de.freepik.com/freie-ikonen/frau-silhouette-kopfseite_728264.htm), Heruntergeladen am 28.03.2016.

*Silhouette Familie*: [http://de.123rf.com/photo\\_24687954\\_silhouette-von-eltern-und-kindern.html](http://de.123rf.com/photo_24687954_silhouette-von-eltern-und-kindern.html), Heruntergeladen am 28.03.2016.

*Silhouette Geschäftsfrau*: <http://de.depositphotos.com/2068879/stock-illustration-silhouettes-of-businesswoman.html>, Heruntergeladen am 28.03.2016.

*Hausfrau Silhouette*: <http://www.gettyimages.de/detail/illustration/housewife-lizenfreie-illustration/455459913>, Heruntergeladen am 28.03.2016.

*Dorf Silhouette*: <http://www.canstockphoto.de/grau-landschaftsbild-mit-b%C3%A4ume-und-dorf-8590969.html>, Heruntergeladen am 28.03.2016.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Stichwörter / Schlagwörter für Literaturrecherche .....	22
Tabelle 2	Ein- / Ausschlusskriterien .....	24
Tabelle 3	Evidenzhierarchie .....	26
Tabelle 4	Überblick der inkludierten Hauptstudien.....	27
Tabelle 5	Übersicht der Interventionen aus den Hauptstudien .....	43

## Wortzahl

**Abstract: 196**

**Arbeit: 11'913**

## Glossar

**Affekt:** Unter Affekt werden psychophysische Zustände oder Befindlichkeiten verstanden, die unterschiedliche Dauer, Qualität und Bewusstseinsnähe haben. Ein Affekt kann ein rasch wechselndes bewusstes Gefühl sein oder eine lang dauernde bewusste oder unbewusste Stimmung mitsamt ihren mimischen, psychomotorischen, hormonalen und neurophysiologischen Komponenten. So kann man nie affektfrei sein. Irgendwie gestimmt ist man schliesslich immer. (Ciompi, 2003)

**Aktivitäten:** Aktivitäten sind kulturell geteilte Erwartungen zu einer bestimmten Tätigkeit, also allgemeine Sichtweisen. (Pierce, 2001).

**Betätigung:** Unter dem Begriff "Betätigung" wird laut dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten, DVE e.V. die Summe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens zusammengefasst, welche mit Bedeutung versehen sind. Die bedeutungsvollen Aktivitäten sind dadurch charakterisiert, dass sie zielgerichtet sind und vom Einzelnen als wertvoll empfunden werden. Dazu gehören Tätigkeiten im Bereich Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität. Betätigung gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen und ist Ausdruck unserer Persönlichkeit. (Dehnhardt & Schaefer, 2012)

**Bezugswissenschaft:** Laut Götsch (2007) ist dies ein Bereich der Wissenschaft, welcher für die Ergotherapie bedeutsame Erkenntnisse bereithält. Die Bezugswissenschaften sind Quellen von Kenntnissen und Denkmodellen. Das ausgewählte Wissen muss jedoch in die Systematik des ergotherapeutischen Denkens integriert werden. Konkret generiert die Ergotherapie Wissen sowohl aus dem naturwissenschaftlichen als auch aus dem sozialwissenschaftlichen Feld.

**Bias:** Der Bias neigt dazu, einen Effekt, den Verlauf einer Krankheit oder ein gesuchtes Ergebnis falsch einzuschätzen. Die Einschätzung eines Ergebnisses wird so unter- oder überbewertet. Daher gibt es eine Verzerrung. (Dos Santos Silva, 1999).

**Booleschen Operatoren:** Mit den Operatoren (AND [und]), OR [oder], NOT [nicht]) werden Beziehungen zu zwei Mengen hergestellt. AND wird genutzt um nach unspezifischen Begriffen in Kombination mit eingrenzendem Treffer zu su-

chen. Nur Depression führt zu einer Vielzahl von Treffern. „Depression AND mother“ grenzt die Anzahl Treffer ein. Bei Unklarheit einer Schreibweise eines Begriffs oder bei der Kombination eines deutschen und englischen Suchbegriffs wird OR verwendet. Zum Ausschluss von unerwünschten Treffern wird das Wort NOT in der Literatursuche verwendet (Kuchenbecker, Schmitz, & Dick, 2000).

**Clinician-facilitated Intervention:** Ist die Bezeichnung für die Intervention von Bearslee et al. (2007), bei welcher der Bezug von der Theorie aus dem Skript zu den persönlichen Erfahrungen der Patientinnen oder Patienten hergestellt wird.

**Community Mental Health Clinics:** Dies sind für die Allgemeinheit öffentliche Kliniken, welche für Personen mit psychischen Krankheiten zugänglich und bezahlbar sind (Radtke, 2008). Grundsätzlich werden diese Kliniken durch den Staat finanziert. Ansonsten werden die Institutionen zum Beispiel durch innovative Projekte mitfinanziert (World Health Organization, 2003). Die Aufgabe dieser Kliniken ist es, Personen mit einer psychischen Krankheit eine längere Zeit zu rehabilitieren, Anti Stigma Programme zu lancieren, den Patientinnen und Patienten angepasste evidenzbasierte Interventionen zu bieten, die Personen mit einer psychischen Krankheit erfolgreich in die Gesellschaft zu reintegrieren und so Partizipation zu ermöglichen (Shekhar, 2007).

**Cronbach's Alpha:** Cronbach's Alpha ist der meist verwendete Reliabilitätswert in der medizinischen Forschung. Alpha misst die interne Konsistenz eines Testes, also ob der Zusammenhang der verschiedenen Testitems gegeben ist und mit allen Items dasselbe Konzept oder Konstrukt erfasst oder bemessen werden. Diese Testqualität ist wichtig, um die Reliabilität der Ergebnisse einer Studie zu gewährleisten. Ein akzeptabler Wert von Cronbach's Alpha eines Testes ist von 0.70 bis 0.95. (Tavakol & Dennick, 2011)

**Edukation:** Edukation umfasst die Schulung, Beratung und Information zu einem bestimmten Thema (Strupeit, Buss, & Dassen, 2013).

**Empathisch:** Empathie bezeichnet die Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage einer anderen Person teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Das Gefühl bleibt aber trotz dieser Teilhabe der andern Person zugehörig. Dies ist der Unterschied zu der Gefühlsansteckung (Bischof-Köhler, 1989).



**Externalisierend:** Externalisierende Verhaltensstörungen bezeichnen hyperaktives, oppositionelles, aggressiv-dissoziales Verhalten. Diese Entwicklungsabweichungen können sich folgendermassen äussern: Übermässiges Streiten und Lügen, Gewalt gegenüber Menschen und Tieren, häufige und heftige Wutausbrüche, Beschädigung von Eigentum, stehlen, Schule schwänzen und von zu Hause weglaufen (Petermann, Maercker, Lutz, & Stangier, 2011; Müller, 2013).

**Family Talk Intervention (FTI):** Ist eine familienbasierte Intervention aus der Studie von Solantaus et al. (2009), bei welcher sieben Sitzungen abgehalten und die Kinder stark in die Behandlung einbezogen werden. Auf Deutsch entspricht der Name ungefähr "Familien Gesprächsintervention".

**Interaktion:** Interaktion beschreibt das wechselseitige Verhalten zwischen handelnden Personen. Es ist ein Prozess, der das Verhalten der Beteiligten formt (Abels, 2007). Der Begriff Interaktion ist der Kommunikation sehr ähnlich, fokussiert jedoch stärker die Beziehung der beteiligten Personen (Korte & Schäfers, 1995).

**Internalisierende:** Internalisierende Verhaltensstörungen zeigen sich durch Angststörungen oder Depressionen und richten sich im Gegensatz zu den externalisierenden Verhaltensstörungen auf die Person selbst (Petermann, Maercker, Lutz und Stangier, 2011).

**Interprofessionelle Zusammenarbeit:** Gilt als ein Schlüsselkonzept für das Gesundheitssystem. Trotz unterschiedlicher beruflicher Hintergründe und Qualifizierungswege, sind die unterschiedlichen Professionen gefordert, auch andere Sichtweisen zu berücksichtigen, voneinander zu lernen und gemeinsam praktikable Lösungen zu erarbeiten. Die Interaktion zwischen den Berufsgruppen ist also sehr wichtig. (Sottas, 1975)

**Keeping Families Strong- Intervention (KFS):** Ist ein zehnwöchiges familienzentriertes Programm aus der Studie von Valdez et al. (2011) und heisst auf Deutsch so viel wie "Intervention um die Familien stark zu machen".

**Kognitiv-verhaltenstherapeutischer Bezugsrahmen:** Dieser Ansatz zielt darauf ab, negative Gedanken zu erkennen, darüber nachzudenken wie diese unser Ver-

halten beeinflussen oder verhindern und schliesslich dem entgegenzusteuern, indem man die negativen Gedanken mit positiven ersetzt. Die Umsetzung erfolgt, indem man sich realistische Ziele setzt und diese Schritt für Schritt zu erreichen versucht. Zudem helfen Problemlösestrategien um Lösungen zu finden. Die Kommunikation gegenüber anderen soll gestärkt und der Stress reduziert werden. Der Ansatz befindet sich in der Gegenwart und ist auf die Zukunft gerichtet. So hilft die Therapeutin oder der Therapeut der Klientel einen Handlungsspielraum zu generieren, die Lebensqualität zu verbessern und das eigene Handeln bewusst wahrzunehmen und anzuerkennen. Das Lob und die Anerkennung sind zentral bei diesem Ansatz (Hagendorn, 2000).

**Lecture-Intervention:** So wird die zweite Intervention in der Studie von (Bearslee et al., 2007) benannt. "Lecture-Intervention" heisst auf Deutsch so viel wie "Skriptbasierte Intervention". Sie wird vergleichbar mit einer Vorlesung abgehandelt, ohne einen aktiven Link zu den persönlichen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu machen.

**Let's talk about Children Discussion-One (LT-1):** Intervention aus der Studie von Solantaus et al. (2009), bei welcher die Mütter mit Depressionen ohne Einbezug ihrer Kinder therapiert werden. Auf Deutsch heisst diese Intervention so viel wie "Lass uns über die Kinder diskutieren"-Intervention.

**Partizipation:** Nach ICF wird Partizipation als Teilhabe definiert. Damit ist das Einbezogen sein in eine Situation oder einen Lebensbereich gemeint (World Health Organization, 2005).

**Peer:** Peer bedeutet Gleichsein. Der Begriff kann in Zusammenhang mit dem Alter, dem Rang oder dem Status gebraucht werden. (Naudascher, 1977).

**Protecting Families Program (PFP):** Familienbasiertes Präventionsprogramm für depressive Mütter und ihre Schulkinder, welche in städtischem Umfeld und mit tiefem Einkommen leben. Auf Deutsch übersetzt heisst das Programm aus der Studie von Boyd et al. (2006): "Programm, um die Familien zu schützen".

**Psychiatrisches Setting:** Unter psychiatrischem Setting werden die Behandlungen psychisch kranker Menschen im stationären, teilstationären und ambulanten

Bereich verstanden. Sie unterscheiden sich im zeitlichen Rahmen und im Ort des Aufenthaltes. Auch die Begegnung unter den Personen, die an der Therapie teilnehmen ist anders. (Werner, 2003)

**Psychoedukation:** Laut Bäuml & Pitschel-Walz (2003) stellt die Psychoedukation eine systematische didaktisch-psychotherapeutische Intervention dar, die dazu geeignet ist, Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Therapie zu informieren. Weitere wichtige Punkte sind das Fördern des Krankheitsverständnisses und der selbstverantwortliche Umgang mit der Krankheit. Zudem sollen die Patientinnen und Patienten bei der Krankheitsbewältigung unterstützt werden. (Bäuml & Pitschel-Walz, 2003).

**Schulalter:** Auf Duden online (n.d.) wird der Begriff "Schulalter" folgendermassen definiert: "Altersstufe etwa vom sechsten Lebensjahr bis zur Pubertät". Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich nach den Richtlinien der schweizerischen Eidgenossenschaft: In allen Kantonen setzt sich die obligatorische Schulzeit aus der Primarstufe und der Sekundarstufe I zusammen. In einigen Kantonen ist zudem der Besuch des Kindergartens während einem oder zwei Jahren obligatorisch (ch.ch, n.d.). Das am häufigsten anzutreffende Kindergarteneintrittsalter beträgt laut Eidgenössischem Departement des Innern & Bundesamt für Statistik (2012) in der Deutschschweiz fünf Jahre. Die obligatorische Schulzeit endet ungefähr im 16. Lebensjahr mit dem Abschluss der Sekundarstufe I.

**Selbstwirksamkeit:** Kubny-Lüke (2009, S.420) definiert Selbstwirksamkeit folgendermassen: "Mit Selbstwirksamkeit wird die Überzeugung bezeichnet, in einer bestimmten Situation eigenständig angemessene Leistung oder Verhaltensweisen erbringen zu können."

**Supported Employment:** Das Modell wurde in den USA entwickelt. Die Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung werden, mit Unterstützung einer Job Coachin / eines Job Coachs, direkt in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt. Die Funktion des Job Coachs besteht darin, eine neue Stelle zu finden und die Klientin oder den Klienten darin zu unterstützen, die Stelle zu behalten. Der Job Coach ist auch Ansprechperson für Arbeitgebende und steht jederzeit unterstützend zur Seite. (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, 2016)

## Danksagung

Ein grosses Dankeschön geht an die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich für die gute Zusammenarbeit. Im Weiteren möchten wir uns bei Frau Roos für die Begleitung während des ganzen Bachelorarbeitsprozesses, die wertvollen Inputs und für die Beantwortung unserer Fragen bedanken.

Für das fachliche Korrekturlesen bedanken wir uns bei Andrea Hubschmid ganz herzlich. Unseren Familien danken wir für die motivierende Unterstützung, sowie das aufwändige Korrekturlesen.

Viele wertvolle Feedbacks und aufmunternde Worte bekamen wir von unseren Freundinnen und Mitstudentinnen. – Herzlichen Dank dafür.

## Eigenständigkeitserklärung

«Wir, Jasmin Töngi und Rebekka Abächerli erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

27. April 2016

Jasmin Töngi

Rebekka Abächerli

---

---

## Anhang

### Anhang 1: ausführliche Keywordtabelle

	Stichwörter	Keywords	Synonyme Unter- und Oberbegriffe	CINAHL (CINAHL Headings)	PsycINFO (Subject Heading)	Schlagwörter Social Services	PubMed (MeSH Terms)	Medline (Subject Heading)
<b>Phänomen</b>	Depression	depression	mental illness, affective illness, mood disorder	depression, depression postpartum, depression reactive	depression, deprivation, major depression	depression, mental illness	Depression, depressive disorder, major depression, depression postpartum	depression, depression postpartum
<b>Intervention</b>	Ergotherapie	occupational therapy	intervention, treatment, support, therapy, cognitive behavioral therapy, behavioral family intervention, family therapy, skills, guideline	intervention trials, intervention scheme, occupational therapy, occupational therapy practice evidence-based, occupational therapy service, home occupational therapy	occupational therapists, occupational therapy, occupations, family intervention, group intervention, treatment, parent training	occupational therapy, intervention, outcomes, treatment methods, couple therapy, family therapy, group therapy, therapy, therapeutic, parent training	occupational therapy, rehabilitation, therapeutics, therapy, psychotherapy	therapeutics, occupational therapy, intervention studies, rehabilitation

	Betätigung	occupation	meaningful activities	occupation	parental occupation		occupations	occupations
<b>Population</b>	Mutter	mother	maternal, parents, parental, woman, female	surrogate mother, mothers, parents disabled, parents, mother of pupil, mother of schoolchild	mother, mother child relation, mother child communication, fathers, family members	mothers, fathers, surrogate parents, parents, maternal, maternity	mothers, female, parents	mothers, parents
	Schulkind	schoolchild	schoolage, pupil, student, school children, schoolchildren	child	child			child
<b>Outcome</b>	Mutterrolle	maternal role	mothering role, parental role, role of a mother, occupation of mothering, mother-child-activities, mothering tasks, mothering activities, parenting tasks, mothering, parenting, parenting skills, mothering skills	maternal role, parental role, maternal behaviour, expectant mother	maternal investment, parental investment, parent child relations	female roles, male roles, men roles, occupational roles, roles, women roles	maternal behaviour, mother-child relations, parenting	maternal behaviour, mother child relations, parent-child relation

	Kinderbetreuung	Child-care	child-care activities, caregiving, child-rearing, home care, daily life, infant-care, mother-child relation, mother-infant relation, parent-child relation, parent-infant relation, mother-infant activities, parent-child activities, parent-infant activities, manage, play, household	child day care, child care provider, child care, day care, activity of daily living, mother child relations	child self care, child day care, caregivers		child rearing infant care, child care	child rearing, parenting, child care, infant care
--	-----------------	------------	--	---	---	--	---------------------------------------	---



## Anhang 2: Suchmatrix

### Anhang 2.1: Suchmatrix CINAHL

Keywords/ Schlagwörter	Gefundene Treffer	gelesene Abs- tracts	Mögliche Hauptstudien	Bemerkung	Datum der Recherche
mother	55'593	0	0	Zu viele Treffer	07.01.16
mother AND depression	5'017	0	0	Zu viele Treffer	07.01.16
Mother AND depression AND oc- cupational therapy	6	2	0	Sandra Dunbar ist Autorin interes- santer Studien	07.01.16
Maternal AND depression AND occupational therapy	2	0	0	Nur postnatale Studien	07.01.16
Mother AND depression AND in- tervention trials	69	1	0	Viele postnatale Studien	07.01.16
Mother AND depression AND chil- dren AND occupation	10	0	0	Keine relevante Ergebnisse, aus- weiten	07.01.16
parents AND depression AND therapy AND activity of daily living	7	0	0	Wenig relevante Treffer in Bezug auf Depressionen	07.01.16
mothers AND mental illness AND occupational therapy	5	1	0		07.01.16
parents AND mental illness AND occupational therapy	10	2	0	Ergebnisse beziehen sich nicht auf Ergotherapie	07.01.16
mother AND family therapy AND depression	33	2	(C R Valdez et al., 2011)	Hauptstudie gefunden 😊	07.01.16 08.01.16
Mother AND depression AND cog- nitive behavioral therapy	39	2	0		08.01.16

**Anhang 2.2: Suchmatrix Medline**

<b>Keywords/ Schlagwörter</b>	<b>Gefundene Treffer</b>	<b>gelesene Abs- tracts</b>	<b>Mögliche Hauptstudien</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>Datum der Recherche</b>
Mother AND depression AND family therapy	41	0	0		08.01.16
Cognitive behavioral therapy AND depression AND parents	52	1	0	Sehr viele Studien zu Therapie bei Kindern	08.01.16
Family therapy AND depression AND parents	140	6	5	Durch Schneeballprinzip all diese Studien gefunden (Quellen weiterverfolgt) (Compas, Forehand, et al., 2011), (Compas, Champion, Forehand, Cole, Hardcastle, et al., 2010), (Forehand et al., 2012), (Foster et al., 2008), (Ewell Foster et al., 2008)	08.01.16
Depression AND Parents AND occupational therapy	10	0	0	Viele postnatale Studien	08.01.16
Depression AND parents AND therapy NOT post* NOT toddler NOT adolescent	254	0	0		08.01.16
Depression AND parents AND therapy NOT post* NOT toddler NOT adolescent NOT preschool NOT homeless	187	2	(Bailie, Kuyken, & Sonnenberg, 2011)		08.01.16

**Anhang 2.3: Suchmatrix OTbase**

<b>Keywords/ Schlagwörter</b>	<b>Gefundene Treffer</b>	<b>gelesene Abs- tracts</b>	<b>Mögliche Hauptstudien</b>	<b>Bemerkung</b>	<b>Datum der Recherche</b>
Depression	100	0	0	Zu unspezifisch	08.01.15
Mother	93	6	0	Behinderte Kinder, Mutterschaft als Transition, körperlich kranke Mütter	08.01.15
Motherhood	11	2	0		08.01.15
Mother AND depression	2	2	0	Kinder mit CP und Kleinkinder	08.01.15
Depression and mother OR moth- erhood OR mothering	2	0	0	Die selben wie oben	08.01.15
Depression AND mother OR motherhood OR mothering AND schoolage OR school-child	0	0	0	Zu stark eingeschränkt	08.01.15
Mental illness AND mother AND schoolage OR school-child	0	0	0	Daher Abgleich mit guten OTsee- ker Keywords	08.01.15
Parenting AND depression	2	0	0	Unpassende Titel	08.01.15
Parenting AND "mental illness"	5	2	0	Kinder mit psychischen Krankhei- ten und Kleinkinder	08.01.15

Anhang 2.4: Suchmatrix OTseeker

Keywords/ Schlagwörter	Gefundene Treffer	gelesene Abs- tracts	Mögliche Hauptstudien	Bemerkung	Datum der Recherche
Mothering OR maternal OR "role of mother"	18	4	1 (Review)	(Barlow & Coren, 2004)	07.01.15
Depression AND mother	0	0	0		07.01.15
"mental illness"	100	0	0		07.01.15
"mental illness" AND mother	0	0	0		07.01.15
"mental illness" AND parents	0	0	0		07.01.15
"mental illness" AND parenting	1	1	0	Dissertation (K. M. Kaplan, 1989)	08.01.15
Quellenverzeichnis der Dissertat- tion	131	10	2	Hauptstudie ☺ (K. Kaplan et al., 2014) und (Nicholson, Albert, Gershenson, Williams, & Biebel, 2009a)	08.01.15
Parents OR parenting	155	0	0	Zu viele Treffer	08.01.15
Mothering OR maternal OR "role of mother" AND depression	18	0	0	Selbe Ergebnisse wie bei Suche ohne Depression	08.01.15
Parenting AND depression	2	1	0	0	08.01.15
Depression AND child-care	35	2	0	Kinder mit Krankheiten	08.01.15
"Occupational therapy" AND mother	0	0	0	0	08.01.15
"occupational therapy" AND par- ents OR parenting	77	0	0	Parenting bei kranken Kindern	08.01.15
"occupational therapy" AND par- enting OR parents AND depres- sion	0	0	0	0	08.01.15

Anhang 2.5: Suchmatrix PsycInfo

Keywords, Schlagwörter	Gefundene Treffer	gelesene Abstracts	Mögliche Hauptstudien	Bemerkungen	Datum der Recherche
Depression	469951	0	0	Zu viele Ergebnisse	08.01.15
Motherhood	17591	0	0		08.01.15
Motherhood AND depression	5281	0	0		08.01.15
parenting	88236	0	0	Öffnet Suche noch mehr als motherhood	08.01.15
Motherhood AND depression AND "occupational therapy"	1	1	0	Dissertation (K. M. Kaplan, 1989)	08.01.15
Quellenverzeichnis der Dissertation	131	10	2	"(K. Kaplan et al., 2014) und (Nicholson et al., 2009a)	08.01.15
Parents OR parenting	155	0	0	Zu viele Treffer	08.01.15
Mothering OR maternal OR "role of mother" AND depression	18	0	0	Selbe Ergebnisse wie bei Suche ohne Depression	08.01.15
"occupational therapy" AND parents OR parenting	77	0	0	Parenting bei kranken Kindern	08.01.15
"occupational therapy" AND parenting OR parents AND depression	0	0	0	Mit occupational therapy findet man nichts	08.01.15
Motherhood OR parenting AND depression AND intervention OR treatment OR therapy OR support	29824	0	0	Zu viele-> relevanteste Begriffe nehmen	01.02.16
Motherhood AND depression AND intervention limit <age 6 to 12 yrs>	107	0	0	Studien zu Teenagermüttern, keine Depression	01.02.16
Motherhood AND depression AND therapy	2031	0	0	Perinatal depression	01.02.16
Motherhood AND depression AND therapy NOT perinatal	1471	0	0	Mütter stehen im Zentrum, nicht die Mutterrolle	01.02.16
Mothering AND depression AND therapy	1526	0	0	Um Ergebnisse einzuschränken von Multifield Search zu Advanced Search wechseln	01.02.16
Mothering AND depression AND therapy.mp	19	3	0	Postnatal Studien von 1990 und älter Nur im Abstract suchen	01.02.16
Parenting AND depression AND	398	6	0	Buchkapitel: "Interventions for	01.02.16

therapy				families when a parent has depression" (Gladstone, Beardslee, & Diehl, 2015)	
Quellenangaben aus Buchkapitel (Gladstone et al., 2015)	40	1	1	Hauptstudie ☺ (Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper, 2003)	01.02.16
Parenting SKills OR Parenting AND Major Depression OR Endogenous Depression OR Long-term Depression	2694	0	0	0	01.02.16
Treatment	642315	0	0	0	01.02.16
Parenting Skills OR Parenting AND Treatment AND Major Depression	293	0	0	Oft postpartale Depression-> Einschränkung auf Schulalter	01.02.16
limit (Parenting Skills OR Parenting AND Treatment AND Major Depression) to school age <age 6 to 12 yrs> or 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>)	95	10	1	(Compas, Champion, Forehand, Cole, Hardcastle, et al., 2010) Jugendliche mit psychischen Krankheiten oder gemessener Outcome der Studien war nicht parenting sondern die mütterliche Depression	01.02.16
depression AND ("mothering task" OR "mothering role") AND therapy).	1	0	0		01.02.16
(Depression AND ("parenting task" OR "parental role" OR "parenting skills") AND (therapy or treatment)).	160	0	0	Zu viele Treffer	01.02.16
Limit (Depression AND ("parenting task" OR "parental role" OR "parenting skills") AND (therapy or treatment)) to school age <age 6 to 12 yrs	45	1	0	Depression nicht im Zentrum	01.02.16
Major Depression/ AND parenting AND support) NOT perinatal NOT postpartal	349	0	0	Zu viele Treffer	01.02.16
Major Depression/ AND parenting	270	1	0	Zu viele Treffer	01.02.16

Rebekka Abächerli und Jasmin Töngi

AND support) NOT perinatal NOT postpartum					
Limit (Major Depression/ AND parenting AND support) NOT perinatal NOT postpartum) to school age <age 6 to 12 yrs	69	3	2	(Carmen R. Valdez, Padilla, Moore, & Magaña, 2013), (Skärsäter, 2006) Bereits gesichtete Studien -> zu wenig auf Therapie fokussiert	03.02.16
Limit ("affective illness" AND parenting AND therapy OR intervention OR support) to school age	30	0	0	-> mehr auf parenting skills eingehen	03.02.16
Occupational therapy/ AND (childrearing practice OR parenting OR parenting skills OR parent training OR parental role OR parent child relation)	29	0	0	0	03.02.16
(childrearing practice OR parenting OR parenting skills OR parent training OR parental role OR parent child relation) AND treatment/ OR intervention/ AND "affective illness" OR depression	266	0	0	0	03.02.16
Limit (childrearing practice OR parenting OR parenting skills OR parent training OR parental role OR parent child relation) AND treatment/ OR intervention/ AND "affective illness" OR depression to school age	75	3	1	Hauptstudie ☺ (Solantaus et al., 2009) -> andere Studien bereits gesichtet	03.02.16
Limit (mother child communication/ OR mother child relations/ AND major Depression AND treatment OR intervention) to school age or adolescence age	13	2	0	Keine Depression oder postpartale Depression	03.02.16

Anhang 2.6: Suchmatrix PubMed

Keywords/ Schlagwörter	Gefundene Treffer	gelesene Ab- stracts	Mögliche Hauptstudien	Bemerkungen	Datum der Recherche
Depression	341710	0	0	0	05.02.16
"mental illness"	21039	0	0	0	05.02.16
Motherhood	3676	0	0	0	05.02.16
Motherhood AND depression	321	0	0	0	05.02.16
parenting	18673	0	0	0	05.02.16
"occupational therapy"	19920	0	0	0	05.02.16
"occupational therapy" AND par- enting AND depression OR "men- tal illness" OR "affective illness"	7	2	0	Kinder mit Krankheiten	05.02.16
"occupational therapy" AND (mothering OR maternal) AND (depression OR "mental illness" OR "affective illness")	18	0	0	-> öffnen	05.02.16
(Treatment OR therapy OR inter- vention OR support) AND parent- ing AND depression	1'078	0	0	Einschränken	05.02.16
Treatment OR therapy OR inter- vention OR support AND "parent- ing skills" OR "parenting tasks" AND depression OR "affective illness", Erscheinungsdatum: ab 2000, Alter: Kinder	57	5	2-> bereits gesi- chtete mögl. Hauptstudien	(Compas, Champion, Forehand, Cole, Reeslund, et al., 2010), (Focht-Birkerts & Beardslee, 2000)	05.02.16
"Parents" AND "Parent-Child Re- lations" AND depression AND treatment NOT postpartum NOT perinatal	323	10	2	(Cuijpers, Weitz, Karyotaki, Garber, & Andersson, 2014)-> Review (Chaffin & Bard, 2011)-> 2x (Montgomery, Tompkins, Forchuk, French, & Montgomery, 2006) Häufig Artikel und keine Studien	05.02.16
Depression AND Parent Child Relations OR Parent Training OR Parents AND Treatment Er- scheinungsdatum: 2000-2016	74	4	2	(Focht-Birkerts & Beardslee, 2000), (Sheppard, 2003)	05.02.16



Anhang 2.7: Suchmatrix Social Services Abstract

Keywords/ Schlagwörter	Gefundene Treffer	Gelesene Abstracts	Mögliche Hauptstudien	Bemerkungen	Datum
Depression	7'716	0	0	0	03.02.16
Motherhood	739	0	0	-> scheint nicht viele Studien zur Thematik zu geben	03.02.16
parenting	4530	0	0	Viel mehr Ergebnisse als motherhood	03.02.16
(Treatment OR therapy OR intervention OR support) AND parenting AND depression OR "affective illness" -> eingeschränkt: "älter als 2000 und Journalartikel	139	3	2	Hauptstudie ☺  (Boyd et al., 2006), (Watson et al., 2014)	05.02.16
Treatment AND (parenting skills OR parental role OR parenting task) AND depression OR "affective illness"	49	4	2	(Nicholson, Albert, Gershenson, Williams, & Biebel, 2009b), (Chaffin & Bard, 2011) -> Ehepartner mit Depression, zu alte Studien	05.02.016
(Depression OR "mental illness" OR "mood disorder" OR "affective illness") AND (parent* OR mother*) AND (treatment OR support OR therapy OR intervention) Erscheinungsdatum: 2000-2016, Dokumenttyp: Journal Article, classification: therapeutic interventions	74	0	0	Kinder mit Depressionen oder Fokus nicht Intervention	05.02.16
Depression AND Parent Child Relations OR Parent Training OR Parents AND Treatment Erscheinungsdatum: 2000-2016	74	4	2	(Focht-Birkerts & Beardslee, 2000), (Sheppard, 2003)	05.02.16

## Anhang 3: Studienbewertung

### Anhang 3.1: Studie 1

#### Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

**McMaster University**

<p><b>CITATION</b></p>	<p>Beardslee W.R., Wright E.J., Gladstone T.R.G., Forbes P. (2007). Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression, <i>Journal of Family Psychology</i>, 21, 703-713</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy or your research question?</p> <p>Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob die positiven Veränderungen aus vorgängigen Studien zu der Intervention auch als Langzeiteffekt nachweisbar sind.</p> <p>Hypothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einschätzung der Eltern zu den Veränderungen in der Familienkommunikation und -verständnis nimmt im Verlauf der Zeit nach der Intervention zu und ist grösser in der Clinician-facilitated intervention</li> <li>• Die Verbesserungen des Verständnisses der Kinder im Bezug auf die Krankheit ihrer Eltern nimmt ebenfalls zu und ist in der Clinician-facilitated intervention Gruppe grösser</li> <li>• Die elterlichen Veränderungen in der Kommunikation, dem Funktionieren und dem Verständnis fördert das Verständnis der Kinder</li> </ul> <p>Ausserdem entstanden folgende Hypothesen auf Basis der vorhergehenden Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Jugendlichen würden eine Verringerung der internalisierenden Symptome zeigen</li> <li>• Die Familien streben die Behandlung ihrer Kinder häufiger an, als Familien ohne Interventionen</li> <li>• Das Familienfunktionieren wird durch die Behandlung gestärkt und ist nachhaltig</li> </ul>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature re-</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Die Studie begründet ihre Notwendigkeit mit dem Vorteil von familienzentrierter Therapie im Hinblick auf die Behandlung von Jugendlichen mit Depressionen. Denn familiäre Risikofaktoren können Depression bei</p>

<p>viewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Jugendlichen begünstigen. Zudem ist bekannt, dass elterliche Depressionen einen grossen Effekt auf das Familienleben haben können, weshalb der familienzentrierte Ansatz geeignet ist. Bisherige Studien zu Interventionen und Prävention konzentrieren sich laut dieser Studie bisher auf individuelle Gruppenmethoden.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Es handelt sich um eine randomisierte kontrollierte Studie, welche zwei standartisierte Therapien, welche auf Manuale basieren, sowie deren Wirksamkeit vergleichen. Die RCT ist geeignet, da Grundlagenforschung zum Phänomen sowie eine Pilotstudie zum Kurzeffekt der Intervention bereits durchgeführt wurde. Durch die RCT mit gesteigerter Stichprobengrösse kann nun eine stärkere Aussage zur Wirkung der Intervention gemacht werden und durch die Fortführung über einen längeren Zeitraum können Langzeiteffekte untersucht werden.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Die Wahl und Anwendung des Studiendesigns ist geeignet und es sind keine Bias zu erwarten. Einzige Limitation ist das Fehlen einer Kontrollgruppe, welche keine Behandlung erhalten hat um den Einfluss der natürlichen Entwicklung der Kinder zu kontrollieren.</p>
<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N =</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 105 Familien (21 vom Pilot-Sample)</li> <li>- Stichprobe aus einer grossen HMO (Health Maintenance Organisation-&gt; Zusammenschluss von Klienten und Leistungserbringern im Gesundheitswesen), überwiesen von Leistungserbringern allgemein, durch Zeitungsanzeigen und andere Quellen</li> <li>- Randomisierung der Familien aus der Pilotstudie zu einem Verhältnis von 2/3: 1/3 ("Clinician-facilitated intervention": "Lecture intervention") und übrige Familien mit ausgeglichener Block Randomisierung (4er Blöcke)-&gt;geschichtet durch Familientyp (Alleinerziehende oder mit Partner)</li> <li>- Die Stichproben-Grösse wurde nicht im Vorherein bestimmt</li> <li>- Eltern mit einer Episode von psychischer Erkrankung in den letzten 18 Monaten</li> <li>- 17- 20%% Alleinerziehend</li> <li>- 65% mit Depression</li> <li>- Kinder im Alter von 8-15 Jahren</li> <li>- Ausschlusskriterium: Substanzabhängigkeit, Schizophrenie, gegenwärtige schwere Krisen oder andere kritische Lebensereignisse wie Spitalaufenthalt, gegenwärtige Paar- oder Familientherapie (mehr als 2x monatlich), Kinder mit einer schweren Depression</li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Alle Teilnehmer wurden schriftlich informiert und stimmten der Therapie</p>

	zu. Die Kinder stimmten schriftlich und mit dem Menschenrecht übereinstimmend zu.	
<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):	
	Sechs Erhebungszeitpunkte, zu Beginn der Intervention, direkt nach der Intervention und anschliessend viermal alle 9 bis 12 Monate	
	<p><b>Outcome areas:</b></p> <p>1. Elterliches Verhalten</p> <p>2. Internale Symptome bei Kindern</p> <p>3. Einfluss der Intervention aus Sicht der Eltern</p> <p>4. Einfluss der Intervention aus Sicht der Kinder</p> <p>5. Familienfunktionieren</p> <p>6. Kontakte zu anderen Gesundheitsprofessionen</p> <p>zusätzliche Variablen:</p> <p>-&gt; zusätzlich noch eine Variable eingefügt für Kinder jünger/ älter als 14 jährig um den Einfluss der natürlichen Entwicklung der Kinder auf die Ergebnisse zu erfassen</p> <p>-&gt; Variable um Unterschied zwischen Familien mit vollständiger Assessmentanzahl und Familien mit zwei oder mehr fehlenden Assessments abzuschätzen</p>	<p><b>List measures used.:</b></p> <p>1. GAS (Global Assessment Scale)</p> <p>2. Youth Self-Report (YSR) and Young Adult Self-Report (YASR) -&gt; Cronbach's alpha: 0.84, 0.80</p> <p>3. Semistrukturiertes Interview mit allen Eltern hinsichtlich Elternrolle, Familienkommunikation und -verständnis. -&gt; Cronbach's alpha: 0.78</p> <p>4. Semistrukturiertes Interview mit den Kindern -&gt; Cronbach's alpha: 0.84</p> <p>5. Family Relationship Inventory (FRI): 27 items um Veränderung im Familienfunktionieren festzustellen -&gt; Cronbach's Alpha: 0.83</p> <p>6. Semistrukturiertes Interview um den Einfluss von anderen Therapien auf die Ergebnisse einzuschätzen.</p>

<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansatz: Risikofaktoren wie z.B. schlechtes Familien Funktionieren vermindern und fördern von positiven Faktoren wie sozialer Unterstützung, Verständnis etc.</li> <li>- Erstellt für eine breite Bandbreite von verschiedenen Disziplinen welche Kinder, Erwachsene und Familien behandeln im gesellschaftlichen Setting („primary care clinics“ etc.)</li> <li>- Fokus beider Therapien auf: fehlende Kommunikation, Missverständnisse, Schuldgefühle, unterstützendes Umfeld bilden, Aktivitäten im Freien für die Kinder und verbessertes Familienverständnis</li> <li>- kognitiver Bezugsrahmen wurde genutzt</li> <li>- Kontakt zu Ärzten um die Koordination der Therapien zu gewährleisten</li> <li>- Telefonische Erreichbarkeit oder zusätzliche Lektionen wurden offeriert</li> <li>- Manuals wurden abgegeben</li> <li>- "Clinician- facilitated intervention": sieben Sitzungsperioden, separate Treffen mit Eltern und Kindern sowie Familienmeetings             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Durchgeführt von Sozialarbeitern oder klinischen Psychologen, welche sehr gut dafür vorbereitet und trainiert wurden</li> <li>o Supervision war während des Projektes gegeben</li> <li>o Die Assessments wurden nicht durch die Projektleiter gemacht</li> <li>o Gute Kongruenz: 37 Sessions von vier verschiedenen Ärzten wurden durch drei Assessments auf ihren Inhalt geprüft und es wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt. -&gt; Assessment durch aussenstehende Ärzte</li> </ul> </li> <li>- "Lecture-Intervention":             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Zwei Treffen in Gruppen ohne Kinder</li> <li>o Gruppen wurden anhand der Anmeldungen gebildet und bestanden durchschnittlich aus drei Familien</li> <li>o Gleiches psychoedukatives Material wie bei erster Intervention aber ohne aktiven Link zu den persönlichen Erfahrungen der Patienten</li> <li>o Jede Lektion wurde vom Hauptautor durchgeführt</li> <li>o Gute Kongruenz: zehn Interventionen wurden anhand der Videoaufzeichnung und eines Assessments auf ihren Inhalt geprüft und es wurde eine Übereinstimmung von 95% mit dem Skript nachgewiesen</li> </ul> </li> </ul> <p>Bias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde eine kleine Entschädigung ausgezahlt</li> <li>- Co- Interventionen wie Medikation, psychiatrischer Service, religiöse Praktiken wurden nicht ausgeschlossen aber immerhin bei jedem Patienten erfasst</li> </ul>
<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Stichprobengrößen-Kalkulation: Die zum Effekt passende Stichprobengröße wurde nicht bestimmt-&gt; müsste aus Erfahrungs-</li> </ul>

<p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>daten aus der Stichprobe stammen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chi-Quadrat-Test</li> <li>- Einflüsse berücksichtigt: Y= Elternergebnisse, X= Geschlecht, Betroffenenstatus, GAS score, Kompletisierungsstatus der Assessments Y = Kinderergebnisse, X = Geschlecht, Entwicklungsniveau, Kompletisierungsstatus der Assessments</li> <li>- Prä- und Postvergleich: FRI and internale Symptome: zwei lineare Regressionsmodelle: 1. Unterschied Ergebnisse zwischen Interventionsgruppen (postintervention), 2. Veränderung Prä- und Postinterventionlevel im Durchschnitt</li> <li>- Nur Postvergleich: Verständnis der Kinder, Elternverhalten, Eltern-einstellung: Vergleich Mittelwert Ergebnisse zwischen Gruppen, alle Assessments kombiniert</li> <li>- P-Wert Signifikanz unter 0.05 und Effect Size ebenfalls bestimmt</li> <li>- 2.7 mehr Veränderung im Kindesverhalten und -einstellung in der "Clinician-facilitated intervention" Gruppe             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Der Wert der Veränderung vergrösserte sich im Verlauf der Messungen</li> <li>o Der kranke Elternteil verzeichnete mehr Veränderung als der gesunde</li> <li>o Weder Geschlecht, noch Kompletitionsstatus beeinflusste das Ergebnis</li> </ul> </li> <li>- Verständnis für elterliche Depression bei Kindern             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Korrelationstest nach Spearman ist gut gewählt. Es wurde jedoch keine Effektgrösse beschrieben</li> <li>o War 0.7 Punkte höher bei "clinician-facilitated intervention" Gruppe</li> <li>o mit Berücksichtigung Entwicklungsstadium war Ergebnis nicht signifikant</li> </ul> </li> <li>- Zusammenhang elterliche Veränderung und Verständnis der Kinder             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Veränderungen der Eltern vom Prä- zum Posterhebung beeinflusste das Verständnis des Kindes signifikant</li> <li>o Effektgrösse wurde nicht bestimmt</li> </ul> </li> <li>- Internale Symptome bei den Kindern:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o signifikante Veränderung von Prä- zu Posterhebung aber nicht signifikanter Unterschied zwischen den Interventionsgruppen</li> </ul> </li> <li>- Familienfunktionieren:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o FRI Werte zeigten bei den Eltern eine signifikante Verbesserung, jedoch kein Unterschied zwischen den Gruppen</li> <li>o FRI Werte bei den Kindern zeigten ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen Prä- und Posterhebung, bei beiden Interventionen gleich Chi-Quadrat-Test, p-Wert und Effektgrösse bestimmt</li> </ul> </li> <li>- Erkennung und Behandlung von Depression bei Kindern             <ul style="list-style-type: none"> <li>o War signifikant höher bei Post-Erhebung als bei der Ersterhebung Chi-Quadrat-Test</li> </ul> </li> </ul>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Hypothesen wurde bestätigt. Positive Veränderungen im Familienfunktionieren und bei den elterlichen Verhaltensweisen und Einstellung wurden bewiesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eltern in der "Clinician-facilitated intervention" Gruppe bestätigten die Veränderungen bei krankheitsbedingten Verhaltensweisen um</li> </ul>

	<p>Einstellungen, welche grösser waren als in der "Lecture intervention" Gruppe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Verständnis der Kinder hat sich vergrössert über die Zeit und war in der "Clinician-facilitated" Gruppe grösser. Es korreliert mit den Verbesserungen der Eltern mehr, als mit der eigentlichen Teilhabe an der Gruppe</li> <li>- die internalisierenden Symptome wurden in beiden Interventionsgruppen bei den Kindern vermindert</li> <li>- Die Anzahl an diagnostizierten und behandelten Kindern bei der Post-Erhebung war deutlich höher als bei der Ersterhebung</li> <li>- Es wurde nur bei einigen Assessments Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden</li> </ul> <p>Trotz eher niedriger Effektgrösse von 0.33 und 0.32 beim Verständnis der Kinder und den verinnerlichten Symptomen der Kinder wurde diese als ein wichtiges Ergebnis gewertet.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Ausscheiden von acht Familien aus der Studie, der Grund wurde nicht angegeben, jedoch betont, dass diese sich von den anderen 97 Familien bezüglich Funktion und sozioökonomischem Status nicht unterscheiden</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In Zukunft wird noch geforscht, welche Interventionsstrategien für welche Familien am geeignetsten sind.</li> <li>- Elemente des Interventionsansatzes, welche zum positiven Ergebnis beigetragen haben könnten und für die Praxis nutzbar wären:</li> <li>- Der Ansatz von familienzentrierter präventiver Therapie mit Psychoedukation soll als Teil in die Behandlung von Eltern mit Depressionen einfließen</li> <li>- Empfehlungen für die Praxis und die weitere Forschung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o die ganze Familie einbeziehen</li> <li>o Problemlöse Strategien beibringen</li> <li>o Eltern helfen die Stärken ihrer Kinder zu fördern</li> <li>o ein geteiltes Verständnis für die Krankheit innerhalb der Familie entwickeln</li> <li>o grosser Wert der Erzählungen von persönlichen Erfahrungen beachten</li> <li>o interdisziplinäre Zusammenarbeit, Koordination der Therapien und Austausch</li> <li>o Kontinuität des Angebotes an Unterstützung</li> </ul> </li> </ul> <p>Limitationen werden umfänglich dargestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Kontrollgruppe, da es ethisch nicht korrekt wäre</li> <li>- die Effekte von Zeit (die gesunde Entwicklung der Kinder und allgemeine Veränderungen) und Behandlung in klarerer Weise teilen</li> <li>- die Effekte waren klein für die Länge der Intervention</li> <li>- keine Gründe für Ausscheiden aus der Studie angegeben</li> <li>- Bias bei Befragungen kann nicht ausgeschlossen werden</li> <li>- die Zugehörigkeit zu den Gruppen konnte nicht verblindet werden,</li> </ul>

	<p>jedoch wurde die Reliabilität bei der Erfassung durch die Rater erwiesen-&gt; Verblindung in Zukunft durch Fragebögen erreichen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ko-Intervention konnte nicht vermieden werden und der Effekt auf das Ergebnis kann nicht abschliessend beurteilt werden-&gt; zukünftige Studien sollten mehr Details dazu generieren</li><li>- Studienteilnehmer waren mehrheitlich weisser Hautfarbe</li><li>- Die Teilnehmer wurden mit einem kleinen Betrag entschädigt</li></ul>
--	---



**Anhang 3.2: Studie 2**

**Critical Review Form - Qualitative Studies**

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M.,

2007

McMaster University

**CITATION:**

Boyd R.C., Diamond G. S., Bourjolly J. N. (2006). Developing a Family-Based Depression Prevention Program in Urban Community Mental Health Clinics: A qualitative Investigation. Family Process, 45 (2), p.187-203

<p><b>STUDY PURPOSE:</b></p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p>x_____ yes</p> <p>_____ no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungslücke: Bisher wenig Präventions-Studien zur Population von Müttern mit Depressionen von Schulkindern in städtischem Umfeld und mit tiefem Einkommen</li> <li>- Dieses Defizit soll durch die Entwicklung des Protecting Families Program (PFP) auf der Grundlage von Informationen aus Fokusgruppeninterviews gedeckt werden</li> </ul>
<p><b>LITERATURE:</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p>x_____ yes</p> <p>_____ no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viel Hintergrundliteratur zu Risikofaktoren von Kindern von Müttern mit Depressionen, Risikofaktoren von tiefem Einkommen und anderem ethnischen Hintergrund</li> <li>- Familien mit geringem Einkommen und in städtischem Umfeld haben eine hohe Rate an Depression. Dort sind schlimme Konsequenzen und erhöhte Vulnerabilität für Jugendliche und Erwachsene bekannt.</li> <li>- Die Studie soll diese Risikogruppe vor der Erkrankung zu schützen</li> </ul>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Der Fokus ist stark auf einkommensschwache Mütter gelegt. Da</p>

	<p>diese ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Depressionen haben, ist die Chance gross, Mütter aus dieser Population in der Therapie anzutreffen. Die Studie erforscht die Bedürfnisfelder der Mütter für Unterstützung im Alltag. Diese Erkenntnisse sind für die erotherapeutische Arbeit von grosser Bedeutung. Zudem können evt. einzelne Interventionen, welche für die ergotherapeutische Arbeit mit Mütter mit Depressionen von Bedeutung sind, herausgenommen werden.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b></p> <p>What was the design:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> _____ phenomenology</p> <p>_____ ethnography</p> <p>_____ grounded theory</p> <p>_____ participatory action research</p> <p>_____ other</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Die Studie wird als qualitativ beschrieben, eine genauere Definition des Designs ist nicht vorhanden. Da sie die persönlichen Erfahrungen, Bedürfnisse, Wünsche und Barrieren der Mütter mit Depressionen untersucht, handelt es sich um eine phänomenologische Studie. Die Autorinnen und Autoren beschreiben später ausdrücklich, dass Einsicht in die phänomenologischen Alltagserfahrungen gewährt wird.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p>_____ yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> _____ no</p>	<p>Describe the theoretical perspective for this study. e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die Autorinnen und Autoren wissen Bescheid über den aktuellen Stand der Forschung und bereits durchgeführte Studien. Sie sind der Überzeugung, dass ein Programm welches im klinischen Setting zusammen mit den Patienten und Professionen entwickelt sowie getestet wird, häufiger in der Praxis angewendet wird. Die philosophische Perspektive und die Überzeugungen der Autorinnen und Autoren werden aber nicht beschrieben.</p>
<p>Method (s) used:</p> <p>_____ participant observation</p> <p>_____ interviews</p> <p>_____ document review</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> _____ focus groups</p> <p>_____ other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine Fokusgruppe mit den betroffenen Müttern, eine mit den Professionellen aus dem psychiatrischen Setting</li> <li>- Die Methode ist geeignet, um das Phänomen (Probleme im Alltag der Mütter, im Familienleben) zu erforschen</li> </ul>

<p><b>SAMPLING:</b></p> <p>Was the process of purposeful selection described</p> <p>x____ yes</p> <p>____ no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- An Mitarbeiter-Meetings wurden die Professionellen informiert und später Flyer an sie weitergegeben um diese an mögliche Probanden zu verteilen.</li> <li>- die Patienten konnten freiwillig Kontaktdaten hinterlassen und wurden später durch die Klinikprofessionen angerufen.</li> <li>- die Mütter wurden vorselektioniert (Schulkinder, niedriges Einkommen etc. )</li> <li>- Da die Studie subjektive Sichtweisen vertieft erforschen will, ist die Grösse der Gruppe angepasst und nicht zu klein</li> <li>- Jedoch wurde das Sampling nicht fortgeführt bis das vorgenommene Ziel von Teilnehmern erreicht wurde (zwei Fokusgruppen wurden sogar gestrichen, wegen zu wenig Teilnehmern)</li> </ul>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached</p> <p>____ yes</p> <p>____ no</p> <p>x____ not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 Mütter in sechs Fokusgruppen</li> <li>- Anzahl der Schulkinder durchschnittlich: 2.67</li> <li>- Alter der Mütter durchschnittlich: 43.06 Jahre</li> <li>- Diagnosen: Depression und zusätzlich evt. andere Krankheit als Untergruppe</li> <li>- kultureller Hintergrund und Zivilstand ersichtlich</li> <li>- Einschlusskriterien: Depressive Erkrankung als Primardiagnose, in Behandlung bei "Community Menatal Health Agency", Schulkinder (welche ganz oder teilweise bei ihnen wohnen)</li> <li>- Ausschlusskriterien: Substanzabhängigkeit, psychotische Erkrankung, geistige Behinderung.</li> <li>- kein Ausschlusskriterium: bipolare Depression, solange die Depression das Hauptsymptom ist</li> </ul>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p>____ yes</p> <p>____ no</p> <p>x____ not addressed</p>	<p>Die Mütter wurden informiert durch Flyer und persönliches Telefongespräch mit Professionellen, Umfang der Information und ob eine Einwilligungserklärung eingeholt wurde ist unklar</p>

<p><b>DATA COLLECTION:</b></p> <p><b>Descriptive Clarity</b></p> <p>Clear &amp; complete description of</p> <p>Site:</p> <p>x ___ yes ___ no</p> <p>participants:</p> <p>x ___ yes ___ no</p> <p>Role of researcher &amp; relationship with participants</p> <p>x ___ yes ___ no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p>___ yes x ___ no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokusgruppen fanden in zwei „Community mental health agencies“ statt</li> <li>- Zeitpunkt wurde durch das Personal bestimmt und so gewählt, dass möglichst wenig Drop-outs entstehen</li> <li>- Die Hauptautorin war bei allen Fokusgruppen dabei um die Diskussion zu leiten und fasste schliesslich die Transkripte der verschiedenen Fokusgruppen in verschiedenen Kategorien zusammen</li> <li>- Das Ausschlusskriterium bipolare Depression musste aufgehoben werden, da diese Erkrankung im Setting der „Community mental health clinics“ sehr häufig ist</li> </ul> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlend: Wie genau sind die Fokusinterviews abgelaufen? Wer hat welche Rolle übernommen? Wie stark waren die Gespräche strukturiert oder eben nicht? Aktivität der einzelnen Teilnehmer? Andere Personen im Raum anwesend? Anwesenheiten der Studienteilnehmer?</li> <li>- möglicher Bias: Alles Leute, die freiwillig mitmachen bzw. sich aktiv melden müssen</li> <li>- Eltern bekamen Geld als Entschädigung</li> </ul>
<p><b>Procedural Rigour</b></p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies:</p> <p>___ yes</p> <p>x ___ no</p> <p>___ not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauer Fokusgruppe ca. 60 Minuten</li> <li>- Audiotape und dann Transkription</li> <li>- moderiert von der Hauptautorin der Studie</li> <li>- verschiedene Themen leiteten die Diskussion, der Ablauf war jedoch nur halb standardisiert um den Patienten Diskussionspielraum zu lassen</li> </ul>
<p><b>DATA ANALYSES:</b></p> <p><b>Analytical Rigour</b></p> <p>Data analyses were inductive? x ___ yes ___ no ___ not addressed</p>	<p>Describe methods (s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- transkribiert und anschliessend Transkripte überprüft gegenüber Audiotape</li> <li>- Anonym gemacht</li> <li>- Drei Personen kodierten die Fokusgruppen, die Hauptautorin kodierte nochmals und erstellte somit Kategorien</li> <li>- Anschliessend wurden die Kategorien in diesem vierer Team angeschaut und Hauptthemen definiert</li> </ul>

<p>Findings were consistent with &amp; reflective of data</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>--&gt; wurde nicht kontrolliert, von den Teilnehmern gegengelesen</p>	
<p><b>Auditability</b></p> <p>Decision trail developed?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Die genaue Entwicklung von Oberbegriffen wird nicht beschrieben, es wird jedoch beschrieben, dass die vier Personen, welche die Kodierung vorgenommen haben, sich untereinander absprachen</p>
<p><b>Theoretical Connections</b></p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Zusammenhänge zwischen den einzelnen Themen werden nur teilweise aufgezeigt. Es ist kein konkretes Konzept daraus entstanden. Jedoch wird die Verbindung zur bisherigen Forschung und zum theoretischen Hintergrund sehr deutlich. Auch der Einfluss der Aussagen der Dienstleister sowie der Mütter auf die Entwicklung der Intervention wird teilweise herausgehoben.</p>
<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input type="checkbox"/> yes</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p><u>Glaubwürdigkeit</u> (entspricht interner Validität bei quantitativ): Kleines Sample und Fokusgruppe als Momentaufnahme mit kurzer Zeitdauer von einer Stunde. Jedoch bessere Ergebnisse durch zwei Informationsquellen (Infos von Müttern und Professionellen). Die Hauptautorin ist sehr stark involviert in Datenerhebung und Datenverarbeitung was zu einem Bias führen kann. Die Ergebnisse wurden von den Teilnehmern nicht gegengelesen.</p> <p><u>Generalisierung</u>: Durch die genaue Beschreibung von Setting und Teilnehmern sind die Ergebnisse auf ähnliche Populationen möglich, es kann jedoch durch die geringe Gruppengröße nicht von</p>

<p>x___ no</p> <p>Dependability _____ yes x___ no</p> <p>Comfirmability _____ yes x___ no</p>	<p>Generalisierung gesprochen werden.</p> <p><u>Abhängigkeit vom Umfeld</u>: Datenkollektion und Datenanalyse sind nicht detailliert genug beschrieben.</p> <p><u>Objektivität</u>: Durch die starke Präsenz der Hauptautorin hat diese sehr viel Einfluss. Peer-Review hat nur einmal stattgefunden, gegengelesen durch Teilnehmer wurde weggelassen. Gegenseitige Zustimmung zu den Kategorien im vierer Team hat jedoch stattgefunden. Bias wurden nicht offengelegt.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Die Studie zeigt die acht Hauptthemen auf, welche in der Behandlung der Mütter mit Depressionen hinsichtlich der Mutterrolle beachtet werden müssen. Ausserdem enthält das "Protecting Families Program" (PFP) gute Grundlagen für die Unterstützung der Mutter im Alltag.</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the findings _____ yes x___ no</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/ research _____ yes x___ no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Schlussfolgerung wird ist sehr spezifisch im Hinblick auf die Entwicklung des Programms geschrieben</li> <li>- PFP füllt die Lücke in der Behandlung von Müttern mit Depressionen, indem das Programm die Rolle der Mutter fokussiert. Durch die Fokusgruppen konnte das Programm an die Population der „Community Mental Health agency“ angepasst werden.</li> <li>- Es werden noch keine allgemeine Implikationen der Therapie genannt. Für die Ergotherapie ergibt sich jedoch der Fokus in der Therapie auf die Verminderung der sozialen Isolation und dem Abbau von Barrieren, um Therapie in Anspruch zu nehmen, die Erziehung-Skills zu verbessern und soziale Unterstützung annehmen zu können.</li> <li>- Über zukünftige Forschung, mögliche Fragestellungen wird nicht gesprochen.</li> </ul> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kleine Untersuchungsgruppe</li> <li>- keine Väter in der Fokusgruppe</li> <li>- nicht alle soziökonomische Daten wurden ermittelt</li> <li>- keine Infos über Kulturen, Ethnie der Mütter werden erhoben</li> <li>- kein Validitätscheck für Kategorien</li> <li>- Einladung durch Gesundheitsprofessionellen ist ein Bias</li> </ul>

Anhang 3.3: Studie 3

**Critical Review Form – Quantitative Studies**

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

**McMaster University**

<p><b>CITATION</b></p>	<p>Kaplan, K., Salzer, M. S., Brusilovskiy, E. (2014). Assessing an Internet-Based Parenting Intervention for Mothers with a Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i>, 37, 1-10.</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and your research question?</p> <p>Hypothese: Mütter, welche an diesem online Weiterbildungskurs für Eltern teilnehmen und Unterstützung von anderen Mütter durch die Mail-liste holen zeigen Verbesserungen in den Bereichen: Elternsein, Bewältigungsstrategien , erzieherische Effizienz, sozialer Unterstützung und Verringerung des elterlichen Stresses. Das Programm soll dazu beitragen, die Forschungslücke betreffend der Behandlung und Unterstützung von Eltern mit psychischen Krankheiten zu verringern.</p> <p>Es besteht in der Studie kein direkter Bezug zur Ergotherapie. Jedoch liefert uns die Studie eine Intervention aus Bezugswissenschaften, welche zu unserer Fragestellung passend ist.</p>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Die Studie zeigt auf was die Schwierigkeiten von Eltern mit psychischen Krankheiten sind und dass die Bedürfnisse der Eltern mit psychischen Krankheiten schon gut erforscht sind. Im Hintergrund wird die Wichtigkeit der Unterstützung durch Peers aufgezeigt und erklärt, was der Nutzen und die Möglichkeiten von Internet Interventionen sind. Die Studie besagt, dass es deutliche Lücken bei den Dienstleistungen für die Eltern mit psychischen Erkrankungen gibt. Die bereits bestehenden Dienstleistungen zeigen jedoch positive Wirkungen. Dies ist die erste randomisierte kontrollierte Studie, welche den Effekt von Internetbasierten Weiterbildungen für Mütter mit psychischen Krankheiten untersucht.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Es ist eine randomisiert kontrollierte Studie. Das gewählte Studiendesign ist passend, da die Wirksamkeit einer Behandlung untersucht wird und schon viel Wissen aus ähnlichen Studien vorhanden ist. Das RCT-</p>

<input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<p>Design ist ethisch korrekt gewählt, da alle Mütter auch der gewöhnlichen Therapie nachgehen. Die Studienteilnehmer wurden zufällig der Kontrollgruppe und der Behandlungsgruppe zugeteilt, was typisch für das RCT ist. Die Behandlungsgruppe erhielt eine Internetbasierte Intervention, welche Eltern mit Depressionen unterstützen soll und auf kognitiven verhaltensbasierten Techniken aufbaut. Zudem erhielten sie die Möglichkeit über eine Mailliste Untersucher oder anderen Eltern Fragen zu stellen. Die Kontrollgruppe erhielt eine Internetbasierte Weiterbildungs-Intervention mit Unterlagen zu gesundem Lebensstil. Die Themen waren gesunde Beziehungen, Umgang mit Wut etc.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:          Die Studie entschädigte die Eltern für ihre Teilnahme, was die Motivation fördert und so zu Biases der Ergebnisse führen kann. Die Mütter mussten sich eigeninitiativ auf Anzeigen im Internet melden, was zu einer Überzahl an sehr motivierten Müttern mit guten Computerkenntnissen geführt haben könnte. Einige Mütter hatten gleichzeitig eine Co-Intervention auf medikamentöser Basis. Diese waren jedoch gleichmässig in der Behandlungs- und Kontrollgruppe verteilt was den Bias in den Ergebnissen gering hielt. Weitere Therapien, welche die Mütter während der Studie besuchten, werden die Ergebnisse beeinflusst haben.</p> <p>Die Studie berücksichtigt geringfügig signifikante Ergebnisse, welche jedoch nicht als praxisrelevant angesehen werden können. Beispielsweise haben das HFPI Home Environment Assessment und HFPI Role Satisfaction einen p-Wert über 0.05.</p> <p>Die Variablen sind ordinal skaliert, es wurde jedoch ein T-Test gemacht, was laut Prel, Röhrig, Hommel, &amp; Blettner (2010) nicht korrekt ist. Zudem wurde die Effektstärke berechnet. Bei der Stichprobenzahl von n=60 ist der der Qui-Quadrat Test geeignet (du Prel et al., 2010).</p>
<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N =</p> <p>Was the sample described in detail</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <p>Was sample size justified?</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Die Stichprobenselektion wird in der Studie genau beschrieben und anhand einer Tabelle dargestellt. Zwischen Mai 2011 und Oktober 2012 wurden interessierte Mütter durch Homepages rekrutiert. Die Interessenten meldeten sich per Mail beim Forschungsteam. Ein Forschungsassistent klärte dann die Eignung dieser Mütter ab. Schliesslich wurden die 120 geeigneten Mütter durch Blockrandomisierung (von sechs Teilnehmern) in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Gruppen sind von den demografischen und klinischen Eigenschaften her sehr ausgeglichen.</p> <p>Nur 60 Mütter füllten den ersten Fragebogen zur Basisanalyse aus, 47 füllten denjenigen zur Analyse nach 3 Monaten aus.</p> <p>Angaben zu den Mütter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 87% affektive Störungen, 13% Schizophrenie</li> </ul>



<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 73% eine Hospitalisierung in ihrem Leben</li> <li>- 89% Mütter mit weisser Hautfarbe</li> <li>- Durchschnittsalter: 37 Jahre</li> <li>- 50% verheiratet</li> <li>- 82% haben eine höhere Bildung als die High School</li> <li>- Mehr als die Hälfte ist arbeitstätig</li> <li>- 16% gehen noch zur Schule</li> <li>- Durchschnittliches Einkommen: \$2,440</li> <li>- 37% hatten in ihrem Leben ein Problem mit Substanzabhängigkeit</li> <li>- Mindestens ein Kind das jünger als 18 Jahre ist</li> </ul> <p>→weitere Informationen in Tabelle 1 "Demographic Characteristics" und Tabelle 2 "Clinical Characteristics" auf Seite 6 und 7.</p> <p>Was sample size justified?</p> <p>Die Studie beschreibt zwar, dass die sich bemüht haben die abgemachte Anzahl der Teilnehmer zu erreichen, begründet die Anzahl jedoch nicht.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Keine Angaben zu ethischen Vereinbarungen wurden in der Studie erwähnt.</p>									
<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes (MOS) <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the outcome measures valid?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Die Daten wurden online gemessen vor Behandlungsbeginn und nach 3 Monaten.</p> <table border="1" data-bbox="528 1249 1418 2002"> <thead> <tr> <th data-bbox="528 1249 924 1256">Outcome areas:</th> <th data-bbox="924 1249 1418 1256">List measures used.:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="528 1379 924 1447">1.) Elterliche Effizienz Effizienz und Zufriedenheit</td> <td data-bbox="924 1379 1418 1509">1.) PSCS (Parenting Sense of Competence scale)  -&gt; Cronbach's alpha*: 0.79</td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 1697 924 1727">2.) Elterliche Fähigkeiten</td> <td data-bbox="924 1541 1418 1800">1.) HFPI (Healthy Families Parenting Inventory)  -&gt; Cronbach's alpha: 0.91  2.) Zwei HFPI Subscales (parent-child Interaction and Home environment) -&gt; Cronbach's alpha: 0.86 und 0.85</td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 1823 924 1852">3.) Bewältigungsstrategien</td> <td data-bbox="924 1832 1418 2002">3.) Family Coping Inventory -&gt; Cronbach's alpha: 0.86  3.) Zwei HFPI Subscales (mobilizing resources, personal care)</td> </tr> </tbody> </table>		Outcome areas:	List measures used.:	1.) Elterliche Effizienz Effizienz und Zufriedenheit	1.) PSCS (Parenting Sense of Competence scale)  -> Cronbach's alpha*: 0.79	2.) Elterliche Fähigkeiten	1.) HFPI (Healthy Families Parenting Inventory)  -> Cronbach's alpha: 0.91  2.) Zwei HFPI Subscales (parent-child Interaction and Home environment) -> Cronbach's alpha: 0.86 und 0.85	3.) Bewältigungsstrategien	3.) Family Coping Inventory -> Cronbach's alpha: 0.86  3.) Zwei HFPI Subscales (mobilizing resources, personal care)
Outcome areas:	List measures used.:									
1.) Elterliche Effizienz Effizienz und Zufriedenheit	1.) PSCS (Parenting Sense of Competence scale)  -> Cronbach's alpha*: 0.79									
2.) Elterliche Fähigkeiten	1.) HFPI (Healthy Families Parenting Inventory)  -> Cronbach's alpha: 0.91  2.) Zwei HFPI Subscales (parent-child Interaction and Home environment) -> Cronbach's alpha: 0.86 und 0.85									
3.) Bewältigungsstrategien	3.) Family Coping Inventory -> Cronbach's alpha: 0.86  3.) Zwei HFPI Subscales (mobilizing resources, personal care)									

	<p>4.) Soziale Unterstützung</p> <p>5.) Elterlicher Stress</p>	<p>-&gt; Cronbach's alpha: 0.79 und 0.83</p> <p>4.) MOS (Medical Outcomes Study)</p> <p>-&gt; Cronbach's alpha 0.96, hohe Reliabilität und Validität</p> <p>5.) Subscale HFPI (Rollenzufriedenheit)</p> <p>-&gt; Cronbach's alpha: 0.87</p> <p>5.) PSCS</p> <p>-&gt; Cronbach's alpha: 0.81</p>
<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational practice?</p> <p>Die Homepage für die Interventionsgruppe ist mit verschiedenen Alterskategorien auf die Entwicklung des Kindes angepasst. Es gibt folgende Altersklassen: 0-3, 4-9, 10-13, 14-18. Die Mütter der Behandlungsgruppe hatten Zugang zu allen Lektionen der Homepage. Gewisse Inhalte wurden von dem Studienplan der „Mental Health Association of Southeastern Pennyslava“ abgeleitet. Dieser Studienplan wurde extra zur Unterstützung der Eltern mit psychischen Krankheiten entwickelt und basiert auf CBT (Kognitiv Verhaltensbasierte Therapie). Über drei Monate hinweg absolvierten die Mütter jede Woche 30 Minuten eine Onlinesession zu folgenden Themen:</p> <p>Einführung/ Entwicklung des Kindes/ Stress Reduzierung: Elterliche Techniken, Emotionale Gesundheit und Wellness/ Körperliche Gesundheit und Wellness/ Physische Gesundheit und Elternsein: Wie meine Krankheit mein Kind beeinflusst, Bewältigungsstrategien für mein Kind/ Selbstfürsorge/ Positives Elternsein: Eltern-Kind Kommunikation/ Disziplin/ Grenzen und Verantwortlichkeiten/ Bildung und ausserplanmässige Aktivitäten/ Schlussfolgerung</p> <p>Jede Lektion wird mit einem kurzen Quiz und Hausaufgaben beendet. Es erscheint ein Balken, welcher aufzeigt wie gross ihre Fortschritte sind, um sie für die Weiterarbeit zu motivieren. Die Mütter waren selbstständig und konnten selber entscheiden, ob sie die Lektionen ausführen oder nicht. Die Mütter wurden befragt, ob sie jede Woche eine Lektion absolvieren und die vorgeschlagenen Strategien im Alltag anwenden. Zudem sollen die Mütter sich anhand Maillisten mit anderen Müttern und Moderatoren austauschen.</p> <p>Wurden Kontaminierungen vermieden?</p> <p>Die Homepage war nur für die Behandlungsgruppe zugänglich, weshalb Kontaminierungen vermieden werden konnten.</p>	

	<p>Wurden Ko-Interventionen vermieden?</p> <p>Die Eltern gingen zusätzlich zu den Interventionen in den Studien noch ihrer normalen Behandlung nach. Zudem wurden teilweise noch Medikamente eingenommen.</p>
<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>1.) Elterliche Effizienz: Keine signifikante Verbesserung</p> <p>2.) Elterliche Fähigkeiten: teilweise Verbesserung: geringfügig signifikant (<math>p &lt; 0.15</math>) bei „Wohnumgebung“, kein Effekt bei "Eltern-Kind-Interaktion"</p> <p>3.) Bewältigungsstrategien: signifikante Verbesserung bei "eigene Bedürfnisse stillen", keine Verbesserung bei " Ressourcen nützen"</p> <p>4.) Soziale Unterstützung: keine signifikante Verbesserung</p> <p>5.) Elterlicher Stress: signifikante Verbesserung bei „Zufriedenheit“, geringfügig signifikante Verbesserung bei „Rollenzufriedenheit“</p> <p>Nicht angemessene Analysemethoden: geringfügig signifikanten Resultate aufgezeigt, T-Test wurde für ordinalskalierte Daten verwendet</p> <p>Die Studie erwähnt, dass durch die Intervention geringe Kosten und Aufwand für eine breite Zielgruppe von Müttern erreichbar ist und die Prävention von Vorfällen wie Kindesvernachlässigung erreicht werden kann. Bei den Implikationen für die Praxis wird jedoch nicht weiter auf die Wirksamkeit der Intervention eingegangen und die mögliche eingeschränkte Einsatzmöglichkeit für Mütter ohne Computerkenntnisse wird nicht aufgezeigt. Der Stress der Eltern wurde signifikant verbessert. Dies ist laut den Autorinnen und Autoren nicht verwunderlich, da die Reduzierung des elterlichen Stress in fast allen Lektionen thematisiert wurde. Zudem sind die vier Hauptthemen darauf ausgelegt. Die Mütter meldeten zurück, dass diese Intervention Lücken füllen kann bezüglich Dienstleistungen für Mütter mit Depressionen. Das Bilden von Strategien durch die Eltern wurde auch verbessert, da es stark mit Stressreduzierung verbunden ist. Auch im Bereich der „eigene Bedürfnisse stillen“ gab es signifikante Verbesserungen. Dies ist sehr bedeutsam, denn Mütter mit Depressionen vernachlässigen die eigenen Bedürfnisse oft. Die elterlichen Fähigkeiten wurden durch Wissensvermittlung über die Entwicklung des Kindes, durch das Einführen von Ritualen und das Gestalten der Wohnumgebung leicht verbessert. Die elterliche Effizienz wurde jedoch nicht gesteigert. Es könnte sein, dass der Online Kurs zu stark auf die Reduktion der psychischen Krankheit, das Elternsein und der Kontakt mit anderen fokussiert war. Der Gebrauch der Mailliste variierte stark. Die Anonymität wurde zwar geschätzt. Jedoch hemmte sie die Kommunikation, denn die Mütter meldeten eine zu geringe Verbundenheit mit der Gruppe zurück. Die Forschenden erwarteten eine grös-</p>

	<p>sere Verbesserung von der sozialen Unterstützung zu finden. Eine Erklärung dafür ist, dass die Resultate der Tests vor der Intervention schon hoch waren. Die Teilnehmer fühlten sich jedoch verstanden von anderen Teilnehmern und sie fanden einen Nutzen an den besprochenen Themen.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Studie geht nicht weiter darauf ein, ob die Ergebnisse für die Praxis bedeutsam sind.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Zwei Mütter wollten nicht in die Mailliste aufgenommen werden und drei Mütter verliessen die Studie. Die Gründe für den Ausstieg waren Krebsdiagnose, bevorzugen von direktem Kontakt und zu beschäftigte Mütter. Eine Mutter, die mehrere feindliche Mails schrieb, wurde von der Mailliste ausgeschlossen. Diese feindlichen Mails bewirkten den Ausstieg einer weiteren Mutter aus der Mailliste.</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Studie wertet ihre Ergebnisse unter Berücksichtigung der fehlerhaften Datenanalyse und der nur teilweise signifikanten Ergebnisse als zu massgebend für die Praxis. Sie geht davon aus, dass die internetbasierte Intervention Eltern, welche von Depressionen betroffen sind eine gute Unterstützungsmöglichkeit bietet. Auch wenn Eltern eine gute professionelle Unterstützung bekommen, ist diese meist nicht auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten. Diese Online Kurse sind so gemacht worden, dass sie den unterschiedlichen Bedürfnissen von Eltern mit Depressionen entsprechen.</p> <p>Als Limitation werden die demografischen Daten der Studien angesehen. So beinhaltet die Studie ausserordentlich viele Mütter welche erwerbstätig sind oder in der Ausbildung sind im Vergleich zu anderen Studien. Zudem kann die Studie nicht generalisiert werden auf Mütter mit psychischen Erkrankungen, da vor allem affektive Störung und Schizophrenie die Krankheitsbilder der Mütter waren. Zudem müssen die geringfügigen signifikanten Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.</p> <p>Es braucht weitere Forschung um herauszufinden, wie die Verbesserung von elterlichen Effizienz und sozialem Support gelingen kann. Weitere Forschung soll auch zu anderen online Formaten gemacht werden, welche Unterstützung bieten können (Chat Room, SMS usw.). Es soll in den Interventionen noch gezielter auf die Bedürfnisse der Eltern einge-</p>

	<p>gangen werden können.</p> <p>In der Ergotherapie könnte ein Online Kurs als Wissensvermittlung zusätzlich zur Therapie angeboten werden. Zudem könnte eine Plattform errichtet werden welchen den Austausch von Mütter mit Depressionen ermöglichen könnte. Da die Verbesserungen nur teilweise signifikant waren ist die Intervention trotzdem mit Vorsicht zu verwenden.</p>
--	---

Anhang 3.4: Studie 4

**Critical Review Form – Quantitative Studies**

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

**McMaster University**

<p><b>CITATION</b></p>	<p>Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee W. R. &amp; Paavonen E. J. (2009). Safty, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. <i>International Journal of Mental Health Promotion</i>, 11, 15-24.</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and your research question?</p> <p>Diese präventive Intervention fokussiert das gegenseitige Verstehen innerhalb der Familie, das Selbstverständnis der Eltern und gutes Elternsein, so wie auch offene Zukunftsperspektiven für die Familie. Das Ziel dieser Studie ist es, die "Let's talk about Children Discussion-One" (LT-1) und die "Family Talk Intervention" (FTI) sicher und durchführbar zu erstellen und die Perspektiven der Familienmitglieder aufzuzeigen. Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Sicherheit und Nützlichkeit vom Trainieren von Ärzten, welche im psychiatrischen Setting mit Erwachsenen arbeiten, im Gebrauch der Interventionsstrategien für die psychische Gesundheit von Kindern und Eltern zu beweisen.</li> <li>- Bei beiden Interventionen können Sicherheit und Durchführbarkeit nachgewiesen werden</li> <li>- Die Familien werden Zufriedenheit und Nutzen der Interventionen zurückmelden</li> <li>- Die Familien werden einen erhöhten Nutzen der PFI Intervention zurückmelden, im Vergleich zur allgemeinen Gesundheitsprävention. Die Hypothese dafür ist, dass beide Interventionen erst Studien sind, die PFI jedoch eine längere Dauer hat und individueller abgestimmt ist auf die Bedürfnisse der Familien.</li> </ul> <p>Unser Ziel ist es, Interventionen für Mütter mit Depressionen von Schulkindern zu generieren. Diese Studie ist zwar nicht ergotherapeutisch, unterstützt jedoch unsere Forschungsfrage anhand Bezugswissenschaften.</p>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>In der Studie werden Präventionsprogramme, welche schon vorhanden sind beschrieben. Als Forschungslücke wird aufgezeigt, dass es noch keinen Ansatz zu einem evidenzbasierten Präventionsprogramm gibt, welches mit einer systemübergreifenden Behandlung arbeitet, die in ein Nationales Gesundheits-Versorgungs-System aufgenommen werden könnte. Weiter wird die Auswirkung von Depressionen bei Eltern auf das</p>

<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Kind aufgezeigt, die zwei gewählten Interventionsansätze (FTI & LT-1) beschrieben und mögliche positive Veränderungen erklärt.
<p><b>DESIGN</b></p> <input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Der RCT -Ansatz wurde passend gewählt. Sie haben Studienteilnehmer zufällig in zwei Gruppen eingeteilt, welche unterschiedliche Interventionen erhielten. Somit wurden zwei Behandlungsformen miteinander verglichen, was typisch für das RCT Design ist. Dieses Design ist angebracht, wenn viel Wissen zu einem Thema schon vorhanden ist, was bei dieser Studie der Fall war. Ethisch ist das RCT Design vertretbar, da beide Gruppen eine Behandlung erhalten.</p> <p>Der Fisher`s Exact Test und der Qui-Quadrat Test wurden zur Häufigkeit des Erfolgs der beiden Behandlungsgruppen zu messen, passend ausgewählt. Insbesondere bei kleinen Stichprobengrößen ist der Fisher`s Ecact Test geeignet, ansonsten der Qui-Quadrat Test (n&gt;60).</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Fraglich ist, warum die Effektstärke nicht berechnet wurde. Denn dies würde die Bedeutsamkeit und Relevanz im Bezug auf die Fragestellung aufzeigen (Fröhlich &amp; Pieter, 2009).</p>
<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N =</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <p>Was sample size justified?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>119 Teilnehmer (Mütter und Väter) nahmen an der Studie teil. Diese Angabe ist jedoch nicht übereinstimmend mit den Angaben aus Tabelle 1. Die Angaben zu den Teilnehmer sind ungenügend. Folgende Angaben wurden zu den Kindern gemacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder zwischen 8-16 Jahre alt</li> <li>- Durchschnittsalter der Kinder 11.9</li> </ul> <p>Die behandelnden Ärzte gaben verbale und geschriebene Informationen über die Studie ab. Sie informierten die Familienmitglieder über ihr Recht, die Studie zu jedem Zeitpunkt verlassen zu können. Kinder über 15 Jahre und ihre Eltern brauchen eine Zustimmung um an der Studie teilzunehmen. Die Familien wurden in Blockrandomisierung von 6-8 Einheiten in zwei Gruppen eingeteilt. Die Interventionen wurden von Ärzten aus 16 verschiedenen Gesundheitsversorgungsstationen durchgeführt. Die Ärzte machten nach jeder Intervention Notizen in ein Logbuch bezüglich Datum, Typ und Zufriedenstellung.</p>

	<p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Es wurde lediglich beschrieben, dass die Zustimmung vom ethischen Komitee im Hospital District of Helsinki und Uusimaa eingeholt wurden.</p>	
<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Die Fragebögen zu BDI (Beck Depression Inventory) und CDI (Children`s Depression Inventory) wurden 1-3 Wochen vor der Intervention den Familien zugesendet. Die Feedbackfragebögen wurden ein bis zwei Wochen nach der Intervention zugesendet.</p> <p>Outcome areas:</p> <p>Depression bei Erwachsenen</p> <p>Depression bei Kindern</p> <p>Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehung zu den Ärzten</li> <li>- Ob sie alles diskutieren konnten, was sie wollten</li> <li>- Wie nützlich sie die Intervention fanden</li> <li>- Haben Sie die Interventionen weitergeführt?</li> <li>- Der Einfluss der Intervention auf folgende Items: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selbstverständnis</li> <li>➤ Gegenseitiges Verstehen innerhalb der Familie</li> <li>➤ Eltern Sein</li> <li>➤ Zukunftsperspektiven</li> <li>➤ Wohlbefinden</li> <li>➤ Motivation bei der Behandlung</li> <li>➤ Kinder bezogene Sorgen</li> </ul> </li> </ul> <p>Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie das Gespräch mit den Ärzten war</li> <li>- Ob sie die Ärzte verstanden haben und das gesagt haben was für sie wichtig war</li> <li>- Würden sie die Intervention weiterempfehlen</li> <li>- War es einfacher mit den Eltern über ihre psychische Krankheit zu sprechen und Fragen zu stellen</li> <li>- Ob sie nun die Eltern besser verstehen?</li> <li>- Ob die Eltern sie nun besser verstehen?</li> <li>- Ob sie sich besser fühlen</li> </ul>	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BDI</li> <li>- CDI</li> <li>- Fünf-Punkte Skala (Sehr gut...sehr schlecht)</li> <li>- Vier-Punkte Skala (Ja alles, Ja das meiste, gewisse, nicht viel)</li> <li>- Vier-Punkte Skala</li> <li>- Ja/Nein</li> <li>- Fünf Punkte Skala</li> <li>- Fünf-Punkte Skala (Sehr einfach...sehr schwierig)</li> <li>- Ja/Nein</li> <li>- Ja/Nein</li> <li>- Ja/Nein</li> <li>- Ja/Nein</li> <li>- Ja/Nein</li> <li>- Ja/Nein</li> </ul>
<p><b>INTERVENTION</b></p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occu-</p>	



<p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>pational practice?</p> <p>Beide Interventionen unterstützen die Eltern in der Effektivität und beim Unterstützen der Befriedigung der Bedürfnisse der Kinder. Die beiden Methoden teilen fünf Ziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Unterstützung des Selbstverständnis der Kinder</li> <li>2. Die Unterstützung des gegenseitigen Verständnis innerhalb der Familie</li> <li>3. Die Unterstützung des positiven Eltern Sein</li> <li>4. Die Unterstützung der Zukunftsperspektiven innerhalb der Familie</li> <li>5. Die Identifikation von Kindern, welche professionelle Unterstützung benötigen</li> </ol> <p>In beiden Interventionen bekamen die Eltern ein Ratgeber "How Can I Help My Children: A Guide Book for Parents with mental health problems" und ein Informationsbuch über Depression für Eltern mit Depression. In beiden Interventionsgruppen wurden Kinder, welche den Sozialdienst oder psychiatrische Unterstützung benötigen, angemeldet.</p> <p>Das FTI (Family Talk Intervention) beinhaltet sechs Sitzungen, die mit einem Familienmeeting als Höhepunkt endet. Die Sitzungen begannen mit zwei Elternsitzungen zu den Themen Familiengeschichte und Psychoedukation über Depression und Resilienz. Danach fährt sie weiter mit einer Kindersitzung. In der Planungssitzung mit den Ärzten, planten die Eltern wie sie das Thema Depression in der Familie besprechen können und welche Familienstrategien vorhanden sind, um trotz Depression mit den Kindern ins Handeln zu kommen. In der Familiensitzung halfen die Ärzte den Eltern, ein Treffen mit den Kindern zu vereinbaren. In den weiteren Behandlungen mit den Eltern wurde die Intervention evaluiert und weitere Pläne für die Zukunft besprochen.</p> <p>In der LT-1 (Let`s Talk about Children-One) leiteten die Ärzte eine Kinder fokussierte Besprechung mit den Eltern und gaben Informationen wie sie das Kind unterstützen können. Es beinhaltet eine bis zwei Sitzungen, die minimale Besprechungszeit war 15 Minuten. Die Kinder waren nicht in der Behandlung eingeschlossen.</p>
<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Die Eltern gaben in folgenden Bereichen signifikante Unterschiede an: Selbstakzeptanz, Scham, Stigma, Verstehen der Kinder, Paarbeziehung, Beziehung zu den Kindern, Beziehung zwischen den Kindern, Zuversicht im Elternsein, adäquat sein als Eltern, Ideen für Elternsein, Zuversicht für die Zukunft, Zuversicht für die Zukunft der Kinder, Zuversicht für die Zukunft der Familie, eigenes Wohlbefinden, Sorgen um die Kinder.</p> <p>Die Beziehung zu den Ärzten war laut den Aussagen der Mütter gut oder sehr gut in 71% von den LT-1 Eltern und 86% von den FTI Eltern. Neutral gab 25%/14% an und eher schlecht 5%/0%. Sehr schlecht gab niemand</p>

<p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>an und es gab keine statistische Divergenz zwischen den Gruppen.</p> <p>Die meisten Eltern gaben an, dass sie alles diskutieren konnten, was sie wollten in den beiden Gruppen. Vier Eltern der LT-1 Gruppe (10%) und drei Eltern der FTI Gruppe (7%) gaben an nur teilweise zufrieden zu sein und ein LT-1 Patient (2%) gab an fast nicht über das Diskutierte sprechen zu wollen.</p> <p>Alle FTI Patienten und 83% von den LT-1 Patienten gaben an weiter über Familie und Kind zu sprechen in den klinischen Behandlungen nach der Intervention.</p> <p>Die FTI Intervention wurde nützlicher empfunden wie die LT-1 Intervention (<math>p=0.01</math>). Neun Kinder der FTI Gruppe (23%) und sieben Kinder der LT-1 Gruppe sind für weitere Behandlung weiterverwiesen worden. Es gab aber keinen signifikanten Unterschied. Die Familienberatung wurde in der FTI Gruppe signifikant mehr weiterempfohlen als in der LT-1 Gruppe.</p> <p>Die Kinder fanden die FTI leicht zu 77%, nicht einfach aber auch nicht schwer zu 21% und schwierig zu 2%. Die Familien Behandlung war schwieriger für die Kinder.</p> <p>Die Kinder gaben an, dass die Ärzte sie sehr gut verstanden zu 64% und gut verstanden zu 36%.</p> <p>Die Kinder konnten zu 95% mitteilen was sie wollten.</p> <p>Die meisten Kinder würden die Behandlung weiterempfehlen (85%).</p> <p>Die Hälfte der Kinder gab an, dass die Intervention es vereinfacht hat mit den Eltern zu sprechen und habe den Eltern geholfen sie besser zu verstehen.</p> <p>Die Mehrheit meinte die Intervention habe ihnen geholfen.</p> <p>Die Hälfte merkte eine Verbesserung in der den elterlichen Sorgen, eine andere Hälfte (46%) gab keine Veränderung an und ein Kind (4%) gab eine Verstärkung an.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Studien sagen aus, dass kinderzentrierte präventive Interventionen erfolgreich in das psychiatrische Setting für Erwachsene übertragen werden können und dass sie geschätzt und willkommen geheissen werden bei Eltern und Kindern. Das wichtigste ist, dass die Studie den psychiatrischen Patienten und deren Kinder eine Stimme gibt.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Acht Familien haben die Studie verlassen vor dem ersten Assessment oder der Intervention und zwei Familien verliessen die Studien während</p>

	den Interventionen. Die Gründe dafür wurden nicht genannt.
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for the occupational practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Beide Interventionen wurden von den Eltern positiv angesehen. Die Interventionen gaben den Kindern, Eltern und Ärzten einen Rahmen um über wichtige Themen zu sprechen. Es ist wichtig, dass sowohl die Eltern wie auch die Kinder die Interventionen positiv wahrnehmen. So können sie über Themen der Familie sprechen, fühlen sich verstanden durch die Ärzte und die grössere Mehrheit fühlte sich besser nach den Gesprächen. Es ist wichtig, dass der Nutzen von präventiven Interventionen in der Behandlungen erkannt wird. Beide Interventionen sind nützlich um Kinder, welche eine Behandlung benötigen zu identifizieren. Das Ziel, dass die Familien auch nach der Interventionen über die wichtige Themen sprechen, ist laut den Autorinnen und Autoren erreicht worden.</p> <p>Die Eltern gaben an zu welchem Zeitpunkt die Interventionen am besten wären. 60% der LT-1 Patienten fanden sie am geeignetsten in einem frühen Stadium der Behandlung. Die FTI Eltern waren unentschlossen zwischen dem frühen und späten Stadium. Die Diskussion mit einem anwesenden Kind sei viel anspruchsvoller als nur mit einem Arzt oder einem Ehegatte.</p> <p>Die kleine Anzahl von Rückmeldungen auf die Ausschreibung und verbalen Anfragen sagen laut der Studie aus, dass das psychische Krankheiten immer noch ein Tabuthema sind. Jedoch schreiben sie in der Limitationen, dass die geringe Teilnehmeranzahl, wie auch in anderen Studien beschrieben, im Zusammenhang stehen könnte, dass kein Bedürfnis für die Intervention vorhanden ist. Eine weitere Vermutung für die geringe Teilnehmeranzahl ist, dass alle Familienmitglieder der Studie zustimmen mussten.</p> <p>Hier ist anzumerken, dass die Fragen 1-2 Wochen nach Intervention gesendet wurden. Aussagekräftiger wäre es, wenn nach 2-3 Monaten ein Fragebogen gesendet würde.</p> <p>Die FTI Intervention bringt in verschiedenen Bereichen mehr Nutzen, was zu vergleichen ist mit anderen Resultaten von Studien. Diese sagen aus, dass je länger und je interaktiver eine Intervention gestaltet wird, desto effektiver ist sie. Weiter ist anzumerken, dass auch nur eine kurze Besprechung mit Eltern über ihr Kind und psychoedukation über Resilienz bringt den Eltern Nutzen. Das Elternsein wird somit unterstützt und die Zukunftsperspektiven verbessert. So meldete ein Vater zurück, dass diese Kurzintervention seine Heirat gerettet hat. Die Hypothese der Autoren dazu ist es, dass diese LT-1 Intervention einen Weg aufzeigt über ein Thema zu sprechen, Leitlinien für das Elternsein gibt und die eigenen Stärken und Kapazitäten aufzeigt.</p> <p>70% der FTI Eltern und 40% der LT-1 Eltern gaben an, dass sie sich nach den Interventionen besser fühlen. Die Möglichkeit, ihre Sorgen über und mit der Familie zu teilen, und zu lernen mit Problemen umzugehen gibt</p>

	<p>den Familienmitglieder das Gefühl von Befähigung und Familienzusammenhalt.</p> <p>Als eine weitere Limitation wurde angegeben, dass mehr Assessments gebraucht werden könnten wie z.B direkte Interviews. Zudem stimmten die Gesundheitsorganisationen auf freiwilliger Basis der Studie zu, was die Ergebnisse beeinflusst haben könnte.</p>
--	--

Anhang 3.5: Studie 5

**Critical Review Form – Quantitative Studies**

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

**McMaster University**

<p><b>CITATION</b></p>	<p>Valdenz, C. R., Mills, C. M., Barrueco, S., Leis, J. &amp; Riley, A. W. (2011). A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. <i>Journal of Family Therapy</i>, 33, 3-19.</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and your research question?</p> <p>Die Studie will den Effekt der Keeping Families Strong Intervention (KFS)</p> <p>auf das Kind, die Eltern und die Funktionsweisen der Familien herausfinden. Zudem untersuchen sie die Eignung der Intervention für Familien. Hypothesen werden keine gebildet. Es besteht in der Studie kein direkter Bezug zur Ergotherapie, da sie von Ärzten durchgeführt wurde. Jedoch liefert uns die Studie eine Intervention für Mütter mit Depressionen aus Bezugswissenschaften, was passend auf unsere Fragestellung ist.</p>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Die Hintergrundliteratur der Studie zeigt auf, dass Familien von Mütter mit Depressionen verminderte Kommunikation, fehlende elterliche Wärme, verminderte positive Aktivitäten und erhöhter familiärer Stress erfahren. Um dem positiv entgegen zu wirken wurde KFS, eine familienzentrierte Intervention, entwickelt und dessen Wirksamkeit auf die Eltern und Kindern in dieser Studie erforscht. Es wird aufgezeigt, dass es schon Literatur zu den Auswirkungen der Depression der Mutter auf die Familie gibt. Zudem wird die FKS Intervention und die darin enthaltenen Interventionen beschrieben. Die Notwendigkeit von familienbasierten Therapien wird begründet mit der Auswirkung der Depression der Mutter auf das ganze System.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Vorher-Nachher Design:</p> <p>Die Studie misst verschiedene Faktoren mit Pre-Interventions Erfassung und Post-Interventions Erfassung bei den Klientengruppen Mütter</p>

<input type="checkbox"/> single case design <input checked="" type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<p>und Kinder. Die zehn Mütter, sowie deren Kinder haben eine Woche vor und eine Woche nach der Intervention 14 verschiedene Assessments ausgeführt. Aus den Mittelwerten der Assessments wurde die Effektgrösse errechnet. Das Design ist angemessen, da die Autorinnen keinem Klientel die Therapie vorenthalten möchten. So ist es ethisch vertretbar. Jedoch beschreiben die Autorinnen, dass es eine Limitation ist keine Kontrollgruppe zu haben. Dieses Design ist geeignet um den Effekt der Intervention zu erforschen, was ja das Ziel der Studie war. Falls dies eine Pilotstudie ist, wäre es angebrachter eine Fallstudie oder ein Querschnitt-Design zu machen um zu wissen welche Variablen gemessen werden müssen um das Ziel der Studie zu erreichen. Jedoch ist in den Vorstudien zu erkennen, dass die Auswirkungen der Depressionen auf die Familien und mögliche Lösungsansätze erforscht wurden.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Da viele Assessments vorhanden sind, ist es schwierig die Resultate zu interpretieren. Die kleine Stichprobe und das Fehlen der Kontrollgruppe können Ergebnisse verzerren.</p> <p>Das Verwenden der Effektgrösse zur Datenanalyse ist sehr gut geeignet, da diese gut eine Aussage über die Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis machen kann.</p>
<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N =</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <p>Was sample size justified?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Zehn Müttern welche momentan an Depressionen leiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 29-53 Jahre Alt</li> <li>- 67% Arbeitslos</li> <li>- 60% Frauen mit weisser Hautfarbe</li> <li>- 50% alleinstehend, 30% geschieden oder getrennt, 20% verwitwet</li> <li>- durchschnittlich 2,3 Kinder pro Mutter</li> <li>- 16 Kinder im Alter zwischen 9-16, davon zwischen 4-8 Kinder in jeder Intervention</li> </ul> <p>Einschlusskriterium:          -genug stabil, um sich auf die Familie konzentrieren zu können</p> <p>Ausschlusskriterien:          - Mütter mit Psychosen, Substanzmissbrauch und Lernschwierigkeiten          - Kinder mit schweren psychischen Problemen</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</p> <p>Nein, es wurde nur erwähnt, dass von 17 Familien 10 Familien 90% der Interventionen und das Assessment nach der Interventionen durchführten.</p>

	<p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>In der Studie wird erwähnt, dass die Familien eine schriftliche Zustimmung zu der ethischen Prozedur der Interventionen gaben.</p>							
<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Bei gewissen Assessments wird eine hohe Reliabilität angegeben, andere werden nicht angegeben</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Selten wurde die Validität des Assessments angegeben</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Es gab eine Woche vor der Intervention und eine Woche nach der Intervention eine Messung.</p> <table border="1" data-bbox="536 591 1418 2018"> <thead> <tr> <th data-bbox="536 591 971 629">Outcome areas:</th> <th data-bbox="971 591 1418 629">List measures used.:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="536 629 971 1122"> <p>Von den Eltern erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen auf die Kinder</li> <li>- elterliches Verhalten</li> <li>- Umwelt von Familie/ Paar</li> </ul> <p>Mütterliche Gesundheit: soziale Unterstützung und Gesundheit</p> </td> <td data-bbox="971 629 1418 1122"> <p>BASC (Behavior assessment system)</p> <p>APQ (Alabama parenting questionnaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- akzeptierbare Reliabilität und gute Validität</li> </ul> <p>FTRI (Family times and routines index)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gute Reliabilität</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="536 1122 971 2018"> <p>Von den Kindern erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen auf die Kinder</li> <li>- elterliches Verhalten</li> <li>- Umwelt von Familie/ Paar</li> </ul> </td> <td data-bbox="971 1122 1418 2018"> <p>DAS (Dyadic adjustment scale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hohe Reliabilität</li> </ul> <p>FAD (Family assessment device)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gute Reliabilität</li> </ul> <p>BSI (Brief symptom inventory)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hohe Reliabilität und Validität</li> <li>Ordinalskaliert</li> </ul> <p>MSPSS (Multidimensional scale of perceived social support)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sehr hohe Reliabilität</li> </ul> <p>SF-36 (36-item questionnaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exzellente Reliabilität und Validität</li> <li>Ordinalskaliert</li> </ul> <p>BASC (Behaviour assessment system for children)</p> <p>CES (Coping efficacy scale )</p> </td> </tr> </tbody> </table>		Outcome areas:	List measures used.:	<p>Von den Eltern erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen auf die Kinder</li> <li>- elterliches Verhalten</li> <li>- Umwelt von Familie/ Paar</li> </ul> <p>Mütterliche Gesundheit: soziale Unterstützung und Gesundheit</p>	<p>BASC (Behavior assessment system)</p> <p>APQ (Alabama parenting questionnaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- akzeptierbare Reliabilität und gute Validität</li> </ul> <p>FTRI (Family times and routines index)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gute Reliabilität</li> </ul>	<p>Von den Kindern erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen auf die Kinder</li> <li>- elterliches Verhalten</li> <li>- Umwelt von Familie/ Paar</li> </ul>	<p>DAS (Dyadic adjustment scale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hohe Reliabilität</li> </ul> <p>FAD (Family assessment device)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gute Reliabilität</li> </ul> <p>BSI (Brief symptom inventory)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hohe Reliabilität und Validität</li> <li>Ordinalskaliert</li> </ul> <p>MSPSS (Multidimensional scale of perceived social support)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sehr hohe Reliabilität</li> </ul> <p>SF-36 (36-item questionnaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exzellente Reliabilität und Validität</li> <li>Ordinalskaliert</li> </ul> <p>BASC (Behaviour assessment system for children)</p> <p>CES (Coping efficacy scale )</p>
Outcome areas:	List measures used.:							
<p>Von den Eltern erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen auf die Kinder</li> <li>- elterliches Verhalten</li> <li>- Umwelt von Familie/ Paar</li> </ul> <p>Mütterliche Gesundheit: soziale Unterstützung und Gesundheit</p>	<p>BASC (Behavior assessment system)</p> <p>APQ (Alabama parenting questionnaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- akzeptierbare Reliabilität und gute Validität</li> </ul> <p>FTRI (Family times and routines index)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gute Reliabilität</li> </ul>							
<p>Von den Kindern erfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen auf die Kinder</li> <li>- elterliches Verhalten</li> <li>- Umwelt von Familie/ Paar</li> </ul>	<p>DAS (Dyadic adjustment scale)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hohe Reliabilität</li> </ul> <p>FAD (Family assessment device)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gute Reliabilität</li> </ul> <p>BSI (Brief symptom inventory)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hohe Reliabilität und Validität</li> <li>Ordinalskaliert</li> </ul> <p>MSPSS (Multidimensional scale of perceived social support)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sehr hohe Reliabilität</li> </ul> <p>SF-36 (36-item questionnaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exzellente Reliabilität und Validität</li> <li>Ordinalskaliert</li> </ul> <p>BASC (Behaviour assessment system for children)</p> <p>CES (Coping efficacy scale )</p>							

		<p>- keine Angaben</p> <p>CCSC (Children's coping strategies checklist)</p> <p>-keine Angabe</p> <p>APQ (Alabama parenting questionnaire)</p> <p>- gute bis mittlere Reliabilität</p> <p>CRPBI (children's report of parental behaviour inventory)</p> <p>- gute Reliabilität</p> <p>LER (life events record)</p> <p>keine Angabe</p>
<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational practice?</p> <p>Die Familien erhielten ein zehn wöchiges Multifamilien Programm. Dieses beinhaltet Gruppen für die Eltern und Gruppen für die Kinder. Diese fanden aber nicht zur gleichen Zeit statt. Ebenso fanden Gruppen für die ganze Familien statt. Vor jeder Sitzung assen die Ärzte und die Familien zusammen ein Abendessen, um ein vertrauensvolles Umfeld zu generieren und ein Netzwerk unter den Familien zu knüpfen. Die Sitzungen begannen jeweils mit einem Rückblick auf die Aufgaben, welche sie zu Hause zu erledigen hatten. Danach folgte eine Präsentation und anschliessend eine Diskussion zu einem Thema. Regelmässig wurden auch Rollenspiele und andere mit Partizipation verknüpfte Aktivitäten ausgeführt (z.B ein Film herstellen). Am Schluss wurde ein neuer Auftrag für zu Hause aufgetragen. Diese Aufgaben bestehen aus strukturierten Aktivitäten, welche den Eltern helfen sollen praktische Fähigkeiten zu trainieren, die Kommunikation zu verbessern und so einen Übertrag vom Erlernten in die Umsetzung zu generieren. Die Aktivitäten für zu Hause variierten in Inhalt und Ziel und wurden sowohl den Eltern wie auch den Kindern instruiert. Beispielsweise gab es die Aufgabe 15 Minuten zusammen eine schöne Aktivität auszuführen oder gemeinsam über ein wichtiges Familienthema zu sprechen.</p> <p>Vier Wochen nach der letzten Sitzung begannen zwei zusätzliche Auffrischungssessionen mit vier Wochen Abstand. In der ersten Session (Kindergruppen und Elterngruppen) konnten die Teilnehmer über den Prozess, Ziele, Schwierigkeiten und neu erprobtes austauschen. In der weiteren Session traf sich jede Familie einzeln mit der Stellvertretenden Leitung. Sie diskutierten die Erfahrungen der Familien mit Gruppen- und Einzelsessionen, Aufgaben die sie zu Hause zu lösen hatten und sie schauten gemeinsam zurück auf die Barrieren und die positiven Erfahrungen. Die Session endete mit einem Gespräch über Stärken,</p>	



<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	<p>Entwicklungen und Zukunftsaussichten. Die Sessionen wurden von lokalen Ärzten unter Supervision von Studienärzten durchgeführt.</p> <p>Da der Inhalt, die konkreten Aufgaben und Themen nicht detailliert beschrieben sind ist eine direkte Umsetzung in der Ergotherapie eher schwierig. Die Rahmenbedingungen und Grundidee der Intervention könnten jedoch übernommen werden.</p>
<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Die Studie misst die Effekt Grösse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grosse Verbesserung im Familienzusammenhalt</li> <li>- eine kleine Besserung im Familienmanagement, Teilnahme am gemeinsamen Essen und in Familienhaushalt</li> <li>- Mässige Verbesserungen gab es im Paarzusammenhalt</li> <li>- keine signifikanten Verbesserungen bezüglich Stressoren zurück</li> <li>- grosse Verbesserungen in der eigenen Gesundheit und im eigenen Funktionieren an (somatischen Symptomen, Angst)</li> <li>- moderate Verbesserung in den depressiven Symptome sowie interpersonellen Sensitivität</li> <li>- Kleine Verbesserungen sind in den anderen Gebieten vom BSI ersichtlich</li> <li>- Shortform 36-item questionnaire: grosse Reduktion von Schmerzen, moderate Verbesserung im Energie Level, den Limitationen von körperlicher Gesundheit und im emotionalen Wohlbefinden</li> <li>- Kleine Verbesserungen im sozialen Funktionieren und der gesamten Gesundheit</li> <li>- Moderate bis kleine Verbesserungen bei der sozialen Unterstützung, in der Beziehung zur Familie, Freunden und anderen wichtigen Personen</li> <li>- keine Verbesserungen bei der Symptomen der BSI Skala an</li> </ul> <p>Die statistische Signifikanz wurde nicht erhoben, die Effektgrösse ist jedoch ein gutes Instrument um die Bedeutung der Ergebnisse für die Praxis zu errechnen. In der Limitationen wurde die geringe Grösse der Stichprobe als Kritik angegeben.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Pilotstudie schlägt die KFS als eine Intervention vor, um Schwierigkeiten von Familien, bei welchen Mütter an Depressionen leiden, zu mildern. Die Studie zeigt Verbesserungen auf, besonders in der Familienaktivitäten und Familienzusammenhalt, verbunden mit Verbesserungen in der eigenen emotionalen, sozialen und körperlichen Funktionieren.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p>

<input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No	<p>In der Studie wird erläutert, dass sie die Anzahl der Familien verringerte von 17 auf 10. Denn nur 10 Familien besuchten 90% der Sitzungen und absolvierten das Post-Interventions Assessment. Es gab 7 Ausstiege auf Grund zu geringen Therapiebesuche (weniger als 5) durch Zunahme der Depression, schwere Probleme der Kinder und andere Stressoren wie Umzug und Krebs.</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Studie kam zum Schluss, dass KFS ein möglicher Ansatz ist, um die Schwierigkeiten der Familien mit Mütter mit Depressionen zu vermindern. Über verschiedene Domänen hinweg führt die Intervention zu positiven Veränderungen. Lediglich ein erhöhtes Fehlverhalten in der Schule wurde festgestellt. Weitere Bemühungen müssten gemacht werden, um die Intervention kultursensibel zu machen. Die Studie zeigt auf, dass auch in der Ergotherapie die Therapeuten mit familienzentrierten Ansätzen arbeiten sollen. Der ganzheitliche Familienansatz ist wichtig in der Behandlung von Mütter mit Depressionen in der Ergotherapie.</p> <p>Die Limitationen dieser Studien waren die geringen Teilnehmeranzahl und das Fehlen einer Kontrollgruppe. Dadurch wird die Interpretation und Generalisierung der Ergebnisse limitiert.</p>