



**Bachelorarbeit**

# **Elternarbeit als ergotherapeutische Intervention**

**wie die Performanz von Kindern mit Autismus Spektrum  
Störung verbessert werden kann**

---

**Carisch Anita S11486453**

**Messerli Samira S11486560**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Ergotherapie</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>2011</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>02. Mai 2014</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Heidrun Becker</b>

# Elternarbeit als ergotherapeutische Intervention



Abbildung 1

wie die Performanz von Kindern mit Autismus Spektrum  
Störungen verbessert werden kann

Bachelorarbeit von Anita Carisch & Samira Messerli, Mai 2014

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	1
Einleitung .....	2
Grundlegendes.....	2
Darstellung der aktuellen Situation .....	2
Warum Elternarbeit? .....	3
Warum Kinder mit Autismus Spektrum Störung? .....	4
Relevanz für die Praxis.....	4
Fragestellung.....	5
Ziel .....	5
Abgrenzung .....	5
Theoretischer Hintergrund .....	5
Wichtige Begriffe Erläutern .....	7
Methodenteil.....	9
Design der Arbeit.....	9
Ein- und Ausschlusskriterien .....	9
Methodisches Vorgehen.....	10
Grafische Darstellung des Selektionsprozesses .....	13
Beurteilungen der Hauptstudien.....	14
Studienmatrix .....	15
Studie von Aldred, et. al. (2004).....	17
Studie von Carter et al. (2011) .....	20
Studie von Dunn et al. (2012).....	23
Studie von Graham et al. (2010) .....	26
Studie von Graham et al (2013) .....	29
Studie von Green et al. (2010) .....	32
Studie von Ozonoff et al. (1998) .....	35
Studie von Solomon et al. (2007).....	38
Studie von Whittingham et al (2009) .....	41
Ergebnisse.....	44
Diskussion.....	45
Bezug zur Fragestellung.....	46
Klientel.....	47
Setting .....	48
Inhalt der Intervention .....	49

Intensität.....	50
Bezug zum theoretischem Hintergrund (OTIPM) .....	52
Schlussfolgerung .....	53
Theorie-Praxis Transfer .....	54
Limitationen .....	58
Forschungsempfehlungen.....	58
Verzeichnisse .....	59
Literaturverzeichnis .....	59
Abbildungsverzeichnis .....	66
Tabellenverzeichnis.....	67
Danksagung .....	68
Eigenständigkeitserklärung.....	69
Anhang .....	70
Glossar Abkürzungen .....	70
Glossar Begriffserklärungen .....	71
Resultate der Datenbanksuche .....	74
Detaillierte Beurteilung der Hauptstudien nach Law et. al (1998a) .....	82
Wortanzahl.....	113



## Abstract

*Hintergrund:* In der Schweiz kommen jährlich rund 550 Kinder zur Welt, bei denen im Kindesalter eine Autismus Spektrum Störung (ASS) diagnostiziert wird. Kinder mit ASS zeigen oft Betätigungsprobleme in allen Lebensbereichen. Etablierte Interventionen bei Kindern mit ASS sind sehr zeitaufwändig und kostenintensiv.

*Ziel:* Die vorliegende Bachelorarbeit hat zum Ziel, die Effektivität von Behandlungsansätzen der Elternarbeit bei Kindern mit ASS zu vergleichen und Hinweise für die Praxis zu geben.

*Methode:* Mittels Literaturrecherchen in den Datenbanken Medline, PsycInfo und CINAHL wurden Studien gesucht, welche sich mit dieser Frage befassten. Neun Hauptstudien, welche eine Verbesserung der Performanz von Kindern mit ASS mittels Elternarbeit zum Ziel hatten, wurden beurteilt und verglichen.

*Resultate:* Sieben der neun Hauptstudien zeigten positive Ergebnisse in Bezug auf die Performanz von Kindern mit ASS. Die übrigen zwei Studien konnten keine Verbesserung aufzeigen.

*Schlussfolgerung:* Für die Praxis empfehlen die Verfasserinnen aufgrund der Literatur, in der Elternarbeit bei Kindern mit ASS die Ziele gemeinsam mit der Familie zu setzen und 6-10 Interventionen, vorzugsweise im natürlichen Umfeld des Kindes durchzuführen. Zusätzlich zu den individuellen Therapieeinheiten empfiehlt die Literatur, auch Gruppensitzungen anzubieten, damit sich betroffene Familien austauschen können. Weiter werden die besten Erfolge erzielt, wenn die Familien gemeinsam mit der Therapeutin Strategien erarbeiten, welche sie auf verschiedene Situationen anwenden können.

Keywords: support, parent, occupational therapy, autism, child, performance

## Einleitung

„Das kleinste Kapitel eigener Erfahrungen ist mehr wert als Millionen fremder Erfahrungen.“

(Gotthold Ephraim Lessing, 2000 S.67)

Lessing zeigt uns mit diesem Zitat auf, dass auch der grösste Experte den Erfahrungen seiner Klienten Beachtung schenken muss. Denn jeder Klient kennt sich, seinen Körper und sein Verhalten am besten. Übertragen wir diese Erkenntnis auf die pädiatrische Ergotherapie, so heisst dies, dass die Kinder und deren Eltern einen grossen Stellenwert in der Therapieplanung und Durchführung einnehmen müssen. In dieser Bachelorarbeit soll vor allem die Betreuung der Eltern als Ressource für die Verbesserung der *Performanz* von Kindern mit Autismus Spektrum Störung (ASS) untersucht werden. Denn niemand verfügt über mehr Erfahrung mit einem Kind als die eigenen Eltern.

### Grundlegendes

In dieser Arbeit werden Aussagen aus Studien als Bemerkungen der Autoren bezeichnet, während Anita Carisch und Samira Messerli als Verfasserinnen dieser Arbeit deklariert werden.

In der gesamten Arbeit wird mit der männlichen Schreibweise auch die weibliche Form miteingeschlossen.

Kursiv markierte Wörter werden im „Glossar Begriffserklärungen“ im Anhang erläutert.

### Darstellung der aktuellen Situation

Das behandelte Thema dieser Bachelorarbeit wurde 2013 vom Inselspital Bern als Praxis-Partner-Thema eingereicht. Das Team der Ergotherapie möchte die Betreuung von Eltern mit Kindern mit ASS auf einem *evidenzbasierten* Ansatz aufbauen. Zum jetzigen Zeitpunkt werden die Eltern zu Beginn der Intervention bei der Zielsetzung sowie bei der Evaluation systematisch einbezogen. Diese Arbeit soll den Praxispartner Hinweise für die Umsetzung der Elternarbeit bei Kindern mit Autismus Spektrum Störung unter Einbezug von aktueller Literatur geben.

## Warum Elternarbeit?

Die Betreuung und *Beratung* von Klienten ist ein wichtiger Bestandteil der ergotherapeutischen Praxis (Hanna & Rodgers, 2002, Case-Smith & Abersman, 2008). Laut der Canadian Association of Occupational Therapists (2012) und Townsend und Polatajko (2007) ist Coaching, als eine Form von Betreuung, eine der sogenannten „enablement skills“ und spielt folglich eine wichtige Rolle in der ergotherapeutischen Praxis.

Gemäss Hanna et al. (2002) wurde bis in den 80-er Jahren in der pädiatrischen Ergotherapie mehrheitlich mit einem „child-focused“-Ansatz gearbeitet. Dabei war der Therapeut der Experte und die Eltern nahmen eine passive Rolle ein. Mit dem Paradigmenwechsel und dem Aufkommen von „family-centered-practice“ wurden die Familien vermehrt in die Behandlung ihrer Kinder einbezogen. Die daraus entstandene „Collaborative parent-therapist partnership“ wird nach Rosenbaum, King, Law, King, und Evans (1998) wie folgt definiert: „Die Therapeuten verfügen über das Wissen der Behandlungen und die Eltern sind die Experten ihres Kindes und ihrer Familie, mit all deren Stärken, Bedürfnissen und Werten“. Diese Definition unterstützt den Hinweis, dass die Betreuung individuell an die jeweilige Familie angepasst werden muss (Hanna et al., 2002). Der Einbezug der Eltern in die Behandlung erhöht nicht nur die Zufriedenheit, sondern hat auch einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit von Eltern mit Kindern mit ASS (Tonge, Brereton, Kiomall, Mackinnon, King, Ninehart, 2006, Kaiser, Hancock, Nietfeld, 2000).

Galvin und Miller-Kuhaneck (2004) bestätigen die Wichtigkeit des Miteinbeziehens der verschiedenen Familienmitglieder in die Therapie bei Kindern mit ASS.

Verschiedene Forschungen bestätigen, dass die Eltern einen effektiven Beitrag an das Outcome ihres Kindes leisten können, wenn sie von Fachpersonen unterstützt werden (Bibby, Elikeseth, Martin, Mudford & Reeves, 2002, Diggle, McConachie & Randle, 2009, in Galvin et al., 2004, S.75) Folglich ist auch die therapeutische Arbeit mit Eltern von Kindern mit ASS von grosser Bedeutung.

## Warum Kinder mit Autismus Spektrum Störung?

In der Schweiz sind 0.6 bis 0.8 Prozent der Gesamtbevölkerung mit einer Autismus Spektrum Störung diagnostiziert. Da in der Schweiz etwa 80'000 Kinder pro Jahr zur geboren werden, schätzt man, dass jährlich 480 bis 640 Kinder mit einer autistischen Störung zur Welt kommen (Gundelfinger, 2013). Laut Case-Smith et al. (2008) haben Kinder mit einer ASS ein weites Spektrum an *Betätigungsproblemen*, welche ihre volle *Partizipation* in der Schule, Zuhause und in ihrem sozialen Umfeld einschränken. Eine häufige Problematik bei Kindern mit ASS sind Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion, weshalb viele Interventionen auf die Verbesserung der Kommunikation abzielen (Gevers, Clifford, Mager & Boer, 2006). Weiter zeigen Kinder mit ASS oftmals Verhaltensauffälligkeiten (Horner, Carr, Strain Todd & Reed, 2002). Im Spiel, dem primären Betätigungsbereich von Kindern, zeigen Kindern mit ASS zudem häufig nicht ein altersgemässes Verhalten (Case-Smith et al., 2008). Als Experten in der Analyse und Adaptation von Betätigungen sind Ergotherapeuten geeignete Fachpersonen, um mit Kindern mit ASS und deren Eltern zu arbeiten (Case-Smith et al. 2008). Zudem besagen Galvin et al. (2004), dass Ergotherapeuten speziell qualifiziert sind, um den Problemen der Eltern von Kinder mit ASS kompetent zu begegnen.

## Relevanz für die Praxis

Im Rahmen der Veränderungen des Gesundheitswesens und damit auch der Ergotherapie, gewinnt die Elternarbeit an Bedeutung (Hanna et al., 2002). Die Eltern sind unverzichtbarer Partner der Therapie, da sie den Transfer in den Alltag gewährleisten (Dernick, 2012). Gemäss Fisher (2009) wird in der Ergotherapie nie eine einzelne Person, sondern immer ein gesamtes System behandelt.

Laut Rajower, Laâmir und Rudaz (2013) hat die Invaliden Versicherung im Jahr 2012 bei rund 2600 Kindern mit Autismus knapp 22 Millionen Franken für medizinische Massnahmen vergütet, was einem durchschnittlichen Betrag von 8130 Fr. pro Kind entspricht. Mit dieser Zahl wird deutlich, dass medizinische Massnahmen, wie beispielsweise die Ergotherapie, hohe Kosten verursachen. Elternarbeit kann laut Thompson, Penney, Schuchmann und Burke (1996) dazu beitragen, diese Kosten möglichst gering zu halten. Gemäss den Autoren wäre diese Behandlungsform über 50% günstiger als herkömmliche Methoden.

Zudem werden Eltern durch geeignete Betreuung befähigt mit herausfordernden Situationen umzugehen und die Familie wird in ihrer Autonomie gestärkt. Dies entspricht dem aktuellen klientenzentrierten Paradigma der Ergotherapie (ErgotherapeutInnen Verband Schweiz [EVS], 2005).

### Fragestellung

Wie wirken sich verschiedene Behandlungsansätze der Elternarbeit auf die *Performanz* von Kindern mit Autismus Spektrum Störungen aus?

### Ziel

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Auswirkungen verschiedener Behandlungsansätze der Elternarbeit auf die *Performanz* von Kindern mit Autismus Spektrum Störung zu beurteilen. Die evaluierten Interventionen werden im Anschluss verglichen und in die Ansätze des Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) eingeteilt. Daraus folgen Hinweise für die Praxis bezüglich der Wirksamkeit und Anwendbarkeit der Interventionen.

### Abgrenzung

Diese Arbeit befasst sich hauptsächlich mit Elternarbeit, bei welchen die Kinder eine Diagnose im Autismus Spektrum haben. Einzige Ausnahme ist das Occupational Performance Coaching (OPC) von Fiona Graham, da dieses Programm diagnoseunabhängig entwickelt wurde.

### Theoretischer Hintergrund

Als theoretischer ergotherapeutischer Hintergrund wird in dieser Arbeit das Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM), welches 2009 von Anne Fisher entwickelt wurde, verwendet (vgl. Abb. 2). Sie beschreibt das OTIPM als „*a way of thinking about occupational therapy and enables occupational therapists to practice in a manner that stresses our unique focus on occupation*“. Anne Fisher (2009) unterscheidet vier Ansätze für die ergotherapeutische Behandlung. Der Ansatz „compensatory model“ befasst sich hauptsächlich mit Kompensation. Dazu gehören Hilfsmitteln und Umwelтанpassungen, sowie Veränderungen in der Art und Weise, wie eine Aktivität ausgeführt wird. Beim Ansatz „model for education and

teaching” ist das Ziel, dass Angehörige und Betreuungspersonen des Klienten im Umgang geschult werden, damit diese den Klienten in der Bewältigung seiner Betätigungsschwierigkeiten bestmöglich unterstützen können. Beim Ansatz „model for occupational skills training – aquisitorial model“ liegt der Fokus auf dem *Training* von verlorengewangenen oder nie vorhanden gewesenen Fertigkeiten, welche eine Person benötigt um die gewünschte Aktivität auszuführen. Der Ansatz des „model for enhancement of person factors and body functions- restorative model“ hat zum Ziel, Körperfunktionen und Strukturen aufzubauen und zu trainieren. Das OTIPM ist für die Fragestellung dieser Arbeit gut geeignet, weil es von einer klientenzentrierten und betätigungs-basierten Ergotherapie ausgeht. Des Weiteren wird im OTIPM beschrieben, dass die Ergotherapeuten oft mit “client constellations” arbeitet, was bedeutet, dass neben der Person, welche ein Betätigungsproblem hat, noch weitere Personen beteiligt sind. Die Interventionen, welche in der vorliegenden Arbeit verglichen werden, werden im Diskussionsteil in die Ansätze des OTIPM eingeordnet um aufzuzeigen, inwiefern dass die Elternarbeit eine ergotherapeutische Intervention darstellt.

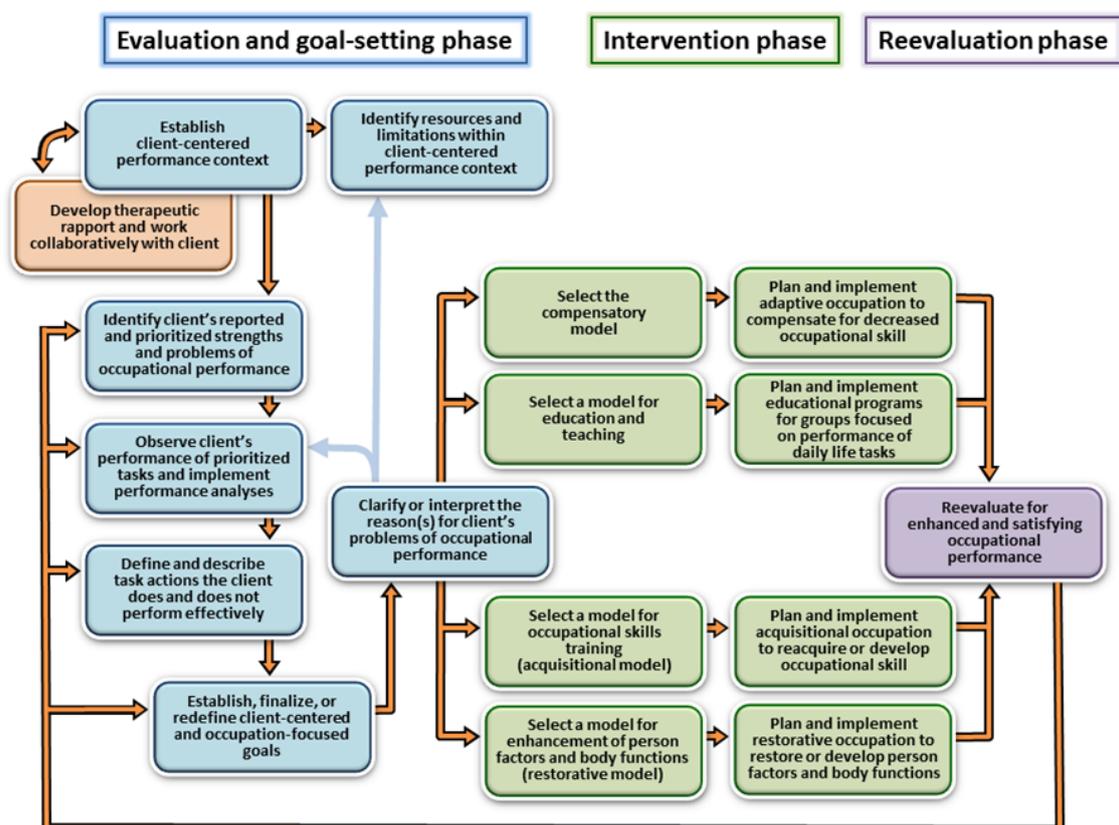


Abbildung 2

## Wichtige Begriffe Erläutern

### Eltern:

In dieser Arbeit werden unter dem Begriff „Eltern“ sowohl die biologischen Eltern eines Kindes, wie auch nicht verwandte primäre Bezugspersonen eingeschlossen.

### Autismus Spektrum Störung:

Unter diesem Begriff werden alle Formen des Autismus zusammengefasst. Dabei richten sich die Autoren nach der Definition des ICD-10-GM (World Health Organisation [WHO], 2013), welche dies folgendermassen definiert: „Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes.“

Die Pervasive developmental disorders (F84) Wird im ICD-10-Code als Überbegriff für alle Autismus Störungen angegeben und wird daher von den Verfasserinnen ebenfalls in der Literatursuche berücksichtigt.

### Kinder:

Laut UNICEF (k.D.) wird jeder Mensch, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat als Kind bezeichnet, sofern die Volljährigkeit nach dem anzuwendendem Recht nicht früher eintritt. In dieser Arbeit konzentrieren sich die Verfasserinnen auf Kinder unter 12 Jahren, um eine möglichst gute Übertragbarkeit in die Praxis generieren zu können. Ältere Kinder bis 18 Jahren werden nicht primär von der Literatursuche ausgeschlossen.

Elternarbeit:

Elternarbeit wird laut Bernitzke und Schlegel (2004) als ein elementarer Bestandteil der pädagogischen Arbeit, welcher auf einer partnerschaftlichen und dialogischen Kooperation zwischen den Eltern und den Fachpersonen beruht, definiert.

In dieser Arbeit dient der Begriff „Elternarbeit“ als Überbegriff für *Coaching, Beratung, Training* und *Schulung*. Dies, weil in den Studien verschiedene Begrifflichkeiten verwendet werden. Die Begriffe beziehen sich stets auf die Situation, dass eine Fachperson die Bezugspersonen eines Kindes mit ASS in der Bewältigung der *Betätigungsprobleme* unterstützt.

# Methodenteil

## Design der Arbeit

Die Bachelorarbeit richtet sich nach dem Leitfaden für Bachelorarbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW, 2012). Um die Fragestellung zu beantworten wird eine Literaturübersicht zum Thema „Elternarbeit bei Kinder mit Autismus Spektrum Störung“ erstellt. Die Ergebnisse der Literaturübersicht werden kritisch diskutiert und Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

## Ein- und Ausschlusskriterien

Bezogen auf die Fragestellung wurden inhaltliche Einschlusskriterien (vgl. Tab. 1) formuliert.

<b>Inhaltliche Einschlusskriterien für die Hauptstudien</b>	
Intervention	<ul style="list-style-type: none"><li>Die untersuchte Intervention ist eine Form des Elternarbeit (oder anders betitelt)</li></ul>
Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"><li>Quantitatives Studiendesign</li></ul>
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"><li>Kinder mit ASD, PDD oder Diagnosen welche unter diese Übergruppen fallen</li></ul>
Outcome	<ul style="list-style-type: none"><li>Das Outcome bezieht sich auf die <i>Performanz</i> der Kinder</li></ul>
Sprache/Kultur	<ul style="list-style-type: none"><li>Deutsch oder englischsprachige Literatur mit westlich orientierter Kultur</li></ul>
Publikationsjahr	<ul style="list-style-type: none"><li>Zwischen 1994-2014</li></ul>

Tabelle 1

Gefundene Studien wurden mittels inhaltlichen und methodologischen Ausschlusskriterien in Anlehnung an Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998a) (vgl. Tab. 2) weiter gefiltert. Der detaillierte Selektionsprozess wird im Abschnitt „Methodisches Vorgehen“ beschrieben.

<b>Ausschlusskriterien in Anlehnung an die Kriterien von Law et al (1998a)</b>	
Forschungsfrage /Forschungsziel	<ul style="list-style-type: none"><li>Die Forschungsfrage/das Ziel ist nicht deutlich beschrieben</li><li>Die Methodik und die Ergebnisse stimmen nicht mit der Forschungsfrage überein</li></ul>
Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"><li>Das Studiendesign ist nicht klar beschrieben und kann nicht abgeleitet werden</li><li>Es gibt keine Kontrollgruppe</li></ul>
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"><li>Die genaue Anzahl Teilnehmer wird nicht beschrieben</li></ul>
Datenerhebung und -analyse	<ul style="list-style-type: none"><li>Die Datenerhebung wird nicht oder ungenau beschrieben</li></ul>
Intervention	<ul style="list-style-type: none"><li>Der Therapeutische Aufwand beträgt mehr als 15h/Woche</li><li>Die Intervention wird nicht detailliert beschrieben</li></ul>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"><li>Die Ergebnisse beziehen sich nicht spezifisch auf die Performanz der Kinder</li><li>Die Ergebnisse werden nicht anhand statistischer Signifikanz dargestellt</li></ul>
Schlussfolgerung und Implikationen	<ul style="list-style-type: none"><li>Schlussfolgerungen werden nicht oder ungenau diskutiert</li></ul>

Tabelle 2

## Methodisches Vorgehen

Mittels geeigneten *Stich-* und *Schlagwörtern* wurde nach passender Literatur gesucht (vgl. Tab. 3). Die Literatursuche erstreckte sich vom September 2013 bis Ende Februar 2014. Dafür wurden die Datenbanken Medline, CINAHL und PsycINFO genutzt. Da die Verfasserinnen auf viele Suchresultate stiessen, haben sie stets den *Booleschen Operator* „AND“ für die verschiedenen Suchkombinationen verwendet, um möglichst nur die relevanten Suchergebnisse zu erhalten. Zudem wurden mittels *Schneeballsuche* weitere Artikel gefunden. Insgesamt ergaben sich durch diese Suche über 14'000 Treffer.

<b>Schlüsselwörter/ Stichwörter</b>	<b>Keywords</b>	<b>Synonyme, Unter- Oberbegriffe</b>	<b>Schlagwörter</b>
Eltern	Parents	Mothers, Fathers, Parenting, Parenthood	MeSH: Parents CINAHL Headings: Parents, Parental behavior
Ergotherapie	Occupational therapy	Occupational Therapist, Occupational Therapy service OT Occupation	MeSH: Occupational Therapy CINAHL Headings: occupational therapy pediatric occupational therapy
Beratung	Coaching	Education, Teaching, Teaching skills	MeSH / CINAHL Headings: Education, Teaching
Familienzentriert	„family- centered practice“	community- centered, home-based, homeprogram, family-orientated practice, family problem solving	MeSH / CINAHL Headings: Family, professional-family relationship
Kinder	Children	Child, Paediatrics, infant, youth, kids, toddler, preschool children	MeSH / CINAHL Headings: Child, Disabled Child
Autismus	Autism	Autism spectrum disorder, autistic, autistic disorder Pervasive development disorder, Asperger's Syndrome, development disability, PDD, ASD	MeSH: autism Autistic Disorder Child development disorder, pervasive CINAHL Headings: Autistic disorder, asperger syndrome, pervasive development disorder

Eltern als Co-therapeuten	Parents as co-therapists	Early teaching Intervention, Parent-directed Intervention, Parent-mediated, Parent-implemented, Parent training, behavior Intervention, Parent management, Parent education	MeSH: Teaching Program CINAHL Headings: Parenting education
Performanz	Performance	Social communication Social behavior, Social skills, Participation, play	MeSH / CINAHL Headings: Task Performance and analysis

**Tabelle 3**

Die Studien, welche aufgrund von Titel und Abstract als bedeutsam erachtet wurden, haben die Verfasserinnen gelesen und zusammengefasst (vgl. Tab. 8). Des Weiteren wurde die Studien auf die Relevanz für das Thema mittels den zuvor definierten Einschlusskriterien geprüft. Dreiundzwanzig Studien haben diese Kriterien erfüllt (vgl. Tab. 8, fett markiert und Abb. 4). Von diesen beschreiben drei eine spezifisch ergotherapeutische Intervention. Aus diesem Grund beschlossen die Verfasserinnen diese Artikel definitiv in die Arbeit einzuschliessen. Von den verbleibenden 20 Studien wurden alle Studien ausgeschlossen, deren therapeutischer Aufwand mehr als 15 Stunden pro Woche betrug. Laut dem EVS (2012) kostet  $\frac{1}{4}$  Stunde Ergotherapie 24 Taxpunkte (1.10 CHF./Taxpunkt=26.40Fr.). Eine gesamte Stunde kostet somit rund 100CHF. Behandlungen mit 15h/Woche würden folglich um die 6000 CHF monatlich kosten. Da laut Rajower et al. (2013) die Invalidenversicherung jährlich im Durchschnitt 8130Fr. pro Kind mit ASS vergütet, wären solch teure Massnahmen für die Eltern und das Gesundheitssystem in der Schweiz nicht tragbar. So wurden vier der Studien aus dem Hauptteil ausgeschlossen. Anschliessend wurden alle Studien, welche keine Kontrollgruppe hatten ausgeschlossen ausser die Studie von Solomon, Necheles, Ferch und Bruckmann (2007), da deren Outcome sich spezifisch auf die *Performanz* der Kinder bezieht. Von den restlichen zehn Studien wurden fünf aus dem Hauptteil ausgeschlossen, weil die Outcomes nur wenig über die *Performanz* der Kinder aussagen. Aus diesem Prozedere ergaben sich 9 Studien, welche im Hauptteil weiter erörtert werden. Zur kritischen Bewertung dieser Studien wurden die Kriterien von Law et al. (1998a) verwendet (vgl. „Detaillierte Beurteilung der Hauptstudien nach Law et al. (1998a)“).

Die Beurteilung der *Evidenzstufe* erfolgte nach dem Modell von Polit und Beck (2008), welche die *Evidenz* in sieben Stufen einteilen (vgl. Abb. 3). Die jeweilige *Evidenzstufe* der Hauptstudien sind in der Studienmatrix (Tab. 4) vermerkt.

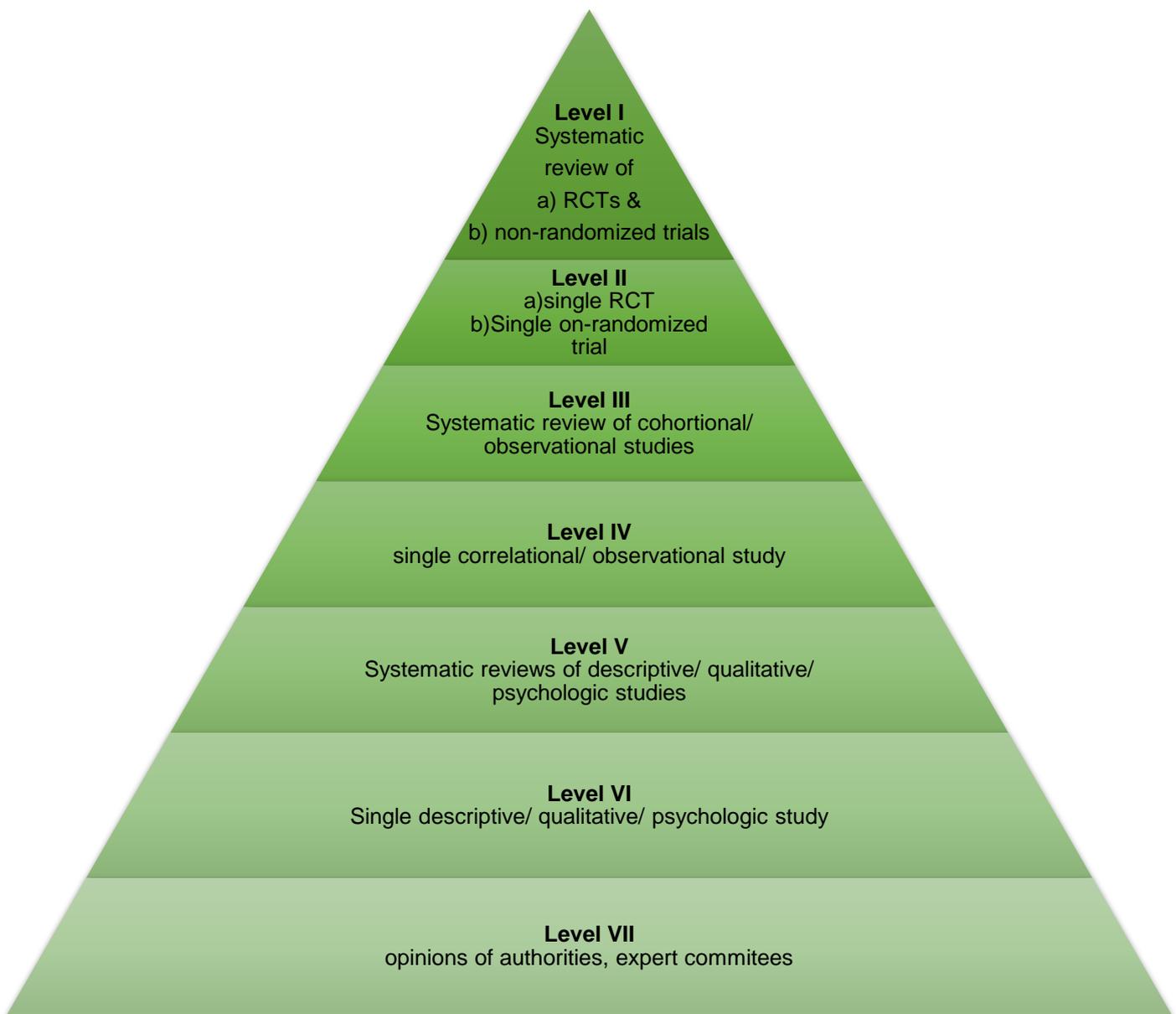


Abbildung 3

## Grafische Darstellung des Selektionsprozesses

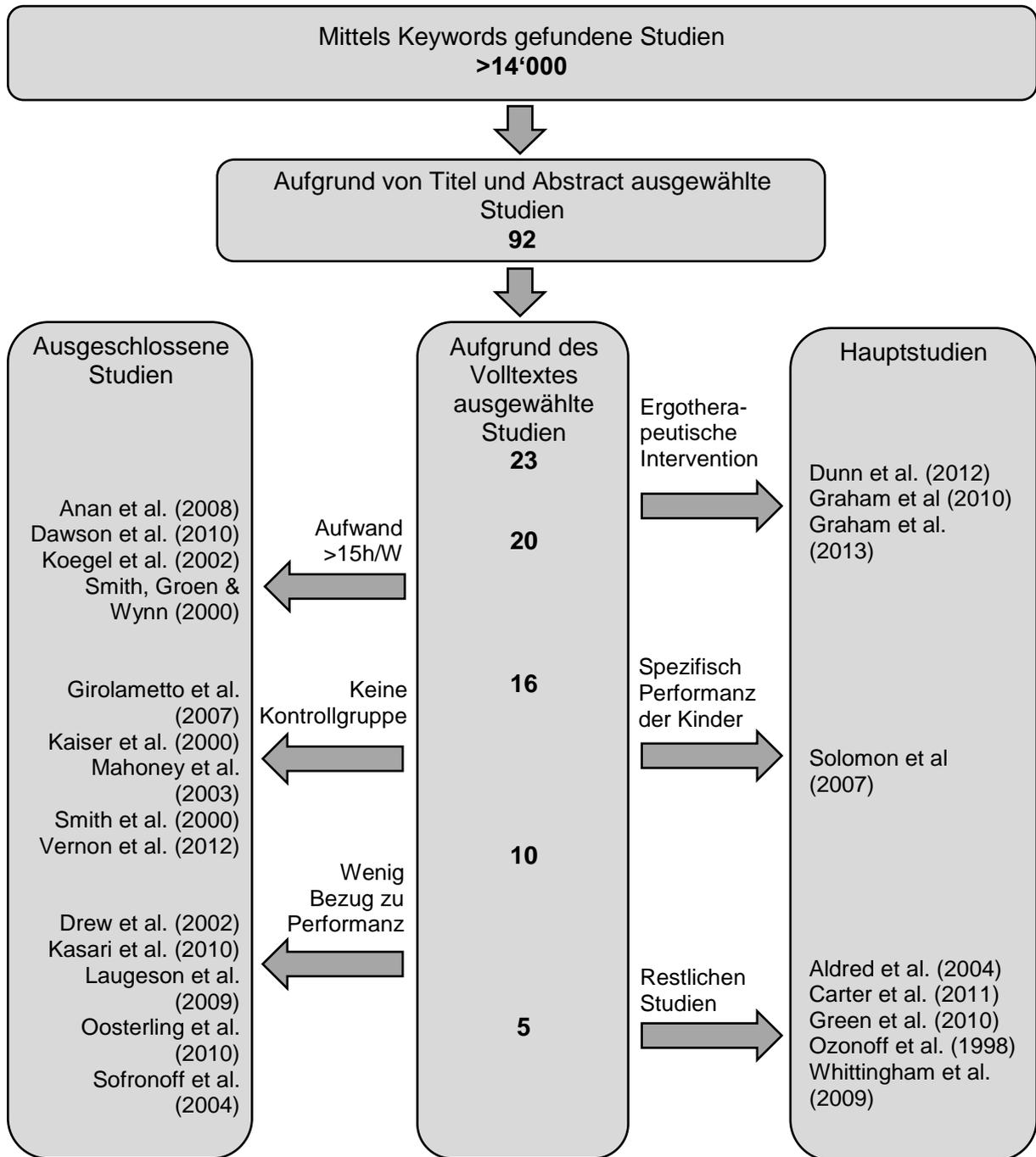


Abbildung 4

## Beurteilungen der Hauptstudien

In diesem Teil der Arbeit vergleichen die Verfasserinnen die neun Hauptstudien. Nachdem eine Übersicht der Studienwahl dargestellt wird, geben die Verfasserinnen jeweils eine Zusammenfassung der Studien bezüglich dem Ziel, der Samplecharakteristiken, der Intervention, den Messinstrumenten und der Resultate. Zudem wird jede Studie kritisch beurteilt. Am Ende werden die Hauptergebnisse dargestellt.

## Studienmatrix

Autoren	Titel	Fragestellung	Design/ Evidenz stufe	Stich- probe	Intensität	Intervention	Mess- instrument	Ergebnis
Aldred, et. al. (2004)	A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness.	Verbessern sich autistische Einschränkungen, das Sozialverhalten der Kinder und die Eltern-Kind Interaktion im Alltag?	Design RCT Stufe: II	28 Alter: 2-5j	1x pro Monat Während 6 Monaten, seltener während weiteren 6 Monaten	Eine Soziale Kommunikations-intervention. Ziel: Verbesserung der elterlichen Adaptation und Kommunikation	ADOS Vineland Parenting Stress Index	Verbesserung der Kinder in Kommunikation, Sozialverhalten, ADL und autistischen Symptomen
Carter et al. (2011)	A randomized controlled trial of Hanen's 'More Than Words' in toddlers with early autism symptoms.	Verbessern Teilnehmer eines HMTW-Programms sich in der Kommunikation?	Design RCT Stufe: II	62 Alter: 1-2j	Insgesamt 11 Sitzungen, Dauer unbekannt	Schulung bezüglich: Elterliche Interaktionsstile Frühe kindliche Kommunikation	PCFP ESCS Vineland MSEL	Verbesserungen der Kommunikation der Kinder,
Dunn et al. (2012)	Impact of a Contextual Intervention on Child Participation and Parent Competence among Children with Autism Spectrum Disorders: A Pretest-Posttest repeated-measures design.	Verbessern die Kinder ihre Partizipation in Familienaktivitäten und Routinen?	Design: Before and after Stufe: IV	20 Alter: 3-10j	Insgesamt 10 Einheiten 1 Stunde Während 12-15 Wochen	Aktivitäten-Settings Tägliche Routinen Sensorische Prozessmuster	COPM GAS	Signifikante Verbesserung der Kinder.
Graham et al. (2010)	Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Three Case Reports	Kann das OPC die Betätigungsperformanz von Kindern und deren Eltern verbessern?	Design: Case-Study Stufe: IV	3 Alter: 5-9j Keine Diagnose	1x pro Woche 1 Stunde Während 10 Wochen	Gemeinsame Erarbeitung von selbstgesteckten Zielen.	COPM GAS	Signifikante Verbesserung der Performanz der Kinder und der Eltern.

<b>Autoren</b>	<b>Titel</b>	<b>Fragestellung</b>	<b>Design/ Evidenz stufe</b>	<b>Stich- probe</b>	<b>Intensität</b>	<b>Intervention</b>	<b>Mess- instrument</b>	<b>Ergebnis</b>
Graham et al. (2013)	Effectiveness of Occupational Performance Coaching in Improving Children's and Mother's Performance and Mothers' Self-Competence.	Verbessert sich die Performanz der Eltern und Kinder nach OPC? Treten Verbesserungen auch in nicht adressierten Bereichen auf?	Design: Before and after Stufe: IV	29 Alter: 5-11j Meist keine Diagnose, wenige ASD	1x pro Woche 1 Stunde Während 3-8 Wochen	Eltern unterstützen selber Wege zur Faszilitierung der Performanz der Kinder zu finden um selber gesteckte Zielen zu erreichen	COPM GAS PSOC	Signifikante Verbesserung der Performanz der Kinder und der Eltern, auch in nicht adressierten Zielen.
Green et al. (2010)	Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT) - a randomised controlled trial	Wie wirksam ist eine Eltern-Kind Kommunikations-fokussierte Intervention?	Design: RCT Stufe: II	152 Alter: 2-5j	Alle 14 Tage 2 Stunden Während 6 Monaten. Danach monatliche Treffen	PACT: Trainiert durch Eltern Sozialverhalten und Kommunikation der Kinder	ADOS-G Vineland Video ratings Preschool language scale MCDI CSBS-DP	Beide Gruppen haben sich etwa gleich verbessert. PACT zeigte keinen zusätzlichen Effekt auf die Outcomes.
Ozonoff et al. (1998)	Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism	Was sind mögliche Prädiktoren? Wie verändert sich die Performanz der Kinder?	Design: Cohort Stufe: IV	22 Alter: 2-6j	1x pro Woche 1 Stunde Über 8-12 Wochen	Prinzipien im Umgang mit autistischen Kinder lernen.	PEP-R	Signifikante Verbesserungen im PEP-R Score
Solomon et al. (2007)	Pilot Study of a Parent Training Program for young Children with Autism	Wie wirkt sich das DIR auf die Entwicklung des Kindes aus?	Design: Before and after Stufe: IV	68 Alter: 2-6j	1x pro Monat 3-4 Stunden Während einem Jahr	Coaching damit Eltern Prinzipien in Spielsituationen anwenden können.	FEAS	Signifikante Verbesserung der Kinder.
Whittingham et al (2009)	Stepping Stones Triple P – An RCT of Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with Autism Spectrum Disorder.	Wie effektiv ist das Elternprogramm Stepping Stones Triple P für Kinder mit ASD?	Design: RCT Stufe: II	59 Alter: 2-9j	9x, Dauer der Einheiten & der Intervention unbekannt	Erlernen der Anwendung des Ansatzes an die Eltern.	ECBI Parenting Scale Being a Parent Scale	Signifikante Verbesserung der Verhaltensprobleme der Kinder.

**Tabelle 4**

Studie von Aldred, et. al. (2004)

A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness

Ziel

Das Hauptziel der Studie war es zu untersuchen ob zusätzliche psychologische *Elternberatung* die klinisch beobachtbaren Einschränkungen von Kinder mit Autismus verbessern würde. Weiter wollten die Forscher untersuchen, ob die Dauer von positiven Interaktionen zwischen den Eltern und Kinder zunehmen und ob die Verbesserungen der Sozialfertigkeiten der Kinder im Alltagsetting sichtbar werden.

Samplecharakteristik

In die Studie eingeschlossen wurden 28 Kinder (25m / 3w) im Alter von 2-6 Jahren mit klassischem Autismus nach Autistic Diagnostic Interview (ADI). Nicht in die Studie eingeschlossen wurden Kinder mit schwerer Entwicklungsverzögerung oder welche keine Anzeichen dafür zeigten, dass sie ein Verlangen nach elterlicher Interaktion haben.

Intervention

Die Intervention ist eine spezifische *Elternberatung*, welche die soziale Interaktion bei Kindern mit Autismus oder Pervasive Developmental Disorder trainiert. Sie wurde vom Erstautor selber entwickelt. Kontrollierende und aufdringliche Reaktionen der Eltern werden sukzessive durch solche ersetzt, welche einen aktiven Kommunikationsaustausch mit dem Kinde zum Ziel haben.

Die Behandlung beginnt mit einigen Psychoedukations-Workshops für die Eltern. Darauf folgen monatliche Therapien, in denen Therapeuten, Eltern und Kinder teilnehmen. Diese Phase dauert sechs Monate. Darauf folgen weitere sechs Monate, in welchen die Treffen weniger häufig stattfinden. In den einzelnen Einheiten werden Videoaufnahmen, auf welchen die Eltern mit ihren Kindern spielen, gemeinsam besprochen. Dabei werden nebst dem Feedback stets Pläne für das weitere Vorgehen gemacht. Es wird besprochen, auf was die Eltern bei ihrem Interaktions- und Kommunikationsstil bis zur nächsten Sitzung achten sollen. Diese Erkenntnisse werden schriftlich festgehalten. Eltern sollten mindestens 30 Minuten pro Tag mit den Kindern alleine sein und die Strategien üben. Das detaillierte Vorgehen wird an die

individuellen Fortschritte der Familien angepasst. Die Intervention ist in einem Manual detailliert festgehalten und erlaubt somit eine Reproduktion (Aldred, Pollard, Phillips & Adams, 2001 zitiert nach Aldred et al., 2004, S.1421).

Zusätzlich zu der Testintervention erhielt die Interventionsgruppe (n=14) weiter ihre bisherige Behandlung. Die Kontrollgruppe (n=14) besuchte ebenfalls ihre bisherigen Behandlungen. Es wurde von den Autoren festgehalten, dass sich die Gruppen bezüglich der Behandlungen nicht *signifikant* unterschieden.

### Messinstrumente

Mit dem ADI wurde in Form eines Elterninterviews das Verhalten der Kinder zum Zeitpunkt der Baseline diagnostisch festgehalten. Das Assessment ist *valide*, bezüglich der *Reliabilität* wird keine Angabe gemacht. Die Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) wurde in der Studie verwendet um die Veränderung der autistischen Symptome zu messen. Bewertet werden Interaktion, Kommunikation, repetitives Verhalten und Spiel. Obwohl dieses Assessment ursprünglich nicht als Outcome-Assessment konzipiert wurde, weist es eine hohe *Reliabilität* auf.

Die Übertragung der Veränderung ins natürliche Setting wurde mittels den Vineland Adaptive Behaviour Scales gemessen. Eltern werden in diesem Messinstrument zur Kommunikation, den Fertigkeiten des täglichen Lebens und der Sozialisation ihrer Kinder interviewt. Der MacArthur Communicative Developmental Inventory wurde genutzt um das Verständnis und den Gebrauch von Worten und Gestik der Kinder zu untersuchen. Die Eltern füllten den Fragebogen gemeinsam mit den Forschern aus. Um den Stress der Eltern festzuhalten, füllten die Eltern selber den Parenting Stress Index aus. Zu diesen Assessments geben die Forscher keine Angaben zu *Validität* oder *Reliabilität*.

Die Eltern-Kind Interaktion wurde mithilfe von Videoaufnahmen bewertet. In diesen wurden die Eltern bei einem 30-minütigen freien Spiel mit ihren Kindern gefilmt. Dieses selber entwickelte Messinstrument wurde standardisiert, getestet und als ein *reliables* und *sensibles* Instrument erachtet.

## Resultate

Im ADOS, im MacArthur Inventory und in der Eltern-Kind Interaktion wurden *signifikant* bessere Ergebnisse in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe erzielt. Auch im Vineland Adaptive Behaviour Scales schnitt die Interventionsgruppe besser ab, der Unterschied erreichte jedoch nicht statistische *Signifikanz*. Im Parenting Stress Index zeigte sich keine *signifikante* Verbesserung.

Diese Studie lässt vermuten, dass eine spezifische Intervention, welche die Eltern-Kind Kommunikation trainiert und auf die individuellen Bedürfnisse der Familien zugeschnitten ist, die autistischen Symptome der Kinder verbessern kann. Des Weiteren kann die Eltern-Kind Interaktion und das Kommunikations- und Sozialverhalten der Kinder verbessert werden. Zudem wird von den Forschern aufgezeigt, dass eine solche Intervention nicht teuer und aufwändig sein muss.

## Kritische Beurteilung

Die Autoren nennen selber folgende Limitationen: Da es eine Pilotstudie war, ist das Sample mit 28 Teilnehmern klein. Die Zeit bis zum *Follow-up* ist mit 12 Monaten kurz, wenn man bedenkt, dass Autismus eine chronische Erkrankung ist. Sie nennen die Möglichkeit, dass die Verbesserung auch nur aufgrund des zusätzlichen Kontaktes und der Aufmerksamkeit seitens der Therapeuten hervorgerufen hätte werden können. Dies erscheint ihnen jedoch eher unwahrscheinlich. Weiter könnte die Verbesserung allein durch eine Senkung der Angst der Eltern verursacht worden sein. Dagegen spricht jedoch das Ergebnis des Parenting Stress Index. Die Verbesserungen, welche von den Eltern festgehalten wurden, könnten durch die erhöhte Awareness der Eltern verfälscht sein. Aufgrund der verschiedenen Messinstrumente schätzen die Autoren diesen *Bias* als gering ein.

Die Verfasserinnen beurteilen die Studie als nachvollziehbar dokumentiert. Einzig das Setting und die Anzahl der Therapeuten hätten genauer beschrieben werden können. Dennoch ist es den Forschern gelungen ein RCT mit geringem *Bias* durchzuführen. Aufgrund des kleinen Sample sollten die Ergebnisse aber mit Vorsicht interpretiert werden.

Studie von Carter et al. (2011)

A randomized controlled trial of Hanen's 'More Than Words' in toddlers with early autism symptoms.

Ziel

Das Ziel der Studie war es zu testen, ob die Teilnahme am „Hanen's More than words“ (HMTW) Programmes die Kommunikation von Kindern mit Autismus verbessert. Als weiteres Ziel wollten die Autoren herausfinden, ob die Eltern achtsamer gegenüber den Aktivitäten und der Kommunikation ihrer Kinder werden.

Samplecharakteristik

In der Studie nahmen 51 Jungen und 11 Mädchen teil. Das Altersspektrum bei Studienbeginn betrug 15-25 Monate. Die teilnehmenden Familien wurden über eine spezialisierte Autismus-Klinik rekrutiert. Die Familien wurden mit einem Computerprogramm zufällig entweder der Interventions (n=32) - oder der Kontrollgruppe (n=30) zugeteilt. Zwischen der HMTW-Gruppe und der Kontrollgruppe bestanden keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich Alter, Sprachentwicklung und demografischen Faktoren der Teilnehmer.

Intervention

Das HMTW ist ein *Elternt raining*, welches die Eltern anleitet, alltägliche Aktivitäten als Übungsfeld für die Kommunikation ihrer Kinder mit Autismus zu nutzen. Das Programm enthält 8 Gruppensitzungen in welchen den Eltern Strategien gelernt werden um folgende vier Ziele des Programmes zu erreichen: verbesserte Zwei-Weg-Kommunikation, Erweiterung des Spektrums an Kommunikationsmöglichkeiten, Verbesserung von sozialen Komponenten in der Kommunikation, verbessertes Sprachverständnis. Zusätzlich zu den Gruppensitzungen hatte jede Familie noch 3 individuelle Interventionen bei sich zuhause. Während diesen Treffen wurde die Umsetzung der erlernten Strategien im natürlichen Umfeld besprochen. Als Hilfestellung wurde dabei Video-Feedback eingesetzt. Es werden keine Angaben über die Dauer der einzelnen Interventionen sowie über Frequenz der Treffen gemacht.

## Messinstrumente

Als Messinstrumente wurden das „Parent Interview for Autism- clinical Version“ (PIA-CV), die „Early Social Communication Scale“ (ESCS), das „Parent-Child Free Play Procedure (PCFP) und eine „Consumer Satisfaction Survey“ genutzt. Zu keinem der Assessments wurden Angaben bezüglich der *Reliabilität* und *Validität* gemacht.

Das PIA-CV ist ein Assessment mit 13-Items um die Ausprägung der Autismussymptome zu bestimmen. In dieser Studie wurde das Instrument genutzt, um die Verbesserungen der Kommunikation der Kinder zu messen.

Das ESCS erfasst das nonverbale Kommunikationsverhalten von Kindern zwischen 8 und 30 Monaten. Das Assessment wurde ebenfalls genutzt, um Verbesserungen in der Kommunikation aufzuzeigen.

Das PCFP wurde durchgeführt, um das Verhalten der Eltern sowie des Kindes zu erfassen. Das Assessment ist in 2 Teile gegliedert. Zum Einen in eine 10-Minütige Spielsequenz in welcher die Eltern aufgefordert wurden, Spielzeuge zu verwenden, welche das Kind mag. Zum Anderen wurde eine 5-Minütige Sequenz durchgeführt, in welcher die Eltern mit dem Kind 3 Bücher anschauten. Beide Sequenzen wurden auf Video aufgezeichnet und anschliessend im Bezug auf das Verhalten der Kinder und der Eltern codiert.

Die „Consumer Satisfaction Survey“ wurde für diese Studie entwickelt und hatte zum Ziel, die Zufriedenheit der Eltern mit dem HMTW Programm zu erfassen. Die Umfrage bestand aus 28 Fragen welche die Eltern am Schluss der Studie beantworteten.

Die Autoren machen keine Angaben bezüglich der *Reliabilität* und der *Validität* der Messinstrumente.

## Resultate

Trotz leichten Verbesserungen der Kommunikation konnte mit keinem der durchgeführten Assessments eine *signifikante* Veränderung der Kinder in der HMTW Gruppe festgestellt werden. Die Achtsamkeit der Eltern steigerte sich, eine *signifikante* Erhöhung konnte mit dem PCFP nicht gezeigt werden. Die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm war gross, in der Umfrage gaben sie der Intervention eine Bewertung von 5.48 von 6 Punkten.

## Kritische Beurteilung

Im Bezug auf die Intervention wird angegeben, dass die Gruppensitzungen eine andere Anzahl Teilnehmer hatten, als im Programm empfohlen. Es wird jedoch weder erwähnt, wie gross das die Gruppen effektiv waren, noch was die empfohlene Gruppengrösse war. Daher können die Verfasserinnen nur vermuten, dass eine zu grosse Gruppe einen negativen Effekt auf die Lernfortschritte der Eltern haben könnte. Eine weitere Limitation ist, dass 5 Teilnehmer der Interventionsgruppe an weniger als 9 der 11 Sitzungen teilnahmen. Die inkomplette Teilnahme am Projekt könnte das Ergebnis negativ beeinflussen weil diese Eltern möglicherweise nicht alle Punkte des Programms umsetzen konnten.

Im Bezug auf die Messinstrumente ist eine Limitation, dass keine standardisierten Assessments verwendet wurden. Ausserdem erwähnen die Autoren das Fehlen von Daten aufgrund von „child-non-compliance“, „technical problems“ und „experimenter error“, gehen aber nicht darauf ein, welche Daten dies genau betrifft.

Als Stärke sehen die Verfasserinnen, dass die Kommunikation des Kindes sowohl von den Eltern wie auch von einem externen Codierer, welche nicht um die Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmer wusste, bewertet wurde.

Studie von Dunn et al. (2012)

Impact of a Contextual Intervention on Child Participation and Parent Competence Among Children With Autism Spectrum Disorders: A Pretest-Posttest Repeated-Measures Design.

Ziel

Die Studie hatte zum Ziel herauszufinden, ob sich die *Partizipation* von Kindern in Familienaktivitäten und Routinen erhöht. Weiter sollte die Studie zeigen, ob Eltern ihre Erziehungskompetenz vergrössern und eine Stressreduktion in ihrer Elternrolle erfuhren.

Samplecharakteristik

In der Studie nahmen 20 Familien teil. Die Kinder waren zwischen 3 und 10 Jahre alt. Alle Kinder hatten mindestens ein sensorisches Muster ausserhalb der Norm.

Intervention

Alle Interventionen wurden von 2 ErgotherapeutInnen durchgeführt. Jede Familie wurde 10x von einer TherapeutIn für etwa 1 Stunde besucht. Die Besuche erstreckten sich über einen Zeitraum von 12-15 Wochen. Als Grundlage der Interventionen dienten „reflected principles of context therapy“ (nach Darrach, Law, Pollock, Wilson Russel, Walter, Rosenbaum & Galuppi, 2011). Weiter wurden Coaching-Prinzipien nach Rush & Shelden (2011) angewendet.

Beim ersten Besuch wurde das COPM und das GAS durchgeführt. Die Ziele wurden zusammen mit den Eltern festgelegt und die Eltern wählten Situationen, in welchen sie Unterstützung benötigten, wie zum Beispiel beim Einkaufen, Zuhause, im Park etc. Bei jedem Besuch wurde reflektiert, welche Fortschritte es in der letzten Woche gab. Anschliessend wurde ein Plan erarbeitet, an welchen Punkten die Familie in der nächsten Woche schwerpunktmässig arbeiten wollte.

## Messinstrumente

Als Messinstrumente für die Fragestellung wurden das „Sensory Profile“ (SP), das Canadian Occupational Performance Measure (COPM), die Goal Attainment Scale (GAS), der „Parenting Stress Index Form“ und die „Parenting sense of competence scale“ durchgeführt.

Das SP dient dazu, ein sensorisches Profil des Kindes zu erstellen. Dazu beantwortet die Bezugsperson 125 Fragen bezüglich den sensorischen Erfahrungen, die ein Kind gemacht hat und bewertet diese auf einer 5-Punkte Skala. Das SP enthält vier „processing-scores“ (seeking, avoiding, sensitivity, registration) und sechs „sensory-scores“ (auditory, visual, proprioception, vestibular, tactile, oral). Die Autoren machen keine Angaben bezüglich der *Reliabilität* und der *Validität* des SP.

Das COPM ist ein Outcome-basiertes Messinstrument in welchem die Bezugspersonen die *Performanz* sowie die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen bewerten. Das COPM wurde in dieser Studie genutzt, um die Eltern in der Zielsetzung zu unterstützen. Das COPM ist *reliabel* und *valide*.

Der „Parenting Stress Index Form“ ist eine Selbsteinschätzung mit 36 Punkten. Die Fragen beziehen sich auf die Reaktion der Eltern auf verschiedene Lebensereignisse. Die Skala ist *reliabel* und *valide*.

Die „Parenting sense of competence scale“ enthält 17 Items, welche die Effizienz und die Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Erziehung erfassen. Dazu sollen die Eltern zu jedem Item ihre Bewertung von 1 (strongly agree) bis 6 (strongly disagree) abgeben. Es werden keine Angaben bezüglich *Reliabilität* und *Validität* gemacht.

## Resultate

Die Partizipation der Kinder verbesserte sich *signifikant*. Die durchschnittliche Bewertung im COPM stieg von 3.6 auf 7, wobei einen Unterschied von 2 Punkten als klinisch relevant gilt. Das GAS zeigte ebenfalls eine *signifikante* Zielerreichung. Im Schnitt verbesserten sich die Kinder um 2 Punkte.

Die Zufriedenheit der Eltern stieg *signifikant*. Beide Eltern-Fragebogen zeigten deutliche Verbesserung der Effizienz und der subjektiven Zufriedenheit der Eltern. Zusammenfassend kann gesagt werden dass eine kontextbasierte Intervention über 10 Einheiten eine Verbesserung der Partizipation der Kinder wie auch der Zufriedenheit und der Effizienz der Eltern bewirkt.

## Kritische Beurteilung

Die vielversprechenden Resultate der Studie müssen unter Einbezug von schwerwiegenden Limitationen der Studie beurteilt werden. Da die Studie keine Kontrollgruppe hat, können keine Rückschlüsse über die Wirksamkeit der Intervention gezogen werden. Zusätzlich erhielten alle Kinder während der ganzen Interventionsdauer ihre üblichen Therapien nebenher, was eine differenzierte Beurteilung der Verbesserungen verunmöglicht. Eine weitere Limitation ist, dass derselbe Therapeut, der die Interventionen durchführte, auch die Assessments machte. Dies kann zu einer Verfälschung der Resultate führen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Resultate noch in weiteren Studien, welche methodisch hochwertiger sind, geprüft werden müssen, um eine Aussage über die *Evidenz* der Intervention machen zu können.

Studie von Graham et al. (2010)

Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Tree Case Reports.

Ziel

Das Ziel der Studie war es herauszufinden, ob das Occupational Performance Coaching (OPC) zu einer Verbesserung der *Betätigungsperformanz* von Kindern und Eltern führen kann. Weiter sollte erfasst werden, was für Erfahrungen die Eltern mit dem OPC gemacht haben.

Samplecharakteristik

Die Studie untersuchte die Anwendung des OPC bei 3 Kindern. Die Kinder waren 5, 7 und 9 Jahre alt. Keines dieser Kinder hatte eine medizinische Diagnose. Grund für die Teilnahme waren von den Eltern geschilderte *Betätigungsprobleme*. Beispiele dieser Problemen sind: Mühe alleine zu spielen, Velo zu fahren, von Hand zu schreiben und mit Freunden zu spielen.

Intervention

Die Autorin der Studie, Fiona Graham, traf sich 10 Wochen lang wöchentlich für 1 Stunde mit den Eltern. Diese konnten selber entscheiden, ob das Kind beim Treffen dabei sein sollte oder nicht. Die Treffen fanden in den Räumlichkeiten der Universität statt. Zusätzlich zu den 10 Sitzungen fanden 2 Treffen für die Durchführung der Assessments statt. Zu Beginn der Intervention wurden die Ziele gemeinsam festgelegt. Diese konnten sich auf das Verhalten der Kinder oder das der Eltern beziehen. Bedingung war, dass die Betätigungen im natürlichen Setting beobachtbar sind. Durch positive Fragetechniken erarbeitete die Autorin mit den Eltern einen Plan, wie sie eine Veränderung der Betätigungsprobleme bewirken könnten. Beim nächsten Treffen wurde jeweils evaluiert, wie die Umsetzung im Alltag gelungen ist. Dabei achtete die Autorin darauf, den Eltern aufzuzeigen, welche Strategien sich als nützlich erwiesen haben. Anschliessend wurde erarbeitet, welche Problematik die Eltern in der nächsten Woche angehen wollten. Dieses Prozedere wiederholte sich über alle 10 Sitzungen.

## Messinstrumente

Das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) und die Goal Attainment Scaling (GAS) wurde verwendet, um Veränderungen in der Betätigungsperformanz der Eltern und Kinder zu messen. Zusätzlich wurde ein Telefoninterview durchgeführt, um die Erfahrungen der Eltern mit dem OPC zu erfassen.

Das COPM beinhaltet sowohl für die Bewertung der Ausführung sowie der Bewertung der Zufriedenheit mit der Ausführung je eine 10-Punkte Skala. Das COPM ist reliabel, *valide* und genügend sensitiv, um Veränderungen in der Performanz zu messen. Eine Abweichung um 2 Punkte im COPM wird als klinisch wichtige Veränderung angesehen.

Das GAS dient der differenzierten Formulierung von Zielen. Dabei werden zusätzlich zum erwarteten Ziel (0) noch 2 Zwischenziele (-1 & -2) sowie 2 Ziele, welche die Erwartungen übertreffen (+1 & +2), formuliert. Die *Reliabilität* und *Validität* des GAS hängt von der Qualität der Zielformulierung ab.

Zur Erfassung der Erfahrungen führte ein unabhängiger Befrager ein halbstrukturiertes Telefoninterview mit den Eltern.

## Resultate

Beide Messinstrumente zeigten eine positive Veränderung der Performanz der Kinder wie auch der Eltern. Die Verbesserungen im COPM sind klinisch *signifikant*.

Auffallend ist, dass die Zufriedenheit der Eltern sich stärker verbesserte als die Performanz. Bezüglich der Erfahrungen gaben die Eltern an, neue Strategien gelernt zu haben, wodurch ihr Alltag vereinfacht wurde. Sie berichteten aber auch, dass die Umsetzung mit vielen Herausforderungen verbunden war und ein starkes Engagement verlangte.

## Kritische Beurteilung

Für die Interpretation der Studie muss beachtet werden, dass es sich um eine Case-Study mit nur drei Teilnehmer handelt. Aufgrund dieser Limitation wurde laut Autoren keine statistische Analyse vorgenommen. Weiter haben die Kinder keine einheitliche Diagnose, was einen Übertrag in die Praxis erschweren könnte. In Bezug auf die Messinstrumente wurden sowohl das COPM und das GAS von den Eltern eingeschätzt. Eine Stärke der Studie ist, dass die Betätigung von Kindern und Eltern im Fokus stehen. Sowohl die Zielformulierungen wie auch die Outcome-Messinstrumente fokussieren die Aktivität. Für die ergotherapeutische Praxis ist dies von grosser Bedeutung, da die Betätigung im Mittelpunkt der Intervention stehen sollte. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Studie zwar kaum Rückschlüsse auf die *Evidenz* des OPC zulässt, aber als positive klinische Erfahrung gewertet werden kann, welche in Zukunft durch weitere Forschungen im Detail untersucht werden sollte.

Studie von Graham et al (2013)

Effectiveness of Occupational Performance Coaching in Improving Children's and Mother's Performance and Mothers' Self-Competence.

Ziel

Das Ziel der Studie war es, dass *Elterncoaching* Occupational Performance Coaching (OPC) in Bezug auf die *Performanz* zu untersuchen. Dazu stellten die Forscher sich folgende drei Fragen:

Führt OPC zu einer Verbesserung der *Betätigungsperformanz* der Eltern und Kinder in den von den Eltern gewählten Bereichen? Kommt es auch in den nicht geübten Bereichen zu einer Verbesserung der *Performanz* der Kinder oder Eltern? Führt das OPC zu einer Stärkung des Kompetenzgefühls der Eltern?

Samplecharakteristik

Insgesamt nahmen 29 Familien an der Studie Teil. Die betroffenen Kinder waren zwischen 5 und 11 Jahren alt. Nur fünf der Kinder hatten eine medizinische Diagnose. Zwei hatten eine geistige Behinderung, die anderen drei Asperger – Syndrom. Während der Studie gab es mehrere *Drop-outs*. Ursprünglich waren 37 Familien in der Studie beteiligt, jedoch werden nur die 29 berücksichtigt, von welchen die Forscher Daten von zwei der vier Messzeitpunkten haben. Bis zum *Follow-up* verliessen weitere 4 Familien die Studie. Gründe für die *Drop-outs* sind teilweise genannt, teilweise aber auch den Autoren nicht bekannt. Aus der Studie ist nicht ersichtlich, welche Kinder zu den *Drop-outs* gehören.

Intervention

In der Studie wurde das OPC (genauer beschrieben siehe Studie von Graham et al. 2010) verwendet, um die Eltern zu unterstützen selber Wege zu entwickeln die *Betätigungsperformanz* ihrer Kinder zu fördern, um eigens definierten Ziele zu erreichen. Die Eltern besuchten das Coaching wöchentlich während einer Stunde, solange bis ihre Ziele, respektive das Maximum von 8 Therapien erreicht wurden. Die Behandlungen der Teilnehmer dauerten 3-8 Wochen (durchschnittlich 5 Wochen).

## Messinstrumente

Für das Messen der Betätigungsperformanz der Eltern und Kinder wurde das COPM und GAS genutzt. Diese werden im Abschnitt Studie von Graham et al. 2010 genauer beschrieben.

Mittels der Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) wurde das Kompetenzgefühl der Eltern untersucht. Dieser Fragebogen wird durch die Eltern selber ausgefüllt und beinhaltet Items zu den beiden Themen Effizienz und Zufriedenheit. Das Adaptive Behavior Assessment System II (ABAS II) wurde bei Studieneintritt genutzt, um die Fertigkeiten der Kinder zu untersuchen. Dieses Messinstrument wurde von den Eltern selbständig durchgeführt. Laut den Forschern hat es eine hohe interne Konsistenz. Bezüglich der *Validität* und *Reliabilität* des PSOC und ABAS II machen die Autoren keine Angaben.

Messungen wurden zu vier Zeitpunkten durchgeführt. Die erste Messung (Time 1) wurde 6-8 Wochen, und die zweite (Time 2) eine Woche vor der Intervention gemacht. Die dritte Messung (Time 3) wurde direkt nach der Intervention und die vierte (Time 4) 6-8 Wochen nach der Intervention durchgeführt.

## Resultate

Die Performanz und Zufriedenheit der Kinder bezüglich ihren trainierten Zielen hat sich sowohl im GAS als auch im COPM *signifikant* verbessert. Die positiven Ergebnisse konnten bis zum *Follow-up* aufrechterhalten bleiben. Die Performanz und Zufriedenheit der Kinder bezüglich ihrer nicht trainierten Ziele haben sich ebenfalls *signifikant* verbessert. Die Verbesserung der Performanz und Zufriedenheit der Mütter bezüglich der trainierten Ziele erreichte auch statistische *Signifikanz*. Nur zwei Mütter hatten noch Ziele, welche während dem OPC nicht trainiert wurden. Die Verbesserung der Performanz und Zufriedenheit bezüglich dieser Ziele war nicht *signifikant*. Das Kompetenzgefühl der Eltern war nach der Intervention und am *Follow-up* *signifikant* höher.

Es wird deutlich, dass sich die Performanz und Zufriedenheit durch das OPC in allen Bereichen stark verbessert hat. Zudem ist eine Generalisierbarkeit auf nicht trainierte Ziele beobachtbar. Das OPC ist somit geeignet um mit Eltern und ihren Kindern zielorientiert zu arbeiten.

## Kritische Beurteilung

Die Forscher der Studie nennen einige Limitationen. Zum einen mangelt es an einer Kontrollgruppe. Zum anderen war die Haupttherapeutin (Graham), welche sowohl die Messungen als auch die Intervention durchgeführt hat, nicht *blind* bezüglich des Studienziels. Des Weiteren waren alle teilnehmenden Mütter hoch gebildet, was eine Generalisierbarkeit auf andere Klienten erschwert. Das heterogene Sample und die Kinder, welche mehrheitlich keine Diagnose hatten erschwert einen Vergleich mit anderen Studien. Zudem sei das *Follow-up* nach einer eher kurzen Zeitspanne vollzogen worden.

Nebst den Limitationen, welche von den Forschern angegeben werden, ist zu erwähnen, dass das Sample der Studie eher klein war. Zudem gab es viele *Drop-outs* und das Sample ist eher knapp beschrieben. Das macht einen Vergleich mit anderen Studien schwierig. Dennoch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das OPC eine effektive Behandlung für *Betätigungsprobleme* von Kindern und ihren Eltern ist. Dies sollte weiter untersucht werden.

Studie von Green et al. (2010)

Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT) - a randomised controlled trial.

Ziel

Ziel der Studie war es, eine Intervention bezüglich der Eltern-Kind-Kommunikation auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen.

Samplecharakteristik

Insgesamt nahmen 152 Familien aus London, Manchester und Newcastle teil. Die Kinder waren zwischen 24 und 60 Monaten alt. Die Kinder wurden zufällig der Interventionsgruppe (n=77) oder der Kontrollgruppe (n=75) zugeteilt. In den meisten Familien lebten beide Eltern Zuhause. Die Baseline-Ergebnisse der Testungen und die bisherigen Therapien der Kinder sind aufgeführt und zeigen, dass die Gruppen bis auf den sozioökonomischen Status, welcher in der Interventionsgruppe etwas höher war, vergleichbar waren.

Intervention

Die PACT Intervention (Parent-mediated Communication-focused Treatment) möchte die soziale Kommunikation von Kindern mit ASS verbessern. Dazu wird der Kommunikationsstil der Eltern speziell auf die Bedürfnisse ihrer Kinder angepasst. Das erste Ziel der Behandlungseinheiten war es, die Sensibilität der Eltern für die Kommunikation der Kinder zu erhöhen. Dazu wurde Video-Feedback genutzt. Ein weiteres Ziel der Intervention war es, die kommunikative Entwicklung der Kinder zu fördern. In den Interventionen waren stets ein Elternteil und das betroffene Kind anwesend.

Nach einem ersten Treffen fanden die Einheiten alle 14 Tage während 6 Monaten statt (insgesamt 18 Treffen). Darauf folgten monatliche Boostersessions während weiteren 6 Monaten. Zwischen den Sitzungen wurde den Eltern aufgetragen, die Techniken täglich während 30 Minuten mit ihren Kindern zu üben. Die Intervention wurde dokumentiert und in einem Manual festgehalten.

Nebst der PACT Intervention besuchten die alle Kinder ihre üblichen Therapien. Die Kontrollgruppe erhielt keine zusätzliche Intervention in Zusammenhang mit der Studie.

## Messinstrumente

The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) wurde in dieser Studie verwendet um die Autistischen Symptome und deren Veränderung durch die Intervention zu messen. Dies ist ein standardisiertes Instrument, welches von den Forschern als reliabel erachtet wird.

Für die sekundären Outcomes wurden Video-ratings während einer natürlichen Spielsituation durchgeführt, um die Eltern-Kind Interaktion zu bewerten. Diese standardisierten Bewertungen wurden als reliabel erachtet.

Durch die Eltern wurden der MacArthur Communicative Development Inventory (MCDI;22 infant form raw scores) und der Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP;23) ausgefüllt, um die Kommunikation der Kinder zu bewerten. Die Forscher bewerteten die Kommunikation mittels dem Preeschool Language Test. Um das Verhalten der Kinder ausserhalb der Therapie und ausserhalb des Zuhauses zu messen, wurde die Vineland Adaptive Behavior Scales von den Lehrkräften ausgefüllt. Zu diesen Assessments wurden keine Angaben bezüglich ihrer *Validität* oder *Reliabilität* gemacht.

## Resultate

Beide Gruppen haben sich bezüglich der autistischen Symptome verbessert. Zwar konnte sich die Interventionsgruppe etwas mehr verbessern, der Zwischengruppenunterschied war jedoch sehr gering. Auch die Resultate der Erfassungsinstrumente, welche von den Forschern durchgeführt wurden, zeigten keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Auch das Verhalten der Kinder, gemessen durch den Vineland adaptive Scale konnte sich nicht stärker verbessern als die Kontrollgruppe. Nur die von den Eltern beurteilten Daten ergaben ein positives Outcome für die Interventions-Gruppe. Aufgrund dieser Ergebnisse können die Forscher die zusätzliche Anwendung von PACT für die Verringerung autistischer Symptome nicht empfehlen. Aufgrund dieser Daten weisen die Forscher darauf hin, das frühere Studien mit sehr optimistischen Outcomes mit Vorsicht interpretiert und gut auf ihre Methodik untersucht werden müssen.

## Kritische Beurteilung

Die Autoren erwähnen, dass eine längere Frist bis zum *Follow-up* nötig gewesen wäre und dass der ADOS-G womöglich Veränderungen zu wenig sensibel erfassen konnte. Da das Messinstrument ursprünglich für diagnostische Zwecke konzipiert wurde, ist es womöglich nicht als Outcome-Instrument geeignet. Als Stärke sehen die Verfasserinnen, dass einige Messinstrumente von den Eltern und andere von den Forschern ausgefüllt wurden. Die Verfasserinnen werten die fehlenden Angaben bezüglich Kontamination oder Kointervention als Limitation.

Studie von Ozonoff et al. (1998)

Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism.

Ziel

Die Studie wollte die Wirksamkeit eines TEACCH-based *Elterntrainings* Programm bei Kindern mit Autismus untersuchen.

Samplecharakteristik

Insgesamt nahmen 22 Kinder zwischen 2 und 6 Jahren an der Studie teil. Die ersten 11 Familien, welche sich gemeldet hatten, wurden der Interventionsgruppe zugeteilt, während die nächsten 11 auf eine Warteliste gesetzt wurden. Bezüglich der ursprünglichen Testergebnisse, des Alters und des Schweregrades des Autismus waren die beiden Gruppen vergleichbar. Eine detailliertere Beschreibung der Probanden wird in der Studie nicht gegeben.

Intervention

Als Grundlage für die Intervention dienten die Ergebnisse, welche die Kinder in verschiedenen Testungen erreichten. Diese wurden mit den Eltern besprochen und anschliessend wurde gemeinsam ein Therapieplan entwickelt. Die Familien trafen sich wöchentlich mit den Therapeuten für eine Stunde. Ein Therapeut arbeitete direkt mit dem Kind. Die Eltern und ein weiterer Therapeut standen hinter einem halbdurchsichtigen Spiegel. Dieser Therapeut erklärte den Eltern die angewendeten Techniken im Detail, beantwortete Fragen und unterstützte die Eltern emotional. Spezifische Aktivitäten und Methoden wurden aufgeschrieben und von den Eltern mit nach Hause genommen, um sie im Alltag umzusetzen. Die Eltern waren aufgefordert eine halbe Stunde täglich mit ihren Kindern zu üben. In der nächsten Woche demonstrierten die Eltern jeweils, was sie geübt hatten. Darauf erhielten sie wieder ein detailliertes Feedback, wenn nötig Korrekturen oder weitere Instruktionen. Ziel dieser Intervention war es, dass die Eltern die Grundsätze im Umgang mit autistischen Kindern lernten. Konkrete Therapieinhalte waren individuell gestaltet.

Während der Intervention übernahmen die Eltern mehr und mehr die Verantwortung für den Ablauf und Inhalt der Intervention. Die Forscher nahmen eher eine sekundäre Rolle ein, da die Eltern sich bereits viele Fertigkeiten angeeignet hatten. Gegen Ende der Intervention fanden die Treffen nicht mehr wöchentlich statt sondern alle 2 oder 3 Wochen. Die durchschnittliche Anzahl von Einheiten betrug 10 (range 8-12). Zusätzliche besuchten die Forscher die Eltern einmal zu Hause und einmal das Tageszentrum der Kinder, um den Übertrag in den natürlichen Kontext zu unterstützen.

### Messinstrumente

Das Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) wurde in dieser Studie als Outcome-Messung verwendet. Es ist ein Test, welcher sowohl Schwächen als auch Stärken der Kinder erfasst. Folgende 7 Kategorien werden untersucht: Imitation, Perception, fine motor skills, gross motor skills, eye-hand coordination, nonverbal conceptual ability und verbal conceptual ability.

Vor der ersten Intervention und nach der letzten wird das PEP-R durchgeführt. Die Kontrollgruppe wurde nach derselben Zeitspanne ebenfalls getestet. Es werden keine Angaben bezüglich der *Validität* oder *Reliabilität* gemacht.

Um den Schweregrad des Autismus bei Eintritt zu untersuchen, nutzten die Forscher die Childhood Autism Rating Scale (CARS). Dieser Test hat laut den Autoren eine hohe *Reliabilität* und *Validität*.

### Resultate

In vier der sieben Teilbereiche des PEP-R und im gesamten Test konnte die Interventionsgruppe sich *signifikant* stärker verbessern als die Kontrollgruppe. In den restlichen drei Teilbereichen erzielten sie ebenfalls bessere Resultate, das Ergebnis erreichte jedoch keine statistische *Signifikanz*. Die Untersuchung möglicher Prädiktoren für das Outcome ergab, dass Kinder mit mildem Autismus und guten kognitiven und sprachlichen Fertigkeiten am meisten von der Intervention profitieren konnten. Das Alter der Kinder scheint keinen Einfluss auf das Ergebnis zu haben. Die Forscher halten fest, dass die TEACCH-based home-Intervention die Entwicklung von Kindern mit Autismus stark unterstützen kann.

## Kritische Beurteilung

Die Verfasserinnen nennen die Limitation, dass die Zuteilung der beiden Gruppen nicht randomisiert wurde. Des Weiteren seien die verschiedenen Forscher, welche die Testungen durchgeführt haben nicht *blind* bezüglich der Gruppenzuteilung gewesen.

Weiter ist zu erwähnen, dass das Sample in der Studie kaum beschrieben wird, was einen Vergleich mit anderen Studienergebnissen erschwert. Zudem ist die Gruppengrösse mit 22 Teilnehmern eher klein um eine generalisierbare Aussage aus der Studie zu ziehen. Es wird nicht ersichtlich, ob es während der Studie *Drop-outs* gab. Auch die Möglichkeit einer Kointervention oder Kontamination wird nicht diskutiert. Eine Stärke der Studie ist es, dass die Intervention sehr genau beschrieben ist, was eine Reproduktion ermöglicht.

Studie von Solomon et al. (2007)

Pilot study of a parent training program for young children with autism.

### Ziel

Das Ziel der Studie war es zu testen, wie sich die Anwendung des „developmental, individualized and relationship-oriented model“ (DIR) auf die Entwicklung von Kindern mit Autismus auswirkt.

### Samplecharakteristik

In der Studie nahmen 51 Jungen und 17 Mädchen im Alter von 2-6 Jahren teil. Zusätzlich zu einer Diagnose aus dem Autismusspektrum hatte ein Kind noch Trisomie 21 und zwei Kinder Epilepsie. Die Kinder hatten während der Studiendurchführung keine Therapien, welche mehr als 10 Stunden pro Woche 1:1 Betreuung beinhalteten.

### Intervention

Das PLAY-Projekt basiert auf dem „developmental, individualized and relationship-oriented“ (DIR) Modell von Stanley Greenspan (1992). Der Fokus dieses Modells ist es, die soziale Interaktion von Kindern zu verbessern.

Das PLAY-Projekt enthält 4 klinische Komponenten: medical consultation, training, parent support und advocacy services.

Für die Studie erhielten 3 Therapeuten einen Monat lang ein intensives *Training* für den theoretischen Hintergrund des DIR Modells und die Anwendung des PLAY-Projekts.

Diese Therapeuten besuchten als Intervention die Eltern über ein Jahr lang jeden Monat einen halben Tag (3-4 Stunden). Inhalt dieser Besuche war das Vorzeigen von 1:1 Spielsituationen, Videofeedback und die Abgabe von schriftlichem Informationsmaterial zum Konzept. Das PLAY-Konzept enthält 7 Schritte in welchen die Eltern lernen, ihr Kind zu beobachten, Ziele zu formulieren, spezifische Techniken anzuwenden um die Kommunikation in der Spielsituation zu unterstützen. Zusätzlich erhielten die Eltern noch einen 1-Tages Workshop über die Grundsätze des Projektes. Die Eltern wurden ausserdem aufgefordert, pro Woche 15 Stunden 1:1 mit dem Kind in Spielsituationen zu üben.

## Messinstrumente

In dieser Studie wurde die „Functional Emotional Assessment Scale“ (FEAS) als primäres Outcome-Messinstrument verwendet. Zusätzlich dienten „clinical ratings“, „Intensity“ und „client satisfaction survey“ der detaillierten Erhebung verschiedener Faktoren.

Die FEAS wurde verwendet um die soziale Entwicklung der Kinder zu messen. Zusätzlich erhebt die Skala Informationen über das Verhalten der Eltern. Die FEAS ist *reliabel* und *valide*. Das Assessment ist in den Bereich „Kind“ und „Eltern“ aufgeteilt und enthält je 6 Untertests. Die FEAS wurde sowohl von den Therapeuten wie auch von *verblindeten* Beurteiler ausgefüllt.

Clinical Ratings wurden von den Therapeuten jeweils nach dem Hausbesuch gemacht. Dabei beurteilten sie den Entwicklungsstand des Kindes nach einer 6 Punkte Skala, welche 6 funktionalen Entwicklungsstufen entsprechen.

Bei der Erhebung der Intensity mussten die Eltern angeben, wie hoch die durchschnittliche Anzahl Therapiestunden ihrer Kinder pro Woche ist.

In der Clinical Satisfaction Survey gaben die Eltern nach 3 und nach 12 Monaten ihre Erfahrungen und ihre Zufriedenheit mit dem PLAY-Programm an.

## Resultate

Die Kinder verbesserten sich in der FEAS *signifikant*. Laut Autoren machten 45.5% der Kinder gute bis sehr gute Fortschritte. Die FEAS Punkte über das Verhalten der Eltern veränderten sich kaum ( $p=0.63$ ). Die Autoren verglichen die Resultate der Kinder mit der Anzahl Stunden, welche die Eltern angaben in die 1:1 Umsetzung des PLAY-Projekts investiert zu haben und kamen zum Schluss, dass sich die Kinder mit höheren Stundenanzahlen stärker verbesserten. Auf den Ratings der Therapeuten verbesserten sich die Kinder ebenfalls *signifikant*. Im Vergleich zum FEAS wurde festgestellt, dass die Therapeuten die Kinder besser einschätzten als die verblindeten Beurteiler, welche den FEAS ausfüllten.

Von den 68 Familien füllten 50 den Fragebogen zur Zufriedenheit nach 12 Monaten aus. Davon gaben 70% an, sehr zufrieden mit dem Programm zu sein. Weitere 10% waren zufrieden und die restlichen 20% mässig zufrieden.

## Kritische Beurteilung

Da es sich bei der Studie um ein before-after-Design handelt, besteht keine Kontrollgruppe. Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass ohne Kontrollgruppe aus den Resultaten nicht geschlossen werden kann, dass die Kinder aufgrund des PLAY-Projektes Fortschritte gemacht haben. Daher müssen die Resultate dieser Studie mit einem Randomized Controlled Trial überprüft werden, um eine Aussage über die Wirksamkeit des PLAY-Projekts treffen zu können. Als weitere Limitation führen die Autoren die kleine Gruppengrösse auf, da diese einen Typ II Fehler verursacht haben könnte. Beim Übertrag in die Praxis muss laut den Verfasserinnen beachtet werden, dass die Eltern mindestens 15 Stunden 1:1 Interaktion mit dem Kind durchführen sollten.

Studie von Whittingham et al (2009)

Stepping Stones Triple P- An RCT of a Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder.

Ziel

Das Ziel der Studie war es, die Effektivität des Elternprogramms „Stepping Stones Triple P“ bei Kindern mit ASD zu untersuchen.

Samplecharakteristik

In der Studie nahmen 59 Familien teil, deren Kinder 2-9 Jahre alt waren. Davon waren 29 Familien der Interventionsgruppe zugeteilt, die restlichen der Warteliste-Kontrollgruppe. Die Autoren führten eine „power-analysis“ durch aus welcher hervorging, dass eine Gruppengrösse von 26 Personen nötig ist, um einen Effekt zu erzielen. Mit Chi-Square Tests und t-tests wurde gezeigt, dass in Bezug auf die demografische Herkunft und das Verhalten der Kinder keine *signifikante* Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Wartelistegruppe bestanden.

Intervention

Das „Stepping Stones Triple P“-Programm ist eine neue Variante des „Triple P Positive Parenting Program“, welches speziell für Familien mit Kinder mit einer Beeinträchtigung entwickelt wurde. In diesem Programm geht es darum, den Kindern positive Aufmerksamkeit zu geben und das problematische Verhalten der Kinder in einer konstruktiven Art und Weise zu managen. Die Therapeuten, welche die Intervention durchführten besuchten alle ein Zweitages-Workshop, in welchem das Programm erklärt wurde. Die Intervention fand zum einen in 4-5er Gruppen (5x) und zum anderen in individuellen Sessions (4x) statt. Die Treffen beinhalteten folgende Punkte: Basisprinzipien von „positive parenting“ erlernen, Beobachtung von Eltern-Kind-Interaktion und Feedback, Strategien um positive Beziehungen zum Kind auszubauen, Strategien um ungewünschtes Verhalten des Kindes zu managen, Zielsetzungen, Pläne für risikoreiche Situationen entwickeln.

## Messinstrumente

Als Messinstrument wurde das „Eyberg Child Behavior Inventory“ (ECBI), „Parenting Scale“ (PS) und „Being a Parent Scale“ durchgeführt.

Das ECBI ist ein 36-Punkte Assessment, in welchem die Eltern das Verhalten ihres Kindes in Bezug auf „intensity“ und „problem“ einschätzen. Bei der Einschätzung der Intensität sollen die Eltern angeben, ob das Verhalten nie (1) oder immer (7) auftritt. Bei der Skalierung des Problems sollen die Eltern mitteilen, ob das Verhalten ein Problem darstellt (1) oder nicht (0). Das Assessment ist normiert für Kinder von 2-16 Jahre und hat eine gute Test-Retest *Reliabilität*. Angaben zur *Validität* fehlen.

Die PS ist ein 30 –Punkte Messinstrument, welches den Erziehungsstil der Eltern in die drei Bereiche „Nachlässigkeit“, „Überreaktion“ und „Wortfülle“ unterteilt. Dazu sollen Eltern ihr Verhalten auf einer 7 Punkte Skala zwischen zwei Extremen definieren. Die PS hat ein gute Test-Retest *Reliabilität* und erscheint den Autoren als *valide*.

Die „Being a Parent Scale“ ist ein 16-Punkte Assessment für die Zufriedenheit und die Effizienz der Erziehung. Dabei sollen die Eltern sich auf einer Skala von 6 Punkten entscheiden, ob sie einer Aussage zustimmen (6) oder nicht (0). Es wurden keine Angaben zu *Validität* oder *Reliabilität* gemacht.

## Resultate

Eine Serie von mehrfaktoriellen Varianzanalysen (MANOVA) wurde durchgeführt. Daraus resultierte eine *signifikante* Abnahme von problematischem Verhalten der Kinder auf der ECBI-Skala. Ebenfalls verbesserte sich der Erziehungsstil der Eltern auf der PS ebenfalls *signifikant*. Die Zufriedenheit und Effizienz der Erziehung verbesserte sich in der Interventionsgruppe, jedoch ohne *signifikante* Differenz zur Warteliste-Kontrollgruppe.

Beim *Follow-up* nach 6 Monaten zeigten sich immer noch eine *signifikante* Verbesserung der Interventionsgruppe.

## Kritische Beurteilung

Eine Limitation der Studie ist es, dass sie ausschliesslich Messinstrumente verwendet, welche von den Eltern eingeschätzt wurden, was zu einer Verfälschung der Resultate führen könnte. Die Autoren der Studie sind sich dieser Problematik bewusst. In zukünftigen Studien wäre es daher sinnvoll, Messinstrumente zu verwenden, welche von einer externen Person, die nicht weiss welche Teilnehmer in welcher Gruppe sind, durchgeführt werden. Ein weitere Kritikpunkt der Verfasserinnen ist es, dass die Studienteilnehmer keine Einverständniserklärung ausfüllen mussten, was ethisch korrekt wäre. Obwohl die Teilnehmer gebeten wurden, während der Studie keine anderen Elternprogramme mit zu machen, fanden die anderen Therapien aus ethischen Gründen wie üblich statt. Dies könnte jedoch zu einer Verfälschung der Resultate geführt haben, weil die Verbesserungen der Teilnehmer auch durch eine andere Intervention entstanden sein könnten. Ansonsten bezieht sich die Intervention auf die Studienfrage und die Resultate sind detailliert und methodisch korrekt ausgewertet. Im Bezug auf die Praxisübertragbarkeit ist die Studie ausführlich genug beschrieben, dass ein ähnliches Programm umgesetzt werden könnte.

## Ergebnisse

Die Studien und ihre Programme hatten alle eine Verbesserung der Kinder mit ASS mittels Elternarbeit zum Ziel. Dennoch unterschieden sie sich stark. Die wichtigsten Unterschiede werden hier festgehalten und im folgenden Diskussionsteil weiter erörtert.

Beim Klientel werden grosse Unterschiede im Bezug auf den Schweregrad des Autismus vermutet. Da jede Studie ihre Probanden anders und zum Teil ungenau beschreibt, ist ein Vergleich der Schweregrade des Autismus nicht möglich. Bezogen auf das Alter kann gesagt werden, dass nur die Studie von Carter et al. (2011) Kinder untersucht, welche jünger als 2 Jahre sind. Alle anderen untersuchten Studien behandelten Kinder im Alter von 2-11 Jahren.

Die untersuchten Studien wurden an verschiedenen Orten durchgeführt. Die Interventionen von Green et al. (2010), Aldred et al. (2004), und Graham et al. (2010&2013) fanden ausschliesslich im jeweiligen Forschungszentrum statt. Die Intervention von Dunn et al. (2012) wurden immer bei den betroffenen Familien durchgeführt. In den restlichen Studien wurde eine Kombination von verschiedenen Settings (Zuhause, Forschungszentrum, Schule/Tagesstätte) gewählt.

Weiter kann zu den Settings der Therapie gesagt werden, dass nur zwei der neun Studien (Carter et al., 2011 & Whittingham et al., 2009) Gruppensessions beinhalteten.

Auch der Inhalt der Interventionen unterschied sich. Während vier Studien (Aldred et al., 2004; Green et al., 2010; Ozonoff et al., 1998 & Whittingham et al., 2009) auf ein Erlernen von allgemeinen Strategien fokussierten, wurden bei drei Programmen (Solomon et al., 2007; Carter et al., 2011 & Dunn et al., 2012) hingegen konkrete Situationen mit den Eltern trainiert. Graham et al. (2010 & 2013) wiederum leiteten die Eltern an, selber Strategien für die jeweiligen *Betätigungsprobleme* zu entwickeln. In sieben der neun Hauptstudien (Aldred et al., 2004; Carter et al., 2011; Ozonoff et al., 1998; Solomon et al., 2007; Whittingham et al., 2009; Dunn et al., 2012 & Graham et al., 2010) treffen sich die Familien zwischen 6-12 Mal für die Interventionen. Ein deutlich intensiveres Programm mit 18 Treffen und zusätzlichen Booster-Sessions wurde von Green et al. 2010 untersucht. Die Intervention mit der geringsten Intensität wurde von Graham et al. (2013) untersucht. In ihrer Studie trafen sich die Familien durchschnittlich fünf Mal (Range 3-8) für die Interventionen.

In den Studien von Aldred et al. (2004), Green et al. (2010) und Ozonoff et al. (1998) wurden die Eltern zudem aufgefordert, 30 Minuten am Tag mit ihren Kindern die gelernten Techniken zu üben. Die Eltern in der Studie von Solomon et al. (2007) waren gar aufgefordert, 15 Stunden pro Woche mit ihren Kindern zu trainieren. Zusammenfassend haben die Verfasserinnen in diesen neun Hauptstudien sieben Studien gefunden (Aldred et al., 2004; Ozonoff et al., 1998; Wittingham et al., 2009; Solomon et al., 2007; Dunn et al., 2012; Graham et al., 2010 & 2013), welche ein positives Resultat in ihren Outcome-Messungen erzielen konnten. Dagegen konnten sich die Kinder in den Studien von Carter et al. (2011) und Green et al. (2010) nicht *signifikant* verbessern.

## Diskussion

Die Verfasserinnen stellen in diesem Teil den Bezug zur Fragestellung her, vergleichen die Hauptstudien anhand des Klientel, des Settings, der Inhalte der Intervention sowie der Intensität und schaffen den Bezug zum theoretischen Hintergrund. Anschliessend werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben.

## Bezug zur Fragestellung

Wie wirken sich verschiedene Behandlungsansätze der Elternarbeit auf die *Performanz* von Kindern mit Autismus Spektrum Störungen aus?

In unseren Hauptstudien wurden folgende Behandlungsansätze der Elternarbeit untersucht:

- Hanen's More Than Words (HMTW) (Carter et al., 2011),
- Parent-mediated communication-focused treatment (PACT) (Green et al., 2010),
- eine psychologische Behandlung, ähnlich dem PACT (Aldred et al., 2004),
- eine TEACCH-basierte Elternintervention (Ozonoff et al. 1998),
- Stepping Stones Triple P (Whittingham et al., 2009)
- Eine Spiel-Intervention nach dem "developmental, individualized and relationship-oriented-model" (DIR) (Solomon et al. 2007),
- eine kontextbasierte Intervention (Dunn et al. 2012),
- das Occupational Performance Coaching (OPC) (Graham et al., 2010 & 2013)

Über alle Hauptstudien kann gesagt werden, dass die Programme von Aldred et al. (2004), Ozonoff et al. (1998) Wittingham et al. (2009), Solomon et al (2007), Dunn et al. (2012) und Graham et al. (2010& 2013) eine Verbesserung der *Performanz* der Kinder mit Autismus Spektrum Störungen zeigen konnten. Im Gegensatz dazu führten die Interventionen von Carter et al. (2011) und Green et al. (2010) nicht zu den gewünschten Fortschritten.

Die verschiedenen Interventionen unterschieden sich aber nicht nur bezüglich ihres Inhaltes, sondern auch ihre Klientels, der Intensität und der Art und Weise, wie die Eltern geschult wurden. Ausserdem weisen die Studien grosse Diskrepanzen in der methodischen Qualität auf. Aufgrund all dieser Faktoren ist es nicht möglich, die verschiedenen Interventionen eindeutig zu vergleichen und daraus eine klare Reihenfolge in Bezug auf die Effektivität der Interventionen herzuleiten. Dies entspricht auch der Aussage von Galvin et al. (2004), welche feststellen, dass eine Best-Practice-Empfehlung für Kinder mit ASS aufgrund der verschiedenen Charakteristiken der Programme nicht möglich ist.

## Klientel

In Bezug auf das Alter der Kinder zeigt die Studie von Carter et al. (2011), dass junge Kinder (12-25 Monate) sich bezüglich der Kommunikation kaum verbessern konnten. Die anderen 8 Studien, welche Kinder von 3-11 Jahren untersuchten, lassen aufgrund der unterschiedlichen Resultate keinen Rückschluss auf ein ideales Behandlungsalter der Kinder zu. Diese Feststellung wird von Ozonoff et al. (1998) gestützt, da die Autoren in ihrer Studie zum Schluss kommen, dass das Alter keinen Einfluss auf das Outcome hat. Hingegen zeigen die Autoren auf, dass der Schweregrad des Autismus die Ergebnisse beeinflussen. Kinder mit einer milden Form von Autismus profitieren laut Ozonoff et al. (1998) mehr von der Intervention, als Kinder mit einer schweren Form von Autismus. Diese Ausführung widerspricht der Aussage von Solomon et al. (2007), welche besagt, dass Kinder mit einem schlechteren Objektgebrauch zu Beginn der Intervention grössere Fortschritte machen, als Kinder, deren Objektgebrauch besser ist.

Beim Versuch, die Ausprägung des Autismus der Kinder nach Schweregrad einzuordnen, stellten die Verfasserinnen fest, dass in den Studien unterschiedliche Assessments verwendet werden. Dies macht einen objektiven Vergleich, ob ein Kind schwerer oder leichter betroffen ist, unmöglich. Diese Erkenntnis wird durch das Review von Diggle & McConachie (2013) gestützt. Darin versuchen die Autoren ebenfalls, die Kinder für das Review nach Schweregrad zu unterteilen, was ihnen aufgrund der verschiedenen Assessments nicht gelingt. Daher können die Hauptstudien dieser Arbeit in Bezug auf die Ausprägung des Autismus nicht verglichen werden.

## Setting

Die untersuchten Interventionen werden bezüglich Durchführungsort und Therapieteilnehmer verglichen.

Werden die Outcomes der Studien betrachtet wird deutlich, dass die Intervention von Dunn et al. (2012), welche Zuhause stattgefunden hat, einen positiven Effekt auf die *Partizipation* der Kinder hatte. Dies deutet darauf hin, dass Domizilbehandlungen bei Kindern mit ASS sinnvoll sind. Dabei ist aber zu beachten, dass diese Studie über keine Kontrollgruppe verfügt, was die Aussagekraft des Outcomes verringert. Von den vier Studien, welche ausschliesslich im Zentrum therapierten, zeigen die Studien von Aldred et al. (2004) sowie Graham et al. (2010 & 2013) positive Ergebnisse. Nur die Studie von Green et al. (2010) konnte keine *signifikanten* Verbesserungen nachweisen. Dabei ist zu beachten, dass diese Studie von Green et al. (2010) das grösste Sample (152 Teilnehmer) hatte und methodisch die höchste Qualität aufweist. Daher kann keine klare Empfehlung abgegeben werden, ob die Therapie in einem Zentrum das Outcome durchgehend positiv beeinflusst.

Diejenigen Studien, welche in verschiedenen Settings Therapien durchführten unterscheiden sich sehr stark in der Wahl der Settings, was einen objektiven Vergleich verhindert.

Untersucht man den Aspekt des Gruppensettings der Studien von Carter et al. (2011) und Whittingham et al. (2009) fällt folgendes auf. Im Gegensatz zu Carter et al. (2011) zeigen die Resultate von Whittingham et al. (2009) eine Verbesserung in den Problembereichen der Kinder. Die Zufriedenheit der Eltern verbesserte sich jedoch nur bei Carter et al. (2011), nicht aber bei Whittingham et al. (2009). Daraus schliessen die Verfasserinnen, dass das Gruppensetting das Outcome der Kinder wie auch die Zufriedenheit nicht generell positiv oder negativ beeinflusst.

## Inhalt der Intervention

Die Interventionen werden von den Verfasserinnen in folgende drei Kategorien eingeteilt: Erlernen von allgemeinen Strategien, Trainieren von konkreten Situationen und Anleitung zur Erarbeitung von Strategien.

Die nachfolgenden vier Studien beinhalten Interventionen, in welchen allgemeine Strategien erlernt werden. In der Studie von Aldred et al. (2004) und von Green et al. (2010) wurden jeweils die Kommunikationsstile der Eltern trainiert und gezielt an das autistische Kind angepasst. Bei Ozonoff et al. (1998) und Whittingham et al. (2009) wurde im Allgemeinen das Verhalten der Eltern in Bezug auf ihre beeinträchtigten Kinder trainiert. Dabei wurden grundsätzliche Techniken im Umgang mit autistischen Kindern gelernt. Werden die Outcomes dieser Studien verglichen, fällt auf, dass die Resultate von Aldred et al. (2004), Ozonoff et al. (1998) sowie Whittingham et al. (2009) positiv ausfallen. Im Gegensatz dazu zeigen Green et al. (2010) keine *signifikante* Verbesserung der Problembereiche. Wie bereits im Abschnitt Setting beschrieben, vermuten die Verfasserinnen, dass diese Diskrepanz mit der Samplegrösse und der methodischen Qualität zusammenhängt.

In die Kategorie „Trainieren von konkreten Situationen“ können nachfolgende drei Studien eingeteilt werden. Die Studie von Solomon et al. (2007) trainierte das Verhalten der Eltern spezifisch in Spielsituationen. Carter et al. (2011) nutzte ebenfalls spezifische Situationen des täglichen Lebens, wie das Einkaufen oder den Spielplatzbesuch, um die Eltern anzuleiten. Auch die Interventionen von Dunn et al. (2012) beziehen sich auf konkrete Situationen im Leben der Familien. Die Teilnehmer bei Solomon et al. (2007) machten *signifikante* Fortschritte im Spielverhalten. Auch Dunn et al. (2012) zeigen positive Ergebnisse in ihrer Studie. Die *Partizipation* der teilnehmenden Kinder erhöhte sich *signifikant*. Im Gegensatz dazu, zeigen die Kinder bei Carter et al. (2011) keine Verbesserungen in der Kommunikation. Als mögliche Gründe für diese Unterschiede vermuten die Verfasserinnen das Alter der Kinder (siehe Abschnitt „Klientel“) und die unterschiedlichen Outcomebereiche. So wird bei Carter et al. (2011) die Kommunikation im Spielverhalten isoliert betrachtet, während bei Solomon et al. (2007) die Kommunikation der Kinder nur ein Teil des gesamten Outcomes „Soziale Entwicklung“ bildete.

Im Gegensatz zu den oben genannten Studien, welche entweder Strategien anlernten oder konkrete Situationen trainierten, arbeitete Graham (Graham et al. 2010 & 2013) mit einer Kombination dieser zwei Ansätze. Sie leitete die Eltern an, selber Strategien für die *Betätigungsprobleme* ihrer Kinder zu entwickeln. Die Resultate ihrer Studien sind vielversprechend. So verbesserten sich sowohl die *Performanz* der Kinder in den trainierten Betätigungen, wie auch die *Performanz* der Eltern in ausgewählten Bereichen *signifikant*. Auffallend ist weiter, dass sich die *Performanz* nicht nur in den trainierten Betätigungen verbesserte, sondern auch bezüglich weiteren *Betätigungsproblemen*. Dies deutet auf eine Generalisierbarkeit der Effekte auf verschiedene Betätigungsbereiche hin. Bei der Interpretation dieser Resultate muss beachtet werden, dass die Samplegrößen in beiden Studien klein, keine Kontrollgruppen vorhanden waren und die Kinder grossteils keiner Diagnosegruppe zugeordnet werden konnten.

### Intensität

In der Literatur werden einige zeitintensive Studien für die Behandlung von Kindern mit Autismus beschrieben, wie zum Beispiel Lovaas (1987). In seiner Intervention werden wöchentlich 40 Stunden eins zu eins mit dem Kind gearbeitet. In Mudford et al. (2001) wird die Schwierigkeit, die Zeit und das Personal für solch intensive Interventionen aufzubringen, beschrieben. In der vorliegenden Arbeit wurden alle Studien ausgeschlossen, welche einen Aufwand von mehr als 15 Stunden pro Woche beinhalten.

In der Studie von Green et al. (2010) trafen sich die Therapeuten und die Familien während 6 Monaten alle 14 Tage. Zusätzlich sollten die Eltern täglich 30 Minuten mit dem Kind üben. Die Outcomes dieser Studie zeigen, dass die Kinder trotz 18 Sitzungen und Booster-Sessions mit diesem Programm keine *signifikanten* Fortschritte erzielen konnten. Daraus könnte geschlossen werden, dass die Intensität zu wenig hoch war. Diese Vermutung wird durch die Empfehlung einer Therapieintensität von mindestens 25 Stunden pro Woche (Lord et al. 2001) gestützt. Dagegen sprechen jedoch die Ergebnisse von Aldred et al. (2004). In dieser Intervention wurden die Familien während einem halben Jahr monatlich für einen halben Tag gecoacht. Darauf folgten während einem weitere halben Jahr wenige Booster-Sessions. Die Eltern wurden ebenfalls aufgefordert 30 Minuten pro Tag mit dem Kind zu üben. Obwohl diese Intervention deutlich Mal seltener stattfand,

verbesserten sich die Eltern-Kind-Interaktion, die autistischen Symptome sowie die Kommunikation der Kinder *signifikant*. Ähnliche Ergebnisse wurden von Ozonoff et al. (1998) beschrieben. In dieser Studie trafen sich die Therapeuten und die Familien während zehn Wochen wöchentlich für eine Stunde. Auch diese Familien wurden aufgefordert, täglich 30 Minuten mit dem Kind zu üben. Die Resultate dieser zehnmaligen Intervention zeigen *signifikante* Verbesserungen. Bei Carter et al. (2011) fanden acht Gruppensitzungen und drei individuelle Sitzungen statt. Die Ergebnisse dieser Intervention zeigten keine *signifikanten* Verbesserungen. Aus diesen vier Studien schliessen die Verfasserinnen, dass nur drei individuelle Treffen (Carter et al., 2011) nicht genügen, um eine Verbesserung der *Performanz* der Kinder zu erreichen. Die Intensität von Aldred et al. (2004) und Ozonoff et al. (1998) mit 6-12 Sitzungen scheinen für die Betreuung von Eltern von Kinder mit Autismus geeignet zu sein. Dies wird von Whittingham et al. (2009) gestützt, da diese Intervention mit neun Treffen eine *signifikante* Verbesserung erreichte. Dunn et al. (2012) zeigen eine *signifikante* Verbesserung der *Partizipation* der Kinder nach 10 Treffen über 12-15 Wochen. Auch diese Resultate stützen die Hypothese der Verfasserinnen. Da bei Green et al. (2010) trotz einer höheren Intensität keine Fortschritte erzielt werden konnten, vermuten die Verfasserinnen, dass häufige Therapien nicht mit besserem Outcome gleichgesetzt werden kann. Dies wird von der Studie von Reed, Osborne und Corness (2007) unterstützt. Dort stellen die Autoren fest, dass sich die Kinder nicht proportional zur Erhöhung der Intensität verbessern. Daraus kann geschlossen werden, dass eine intensive Therapie nicht unbedingt die wirkungsvollste ist.

Solomon et al. (2007) zeigen auf, dass die aufgewendete Übungszeit der Eltern mit dem Kind einen positiven Einfluss auf das Outcome der Kinder hat. Je höher die Menge der aufgewendeten Stunden war, desto besser war das Outcome der Kinder. Es ist aber zu erwähnen, dass die Zufriedenheit der Eltern bezüglich der Intervention teilweise niedrig war. Dies könnte auf die Belastung aufgrund der Intensität des individuellen *Trainings* zurückgeführt werden.

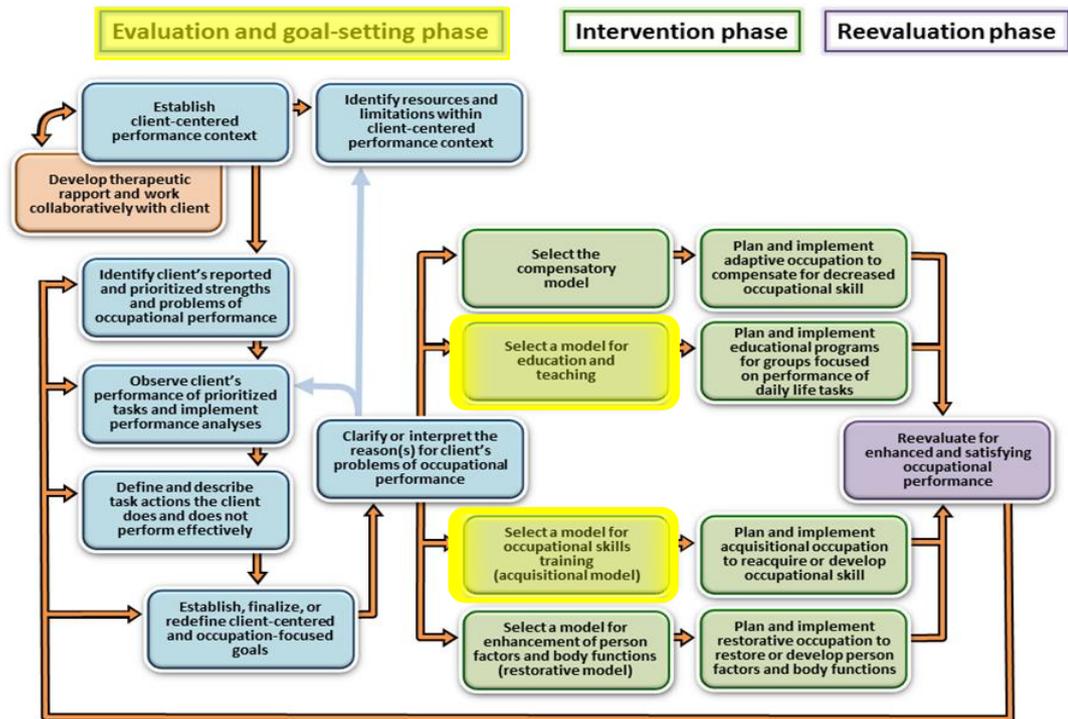
In den beiden Studien von Graham et al. (2010 & 2013) treffen sich Therapeutin und Familien zwischen 3 und 10 Mal. Trotz dieses teilweise sehr geringen Aufwandes können durch den Therapieansatz *signifikante* Resultate erzielt werden. Die Verfasserinnen begründen dies damit, dass Graham die Eltern anleitet selber Strategien zur Bewältigung ihrer *Betätigungsprobleme* zu entwickeln. Durch diese Befähigung der Klienten braucht es weniger therapeutische Betreuung.

### Bezug zum theoretischem Hintergrund (OTIPM)

Die Workshops, Orientierungsmeetings und die direkten *Elterncoaching* der einzelnen Studien können dem Ansatz „model for educating and teaching“ zugeordnet werden, weil sie dem Erlernen von neuen Strategien der Eltern dienen. Das tägliche *Training* der Eltern, welches in vielen Studien von den Eltern gefordert wurde wird dem Ansatz „select a model for occupational skills training“ zugeordnet. Dieser Ansatz hat zum Ziel, gezielt Fertigkeiten zu trainieren, damit das Kind die Betätigung ausführen kann.

Die gemeinsame Zielsetzung auf der Ebene der Betätigung lässt sich der „evaluation and goal-setting phase“ zuteilen. Dabei geht es laut Fisher (2009) darum, gemeinsam mit den Klienten (in diesem Fall der Familie) betätigungsorientierte Ziele zu setzen. Dies wurde bei den Studien Dunn et al. (2012), Whittingham et al. (2009) und Graham et al. (2010 & 2013) gemacht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Betreuung von Eltern in allen Phasen (Evaluation, Zielsetzung, Intervention, Auswertung) in das OTIPM einordnen lässt. Daraus schliessen die Verfasserinnen, dass die Elterarbeit als eigenständige ergotherapeutische Intervention gewichtet werden soll.



Adapted from: Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions*. Fort Collins CO: Three Star Press. (Revised June 2013)

Abbildung 5

## Schlussfolgerung

Aus den Erkenntnissen der Diskussion schliessen die Verfasserinnen, dass nicht ein spezifisches Programm für die Betreuung von Eltern mit Kindern mit ASS empfohlen werden kann. Nicht jede Betreuungsform entspricht jeder Familie und jedem Therapeuten. Daher sollte immer eine individuelle Anpassung an das Betätigungsproblem des Kindes und den Bedürfnissen der Familie stattfinden. Gerade bei Autismus, welches eine Diagnose mit sehr heterogenem Erscheinungsbild ist, gibt es keine Standard-Lösung. Diese Schlussfolgerung wird von Roberts, Williams, Carter, Evans, Parmenter, Silove, Clark und Warren (2011) gestützt.

## Theorie-Praxis Transfer

In diesem Abschnitt geben die Verfasserinnen literaturgestützte Empfehlungen für die pädiatrische Ergotherapie ab.

### Voraussetzungen für Elternarbeit

Kaiser und Hancock (2003) führen begünstigende Faktoren für eine erfolgreiche Elternarbeit auf:

Wer	Was
Eltern	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interesse an der Teilnahme</li><li>• Erachten die Teilnahme als wichtig</li><li>• Haben genügend Zeit &amp; Energie um teilzunehmen</li><li>• Gewillt eine Verpflichtung über längere Zeit einzugehen</li><li>• Werden von Familienmitgliedern und Freunden unterstützt</li></ul>
Kinder	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grosse Wahrscheinlichkeit, dass sie vom Elterstraining profitieren werden</li><li>• Haben Entwicklungsverzögerungen, welche die Eltern beeinflussen können</li><li>• Zeigen Freude an der Interaktion mit den Eltern</li></ul>
Therapeuten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sehen die Eltern als Co-Therapeuten im Behandlungsprozess</li><li>• Setzen Ziele gemeinsam mit dem Kind und der Familie</li><li>• Haben Erfahrung im Problembereich der Kinder</li><li>• Sind in der Anleitung von Eltern geschult</li><li>• Sind offen für Rückmeldungen der Eltern</li></ul>

Tabelle 5

Laut Brookman-Frazer und Koegel (2004) ist eine gemeinsame Zielsetzung nicht nur ein begünstigender Faktor, sondern führt auch zu besseren Outcomes. Diese Aussage wird von vier unserer Hauptstudien gestützt. Bei Graham et al. (2010 & 2013), Dunn et al. (2012) und Ozonoff et al. (1998) wurden die Ziele zusammen mit den Eltern gesetzt. All diese Interventionen zeigten positive Outcomes. Eine gemeinsame Zielsetzung scheint daher förderlich für die Fortschritte der Kinder. Zudem fördert laut Galvin et al. (2004) ein gutes Verständnis seitens der Eltern für das Ziel der Intervention ein positives Outcome. Durch eine gemeinsame Zielsetzung kann dieses Verständnis gefördert werden.

Als hindernde Faktoren für die Elternarbeit wird von Osborne, McHugh, Saunders und Reed (2007) Stress und von Webster-Stratton und Hammond (1990) eine problematische Ehebeziehung genannt.

## Klientel

In Bezug auf das Klientel gibt es Hinweise, dass Kinder ab dem Alter von zwei Jahren mehr von einer Intervention profitieren, als Kinder zwischen ein und zwei Jahren (Carter et al. 2011). Daraus schliessen die Verfasserinnen, dass es sinnvoller ist, bei Kindern mit ASS die Eltern erst zu coachen sobald das Kind zwei Jahre alt ist. Ob Elternarbeit auch für Kinder über elf Jahren wirksame Ergebnisse erzielt, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht werden.

## Ausprägung des Autismus

Bezüglich der Ausprägung der Autismussymptome kann aufgrund der beurteilten Literatur keine Aussage getroffen werden, ob leichter oder schwerer betroffene Kinder mehr von der Intervention profitieren. Zwar stellen Ozonoff et al. (1998) und Solomon et al. (2007) fest, dass die Ausprägung das Outcome beeinflusst. Da ihre Aussagen sich widersprechen, sollte in der Praxis bei jedem Kind individuell beurteilt werden, in welchem Rahmen Elternarbeit sinnvoll ist.

## Intensität

Aufgrund unserer Hauptstudien kann gesagt werden, dass mit 6-10 Therapieeinheiten über einen Zeitraum von 3-6 Monaten die grössten Fortschritte erzielt werden können (Aldred et al., 2004, Dunn et al., 2012, Ozonoff et al., 1998, Whittingham et al., 2009, Graham et al., 2010 & 2013). Diese Intensität kann generell für die Elternarbeit bei Kindern mit ASS empfohlen werden. Die Fortschritte der Kinder werden laut Reed et al. (2007) bei höherer Therapiefrequenz nicht mehr proportional grösser. Eine Steigerung der Intensität wird daher von den Verfasserinnen nur empfohlen, wenn sich die Eltern eine engere therapeutische Betreuung wünschen.

## Wahl des Settings

Aus den Hauptstudien kann nicht eindeutig geschlossen werden, welches das ideale Setting für die Betreuung ist. Es gibt aber Hinweise, dass die Interventionen im natürlichen Setting erfolgreich sind (Dunn et al. 2012). Diese Vermutung wird von Kashinath, Woods und Goldstein (2006) unterstützt. Sie stellen in ihrer Arbeit fest, dass der Übertrag in den Alltag besser gelingt, wenn die Therapien im natürlichen Umfeld des Kindes stattfinden. Laut Koegel, Bimbela und Schreibman (1996) fällt nicht nur der Übertrag in den Alltag, sondern auch die Generalisierbarkeit auf andere Betätigungen leichter, wenn die Interventionen im natürlichen Setting stattgefunden haben. Aufgrund dieser Literatur empfehlen die Verfasserinnen, die Elternarbeit, falls die institutionellen Voraussetzungen dies erlauben, im natürlichen Umfeld der Familie durchzuführen.

Bei den Interventionen von Carter et al. (2011) und Whittingham et al. (2009) wurden zusätzlich zu den normalen Therapien noch Gruppensettings durchgeführt. Zwar konnten die Probanden bei Carter et al. (2011) nicht von der Intervention profitieren, dennoch ist laut Stahmer und Gist (2001) eine Kombination von Einzeltherapie und Gruppensetting im Rahmen der Elternarbeit sinnvoll. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von Whittingham et al. (2009). Der Austausch mit anderen Betroffenen kann die Familien in der Umsetzung eines Programmes unterstützen (Stahmer et al., 2001). Die soziale Unterstützung wird von Kaiser et al. (2003) als fördernder Faktor für eine erfolgreiche Elternarbeit aufgeführt. Daher erachten es die Verfasserinnen als sinnvoll, zusätzlich zur Einzelbetreuung der Familien auch das Gruppensetting zu nutzen und dadurch den Austausch zwischen den Betroffenen zu fördern.

## Art der Intervention

In dieser Arbeit wurden die Interventionen der Hauptstudien in die Gruppen „Erlernen von allgemeinen Strategien“, „Trainieren von konkreten Situationen“ und „Anleitung zur Erarbeitung von Strategien“ eingeteilt. Dabei zeigte sich, dass die Studien, welche nur allgemeine Strategien erlernten (Aldred et al., 2004, Green et al., 2010, Ozonoff et al., 1998, Whittingham et al., 2009) oder nur konkrete Situationen trainierten (Carter et al., 2011, Dunn et al., 2012, Solomon et al., 2007) gemischte Ergebnisse hatten. Im Gegensatz dazu konnten Graham et al. (2010 & 2013) mit dem Ansatz „Anleitung zur Erarbeitung von Strategien“ durchgehend positive Outcomes erzielen. Obwohl bei diesen Studien die Samplegrösse und die Methodik die Relevanz der Ergebnisse verringert empfehlen auch weitere Quellen diesen Ansatz. So führen Kaiser et al. (2003) auf, dass die Besten Ergebnisse erzielt werden, wenn sowohl konkrete Situationen trainiert, wie auch allgemeine Strategien erarbeitet werden. Die Erarbeitung von Strategien befähigt die Familie, selbstständig weitere Problembereiche anzugehen (Kaiser et al., 2003). Dies erklärt die Ergebnisse von Graham et al. (2010 & 2013), bei welchen die Kinder auch in den nicht trainierten Betätigungsbereichen Fortschritte machten. Aus diesen Resultaten schliessen die Verfasserinnen, dass es in der Praxis sinnvoll ist, mit dem Ansatz „Anleitung zur Erarbeitung von Strategien“ zu arbeiten, da dieser Ansatz das grösste Potential für eine Generalisierung hat (Kaiser et al., 2003, Graham et al. 2010 & 2013).

In der Schlussfolgerung der Diskussion haben die Verfasserinnen festgehalten, dass eine eindeutige Empfehlung bezüglich der Wahl des Ansatzes nicht gegeben werden kann, jedoch die individuelle Anpassung an den Klienten wichtig ist. Dies wird durch Moes und Frea (2002) gestützt, welche besagen, dass eine individuelle Anpassung eines Programmes an die Bedürfnisse der Familie ein besseres Ergebnis erzielt als die Durchführung eines standardisierten Programms. Trigonaki (2002) zeigt auf, dass jede Familie individuelle Bedürfnisse, Ziele und Werte hat, was eine individuelle Anpassung der Intervention voraussetzt.

## Limitationen

An diese Stelle werden die wichtigsten Limitationen dieser Arbeit erläutert. Gemäss dem Leitfaden der Bachelorarbeit Gesundheit (ZHAW,2012) ist es nicht möglich im Rahmen der Bachelorarbeit Daten zu erheben, daher ist diese Arbeit ausschliesslich eine Zusammenstellung von bestehender Literatur. Da der zeitliche Rahmen vorgegeben ist, musste die Arbeit auf Kinder mit Autismus Spektrum Störung eingegrenzt werden und konnte nicht, wie zu Beginn geplant, die Auswirkungen der Elternarbeit auf Kinder mit *Betätigungsproblemen*, unabhängig von ihrer Diagnose, untersuchen. Da die Erarbeitung eines spezifischen Konzepts für das Kinderspital Bern, welches das Thema eingereicht hat, für diese Arbeit zu umfassend wäre, beschränken sich die Verfasserinnen auf eine Abgabe von allgemeine Empfehlungen für die pädiatrische Ergotherapie in der Arbeit mit Kindern mit ASS. Weiter ist zu erwähnen, dass nur drei der Hauptstudien von Ergotherapeuten durchgeführt wurden.

## Forschungsempfehlungen

Trotz der intensiven Bearbeitung des Themas bleiben für die Verfasserinnen einige Fragen offen. So ist es nicht klar, inwiefern die Ausprägung des Autismus das Outcome der Elternarbeit beeinflusst. Da Autismus Spektrum Störung ein sehr heterogenes Krankheitsbild ist, wäre diese Erkenntnis von grosser Bedeutung. Weiter ist offen, wie die Anwendung der Elternarbeit bei Kindern über elf Jahre aussehen könnte.

Zudem sollte untersucht werden, ob die gefundenen Erkenntnisse auf andere Krankheitsbilder, wie beispielsweise Entwicklungsverzögerungen der motorischen Fertigkeiten oder Cerebral Paresen übertragbar sind.

In Zukunft sollten die Empfehlungen, welche in dieser Arbeit gegeben werden in der ergotherapeutischen Praxis überprüft werden. Weiter sollte die Anwendung des OPC mittels Studien von hoher Evidenz wie RCT's weiter untersucht werden.

# Verzeichnisse

## Literaturverzeichnis

- Aldred, C., Green, J. & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1420-1430. doi:10.UH/j.1469-7610.2004.00338.x
- Aldred, C.R., Pollard, C, Phillips, R. & Adams, C. (2001). Multi-disciplinary social communication intervention for children with autism and Pervasive Developmental Disorders: The Child's Talk research project. *Journal of Educational and Child Psychology*, 18, 76-87.
- Beek, V. (k.D.). *Gabler Wirtschaftslexikon: Beratung*. Heruntergeladen von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/89425/beratung-v8.html> am 14.04.2014.
- Bernitzke, F. & Schegel, P. (2004). *Das Handbuch der Elternarbeit*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Bibby, P., Elikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C., & Reeves, D. (2002). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disability*, 23(1), 81-104.
- Boeglin, M. (2007). *Wissenschaftlich arbeiten Schritt für Schritt*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Brookman-Frazee, L. & Koegel, R. L. (2004). Using Parent/Clinician Partnerships in Parent Education Programs for Children with Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6(4), 195-213. doi:10.1177/10983007040060040201
- Bundesministeriums für Gesundheit [BMG] (2013). *ICD-10-GM: Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Version 2014)*. Deutschland: DIMDI
- Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (2012). *Profile of occupational therapy practice in Canada*. Ottawa: CAOT.

- Carter, A. S., Messinger, D. S., Stone, W. L., Celimli, S., Nahmias, A. S. & Yoder, P. (2011). A randomized controlled trial of Hanen's 'More Than Words' in toddlers with early autism symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 741-752. doi:10.1111/j.1469-7610-2011-02395.x
- Case-Smith, J. & Arbesman, M. (2008). Evidence-Based Review of Interventions for Autism Used in or of Relevance to Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 416-429.
- Darrah, J., Law, M. C., Pollock, N., Wilson, B., Russell, D. J., Walter, S. D., Rosenbaum, P. & Galuppi, B. (2011). Context therapy: A new intervention approach for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53, 615–620. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.03959.x
- Dernick, R. (2012). *Ressourcen orientierte pädiatrische Ergotherapie. Konzepte und Arbeitsmaterialien zur zielgerichteten Kooperation unter Berücksichtigung der Heilmittelrichtlinien 2011 und der International Classification of Functioning (ICF)*. Heruntergeladen von [http://www.familienergo.de/fileadmin/www\\_data/pdf/rope-probelesen.pdf](http://www.familienergo.de/fileadmin/www_data/pdf/rope-probelesen.pdf) am 11.04.2014.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten [DVE] (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- Diggle, T. T. J. & McConachie, H. H. R. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorder (Review). *The Cochrane Database of systematic Reviews*, 1, 1-30.
- Diggle, T. T. J., McConachie, H. H. R., & Randle, V. R. (2009). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorder. *The Cochrane Database of systematic Reviews*, 1, 1-30.
- Duden online. (2013). *Evidenz, die*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Evidenz> am 11.04.2014
- Duden online. (2013). *Training, das*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Training> am 14.04.2014
- Dunn, W., Jane, C., Foster, L., Mische-Lawson, L. & Tanquary, J. (2012). Impact of a Contextual Intervention on Child Participation and Parent Competence Among Children With Autism Spectrum Disorders: A Pretest-Posttest Repeated-Measures Design. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 520-528.

- Ebster, C. & Stalzer, L. (2013). *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*. Wien: Fakultats Verlag.
- e-teaching. (2011). *Schulung*. Absatz 1. Heruntergeladen von <http://www.e-teaching.org/lehrszenarien/schulung/> am 14.04.2014.
- ErgotherapeutInnen Verband Schweiz [EVS] (2005). *Berufsprofil*. Heruntergeladen von [http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil\\_2005\\_d.pdf](http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf) am 7.3.2014.
- ErgotherapeutInnen Verband Schweiz [EVS] (2012). Ergotherapie-Tarif (EVS). Heruntergeladen von [http://www.santesuisse.ch/de/dyn\\_output.html?&content.void=55850](http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?&content.void=55850) am 10.04.2014.
- Fisher, A.G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model.- A Model for Planning and Implementing Top-Down, Clientcentered, and Occupation-based Interventions*. Three Star Press Incorporation: Colorado, USA.
- Galvin, D. & Miller-Kuhaneck, H. (2004). The Family of a Child With an Autism Spectrum Disorder. In H, Miller-Kuhaneck (Hrsg.) *Autism. A Comprehensive Occupational Therapy Approach* (S. 67-82). Bethesda: The American Occupational Therapy Association.
- Gevers, C., Clifford, P., Mager, M., & Boer, F. (2006). Brief report: A theory-of-mind-based social-cognition training program for school-aged children with pervasive developmental disorders: An open study of its effectiveness. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 567–571.
- Graham F., Rodger S. & Ziviani J. (2010). Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Tree Case Reports. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(1), 4-15.
- Graham, F., Rodger, S. & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of Occupational Performance Coaching in Improving Children's and Mother's Performance and Mothers' Self-Competence. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 10-18. doi:10.5014/ajot.2013.004648
- Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Hudry, K., Byford, S., Temple, K., McDonald, W., Pickles, A., & PACT Consortium (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT) - a randomised controlled trial. *The Lancet*, 375(19), 2152-2160. doi:10.1016/S0140-6736(10)60587-9

- Greenspan, S. I. (1992). *Infancy and Early Childhood: The Practice of Clinical Assessment and Intervention with Emotional and Developmental Challenges*. Madison, CT: International Universities Press.
- Gundelfinger, R. (2013). Autismus in der Schweiz: Qualitativ gute Angebote sind entstanden- nur leider nicht genügend für alle Betroffenen. *Autismus aktuell, Absatz 2*. Heruntergeladen von [http://autismus.ch/cms/index.php?option=com\\_content&view=article&id=236&Itemid=198](http://autismus.ch/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=236&Itemid=198) am 10.04.2014.
- Lessing G. E. in T. Hadel, (Hrsg.). (2000). *Zitate für Manager*. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag.
- Hanna K. & Rodgers S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy- a review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, 14-24.
- Horner, R., Carr, E., Strain, P., Todd, A. & Reed, H. (2002). Problem behavior interventions for young children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 423–446.
- Kaiser, A. P. & Hancock, T. B. (2003). Teaching Parents New Skills to Support Their Young Children's Development. *Infants & Young Children*, 16(1), 9-21.
- Kaiser, A. O., Hancock, T. B. & Nietfeld, J. P. (2000). The Effects of Parent-Implemented Enhanced Milieu Teaching on the Social Communication of Children Who Have Autism. *Early Education and Development*, 11(4), 423-446. doi:10.1207/s15566935eed1104\_4
- Kashinath, S., Woods, J. & Goldstein, H. (2006). Enhancing Generalized Teaching Strategy Use in Daily Routines by Parents of Children With Autism. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 466-485.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultats Verlag.
- Koegel, R. L., Bimbela, A. & Schreibman, L. (1996). Collateral Effects of Parent Training on Family Interaction. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(3), 347-360.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998a). Critical Review Form – Quantitative Studies. Hamilton: McMaster University.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998b). *Guidelines for Critical Review Form – Quantitative Studies*. Hamilton: McMaster University.
- Lord, C., Bristol -Power, M., Cafiero, J., Filipek, P. A., Gallagher, J. J., Harris, S. L., Leslie, A. N., McGee, G. G., McGee, J., Odom, S. L., Rodgers, S. J., Volkmar, F. R. & Wetherby, A. (2001). *Educating Children with Autism*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning of Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3–9.
- Mangold, S. (2011). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Moes, D. R. & Frea W. D. (2002). Contextualized Behavioral Support in Early Intervention for Children with Autism and Their Families. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*(6), 519-533.
- Mudford, O. C., Martin, N. T., Eikeseth, S. & Bibby, P. (2001). Parent-Managed Behavioral Treatment for Preschool Children with Autism: Some Characteristics of UK Programs. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 173–82.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J. & Reed, P. (2008). Parenting Stress Reduces the Effectiveness of Early Teaching Interventions for Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(6), 1092-1103. doi:10.1007/s10803-007-0497-7
- Ozonoff, S. & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28*(1), 25-33.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research*. Hong Kong: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Raithel, J. (2008). *Quantitative Forschung. Ein Praxisbuch*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rajower, I., Laâmir, M. & Rudaz, M. (2013). Wer zahlt wofür? Leistungen der IV für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen. *Pädiatrie, 5*, 10-16.

- Reed, P., Osborne, L. A. & Corness, M. (2007). Brief Report: Relative Effectiveness of Different Home-based Behavioral Approaches to Early Teaching Intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1815–1821. doi:10.1007/s10803-006-0306-8
- Roberts J., Williams, K., Carter, M., Evans, D., Parmenter, T., Silove, N., Clark, T. & Warren, A. (2011). A randomised controlled trial of two early intervention programs for young children with autism: Centre-based with parent program and home-based. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1553–1566. doi:10.1016/j.rasd.2011.03.001
- Rosenbaum, P., King, S., Law, M., King, G. & Evans, J. (1998). Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 1–20.
- Rush, D. & Shelden, M. (2011). *The early childhood coaching handbook*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C. & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism. *Autism*, 11(3), 205-224. doi:10.1177/1362361307076842
- Stahmer, A. C. & Gist, K. (2001). The Effects of an Accelerated Parent Education Program on Technique Mastery and Child Outcome. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3(2), 75-82. doi:10.1177/109830070100300203
- Taylor, C. (2007). *Evidence-based Practice for Occupational Therapists*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Thompson, R. W., Penney, R. R., Schuchmann, L. F. & Burke, R. V. (1996). A cost-effectiveness evaluation of parent training. *Journal of child and family studies*, 5(4), 415-429.
- Tonge, B. M. D., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N. & Ninehart, N. (2006). Effects on Parental Mental Health of an Education and Skills Training Program for Parents of Young Children With Autism: A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Academic Child Adolescence and Psychiatry*, 45(5), 561–569. doi:10.1097/01.chi.0000205701.48324.26
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Trigonaki, N. (2002). Parents of Children with Autism and the Five Basic Needs. *International Journal of Reality Therapy*, 21, 13-14.
- Unicef (k.D.). *UN Kinderrechtskonventionen*. Heruntergeladen von [http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/un\\_konvention\\_ueber\\_die\\_rechte\\_des\\_kindes.pdf](http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/un_konvention_ueber_die_rechte_des_kindes.pdf) am 12.3.2014.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1990). Predictors of Treatment Outcome in Parent Training For Families with Conduct Problem Children. *Behavior Therapy*, 21, 319-337.
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J. & Sanders, M. R. (2009). Stepping Stones Triple P- An RCT of a Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 469-480. doi:10.1007/s10802-008-9285-x
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW]. (2012). *Leitfaden Bachelorarbeit*. Winterthur: ZHAW (Departement G).

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Titelbild .....	ii
Abbildung 2 Occupational Therapy Intervention Process Modell.....	6
Abbildung 3 Evidenzpyramide .....	12
Abbildung 4 Selektionsprozess.....	13
Abbildung 5 Occupational Therapy Intervention Process Modell bearbeitet.....	53

## Quellen

1. Heruntergeladen von [http://www.girlywhirly.com/about\\_thankyou.php](http://www.girlywhirly.com/about_thankyou.php) am 14.04.2014, bearbeitet von den Verfasserinnen
2. Fisher, A.G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model.- A Model for Planning and Implementing Top-Down, Clientcentered, and Occupation-based Interventions*. Heruntergeladen von <http://www.innovativeotsolutions.com/content/otipm/> am 14.04.2014
3. Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research*. Hong Kong: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. Bearbeitet von den Verfasserinnen
4. Darstellung der Verfasserinnen
5. Fisher, A.G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model.- A Model for Planning and Implementing Top-Down, Clientcentered, and Occupation-based Interventions*. Heruntergeladen von <http://www.innovativeotsolutions.com/content/otipm/> am 14.04.2014, bearbeitet von den Verfasserinnen

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Einschlusskriterien .....	9
Tabelle 2 Ausschlusskriterien .....	9
Tabelle 3 Keywordtabelle .....	11
Tabelle 4 Studienmatrix.....	16
Tabelle 5 Voraussetzungen für die Elternarbeit.....	54
Tabelle 6 Glossar Abkürzungen .....	70
Tabelle 7 Glossar Begriffserklärungen .....	73
Tabelle 8 Resultate der Datenbanksuche.....	74

## Quellen

1. Darstellung der Verfasserinnen
2. Darstellung der Verfasserinnen in Anlehnung an Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998a). Critical Review Form – Quantitative Studies. Hamilton: McMaster University.
3. Darstellung der Verfasserinnen
4. Darstellung der Verfasserinnen
5. Darstellung der Verfasserinnen in Anlehnung an Kaiser, A. P. & Hancock, T. B. (2003). Teaching Parents New Skills to Support Their Young Children's Development. *Infants & Young Children*, 16(1), 9-21.
6. Darstellung der Verfasserinnen
7. Darstellung der Verfasserinnen
8. Darstellung der Verfasserinnen

## Danksagung

Diese Arbeit konnte dank der Unterstützung vieler Personen realisiert werden. Ganz herzlich bedanken möchten wir uns bei Frau Heidrun Becker, welche uns als Mentorin mit vielen fachlichen Inputs unterstützte.

Liebe Cornelia, ganz herzlichen Dank für deine Unterstützung als unsere Praxispartnerin. Deine Rückmeldungen waren für uns immer sehr hilfreich und halfen uns, trotz aller Theorie den Praxis-Bezug nicht zu verlieren.

Unsere Gegenleser haben grosse Arbeit geleistet – ein grosses Dankeschön!

Und ein riesengrosses Danke an unsere Familien und Freunde, welche uns unterstützen, ermutigten und uns immer zur Seite standen!

## Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Zürich, 29. April 2014

Anita Carisch

Samira Messerli

# Anhang

## Glossar Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
ADI	Autism Diagnostic Interview (Assessment)
ADL	Activities of daily living (Überbegriff für Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. Duschen, Anziehen...)
ADOS	Autism Diagnostic Observation Schedule (Assessment)
ADOS-G	Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (Assessment)
ASS	Autismus Spektrum Störung (Diagnose)
ASD	Autism Spectrum Disorder (Diagnose)
CARS	Childhood Autism Rating Scale (Assessment)
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Datenbank)
CSBS-DP	Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (Assessment)
DIR	developmental, individualized and relationship-oriented (Therapieansatz)
ECBI	Eyberg Child Behavior Interventory (Assessment)
ESCS	Early Social Communication Scale (Assessment)
EVS	Ergotherapie Verband Schweiz (Verband)
FEAS	Functional Emotional Assessment Scale (Assessment)
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (Assessment)
HMTW	Hanen's 'More Than Words' (Therapieansatz)
MCDI	MacArthur Communicative Developmental Inventory (Assessment)
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Datenbank)
MeSH	Medical Subject Headings (Schlagwörter)
MSEL	Mullen Scales of Early Learning (Assessment)
GAS	Goal Attainment Scale (Assessment)
OPC	Occupational Performance Coaching (Therapieansatz)
OTIPM	Occupational Therapy Intervention Process Model (Model)
OT	Occupational Therapy (Berufsgruppe)
PACT	Parent-mediated communication-focused treatment (Therapieansatz)
PCFP	Parent-Child Free Play Procedure (Assessment)
PDD	Pervasive Developmental Disorder (Diagnose)
PEP-R	Psychoeducational Profile-Revised (Assessment)
PIA-CV	Parent Interview for Autism- clinical Version (Assessment)
PS	Parenting Scale (Assessment)
PSI	Parenting Stress Index (Assessment)
PSOC	Parenting Sense of Competence Scale (Assessment)
PsycINFO	Datenbank der American Psychological Association
RCT	Randomized Controlled Trial (Studiendesign)
SP	Sensory Profile (Assessment)
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Therapieansatz)
Vineland	Vineland Adaptive Behaviour Scales (Assessment)

Tabelle 6

## Glossar Begriffserklärungen

Begriff	Bedeutung
Beratung / Elternberatung	Unter Beratung versteht man laut Beeck (k.D.) die Abgabe und Erörterung von Handlungsempfehlungen unter Einbezug der Zielsetzung des zu Beratenden und relevanten Theorien. Unter Elternberatung verstehen die Verfasserinnen die Aufklärung der Bezugspersonen über ihre Handlungsmöglichkeiten und die Begleitung in der individuellen Entscheidungsfindung.
Betätigung / Betätigungsprobleme	Betätigung beschreibt alle Aktivitäten, die eine Person während ihres Alltags durchführt (Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2012). Hat eine Person Schwierigkeiten ihre Betätigungen im Alltag auszuführen, so spricht man von Betätigungsproblemen.
Bias	Unter Bias wird eine systematische Abweichung der Resultate vom wahren Wert der Resultate verstanden. (Taylor, 2007)
Blind / verblindet	Wenn die Forscher verblindet sind kennen sie die Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmer nicht. (Taylor, 2007)
Boolescher Operator	Boolesche Operatoren sind Wörter, die Suchbegriffe miteinander verknüpfen und dadurch die Suche erweitern oder einschränken. (Boeglin, 2007)
Coaching / Elterncoaching	Coaching bedeutet, mit dem Klienten eine fortlaufende Beziehung zu entwickeln und aufrecht zu erhalten. Ziel dieser Beziehung ist es, den Klienten zu unterstützen, seine Ziele zu erreichen, seine <i>Performanz</i> zu verbessern und seine Lebensqualität zu erhöhen. (Towsend und Polatajko, 2007)
Drop-outs	Unter Drop-Out versteht man den Ausfall eines Teilnehmers während der Studie. (Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland, 1998b)
Evidenz / Evidenzbasierung	In der Medizin versteht man unter Evidenz den Nachweis der Wirksamkeit einer Therapieform. (Duden online, 2013)
Evidenzstufen	Die Evidenzstufen bieten eine qualitative Einteilung der Studien. Diese Arbeit richtet sich nach den Einteilungen von

	Polit und Beck (2008).
Follow-up	Unter eine Follow-up werden Messung zur Nachprüfung von Ergebnissen einer bestimmten Behandlung verstanden. (Polit & Beck, 2002)
Partizipation	Partizipation bedeutet, in einer Lebenssituation eingebunden z sein. (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008)
Performanz / Betätigungs- performanz	Die Ausführung einer Betätigung wird als Performanz beschrieben. Diese wird durch die Person, den Kontext und die Aktivität beeinflusst. (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008)
Reliabilität / reliabel	Als Reliabilität wird das Ausmass bezeichnet, in dem wiederholte Messungen eines Objekts mit einem Messinstrument die gleichen Werte liefern (Raithel, 2008).
Schlagwörter	Ein Schlagwort ist ein Begriff, welcher den Inhalt des Dokuments beschreibt. Das Schlagwort wird durch die Bibliothekarin, beziehungsweise die Dokumentarin einem Text zugewiesen, um das Dokument leichter auffindbar zu machen. (Kleibel & Mayer, 2011)
Schneeballsuche	Die Schneeballsuche ist ein Verfahren zur Auffindung von Literatur. Ausgehend von einem für die Arbeit relevanten Buch oder Artikel lassen sich anhand von Literaturverzeichnissen weitere relevante Quellen finden. (Ebster & Stalzer, 2013)
Schulung / Elternschulung	Das Ziel einer Schulung ist die Vermittlung eines bestimmten, zuvor definierten Wissensgebietes (e-teaching 2011). Unter Schulung der Eltern verstehen die Verfasserinnen das Vermitteln von Informationen an die Bezugspersonen des Kindes.
Signifikanz / signifikant	Ein signifikantes Ereignis liegt vor, wenn ein Signifikanztest eine sehr geringe Irrtumswahrscheinlichkeit ermittelt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit beschreibt die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis durch Zufall entstanden ist (Bortz &

	Döring, 2005)
Stichwörter	Unter eine Stichwort wird eine Zeichenfolge (Wort), die in einem Text (Titel, Untertitel, Abstract etc.) vorkommt verstanden. (Kleibel et al., 2011).
Training / Elternttraining	Ein Training ist eine planmäßige Durchführung eines Programms von vielfältigen Übungen zur Ausbildung von Können, Stärkung der Kondition und Steigerung der Leistungsfähigkeit (Duden online, 2013). Unter Training der Eltern verstehen die Verfasserinnen das durch Wiederholung geprägtes Einüben von konkreten Verhaltensweisen mit den Bezugspersonen des Kindes.
Validität / valide	Unter Validität ist das Mass zu verstehen, im dem das Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll (RaitheI, 2008).

**Tabelle 7**

## Resultate der Datenbanksuche

Folgende Artikel wurden aufgrund der Literaturrecherche gelesen und zusammengefasst. Die 23 Studien, welche von den Verfasserinnen als potenzielle Hauptstudien identifiziert wurden sind fett markiert.

---

**Aldred, C., Green, J. & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 8, 1420-1430. doi:10.UH/j.1469-7610.2004.00338.x**

Aman, M. G., McDougle, J. C., Scahill, L., Handen, B., Arnold, E., Johnson, C., Stigler, K. A., Bearss, K., Butter E., Swiezy, N. B., Sukhodolsky, D. D., Ramadan, Y., Pozdol S. L., Nikolov, R., Lecavalier, L., Kohn, A. E., Koenig, K., Hollway, J. A., Korzekwa, P., Gavaletz, A., Mulick, J., Hall, K. A., Dziura, J., Trollinger, L. S., Yu, S., Vitiello, B. & Wagner, A. (2009). Medication and Parent Training in Children with Pervasive Developmental Disorders and Serious Behavior Problems: Results from a Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(12), 1143–1154. doi:10.1097/CHI.0b013e3181bfd669.

**Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivray, J. E., Chong, I. M. & Hines, S. J. (2008). Group Intensive Family Training (Gift) For Preschoolers With Autism Spectrum Disorders. *Behavioral Interventions*, 23, 165-180. doi:10.1002/bin262**

Bears, K., Johnson, C., Handen, B., Smith, T. & Scahill, L. (2013). A Pilot Study of Parent Training in Young Children with Autism Spectrum Disorders and Disruptive Behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 829–840. doi:10.1007/s10803-012-1624-7

Bendixen, R. M., Elder, J. H., Donaldson, S., Kairalla, J. A., Valcante, G., & Ferdig, R. E. (2011). Effects of a father-based inhome intervention on perceived stress and family dynamics in parents of children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 679–687. doi:10.5014/ajot.2011.001271

Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N., Mudford, O. C. & Reeves, D. (2001). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities*. 22, 425-447.

Brookman-Frazee, L. & Koegel, R. L. (2004). Using Parent/Clinician Partnerships in Parent Education Programs for Children with Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6(4), 195-213. doi:10.1177/10983007040060040201

Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericze'n, M. J. & Tsai, K. (2006). Parenting Interventions for Children with Autism Spectrum and Disruptive Behavior Disorders: Opportunities for Cross-Fertilization. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 181-200. doi:10.1007/s10567-006-0010-4

Brookman-Frazee, L., I., Tayloe, R., Garland, A., F., (2010). Characterizing Community-Based Mental Health Services for Children with Autism Spectrum Disorders and Disruptive Behavior Problems. *Journal of Autism Development Disorder*, 40, 1188–1201. doi:10.1007/s10803-010-0976-0

---

Carrigan, N., Rodger, S. & Copley, J. (2001). Parent Satisfaction with a Paediatric Occupational Therapy Service: A Pilot Investigation. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 21(1), 51-76.

**Carter, A. S., Messinger, D. S., Stone, W. L., Celimli, S., Nahmias, A. S. & Yoder, P. (2011). A randomized controlled trial of Hanen's 'More Than Words' in toddlers with early autism symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 741-752. doi:10.1111/j.1469-7610-2011-02395.x**

Chandler, S., Christie, P., Newson, E. & Prevezer, W. (2002). Developing a diagnostic and intervention package for 2- to 3-year-olds with autism: Outcomes of the Frameworks for Communication approach. *Autism*, 6(1), 47-69. doi:10.1177/1362361302006001005

Charlop, M. H. & Transoweck, J. E. (1991). Increasing Autistic Children's Daily Spontaneous Speech. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(4), 747-761.

Charlop-Christy, M. H. & Carpenter, M. H. (2000). Modified Incidental Teaching Sessions: A Procedure for Parents to Increase Spontaneous Speech in Their Children with Autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 2(2), 98-112. doi:10.1177/109830070000200203

Crockett, J. L., Fleming, R. K., Doepke, K. J. & Stevens, J. S. (2007). Parent training: Acquisition and generalization of discrete trials teaching skills with parents of children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 23-26. doi:10.1016/j.ridd.2005.10.003

**Dawson, G., Rodgers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Varley, J., Greenson, J. & Donaldson, A. (2010). Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125, 17-23.**

Diggle, T. T. J. & McConachie, H. H. R. (2009). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorder (Review). *The Cochrane Database of systematic Reviews*, 1, 1-30.

**Dunn, W., Jane, C., Foster, L., Mische-Lawson, L. & Tanquary, J. (2012). Impact of a Contextual Intervention on Child Participation and Parent Competence Among Children With Autism Spectrum Disorders: A Pretest-Posttest Repeated-Measures Design. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 520-528.**

**Drew, A., Baird, G., Baron-Cohen, S., Cox, A., Slonims, V., Wheelwright, S., Sewttenham, J., Berry, B. & Charman, T. (2002). A pilot randomised control trial of a parent training intervention for pre-school children with autism. Primary findings and methodological challenges. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 266-272. doi:10.1007/s00787-002-0299-6**

Drummond, K., Fleming, D., McDonald, L. & Kysela, G. M. (2005). Randomized Controlled Trial of a Family Problem-Solving Intervention. *Clinical Nursing Research*, 14(1), 57-80. doi:10.1177/1054773804270096

Edwards, M. A., Millard, P., Praskac L. A. & Wisniewski, P. A. (2003). Occupational therapy and early intervention: A family-centred approach. *Occupational Therapy International*, 10(4), 239-252.

Elder, J. H., Valcante, G., Yarandi, H., White, D. & Elder, T. H. (2005). Evaluating In-Home Training for Fathers of Children With Autism Using Single-Subject Experimentation and Group Analysis Methods. *Nursing Research*, 54(1), 22-32.

- Eldevik, S., Eikeseth, S., Jahr, E. & Smith T. (2006). Effects of Low-Intensity Behavioral Treatment for Children with Autism and Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(2), 211-224. doi:10.1007/s10803-005-0058-x
- Eyberg, S. M., Edwards, D., Boggs, S. R. & Foote, R. (1998). Maintaining the Treatment Effects of Parent Training: The Role of Booster Sessions and Other Maintenance Strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 544-554.
- Farmer, C., Lecavalier, L., Yu, S., Arnold, L. E., McDougle, C. J., Scahill, L., Handen, B., Johnson, C. R., Stigler, K. A., Bearss, K., Swiezy, N. B. & Aman, M. G. (2012). Predictors and Moderators of Parent Training Efficacy in a Sample of Children with Autism Spectrum Disorders and Serious Behavioral Problems. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1037–1044. doi:10.1007/s10803-011-1338-2
- Foster, L., Dunn, W. & Lawson, L. M. (2013). Coaching Mothers of Children with Autism: A Qualitative Study for Occupational Therapy Practice. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(2), 253-263. doi:10.3109/01942638.2012.747581
- Frea, D., W. & Hepburn, S., L. (1999). Teaching Parents of Children with Autism to Perform Functional Assessments to Plan Interventions for Extremely Disruptive Behaviors. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1, 112-122. doi:10.1177/109830079900100205
- Girolametto, L., Sussman, F. & Weitzman, E. (2007). Using case study methods to investigate the effects of interactive intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of Communication Disorders*, 40, 470–492. doi:10.1016/j.jcomdis.2006.11.001**
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2009). Coaching parents to enable children's participation- an approach for working with parents and their children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 16-23. doi:10.1111/j.1440-1630.2008.00736.x
- Graham F., Rodger S. & Ziviani J. (2010). Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Three Case Reports. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(1), 4-15.**
- Graham, F., Rodger, S. & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of Occupational Performance Coaching in Improving Children's and Mother's Performance and Mothers' Self-Competence. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 10-18. doi:10.5014/ajot.2013.004648**
- Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Hudry, K., Byford, S., Temple, K., McDonald, W., Pickles, A., & PACT Consortium (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT) - a randomised controlled trial. *Lancet*, 375, 2152-2160. doi:10.1016/S0140-6736(10)60587-9**
- Hanna K. & Rodgers S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy- a review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, 14-24.
- Harrison, C., Romer, T., Simon, M. C. & Schulze, C. (2007). Factors Influencing Mothers' Learning from paediatrics Therapists: A Qualitative Study. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(2), 77-96. doi:10.1300/J006v27n02\_06

- 
- Heah T., Case T., Mc Guire B. & Law M. (2007). Successful participation: The Lived Experience among Children with Disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(38), 38-47. doi:10.2182/cjot.06.10
- Holan, P., H., Gorman-Smith, D., Henry, D. & Schoeny, M. (2009). The Benefits of Booster Interventions- Evidence from a Family-Focused Prevention Program. *Prevention Science*, 10, 287–297. doi:10.1007/s11121-009-0139-8
- Ingersoll, B. & Gergans, S. (2007). The effect of a parent-implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 163-175. doi:10.1016/j.ridd.2006.02.004
- Johnson, C., R., Handen, B., L., Butter, E., Wagner, A., Mulick, J., Sukhodolsky, D., G., Williams, S., Swiezy, N., Arnold, L., E., Aman, M., G., Scahill, L., Stiger, K., A., McDougle, C., J., Vitiello, B. & Smith, T. (2007). Development Of A Parent Trainingprogram For Children With pervasive Developmental Disorders. *Behavioral Interventions*, 22, 201–221. doi:10.1002/bin.237
- Kaiser, A., P. & Hancock, T. B. (2003). Teaching Parents New Skills to Support Their Young Children's Development. *Infants & Young Children*, 16(1), 9-21.
- Kaiser, A., O., Hancock, T. B. & Nietfeld, J., P. (2000). The Effects of Parent-Implemented Enhanced Milieu Teaching on the Social Communication of Children Who Have Autism. *Early Education and Development*, 11(4), 423-446. doi:10.1207/s15566935eed1104\_4
- Kaiser, A. P., Hemmeter, M. L., Ostrosky, M. M., Fischer, R., Yoder, P. & Keefer, M. (1996). The Effects of Teaching Parents to Use Responsive Interaction Strategies. *Topics in Early Childhood Special Education*, 16(3), 375-406.
- Kaiser, A., P. & Roberts M., Y. (2013). Parent-Implemented Enhanced Milieu Teaching With Preschool Children Who Have Intellectual Disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 295–309. doi:10.1044/1092-4388(2012/11-0231)
- Kasari, C., Gulsrud, A., C., Wong, C., Kwon, S. & Locke, S. (2010). Randomized Controlled Caregiver Mediated Joint Engagement Intervention for Toddlers with Autism. *Journal of Developmental Disorders*, 40, 1045-1056. doi:10.1007/s10803-010-0955-5
- Kashinath, S., Woods, J. & Goldstein, H. (2006) Enhancing Generalized Teaching Strategy Use in Daily Routines by Parents of Children With Autism. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49, 466-485.
- Koegel, R. L., Bimbela, A. & Schreibman, L. (1996). Collateral Effects of Parent Training on Family Interaction. *Journal of Autism and Decelopmental Disorders*, 26(3), 347-360.
- Koegel, R. L., Symon, J. B. & Koegel, L. K. (2002). Parent Education for Families of Children with Autism Living in Geographically Distant Areas. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(2), 88-103. doi:10.1177/109830070200400204
- Kufner, S. & Scholz-Schwärzler, N. (2012). Occupational Performance Coaching (OPC)- Eine ergotherapeutische Intervention für die klientenzentrierte Elternarbeit. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 12, 17-22.
- Kufner, S. & Scholz-Schwärzler, N. (2012). Coaching – Eine Aufgabe der klientenzentrierten Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 11, 11-15.
-

- 
- Krantz, P. J., MacDuff, M. T. & McClannahan, L. E. (1993). Programming Participation in Family Activities for Children with Autism: Parents' use of Photographic Activity Schedules. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(1), 137-138.
- Lafasakis, M. & Sturmey, P. (2007). Training Parent Implementation of Discrete-Trial Teaching: Effects on Generalization of Parent Teaching and Child Correct Responding. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 685-689.
- Landa, R. J., Holman, K. C., O'Neill, A. H. & Stuart, E. A. (2011). Intervention targeting development of socially synchronous engagement in toddlers with autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 13–21. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02288.x
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C. & Dillon, A. R. (2009). Parent-Assisted Social Skills Training to Improve Friendships in Teens with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 39, 596-606. doi:10.1007/s10803-008-0664-5
- Lerman, D. C., Swiezy, N., Perkins–Parks, S. & Roane, H. S. (2000). Skill acquisition in parents of children with developmental disabilities: interaction between skill type and instructional format. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 183-196.
- Lusielli, J. K., O'Malley Cannon, B., Ellis, J. T. & Sisson, R. W. (2000). Home-based behavioural intervention for young children with autism/pervasive developmental disorder. A preliminary evaluation of outcome in relation to child age and intensity of service delivery. *Autism*, 4(4), 426–438. doi:10.1177/1362361300004004007
- Mahoney, G. & Perales, F. (2003). Using Relationship-Focused Intervention to Enhance the Social-Emotional Functioning of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 23(2), 77-89.
- Matson, M.L., Manhan, S. & Matson, J.L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 868-875. doi:10.1016/j.rasd.2009.02.003
- McConachie, H. & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder- a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 120-129.
- McConachie, H., Randle, V., Hammal, D. & Le Couteur, A. (2005). A Controlled Trial of a Training Course for Parents of Children with Suspected Autism Spectrum Disorder. *The Journal of Pediatrics*, 147, 335-340.
- Meadan, H., Ostrosky, M. M., Zaghlawan, H. & Yu, S. Y. (2009). Promoting the Social and Communicative Behavior of Young Children With Autism Spectrum Disorders A Review of Parent-Implemented Intervention Studies. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29(2), 91-104. doi:10.1177/0271121409337950
- Moes, D. R. & Frea W. D., (2002). Contextualized Behavioral Support in Early Intervention for Children with Autism and Their Families. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(6), 519-533.
-

- 
- Mudford, O. C., Martin, N. T., Eikeseth, S. & Bibby, P. (2001). Parent-managed behavioral treatment for preschool children with autism: some characteristics of UK programs. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 173-182.
- Neef, A. N. (1995). Pyramidal Parent Training by Peers. *Journal of Applied Behavior Analysis, 28*(3), 333-337.
- Nunes, D. & Hanline, M. F. (2007). Enhancing the Alternative and Augmentative Communication Use of a Child with Autism through a Parent-implemented Naturalistic Intervention. *International Journal of Disability, Development and Education, 54*(2), 177–197.  
doi:10.1080/10349120701330495
- Odom, S. L., Brown, W. H., Frey, T., Karasu, N., Smith-Canter, L. L. & Strain, P. S. (2003). Evidence-Based Practices for Young Children with Autism: Contributions for Single-Subject Design Research. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities, 18*(3), 166-157.
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J. & Reed, P. (2007). Parenting Stress Reduces the Effectiveness of Early Teaching Interventions for Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi:10.1007/s10803-007-0497-7
- Oosterling, I., Visser, J., Swinkels, S., Rommelse, N., Donders, R., Woudenberg, T., Roos, S., van der Gaag, R. J. & Buitelaar, J. (2010). Randomized Controlled Trial of the Focus Parent Training for Toddlers with Autism- 1-Year Outcome. *Journal of Autism and Developmental Disorder, 40*, 1447-1458. doi:10.1007/s10803-010-1004-0
- Ozonoff, S. & Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28*(1), 25-33.**
- Reed, P., Osborne, L. A. & Corness, M. (2007). Brief Report: Relative Effectiveness of Different Home-based Behavioral Approaches to Early Teaching Intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 1815–1821. doi:10.1007/s10803-006-0306-8
- Research Units on Pediatric Psychopharmacology [RUPP] (2007). Parent Training For Children With Pervasive Developmental Disorders- A Multi-Site Feasibility Trial. *Behavioral Interventions, 22*, 179-199. doi:10.1002/bin.236
- Roberts, M. & Kaiser, A. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions- A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology, 20*, 180–199.  
doi:10.1044/1058-0360(2011/10-0055)
- Roberts J., Williams, K., Carter, M., Evans, D., Parmenter, T., Silove, N., Clark, T. & Warren, A. (2011). A randomised controlled trial of two early intervention programs for young children with autism: Centre-based with parent program and home-based. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*, 1553–1566. doi:10.1016/j.rasd.2011.03.001
- Sheinkopf, S. J. & Siegel, B. (1998). Home-Based Behavioral Treatment of Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 28*(1), 15-23. doi:0162-3257/98/0200-0015\$15.00/0
- Siller, M. & Sigman, M. (2002). The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their Children's Communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*(2), 77-89. doi:0162-3257/02/0400/0077/0
-

- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G. & McAleavey, K. M. (2007). Mindful Parenting Decreases Aggression and Increases Social Behavior in Children With Developmental Disabilities. *Behavior Modification*, 31(6), 749-771.
- Smith, T., Buch, G. A. & Gamby, T. E. (2000). Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 297-309.
- Smith, T., Groen, A. D. & Wynn, J. W. (2000). Randomized trial of intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *American Journal on Mental Retardation*, 105(4), 269–285.
- Sofronoff, K., Leslie, A. & Brown, W. (2004). Parent management training and Asperger syndrome: A randomized controlled trial to evaluate a parent based intervention. *Autism*, 8, 301- 317.  
doi:10.1177/1362361304045215
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C. & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism. *Autism*, 11(3), 205-224.  
doi:10.1177/1362361307076842**
- Stolk, M. N., Mesman, J., van Zeijl, J., Alink, L. R. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Juffer F. & Koot H. M. (2008). Early Parenting Intervention: Family Risk and First-time Parenting Related to Intervention Effectiveness. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 55–83.  
doi:10.1007/s10826-007-9136-3
- Stahmer, A. C. & Gist, K. (2001). The Effects of an Accelerated Parent Education Program on Technique Mastery and Child Outcome. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3(2), 75-82.  
doi:10.1177/109830070100300203
- Stiebel, D. (1999). Promoting Augmentative Communication During Daily Routines: A Parent Problem-Solving Intervention. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1(3), 159-169.  
doi:10.1177/109830079900100304
- Symon, J. B. (2001). Parent Education for Autism: Issues in Providing Services at a Distance. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 3, 160-174. doi:10.1177/109830070100300304
- Symon, J. B. (2005). Expanding Interventions for Children with Autism: Parents as Trainers. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(3), 159-173. doi:10.1177/10983007050070030501
- Thomson, K., Martin, G. L., Arnal, L., Fazzion, D. & Yu, C. T. (2009). Instructing individuals to deliver discrete-trials teaching to children with autism spectrum disorders- A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 590-606. doi:10.1016/j.rasd.2009.01.003
- Tonge, B. M. D., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N. & Ninehart, N. (2006). Effects on Parental Mental Health of an Education and Skills Training Program for Parents of Young Children With Autism: A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Academic Child Adolescence and Psychiatry*, 45(5), 561–569. doi:10.1097/01.chi.0000205701.48324.26
- Vernon, T. W., Koegel, R. L., Dauterman, H. & Stolen, K. (2012). An Early Social Engagement Intervention for Young Children with Autism and their Parents. *Journal of Autism Development Disorder*, 42, 2702–2717. doi:10.1007/s10803-012-1535-7
- Vismara, L. A., Colombi, C. & Rogers, S. J. (2009). Can one hour per week of therapy lead to lasting changes in young children with autism? *Autism*, 13(1), 93-115. doi:10.1177/1362361307098516

- Vismara, L. A., Young, G. S., Strahmer, A. C., McMahon Griffih, E. & Rodgers, S. J. (2009). Dissemination of Evidence-Based Oractice- Can we Train Therapistst from a Distance? *Journal of Autism Developmental Disorder*, 39, 1636-1651. doi:10.1007/s10803-009-0796-2
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1990). Predictors of Treatment Outcome in Parent Training For Families with Conduct Problem Children. *Behavior Therapy*, 21, 319-337.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2004). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105–124. doi:10.1207/S15374424JCCP3301\_11
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J. & Sanders, M. R. (2009). Stepping Stones Triple P- An RCT of a Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 469-480. doi:10.1007/s10802-008-9285-x**
- Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J. & Sanders, M. R. (2009). Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 129–144.

**Tabelle 8**

## Detallierte Beurteilung der Hauptstudien nach Law et. al (1998a)

### Citation:

Aldred, C., Green, J. & Adams, C. (2004). A new social communication intervention for children with autism: pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 8, 1420-1430 doi: 10.UH/j.1469-7610.2004.00338.x

### Comments

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question? <i>The primary hypothesis was that the target psychosocial treatment would improve clinic-observed autistic impairments in children compared with treatment as usual. Subsidiary hypotheses were that there would be an increase in duration of positive interaction observed between parent and child and that <b>improvement in child social functioning generalised into everyday settings.</b></i> Folglich werden die Sozialen Fertigkeit der Kinder mit Autismus im Alltagssetting verglichen. Dies passt zu unserer Forschungsfrage.</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>the longterm outcome of the disorder is influenced by the context of social care</i></li> <li>• <i>there have been very few systematic studies of them</i></li> <li>• <i>The substantial research over the past decade on the core social communication deficits in autism, such as joint attention, pragmatic communication skills, and the ability to read social meanings has raised the possibility of developing tailored treatments targeting such deficits.</i></li> <li>• <i>The rationale for the treatment studied here is therefore that children with autism require a high level of adapted parental communication which is specifically focused at the fine detail of interaction in the context of their specific impairments.</i></li> </ul>
<p><b>Design:</b> x randomized (RCT) cohort single case design before and after case-control cross-sectional 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.) Die gewählte Form des RCT ist sinnvoll weil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Effektivität der Intervention gemessen werden soll</li> <li>• Es bisher wenig systematische Studien zu diesem Thema gibt</li> <li>• Das Testen der Anwendbarkeit eines RCT als weiteres Ziel der Studie erwähnt wird (<i>We wished to evaluate the feasibility of mounting a randomised controlled study of this treatment</i>)</li> </ul> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results. Stichprobe/Auswahl Messen/Ermitteln</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>Randomisation into treatment and control groups was undertaken by an independent statistician after completion of baseline assessment.</i></li> <li>+ <i>Analysis was on a strict intention-to-treat basis.</i></li> <li>+ <i>The researchers were blind to case-control status. Parents were told not to disclose their treatment status during assessment.</i></li> <li>+ <i>Assessment measures tapped different domains of outcome and used multiple approaches to data collection The most widely accepted standardised measures currently available were selected.</i></li> </ul> <p>Massnahme/Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontamination und Kointervention wurden nicht erwähnt/ausgeschlossen</li> <li>- Ort der Behandlung ist nicht beschrieben</li> <li>- Therapeuten/Anzahl Therapeuten ist nicht beschrieben</li> </ul>

<p><b>Sample:</b> N = 28</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? x Yes No 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>+ <i>Twenty-eight children with autism were recruited from the northwest of England over a period of 18 months,(...) who met the inclusion criteria for the study. Einschluss-/Ausschlusskriterien sind aufgeführt.</i></li> <li>+ <i>The randomisation was stratified throughout for chronological age and severity of baseline autistic behaviours, since these variables might have predicted response to treatment.</i></li> <li>+ <i>The active treatment group (n = 14) consisted of 13 boys and 1 girl. At baseline, median chronological age was 48 months (range 29-60), ADI algorithm score 44 (24-56) and ADOS algorithm score 16.5 (11-21).</i></li> <li>+ <i>The control group {n= 14) consisted of 12boys and 2 girls. Median baseline chronological age was 51 months (24-71), ADI score 38 (22-66) and ADOS algorithm score 16.5 (11-22).</i></li> <li>+ <i>No significant differences in routine care received between treatment and control groups were found.</i></li> <li>+ <i>Durch die Art der Randomisierung wurde die Vergleichbarkeit der Gruppen begünstigt. Auch die Messungen zeigen eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen.</i></li> <li>+ <i>Cases were unselected consecutive clinician or self-referrals who met the inclusion criteria for the study.</i></li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Wird in der Studie nicht erwähnt.</p>				
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? x Yes No Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) <i>Full research assessments were then conducted at baseline and at the end of the 12-month follow-up period.</i></p> <table border="1" data-bbox="475 1108 1442 1585"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 1108 944 1142">Outcome areas</th> <th data-bbox="944 1108 1442 1142">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 1142 944 1585"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Change in autistic symptoms: ADOS</li> <li>• Communication/Social behavior: Vineland, MacArthur, Parent-child interaction</li> <li>• daily living skills: Vineland</li> <li>• Socialisation: Vineland</li> <li>• Stress (parent distress, dysfunctional parent-child interaction and child difficulty): Parenting Stress Index</li> </ul> </td> <td data-bbox="944 1142 1442 1585"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Autism Diagnostic Interview (ADI]</li> <li>• The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)</li> <li>• The Vineland Adaptive Behaviour Scales</li> <li>• The MacArthur Communicative Developmental Inventory</li> <li>• The Parenting Stress Index</li> <li>• Parent-child interaction (Video Coding procedure developed by research team)</li> <li>• Standard questionnaire for routine care</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Outcome areas	List measures used.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Change in autistic symptoms: ADOS</li> <li>• Communication/Social behavior: Vineland, MacArthur, Parent-child interaction</li> <li>• daily living skills: Vineland</li> <li>• Socialisation: Vineland</li> <li>• Stress (parent distress, dysfunctional parent-child interaction and child difficulty): Parenting Stress Index</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Autism Diagnostic Interview (ADI]</li> <li>• The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)</li> <li>• The Vineland Adaptive Behaviour Scales</li> <li>• The MacArthur Communicative Developmental Inventory</li> <li>• The Parenting Stress Index</li> <li>• Parent-child interaction (Video Coding procedure developed by research team)</li> <li>• Standard questionnaire for routine care</li> </ul>
Outcome areas	List measures used.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Change in autistic symptoms: ADOS</li> <li>• Communication/Social behavior: Vineland, MacArthur, Parent-child interaction</li> <li>• daily living skills: Vineland</li> <li>• Socialisation: Vineland</li> <li>• Stress (parent distress, dysfunctional parent-child interaction and child difficulty): Parenting Stress Index</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Autism Diagnostic Interview (ADI]</li> <li>• The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)</li> <li>• The Vineland Adaptive Behaviour Scales</li> <li>• The MacArthur Communicative Developmental Inventory</li> <li>• The Parenting Stress Index</li> <li>• Parent-child interaction (Video Coding procedure developed by research team)</li> <li>• Standard questionnaire for routine care</li> </ul>				
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes No x Not addressed 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 therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>a social communication intervention for children with autism and pervasive developmental disorder</i></li> <li>+ <i>It aims to increase the quality of parental adaptation and communication with children with autism.</i></li> <li>+ <i>After an initial series of parental psycho-educational workshops, parents and child attend monthly treatment sessions for six months, followed by a further six months of less frequent maintenance sessions.</i></li> <li>+ <i>Parents are asked to spend 30 minutes daily alone with their child at home to practise these strategies.</i></li> <li>+ <i>Vorgehen in den einzelnen Interventionen wird beschrieben.</i></li> <li>+ <i>Zudem wird ein weiteres Manual angegeben, in welchen die Intervention detailliert beschrieben ist.</i></li> </ul>				

<p>Cointervention was avoided?  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed  N/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Ort kann nur vermutet werden, weil ein Center für die Durchführung der Assessments erwähnt wird. Beschrieben ist der Ort der Interventionen nicht.</li> <li>- Es wird nicht deutlich, wer die Interventionen durchgeführt hat.</li> </ul> <p>Um die Intervention in der Ergotherapie zu wiederholen, muss auf jeden Fall das erwähnte Manual beigezogen werden.</p> <p><i>An audit of all children in both arms of the study showed no significant differences in ongoing educational and therapy provision. Wahrscheinlich keine Kontaminierung/Cointervention, Jedoch nicht genau beschrieben.</i></p>
<p><b>Results:</b>  Results were reported in terms of statistical significance?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  N/A  Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>there was a significant difference in <b>ADOS</b> change between the groups</i></li> <li>• <i>very significant relative progress in expressive language skills measured on the <b>Mac-Arthur Inventory</b></i></li> <li>• <i><b>Vineland Adaptive Behaviour Scales:</b> mean change of 14.3 for the treatment group and 8.7 for the controls. However, co-varying for the baseline score, this represented a non-significant effect</i></li> <li>• <i><b>Parent-child interaction:</b> The active treatment group showed significantly better outcome in parental positive synchronous communication and increase in child communication acts. No significant difference between groups, however, in observed levels of shared attention.</i></li> <li>• <i><b>Parenting Stress Index.</b> Covarying for baseline scores, there was no significant difference between the groups in change in total PSI score</i></li> </ul> <p>Die Analysemethoden sind für den Zweck der Studie angemessen. Durch sie konnte der Zwischengruppenvergleich analysiert und somit die Wirksamkeit der Therapie in Bezug auf die Outcome Measures überprüft werden.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)  Die klinische Wichtigkeit der Resultate wird diskutiert.</p>
<p>Drop-outs were reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)  <i>During the randomisation process and before treatment commenced, three of the initially randomized children moved out of the area and one further child randomised to the control group was found to be closely related to another in the treatment group. These four children were therefore dropped from the study at this stage and replaced by equivalent stratified cases to give balanced stratified numbers across treatment and control groups. Thereafter, the analysis was on a strict intention-to-treat basis. The study achieved 83% attendance at the treatment sessions and there were no dropouts from active treatment once it had started.</i></p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b>  Conclusions were appropriate given study methods and results  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>We have shown that such a (Study-) design is achievable and acceptable to patients.</i></li> <li>• <i>This study suggests that a specific intervention that addresses bi-directional adult-child communication breakdown (...) is tailored to the specific needs of cases can improve autistic symptoms.</i></li> <li>• <i>It also suggests that such individualised dyadic treatments targeting social communication need not be too expensive.</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Repairing the communicative interaction seems to enable parents to establish a positive cycle of more effective communication and reciprocal enjoyment.</i></li></ul> <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>However, this was a pilot study with relatively small sample sizes and (given the chronicity of the disorder) a relatively short follow-up time.</i></li><li>• <i>Firstly, the design does not enable us to test whether the gains were the result of extra non-specific therapist attention or contact time. Eher unwahrscheinlich, wird diskutiert.</i></li><li>• <i>Secondly, the observed effects could be attributed to the results of a non-specific reduction in parental anxiety following increased attention and support. Dagegen sprechen Ergebnisse des Parenting Stress Index</i></li><li>• <i>Parental report of improvements in expressive and receptive language skills might have been biased by the heightened awareness and increased observation of language skills in their children. Triangulation der Ergebnisse spricht dagegen.</i></li></ul> <p>Für die Ergotherapie bedeutet dies, dass Soziale- und Interaktionsfertigkeiten von Kinder mit Autismus mittels Elterncoaching effektiv verbessert werden können.</p>
--	--

**Citation:**

Carter, A., S., Messinger, D., S., Stone, W., L., Celimli, S., Nahmias, A., S., Yoder, P., (2011). A randomized controlled trial of Hanen’s ‘More Than Words’ in toddlers with early autism symptoms. Journal of Child Psychology ad Psychiatry. 52:7. 741-752. Doi:10.1111/j.1469-7610-2011-02395.x

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question? <i>The goals of the present study were to test whether participation in the HMTW program</i> <i>a) enhanced parental responsivity to toddler’s actions, their focus of attention and their communication</i> <i>b) increased communication in toddlers with symptoms consistent with ASD</i> Passt zu unserer Forschungsfrage, weil es ein Eltern-Programm ist, welches sich auf die Kommunikation von Kindern mit ASD bezieht.</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Increasing evidence that early intervention improves outcome for children with autism spectrum disorder</i></li> <li>• <i>Only a few intervention studies have focused on toddler period</i></li> <li>• <i>Less expensive alternatives, specifically those focusing on parent-implemented early interventions are needed</i></li> <li>• <i>It is critical to determine the characteristics of subgroups of children who benefit most from specific interventions</i></li> <li>• <i>Focus on communication because communicative competence in early childhood is associated with positive long-term outcomes.</i></li> </ul>
<p><b>Design:</b> x randomized (RCT) cohort single case design before and after case-control cross-sectional 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.) Dieses Design ist angebracht weil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Es um die Testung der Wirksamkeit des HMTW Programmes geht (goal is to test whether the participation in the HMTW program increased communication in toddlers with symptoms consistent with ASD)</i></li> <li>• <i>Es noch kein RCT zu dieser Fragestellung gibt (to the knowledge of the autors)</i></li> </ul> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results. Stichprobe/ Auswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Es ist nicht klar, wie die “Rekrutierung” des Samples ging (Telefon, Inserat etc...)</i></li> <li>• <i>Drop-outs: 3 aus der Interventionsgruppe (lost job, lost contact, death in family) 4 in der Kontrollgruppe (disagree with diagnosis, lost contact (3))</i></li> </ul> <p>Messen/Ermitteln</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>owing to child noncompliance, etchnical problems &amp; human error, the number of participants with valid outcome data differs across the measures → es sind z.t. mehr Teilnehmer bei Time 2&amp;3 als bei 1</i></li> <li>• <i>the use of non-normed referenced instruments for both, child and parents outcomes limits clinical interpretation.</i></li> <li>• <i>MSEL&amp;Vineland wurden bei Time 1 nur ein Teil gemacht, bei Time 3 das ganze Assessment</i></li> </ul>

	<p>Massnahme/ Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 TN der Interventionsgruppe nahmen an weniger als 9 der 11 Sessions teil</li> <li>• die Eltern-gruppen waren kleiner als ursprünglich im HMTW-Program vorgesehen</li> </ul>					
<p><b>Sample:</b> N = 62</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? x Yes No 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>• 51 boys, 11 girls</li> <li>• mean age at enrollment was 20.25 months; range 15-25</li> <li>• 7 children (11.3%) had older siblings previously diagnosed with ASD</li> <li>• families were recruited from ASD special clinics, early intervention programs, pediatric and neurology practiced and the online Interactive Autism Network</li> <li>• there was considerable heterogeneity with respect to developmental functioning on the Mullen Scales of Early Learning (MSEL) and Vineland Adaptive Behavior Scales Second Edition &amp; on the Autism Diagnostic Observation at Time 1 &amp; 3</li> <li>• 16% of parents had no more than high school education, 33% college coursework, 35% college degree, 16% advantage degree</li> <li>• There were no significant differences in attendance of non-project treatments between the HMTW and "business as usual" groups at any measurement period</li> </ul> <p>Es ist nicht klar, wie die "Rekrutierung" des Samples ging (Telefon, Inserat etc...) Autoren zeigen die " Herleitung" des Samples auf; wie sie auf die 62 Teilnehmer gekommen sind</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? <i>All parents provided informed consent</i></p>					
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? Yes No x Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? Yes No x Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) Time 1(pre-test) , 2 (nach 5 Monaten), 3 (nach 9 Monaten)</p> <table border="1" data-bbox="467 1255 1422 1659"> <thead> <tr> <th data-bbox="467 1255 935 1287">Outcome areas</th> <th data-bbox="935 1255 1422 1287">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="467 1287 935 1659"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Play &amp; Social Interaction</li> <li>• Play (Joint attention &amp; initiating behavior)</li> <li>• Measure for autism symptom severity</li> <li>• Communication</li> <li>• Adaptive skills</li> </ul> </td> <td data-bbox="935 1287 1422 1659"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parent-Child Free Play (PCFP)</li> <li>• Early Social Communication Scales (ESCS)</li> <li>• Parent Interview for Autism-Clinical Version</li> <li>• MSEL Expressive &amp; Receptive Language Scale (1); Full MSEL (3)</li> <li>• Vineland II Communication and Socialization Domains (1) Full Vineland (3) (was used to characterize sample not as outcome measure)</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Outcome areas	List measures used.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Play &amp; Social Interaction</li> <li>• Play (Joint attention &amp; initiating behavior)</li> <li>• Measure for autism symptom severity</li> <li>• Communication</li> <li>• Adaptive skills</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parent-Child Free Play (PCFP)</li> <li>• Early Social Communication Scales (ESCS)</li> <li>• Parent Interview for Autism-Clinical Version</li> <li>• MSEL Expressive &amp; Receptive Language Scale (1); Full MSEL (3)</li> <li>• Vineland II Communication and Socialization Domains (1) Full Vineland (3) (was used to characterize sample not as outcome measure)</li> </ul>
Outcome areas	List measures used.					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Play &amp; Social Interaction</li> <li>• Play (Joint attention &amp; initiating behavior)</li> <li>• Measure for autism symptom severity</li> <li>• Communication</li> <li>• Adaptive skills</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parent-Child Free Play (PCFP)</li> <li>• Early Social Communication Scales (ESCS)</li> <li>• Parent Interview for Autism-Clinical Version</li> <li>• MSEL Expressive &amp; Receptive Language Scale (1); Full MSEL (3)</li> <li>• Vineland II Communication and Socialization Domains (1) Full Vineland (3) (was used to characterize sample not as outcome measure)</li> </ul>					

<p><b>Intervention:</b> Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? x Yes No Not addressed N/A</p> <p>Cointervention was avoided? Yes x No Not addressed 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 therapy practice? <i>8 group sessions for parents only</i> <i>3 in-home individualized parent-child sessions interspersed</i> <i>strategies focus on helping children reach the following 4 goals:</i> <i>1)improved two way communication</i> <i>2)more mature and conventional ways of communication</i> <i>3)better skills in communicating for social purpose</i> <i>d)improved understanding of language</i> <i>sessions cover early child communication development and parental interaction styles</i></p> <p>Es wurden keine TN in der falschen Gruppe behandelt (contamination) Co-intervention wurde nicht vermieden, die Kinder hatten zusätzlich ihre "normalen" Therapien</p>
<p><b>Results:</b> Results were reported in terms of statistical significance? x Yes No N/A Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? x Yes No Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? x Yes No 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> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Overall, parents exhibited moderate increases in their responsivity from Time 1 to Time 2 and showed moderate decreases in responsivity during the follow-up period</i></li> <li><i>Overall, children's increases in communication from Time 1 to Time 3 were moderate, large and very large</i></li> <li><i>Consumer satisfaction with HMTW was extremely high (5.48/6 &amp; 3.64/4)</i></li> <li><i>Children who entered the study with more limited object interest appear to have benefited, while children with greater object interest showed attenuated growth</i></li> </ul> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>In Bezug auf den Erfolg von HMTW kann die Studie keine klinisch relevanten Aussagen treffen, da die Gruppenunterschiede zu klein sind</i></li> <li><i>Es gibt Hinweise darauf, dass Kinder mit kleinerem Objektinteresse zu Beginn der Studie mehr von der Intervention profitieren als solche mit grösserem Objektinteresse</i></li> </ul> <p>Die Eltern scheinen mit dem Programm sehr zufrieden zu sein</p>
<p>Drop-outs were reported? x Yes No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?) Drop-outs: 3 aus der Interventionsgruppe (lost job, lost contact, death in family) 4 in der Kontrollgruppe (disagree with diagnosis, lost contact (3))</p>

<p><b>Conclusions and clinical implications:</b>  Conclusions were appropriate given study methods and results  x Yes  No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?  <i>In conclusion, there were no main effects of the treatment on child outcomes. However, some children showed clear gains in communication that were associated with being randomized in the intervention while others shows attenuation in communication growth. The gains in communication, which were evident both with parents and an unfamiliar examiner, are heartening, and highlight the critical role that parents can play and the potential utility of relatively low-intensity, well-designed, developmentally sensitive interventions.</i></p> <p>Bias siehe Design!</p> <p>Für die Ergotherapie hat die Studie wenig Relevanz, da das Programm nicht erfolgreich zu sein scheint</p>
---	---

**Citation:**

Dunn, W., Jane, C., Foster, L., Mische-Lawson, L. & Tanquary, J. (2012). Impact of a Contextual Intervention on Child Participation and Parent Competence Among Children With Autism Spectrum Disorders: A Pretest-Posttest Repeated-Measures Design. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66, 5, 520-528.

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Do children increase their participation in family activities and routines?</i></li> <li><i>Do parents increase their competence and decrease stress in their parenting role?</i></li> </ol> <p>Speziell Frage 1 passt zu unserer BA, weil es um die Partizipation von Kindern mit ASD geht &amp; die Intervention ein Coaching der Eltern ist</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Coaching is a evidence-based intervention method that is family centered and promotes adult learning</i></li> <li><i>Coaching occurs in family settings, promotes parent-directed goals and solutions, and build's parents capacity to identify and implement interventions during life routines.</i></li> <li><i>Parents of children with autism spectrum disorders often experience more stress and home-based, parent-directed practices may reduce stress and increase competence</i></li> </ul>
<p><b>Design:</b> randomized (RCT) cohort single case design x before and after case-control cross-sectional 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><i>We used a one-group repeated-measures pretest-posttest design</i> →was für die Fragestellung sinnvoll ist. Eine höhere Evidenz könnte durch die Durchführung eines RCTs gezeigt werden.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>Stichprobe/Auswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Because families volunteered, we might have has families who were more motivated to follow through with plans</li> </ul> <p>Messen/Ermitteln</p> <p>Es gibt keine Kontrollgruppe!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The same therapist provided testing and interventions to families</li> </ul> <p>Massnahme/Druchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Interventionen wurden bei 10 Familien von Therapeut A und bei 10 Familien von Therapeut B gemacht</li> <li>All children received other service</li> </ul>

<p><b>Sample:</b> N = 62</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? Yes x No 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>• 20 families, 12 autism, 1 Asperger, 7 ASD</li> <li>• We recruited families who have children with ASD (based on parent reports) ages 3-10 through schools and support groups in a Midwestern suburban area</li> <li>• We selected families on an first-come, first-served basis when parents indicated that they had unmet need in their family life and when children had at least one sensory pattern outside typical</li> <li>• We excluded children with typical sensory pattern</li> </ul> <p>Das sample ist sehr genau beschrieben! (S.523)</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? We obtained approval from the Human Subject Committee at the University of Kansas Medical Center. Parents provided informed consent, children age 7 or older provided assent.</p>					
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? x Yes No Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) Test 1; Baseline in week 4; Test 2; Interventions (10 weekns), Test 3, Test 4 4weeks follow up</p> <table border="1" data-bbox="472 863 1422 1234"> <thead> <tr> <th data-bbox="472 863 935 894">Outcome areas</th> <th data-bbox="940 863 1422 894">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 900 935 1234"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• yields four processing scores (seeking, avoiding, sensitivity, registration) and six sensory scores (auditory, proprioception, vestibular, tactile, oral)</li> <li>• Self-care, productivity &amp; leisure</li> <li>• Quantifies goal progress in everyday life</li> <li>• 36-item self reported measure</li> <li>• parents self-efficiency and satisfaction</li> </ul> </td> <td data-bbox="940 900 1422 1234"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensory Profile</li> <li>• COPM</li> <li>• GAS</li> <li>• Parent Stress Index Form</li> <li>• Parenting sense of competence scale</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Outcome areas	List measures used.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yields four processing scores (seeking, avoiding, sensitivity, registration) and six sensory scores (auditory, proprioception, vestibular, tactile, oral)</li> <li>• Self-care, productivity &amp; leisure</li> <li>• Quantifies goal progress in everyday life</li> <li>• 36-item self reported measure</li> <li>• parents self-efficiency and satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensory Profile</li> <li>• COPM</li> <li>• GAS</li> <li>• Parent Stress Index Form</li> <li>• Parenting sense of competence scale</li> </ul>
Outcome areas	List measures used.					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• yields four processing scores (seeking, avoiding, sensitivity, registration) and six sensory scores (auditory, proprioception, vestibular, tactile, oral)</li> <li>• Self-care, productivity &amp; leisure</li> <li>• Quantifies goal progress in everyday life</li> <li>• 36-item self reported measure</li> <li>• parents self-efficiency and satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensory Profile</li> <li>• COPM</li> <li>• GAS</li> <li>• Parent Stress Index Form</li> <li>• Parenting sense of competence scale</li> </ul>					
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes No Not addressed x N/A</p> <p>Cointervention was avoided? Yes No Not addressed x 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 therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 OT's provided 10 intervention session per family</li> <li>• session lasted approximately 1 hour</li> <li>• over 12-15 weeks</li> <li>• intervention reflected principles of context therapy (Darrah et al. 2011) and contained three interventions characteristics: activity settings, daily life routines, and sensory processing patterns</li> <li>• parents identified goals and selected activity settings in which they needed support</li> <li>• in conversation with parents, sensory processing principles and task analysis were linked to daily routines &amp; settings</li> <li>• at visit one COPM &amp; GAS</li> <li>• at each subsequent visit, they discussed what happened last week and made a joint plan which reflected the strategies in authentic settings and life routines for next week</li> <li>• coaching principled used by Rush &amp; Sheldon (2011)</li> </ul> <p>→die Intervention könnte unter Zuzug der Coaching-Literatur in der Ergotherapie reproduziert werden!</p>					

<p><b>Results:</b> Results were reported in terms of statistical significance? x Yes No N/A Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? x Yes No Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? x Yes No 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><i>With four pairwise comparisons, Holm's sequential Bonferroni procedure controlled for familywise error rates. We set <math>p &lt; 0.0125</math> as our significance level. We used polynomial contrast calculation to identify the source of significant differences when there was overall significance</i></p> <p><i>Childs participation: For the COPM, results indicated a significant time effect for Performance and Satisfaction (<math>p &lt; 0.001</math>) ratings changed from 3.6 to 7 For GAS results indicated a significant time effect (<math>p &lt; 0.001</math>) the average change for goals was 2 points</i></p> <p><i>Parental competence PSI-SF significant (<math>p &lt; 0.007</math>) PSOC results indicated that parents experienced a significant improvement in efficacy (<math>p &lt; 0.001</math>)</i></p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable) Although children received special services through school, families continued to have significant needs for support in their daily lives</p>
<p>Drop-outs were reported? Yes x No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?) No drop outs reported</p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b> Conclusions were appropriate given study methods and results x Yes No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>This study contribute evidence that families are strong resources for managing their own lives. By providing a structure for problem solving (interventions characteristics) and reflective guidance (coaching) we supported parents in finding unique ways to achieve prioritized goals</i></li> <li>• <i>Interventions focused solely on supporting families to achieve their goals lead to significant improvement in children's participation in ways that parents found helpful</i></li> <li>• <i>Using coaching with parents to find strategies to achieve their goals leads to the parents feeling more competent in their parenting role</i></li> <li>• <i>Linking sensory patterns to daily life activities and setting provides a structure for problem solving</i></li> </ul>

**Citation:**

Graham F., Rodger S., Ziviani J. (2010). Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Tree Case Reports. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. Vol. 30 (1). 4-15.

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?  <i>1)Can OPC contribute to improvement in occupational performance of children and parents?</i>  <i>2)What are parent’s experience of OPC interventions?</i></p> <p>Frage 1 passt zu unserer Bachelorarbeit, weil es um die Verbesserung der Performanz von Kindern geht.</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Therapists work with parents is sometimes described through the framework of home programmes</i></li> <li>• <i>The description of parent’s role within home programs varies widely from the “director” of intervention to the “compliant recipient”, this reflects the confused conceptual basis of home programs.</i></li> <li>• <i>Evidence of the effectiveness of home programs in improving children’s performance or participation in everyday life is very limited</i></li> <li>• <i>Hence there is reason to support the exploration of alternative parent-directed interventions, such as OPC.</i></li> <li>• <i>Few interventions have been described that are situated within occupational therapy with the goal f enablement of occupation</i></li> <li>• <i>There is currents insufficient evidence-based guidance for therapists when working from an occupational-centred perspective with parents of children with disabilities</i></li> </ul>
<p><b>Design:</b> randomized (RCT) cohort single case design before and after case-control cross-sectional x 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>This study uses descriptive case study methodology, because the research question were exploratory</i></li> <li>• <i>Descriptive case study methods allow a detailed description of a phenomenon</i></li> <li>• <i>Das Studiendesign war für die Gruppengrösse (n=3) angebracht</i></li> </ul> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>Stichprobe/Auswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sehr kleines Sample</i></li> <li>• <i>Kinder haben keine (einheitliche) Diagnose</i></li> </ul> <p>Messen/Ermitteln</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Beide Assessments sind subjektiv &amp; wurden von den Eltern ausgefüllt</i></li> <li>• <i>No statistical analysis was undertaken because of the small sample size</i></li> </ul> <p>Massnahme/Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Four of Natalie’s sessions occurred by phone due to difficulties attending the university</i></li> </ul>

<p><b>Sample:</b> N = 3</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? Yes x No 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>• <i>Participants were recruited via a waiting list for a university pediatric occupational therapy clinic</i></li> <li>• <i>None of the parents or their children had a formal medical diagnosis</i></li> <li>• <i>Parents lived with their partner and children</i></li> <li>• <i>Age of the children: 5 (w) , 7 (m) , 9 (m)</i></li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? <i>Ethical clearance was obtained from the relevant university ethics committee, pseudonyms have been used throughout this report.</i></p>					
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? x Yes No Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) die Messungen wurden zu Beginn sowie am Ende der Intervention durchgeführt.</p> <table border="1" data-bbox="467 751 1421 1129"> <thead> <tr> <th data-bbox="467 751 938 802">Outcome areas</th> <th data-bbox="938 751 1421 802">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="467 802 938 1129"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Betrifft alle Betätigungsbereiche</i></li> <li>• <i>Parents experience</i></li> </ul> </td> <td data-bbox="938 802 1421 1129"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Canadian Performance Measure (COPM)</i></li> <li>• <i>Goal attainment scaling (GAS)</i></li> <li>• <i>Semi-structured telephone interview</i></li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Outcome areas	List measures used.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Betrifft alle Betätigungsbereiche</i></li> <li>• <i>Parents experience</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Canadian Performance Measure (COPM)</i></li> <li>• <i>Goal attainment scaling (GAS)</i></li> <li>• <i>Semi-structured telephone interview</i></li> </ul>
Outcome areas	List measures used.					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Betrifft alle Betätigungsbereiche</i></li> <li>• <i>Parents experience</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Canadian Performance Measure (COPM)</i></li> <li>• <i>Goal attainment scaling (GAS)</i></li> <li>• <i>Semi-structured telephone interview</i></li> </ul>					
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes No Not addressed x N/A</p> <p>Cointervention was avoided? Yes No Not addressed x 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 therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>1x pro Woche für 1h, 10 Wochen lang</i></li> <li>• <i>individuelle sessions OPC (Eltern konnten auswählen, ob die Kinder dabei sind oder nicht)</i></li> <li>• <i>in "university research center rooms"</i></li> <li>• <i>zusätzlich 2 measurement sessions</i></li> <li>• <i>Goals were established that were highly valued by parents and were observable in home or community context</i></li> <li>• <i>Subsequent sessions began with a review of the impact of the planned actions on parent's or children's performance of the goal activities</i></li> <li>• <i>Parents were asked about the goal performance over the week using solution-oriented and enablement-oriented questioning (e.g. what did parents notice going better and what did they do differently over the past week)</i></li> <li>• <i>Questions were intended to link improved performance to parent's actions</i></li> <li>• <i>Specific questions were asked during sessions to prompt parents to consider other times, places or routines when the successful strategies might also support performance</i></li> <li>• <i>Sessions routinely ended with a clarification and summary discussion of parent's plan of action for the following week</i></li> </ul>					

<p><b>Results:</b> Results were reported in terms of statistical significance? Yes x No N/A Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? x Yes No Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? x Yes No 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>Results:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Both performance measures demonstrated positive change in goals relating to children's and parent's activities, tasks and routines.</i></li> <li>• <i>Changes in COPM were clinically significant for performance satisfaction of both, parents and child performance goals</i></li> <li>• <i>Parents satisfaction with chance was generally higher than actual performance change</i></li> <li>• <i>Parents experience: all parents referred to experience of learning new information, skills, gaining personal insight, home life became calmer, greater optimism at home, parents commented that implementing changes at home had been hard work, especially in the initial stages</i></li> </ul> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>The results prompts consideration of OPC as an alternative approach to working with families</i></li> <li>• <i>Parents experiences indicate they felt enriched by the process both through development of personal insight as well as broader improvements to family life</i></li> </ul>
<p>Drop-outs were reported? Yes x No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?) Keine Drop-Outs während der Studie</p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b> Conclusions were appropriate given study methods and results x Yes No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OPC scheint ein guter Ansatz zu sein um an den Betätigungsproblemen der Kinder zu arbeiten</li> <li>• Die Eltern sind zufrieden</li> </ul> <p>Limitationen sind, dass das Sample so klein ist &amp; die Kinder nicht wirklich vergleichbar</p>

**Citation:**

Graham, F., Rodger, S. & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of Occupational Performance Coaching in Improving Children’s and Mother’s Performance and Mothers’ Self-Competence. The American Journal of Occupational Therapy, 67, 1, 10-18. Doi:10.5014/ajot.2013.004648

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?  <i>1. Does OPC lead to improvements in children’s and parents’ occupational performance in areas identified as concerning by parents?</i>  <i>2. Does improvement also occur in areas of children’s or parents’ performance that are not addressed during intervention?</i>  <i>3. Does OPC lead to improvement in parents’ sense of competence in parenting?</i></p> <p>Untersucht Elterncoaching in Bezug auf die Performanz und passt daher zu unserer Fragestellung.</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>although strong imperatives exist for occupational therapy practitioners to work in family- and occupationcentered ways, few evidence-based interventions explicitly guide this process of interaction with parents in their achievement of goals for their children.</i></li> <li>• OPC wird erläutert</li> <li>• <i>Raising a child with a disability has a profound impact on the wider family system, including maternal mental health family routines and financial status.</i></li> <li>• <i>Intervention protocols are needed that can guide practitioners in attending to these issues as they affect children’s and parents’ occupations and that can be replicated and tested.</i></li> <li>• Aussagen werden mit Studien belegt.</li> </ul>
<p><b>Design:</b> randomized (RCT) cohort single case design x before and after case-control cross-sectional 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.)  <i>A one-group time-series design was used to examine the effectiveness of OPC for children’s and parents’ occupational performance.</i></p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.          Stichprobe/Auswahl          Messen/Ermitteln          – <i>data were initially collected (...) by the intervention therapist, who was not blinded to the study phase</i>          – Einige Messungen wurden von Eltern “erinnernd ausgefüllt”. Oft erinnern sich Menschen an Zuversicht vermittelnde oder positive Dinge mehr als an negative, was die Ergebnisse positiv verfälscht haben könnte.</p> <p>Massnahme/Durchführung          – Kontamination und Kointervention wurden nicht erwähnt/ausgeschlossen          – Therapeut war nicht verblindet</p>

<p><b>Sample:</b> N = 29 (25, 28)</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? x Yes No 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>+ <i>Participants were recruited through a letter to those on a waiting list</i></li> <li>+ <i>children for whom mothers set goals ranged in age from 5 to 11 yr</i></li> <li>+ <i>Most children did not have a formal medical diagnosis as reported by their mothers. The 17% (n=5) who did have a medical diagnosis had an intellectual disability (7%, n=2) or Asperger syndrome (10%, n=3).</i></li> <li>+ <i>Children's adaptive skills measured using the ABAS II were generally below population means in the 10 skill areas</i></li> <li>- Weiter wird das Sample nicht beschrieben, auch nicht in einer Tabelle. Es ist unklar welche Kinder die Dropouts waren.</li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? <i>Ethical approval for this study was granted by the relevant ethics committee.</i> Informed Consent wird nicht erwähnt.</p>				
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? x Yes No Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) <i>Measures of change in occupational performance and parents' sense of competence (dependent variables) were repeated at four time points: (1) 6–8 wk before intervention, (2) 1 wk before intervention, (3) 1 wk postintervention, and (4) 6 wk after intervention completion</i></p> <table border="1" data-bbox="474 898 1422 1188"> <thead> <tr> <th data-bbox="474 898 935 932">Outcome areas</th> <th data-bbox="941 898 1422 932">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="474 940 935 1188"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Occupational Performance (Parent and Child: COPM, GAS)</li> <li>• Change in Parenting Competence: PSOC</li> </ul> </td> <td data-bbox="941 940 1422 1188"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COPM</li> <li>• Goal Attainment Scale (GAS)</li> <li>• PSOC (self-report Questionnaire)</li> <li>• Adaptive Behavior Assessment System II–Parent Form (ABAS II)</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Outcome areas	List measures used.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occupational Performance (Parent and Child: COPM, GAS)</li> <li>• Change in Parenting Competence: PSOC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COPM</li> <li>• Goal Attainment Scale (GAS)</li> <li>• PSOC (self-report Questionnaire)</li> <li>• Adaptive Behavior Assessment System II–Parent Form (ABAS II)</li> </ul>
Outcome areas	List measures used.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Occupational Performance (Parent and Child: COPM, GAS)</li> <li>• Change in Parenting Competence: PSOC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COPM</li> <li>• Goal Attainment Scale (GAS)</li> <li>• PSOC (self-report Questionnaire)</li> <li>• Adaptive Behavior Assessment System II–Parent Form (ABAS II)</li> </ul>				
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes No Not addressed x N/A</p> <p>Cointervention was avoided? Yes No Not addressed x 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 therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>The intervention period lasted 3–8 wk (mean 5wk) - that is, until goals were achieved, up to a maximum of eight weekly sessions.</i></li> <li>+ <i>Parents attended weekly OPC sessions of approximately 1 hr</i></li> <li>+ <i>The intervention therapist (Fiona Graham) coached mothers to identify ways of facilitating their child's occupational performance to support goal achievement</i></li> <li>+ OPC wird in der Einleitung zusätzlich beschrieben</li> </ul> <p>Weil dem OPC ein Manual zugrunde liegt, kann dies in der Ergotherapie gut reproduziert werden</p>				

<p><b>Results:</b> Results were reported in terms of statistical significance? x Yes No N/A Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? x Yes No Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? x Yes No 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>Children's Performance on and Satisfaction With Goals Addressed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>significant improvement in children's performance (sowohl GAS als COPM) occurred over the intervention phase (...) were maintained at follow-up</i></li> </ul> <p>Children's Performance on and Satisfaction With Goals Not Addressed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Children's performance (GAS/COPM) on goal activities that were not addressed during OPC sessions also differed significantly after OPC sessions</li> </ul> <p>Mothers' Performance on and Satisfaction With Goals Addressed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mothers' performance in areas that were addressed during OPC sessions and their satisfaction with performance also improved significantly</i></li> </ul> <p>Mothers' Performance on and Satisfaction With Goals Not Addressed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Waren nur 2 Ziele: Changes over the intervention and maintenance phases were not significant.</i></li> </ul> <p>Self-Competence in the Parental Role</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mothers' overall self-competence in the parenting role improved significantly after OPC (...) and was maintained at follow-up.</li> </ul> <p>Die Analysemethoden sind für den Zweck der Studie angemessen um die Verbesserung der Outcomes durch die Intervention zu messen.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable) Die klinische Wichtigkeit der Resultate kurz skizziert.</p>
<p>Drop-outs were reported? x Yes No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?) <i>Time 1 (pre-wait list) instruments were completed by 37 mothers. Five of the 37 mothers declined or did not respond to invitations to continue with the study at Time 2 (preintervention). A further 2 mothers began sessions but discontinued attendance, one because of work commitments, the other without explanation. Time 3 (postintervention) data were obtained for 28 mothers. An additional 2 mothers completed intervention sessions until goals were achieved but did not return Time 3 paper instruments. One of the 2 mothers had completed the GAS and COPM (instruments with an interview format). Twenty-five mothers completed instruments sent by e-mail at Time 4 (followup).</i></p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b> Conclusions were appropriate given study methods and results x Yes No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Improvements in all goals (both related to mothers' or children's performance and addressed or not addressed during intervention) were clinically significant after OPC</i></li> <li>• <i>Generalization of improvements to tasks other than those addressed during intervention may also have occurred.</i></li> <li>• <i>the intervention effects of goal setting are heightened.</i></li> </ul>

	<p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>absence of a control group</i></li><li>• <i>lack of blinding of the intervention therapist or assessor</i></li><li>• <i>the high education level of mothers</i></li><li>• <i>the predominantly undiagnosed sample of children</i></li><li>• <i>the short length of time to follow-up</i></li></ul> <p>Implikationen für die Ergotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• There is preliminary support for the use of OPC when working with mothers toward goals for their children and themselves.</li><li>• OPC may lead to generalized improvements in children's performance to other occupations beyond the specific activities or goals addressed during intervention.</li><li>• The effect of setting goals, as it was used in OPC, should not be underestimated, because the process itself may lead to significant improvements in children's and parents' perceived performance.</li></ul>
--	--

**Citation:**

Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Hudry, K., Byford, S., Temple, K., McDonald, W., Pickles, A., & PACT Consortium (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT) - a randomised controlled trial. *The Lancet*, 375, 19, 2152 – 2160. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60587-9

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question? <i>We therefore aimed to provide a stringent test of a parent-child communication-focused intervention in children aged 2 years to 4 years and 11 months with core autism.</i></p> <p>Die Studie möchte eine Eltern-Kind Intervention bei Kindern mit Autismus testen. Dies passt zu unserer Fragestellung</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Forscher erwähnen diverse Studien zu verschiedenen Interventionsmöglichkeiten bei Kindern mit Autismus. Sie zeigen zudem die Schwachpunkte der einzelnen Studien auf.</li> <li>• <i>The conclusions derived from all these studies have been limited by sample size and heterogeneity.</i></li> </ul>
<p><b>Design:</b> x randomized (RCT) cohort single case design before and after case-control cross-sectional 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.) Die gewählte Form des RCT ist sinnvoll weil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Effektivität der Intervention gemessen werden soll</li> <li>• Es bisher wenig systematische Studien zu diesem Thema gibt</li> <li>• Ressourcen für eine so grosse Studie vorhanden waren</li> </ul> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results. Stichprobe/Auswahl – Es wird nicht deutlich, wie das Sampling gemacht wurde.</p> <p>Messen/Ermitteln + <i>Assessors and supervising research staff were unaware of the treatment allocation</i></p> <p>Massnahme/Durchführung – <i>treatment allocation could not be masked from families and therapists.</i> – Kontamination und Kointervention wurden nicht erwähnt/ausgeschlossen</p>

<p><b>Sample:</b> N = 152</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? x Yes No 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>+ <i>Families with a child aged 2 years to 4 years and 11 months, and meeting criteria for core autism according to the international standard diagnostic tests (...) were included in the study.</i></li> <li>+ Weitere Ausschlusskriterien werden genannt</li> <li>+ Charakteristiken der Gruppen sind in Table 1 und Table 2 genauer ersichtlich</li> <li>+ Gruppengrösse ist mit n=152 gross und geeignet für das Studiendesign und die Forschungsfrage</li> <li>+ <i>This statistician ran an allocation schedule that was computer-generated by use of probabilistic minimisation of imbalance</i></li> <li>+ Gruppen waren in allen Variablen vergleichbar (nur der Sozioökonomische Status der Eltern war unterschiedlich)</li> <li>- Es wird nicht deutlich, wie das Sampling gemacht wurde.</li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? <i>at least one parent provided written consent.</i></p>				
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? x Yes No Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) Es wurde eine Baseline-Messung und ein Endpoint-Messung (13 Monate) gemacht.</p> <table border="1" data-bbox="467 972 1427 1413"> <thead> <tr> <th data-bbox="467 972 899 982">Outcome areas</th> <th data-bbox="899 972 1427 982">List measures used</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="467 982 899 1413"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autistic behavior: ADOS-G</li> <li>• Communication: Parent-child interaction, Preschool Language Scales, MCDI, CSBS-DP</li> <li>• Behavior: Vineland Adaptive Behavior Scales CSBS-DP</li> </ul> </td> <td data-bbox="899 982 1427 1413"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G)</li> <li>• Parent-child interaction during naturalistic play in a standard (non-therapy) setting (Video ratings)</li> <li>• Preschool Language Scales</li> <li>• MacArthur Communicative Development Inventory (MCDI;22 infant form raw scores, rated by parents)</li> <li>• Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP;23 caregiver questionnaire)</li> <li>• Vineland Adaptive Behavior Scales (rated by caregiver, not parent)</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Outcome areas	List measures used	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autistic behavior: ADOS-G</li> <li>• Communication: Parent-child interaction, Preschool Language Scales, MCDI, CSBS-DP</li> <li>• Behavior: Vineland Adaptive Behavior Scales CSBS-DP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G)</li> <li>• Parent-child interaction during naturalistic play in a standard (non-therapy) setting (Video ratings)</li> <li>• Preschool Language Scales</li> <li>• MacArthur Communicative Development Inventory (MCDI;22 infant form raw scores, rated by parents)</li> <li>• Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP;23 caregiver questionnaire)</li> <li>• Vineland Adaptive Behavior Scales (rated by caregiver, not parent)</li> </ul>
Outcome areas	List measures used				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autistic behavior: ADOS-G</li> <li>• Communication: Parent-child interaction, Preschool Language Scales, MCDI, CSBS-DP</li> <li>• Behavior: Vineland Adaptive Behavior Scales CSBS-DP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G)</li> <li>• Parent-child interaction during naturalistic play in a standard (non-therapy) setting (Video ratings)</li> <li>• Preschool Language Scales</li> <li>• MacArthur Communicative Development Inventory (MCDI;22 infant form raw scores, rated by parents)</li> <li>• Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBS-DP;23 caregiver questionnaire)</li> <li>• Vineland Adaptive Behavior Scales (rated by caregiver, not parent)</li> </ul>				
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes x No Not addressed N/A</p> <p>Cointervention</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>The PACT intervention targeted social interactive and communication impairments in autism.</i></li> <li>+ <i>The test intervention was administered by six specially trained speech and language therapists, and supervised by senior speech and language therapists with expertise in autism</i></li> <li>+ <i>After an initial orientation meeting, families attended biweekly 2 h clinic sessions for 6 months followed by monthly booster sessions for 6 months (total 18)</i></li> <li>+ Inhalte der Intervention sind beschrieben.</li> <li>+ <i>The intervention was manualised and staged to represent the developmental progression of prelinguistic and early language skills (webappendix pp 10–12)</i></li> <li>+ <i>Families in both groups of the trial continued with treatment as usual as provided by their local services</i></li> </ul>				

<p>was avoided?  <input type="checkbox"/> Yes  <input checked="" type="checkbox"/> No          Not addressed          N/A</p>	<p>+ Wenn aus irgendeinem Grund die Intervention nicht in der Klinik durchgeführt werden konnte: <i>functional treatment environment for the child was rated against the same standard operating procedures as those in the clinic (webappendix pp 5–6)</i>. (Setting ist beschrieben)</p> <p>– Die Studie gibt keinen Hinweis darauf, dass die Möglichkeit einer Kointervention oder einer Kontamination vermieden wird.</p> <p>Die Intervention ist gut beschrieben. Zudem kann ein Manual im Appendix eingesehen werden, was eine Replikation im ergotherapeutischen Setting ermöglicht.</p>
<p><b>Results:</b>          Results were reported in terms of statistical significance?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No          N/A          Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No          Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No          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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• After adjustment for initial ADOS-G category, age group, and centre, ordinal logistic regression resulted in a non-significant treatment effect</li> <li>• the Preschool Language Scales raw scores (...), after adjustment for centre, age group, sex, nonverbal ability, socioeconomic status, and parental education, were small.</li> <li>• Estimates of effect size for tests of parent-child interaction were larger</li> <li>• parent ratings (MCDI, CSBS-DP) of language and social communication showed a strong effect in favour of the PACT intervention.</li> <li>• No differences were noted with the teacher Vineland Communication and Adaptive Behavior Composite standard scores</li> </ul> <p>Die Analysemethoden werden genau geschildert und sind für den Zweck der Studie angemessen.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)          Klinische Wichtigkeit der Ergebnisse werden beschrieben</p>
<p>Drop-outs were reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)          In beiden Gruppen werden 3 Drop-outs berichtet. Gründe sind angegeben</p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b>          Conclusions were appropriate given study methods and results  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>The endpoint scores for symptoms of autism improved in both groups, with only a small estimated group difference in favour of the PACT intervention.</i></li> <li>• <i>There was no effect of child age, baseline autism severity, non-verbal ability, or socioeconomic status on intervention effect.</i></li> <li>• <i>These findings suggest that the optimistic results from other studies should be reassessed</i></li> <li>• <i>On the basis of our findings, we cannot recommend the addition of this PACT intervention to treatment as usual for the purpose of reduction in autism symptoms</i></li> </ul>

	<p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>ADOS-G might lack sensitivity as a measure of change, since its initial validation focused on the establishment of cutoff points for diagnostic purposes</i></li><li>• <i>longer follow-up would be needed</i></li></ul> <p>Für die Ergotherapie bedeutet dies, dass positive Effekte von schlechter gemachten Studien mit Vorsicht zu interpretieren sind. Des Weiteren scheint der PACT Ansatz für die Therapie bei Kindern mit Core-Autismus nicht geeignet zu sein. Daher sollten aufgrund dieser Studie andere Ansätze in der Ergotherapie verfolgt.</p>
--	--

**Citation:**

Ozonoff, S., Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 1, 25-33.

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>no-treatment control group</i></li> <li>• <i>child variables that may predict outcome, such as age, intellectual and communicative functioning, and severity of autism.</i></li> <li>• <i>the potential effects of using different teaching techniques in the home and school settings</i></li> <li>• <i>impact of home programs on participants' cognitive functioning</i></li> </ul> <p>Die Studie möchte diese 4 Punkte berücksichtigen/beantworten bei einem TEACCH-based Elterncoaching Programm. Somit ist diese Studie für unsere Fragestellung relevant.</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Home programming provides additional hours of intervention at low cost.</i></li> <li>• <i>parent education and empowerment are critical to provision of appropriate lifetime services</i></li> <li>• <i>many parents of newly diagnosed autistic children feel depressed, highly stressed, and ineffective (...) after a home program intervention, however, parents report increased feelings of competence and success and decreased feelings of depression and stress</i></li> <li>• Es werden mehrere Studien erwähnt, welche das TEACCH und Elterncoaching bereits untersucht haben. Jedoch wurde bei keiner alles der 4 oben genannten Punkte berücksichtigt.</li> </ul>
<p><b>Design:</b> randomized (RCT) x cohort single case design before and after case-control cross-sectional 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>Die gewählte Form der Kohortenstudie ist sinnvoll weil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Effektivität der Intervention gemessen werden soll</li> <li>• Es bisher wenig systematische Studien zu diesem Thema gibt</li> <li>• Dieses Design kostengünstiger und zeitlich weniger aufwändig ist als ein RCT. Ansonsten wäre für den Studienzweck ein RCT noch geeigneter.</li> </ul> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>Stichprobe/Auswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Probanden haben sich alle freiwillig auf eine Annonce gemeldet, waren also Eventuell motivierter als die durchschnittlichen Klienten.</li> </ul> <p>Messen/Ermitteln</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Es wurde nur ein Test für das Outcome benutzt</li> <li>– Mehrere verschiedene Forscher, welche alle nicht blind bezüglich der Zuteilung waren.</li> </ul> <p>Massnahme/Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontamination und Kointervention wurden nicht erwähnt/ausgeschlossen</li> <li>– Verschiedene Therapeuten haben ohne striktes Manual gearbeitet, was das Ergebnis verfälschen kann.</li> </ul>

<p><b>Sample:</b> N = 22</p> <p>Was the sample described in detail? Yes x No</p> <p>Was sample size justified? Yes x No 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>+ <i>Twenty-two children diagnosed with autism were recruited from the Salt Lake City area.</i></li> <li>+ <i>Participating children were 2 to 6 years in age.</i></li> <li>+ <i>The groups were matched on age, severity of autism, initial PEP-R score, and time interval between pre- and posttesting. No significant differences emerged in any of these characteristics between the two groups</i></li> <li>- Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht beschrieben.</li> <li>- <i>The first 11 subjects to respond to the study announcement were assigned to the treatment group and the latter 11 were assigned to the control group.</i> Keine Randomisierung.</li> <li>- Auch im Table 1 sind die Gruppen nur minimal beschrieben (Alter, Testergebnisse, Geschlecht)</li> <li>- Gruppengröße ist nicht gerechtfertigt und ist für das Studienziel eher klein.</li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Wird in der Studie nicht erwähnt.</p>				
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? Yes No x Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) <i>Before the first session and after the last session, the graduate student therapists administered a PEP-R. Testing of controls was performed by the authors. (at the same 4-month interval as the treatment group)</i></p> <table border="1" data-bbox="472 952 1442 1290"> <thead> <tr> <th data-bbox="472 952 948 981">Outcome areas</th> <th data-bbox="948 952 1442 981">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 981 948 1290">           PEP-R:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>• Perception</li> <li>• fine motor skills</li> <li>• gross motor skills</li> <li>• eye-hand coordination</li> <li>• nonverbal conceptual ability</li> <li>• verbal conceptual ability.</li> </ul> </td> <td data-bbox="948 981 1442 1290"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) → Nicht erwähnt ob es valide ist.</li> <li>• The Childhood Autism Rating Scale (CARS) → Valide und Reliabel</li> <li>• a battery of cognitive and developmental tests to assess their current levels of functioning in a number of areas relevant to the subsequent treatment program.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Outcome areas	List measures used.	PEP-R: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>• Perception</li> <li>• fine motor skills</li> <li>• gross motor skills</li> <li>• eye-hand coordination</li> <li>• nonverbal conceptual ability</li> <li>• verbal conceptual ability.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) → Nicht erwähnt ob es valide ist.</li> <li>• The Childhood Autism Rating Scale (CARS) → Valide und Reliabel</li> <li>• a battery of cognitive and developmental tests to assess their current levels of functioning in a number of areas relevant to the subsequent treatment program.</li> </ul>
Outcome areas	List measures used.				
PEP-R: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imitation</li> <li>• Perception</li> <li>• fine motor skills</li> <li>• gross motor skills</li> <li>• eye-hand coordination</li> <li>• nonverbal conceptual ability</li> <li>• verbal conceptual ability.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) → Nicht erwähnt ob es valide ist.</li> <li>• The Childhood Autism Rating Scale (CARS) → Valide und Reliabel</li> <li>• a battery of cognitive and developmental tests to assess their current levels of functioning in a number of areas relevant to the subsequent treatment program.</li> </ul>				
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes x No Not addressed N/A</p> <p>Cointervention was avoided? Yes x No Not addressed 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 therapy practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>An explicit goal of this time-limited therapy was to teach parents the principles underlying work with any autistic child</i></li> <li>+ <i>Together, the therapist and parents then designed a treatment plan for the child to be implemented in the home setting.</i></li> <li>+ Die Intervention wurde von geschulten Studenten durchgeführt</li> <li>+ Die Durchschnittliche Anzahl von Einheiten war 10 (range 8-12). Zuerst wöchentliche treffen, gegen Ende ein fading.</li> <li>+ Setting ist beschrieben.</li> <li>+ Vorgehen der Behandlung wird beschrieben. Da es sich nach keinem Manual oder Konzept richtet sondern individuell auf die Familien angepasst wird, ist es schwieriger die Intervention zu wiederholen. Dennoch ist das Vorgehen gut beschrieben und daher weitgehend reproduzierbar.</li> <li>- Die Studie gibt keinen Hinweis darauf, dass die Möglichkeit einer Kointervention oder einer Kontamination vermieden wird.</li> </ul>				

<p><b>Results:</b> Results were reported in terms of statistical significance? x Yes No N/A Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? x Yes No Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? x Yes No 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? <b>PEP-R scores.</b> <i>children in the treatment group demonstrating significantly more improvement than those in the control group on:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>The Imitation subtest</i></li> <li>• <i>the Fine Motor subtest</i></li> <li>• <i>the Gross Motor subtest</i></li> <li>• <i>the Cognitive Performance subtest</i></li> <li>• <i>the total posttest PEP-R score</i></li> </ul> <p><i>Correlations were conducted to examine which independent variables best predicted improvement:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>indicates that mild autism and good language skills predicted better progress in this home intervention.</i></li> <li>• <i>Age was not correlated with change scores.</i></li> </ul> <p>Die Analysemethoden sind für den Zweck der Studie angemessen. Durch sie konnte der Zwischengruppenvergleich analysiert und somit die Wirksamkeit der Therapie in Bezug auf die Outcome Measures überprüft werden und predict Faktoren identifiziert werden.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable) Die klinische Signifikanz der Resultate wird kurz diskutiert.</p>
<p>Drop-outs were reported? Yes x No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?) Es werden keine Dropouts erwähnt.</p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b> Conclusions were appropriate given study methods and results x Yes No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Children in the treatment group demonstrated significant improvement, relative to the control group, on four of the seven PEP-R subtests, as well as on the total PEPR score. Furthermore, while group differences were short of statistical significance on three other subtests, scores of the treatment group still exceeded those of the control group by two to three times.</i></li> <li>• <i>this study provides no evidence that it is harmful to simultaneously use different types of treatments with the same child. Da die meisten Kinder weitere Therapien basierend auf anderen Konzepten erhielten.</i></li> <li>• <i>We found that mildly autistic children with higher initial cognitive and language skills benefited most from our intervention.</i></li> </ul> <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Children were not assigned randomly to the treatment and control groups, potentially limiting the generalizability of the results.</i></li> <li>• <i>Also, it is not ideal to have different testers, none of whom were blind to group assignment, administer the dependent measures to children in the treatment and control groups.</i></li> </ul> <p>Für die Ergotherapie bedeutet dies, dass die motorischen, kommunikativen und kognitiven Fertigkeiten von Kindern mit Autismus mittels TEACCH-based Elterncoachings signifikant verbessert werden kann.</p>

**Citation:**

Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism. *Autism*. Vol 11 (3). 205-224. Doi:10.1177/1362361307076842

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? Yes X No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <p><i>Report of outcomes related to a programmatic, carefully operationalized approach based on the DIR model</i></p> <p>→Keine klare Studienfrage, im Bezug zur Fragestellung dieser Arbeit ist es aber relevant zu erfahren, ob Kinder unter Verwendung des DIR models Fortschritte machen.</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>You children with ASD benefit substantially from comprehensive and intensive therapies</i></li> <li>• <i>These intensive therapies are very expensive</i></li> <li>• <i>The PLAY project is designed to provide an intensive, cost effective, structured intervention</i></li> <li>• <i>To our knowledge, this is the first report of outcomes related to a programmatic, carefully operationalized approach based on the DIR model</i></li> </ul>
<p><b>Design:</b> randomized (RCT) cohort single case design x before and after case-control cross-sectional 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>Die Studie wurde mit einem "before and after"-Design durchgeführt. Dieser Ansatz ist passend, weil es darum geht, die Veränderung durch eine Behandlung zu überprüfen. Um eine höhere Evidenz zu erreichen sollte die Intervention mit einer Kontrollgruppe getestet werden.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>Stichprobe/Auswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auch Kinder mit Trisomie 21 &amp; seizure disorders</li> </ul> <p>Messen/Ermitteln</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Without a control-group, it is impossible to know whether the changes in post FEAS scores are directly attributable to the home based training</i></li> <li>• <i>Since the groups when divided into severity types were small, type II errors cannot be ruled out.</i></li> </ul> <p>Massnahme/Durchführung Bei der Massnahme konnten keine schwerwiegenden Fehler festgestellt werden</p>

<p><b>Sample:</b> N = 68</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? Yes x No 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>68 children 2-6 years, mean age 3.7; 51 boys, 17 girls</li> <li>1 child had down's syndrome, two children seizure disorders</li> <li>70% of parents had bachelor's degree or above</li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The study design, protocol and consent forms were reviewed and approved by the university of Michigan Institutional Review Board.</li> <li>Written informed consent was obtained from the child's parents or guardian before enrollment in the study.</li> </ul>					
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? x Yes No Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) Start &amp; end of 1 year period</p> <table border="1" data-bbox="475 795 1442 1153"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 795 944 828">Outcome areas</th> <th data-bbox="944 795 1442 828">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 828 944 1153"> <ul style="list-style-type: none"> <li>Child's functional (social/pragmatic) development (social interaction)</li> </ul> </td> <td data-bbox="944 828 1442 1153"> <ul style="list-style-type: none"> <li>The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) ratings</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>		Outcome areas	List measures used.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Child's functional (social/pragmatic) development (social interaction)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) ratings</li> </ul>
Outcome areas	List measures used.					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Child's functional (social/pragmatic) development (social interaction)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) ratings</li> </ul>					
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes No Not addressed x N/A</p> <p>Cointervention was avoided? Yes No Not addressed x 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 therapy practice?</p> <p><i>The PLAY-project's theoretical background is based on the developmental, individualized and relationship-oriented (DIR) model of Stanley Greenspan MD (Greenspan, 1992); Greenspan and Weider, 1997) The DIR model focuses on helping children with communication disorders improve social reciprocity and functional/pragmatic communication</i></p> <p><i>The PLAY project has 4 clinical components: medical consultation ; training (community based training for parents, pediatrics &amp; professionals; agency training sin the PLAY project home consultation model) parent support and advocacy services, the PLAY Project Home Consultation (PPHC)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3 trained home consultant which received 1 month intensive training in the DIRR theory and the PLAY project model</li> <li>home consultant make monthly half day (3-4h) visits to families homes to teach parents how to provide intensive, 1:1 play-based services to their young children- a key component of training involved review of videotapes obtained during these home visits and assessment of the child's progress.</li> <li>Each home visit uses modeling, coaching, video assessment and written objectives</li> <li>A detailed manual is used to train parents</li> <li>1 day workshop for parents given by the project director</li> <li>parents should spend mind. 15h /week even in structured sessions or by taking advantage of incidental daily activities (mealtime, bedtime...)</li> </ul> <p><i>parents were trained in a 7 step skill-sequence:</i></p> <p><i>1.parents are taught the principles of play-based intervention</i></p>					

	<p>2. they learned to assess their child's unique profile</p> <p>3. a list of activities that are likely to be engaging is generated</p> <p>4. parents are taught methods of observing their child's cues, following their lead and reading the child's intentions in order to increase reciprocal interaction</p> <p>5. specific techniques enhance the basic methods of following the child's lead</p> <p>6. video assessment offers immediate feedback, consultants are taught to be supportive, non-critical and outcome oriented</p> <p>7. home consultant helps parents refine the curriculum, methods and techniques</p> <p><b>co-intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• children were excluded when they participated in any other intensive intervention with &gt;10h per week of 1:1 or 1:2 teacher to pupil ratio)</li> <li>• nearly all children in this study were simultaneously enrolled in a standard special education early intervention or preschool programs</li> </ul> <p>→unter Bezug des Manuals könnte die Intervention in der ergotherapeutischen Praxis reproduziert werden</p>
<p><b>Results:</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p>No</p> <p>N/A</p> <p>Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p>No</p> <p>Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p>No</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>FEAS reliability: to determine the reliability of the rater's scores across all of the testing videotapes, paired t-tests (two tailed) were used to test whether the difference between the raters' scores were equal to zero.</i></li> <li>• <i>Parent and child outcomes: no change in parent's FEAS scores before and after PLAY implementation (<math>p=0.63</math>).</i></li> <li>• <i>Increase in the children's total and scaled FEAS scores over the 12 months of the project (<math>p&lt;0.0001</math>)</i></li> <li>• <i>45.5% of children made good to very good functional developmental progress over the study period</i></li> <li>• <i>Satisfaction: 74% (<math>n=50</math>) completed satisfaction survey, out of them 70% (<math>n=35</math>) were very satisfied, 10% satisfied, 20% somewhat satisfied</i></li> <li>• <i>Je mehr Stunden die Eltern pro Woche mit dem Kind arbeiteten, desto grössere Fortschritte machte das Kind (nicht significant)</i></li> </ul> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p><i>It is not enough to know what to do, the number of hours per week spent in intervention also matters.</i></p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p>No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>6 drop outs. Reasons: decision to do other therapies (1); move away from area (3); financial considerations (2)</p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p>No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p><i>The DIR model supports parents as their child's primary play partners and offers naturalistic play-based interactions that engage the child's affect</i></p> <p>Keine spezifische Implikation für die ergotherapeutische Praxis</p>

**Citation:**

Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., Sanders, M., R. (2009). Stepping Stones Triple P- An RCT of a Parenting Program with Parents of a Child Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37. 469-480. Doi:10.1007/s10802-008-9285-x

**Comments**

<p><b>Study Purpose:</b> Was the purpose stated clearly? x Yes No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p> <p><i>The aim of this study was to investigate the efficacy of the parenting program stepping stones triple P for parents of children with ASD.</i></p> <p>→Diese Studienfrage passt zum Thema dieser Arbeit, da sie sich um die Effektivität eines Elternprogrammes bei Kindern mit ASD geht.</p>
<p><b>Literature:</b> Was relevant background literature reviewed? x Yes No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Treatment of children with ASD has long incorporated the use of specific parent training programs</i></li> <li>• <i>Little research has been conducted on the experiences of children with ASD and their parents in standard parenting programs, programs designed for families of children with a wide range of disabilities and/or behavioral concerns</i></li> <li>• <i>The validation of standard parenting program as an intervention for child behavior problems and dysfunctional parenting in families of children with ASD would increase the accessible intervention options for families of children with ASD.</i></li> </ul>
<p><b>Design:</b> x randomized (RCT) cohort single case design before and after case-control cross-sectional 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><i>RCT employing a mixed within-between-subjects design and waitlist control group</i> Passendes Design, da der Effekt einer Intervention gemessen werden soll</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results. Stichprobe/Auswahl Bezüglich der Stichprobe konnten keine Fehler festgestellt werden</p> <p>Messen/Ermitteln <i>This study is limited by the use of parent report measures only</i></p> <p>Massnahme/Durchführung Die Intervention ist detailliert dargestellt und stellt somit keine BIAS dar.</p>

<p><b>Sample:</b> N = 59</p> <p>Was the sample described in detail? x Yes No</p> <p>Was sample size justified? x Yes No 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>• <i>Kinder 2-9 Jahre alt</i></li> <li>• <i>59 families, 29 in treatment group, 30 in waitlist-control group</i></li> <li>• <i>Sample size: power analysis indicated that for a large effect it was necessary to recruit 26 participant per group</i></li> <li>• <i>No significant differences in demographics were found at pre-intervention between the treatment and the waitlist group using Chi-Square tests and t-tests as appropriate, no significant pre-treatment differences between the treatment and the control group were found in parent reported child behavior</i></li> </ul> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p><i>Ethical approval for the study was gained from the University of Queensland research ethics committee</i></p> <p>Es wurde aber kein informed consent abgegeben!</p>				
<p><b>Outcomes:</b></p> <p>Were the outcome measures reliable? x Yes No Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? x Yes No Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) pre &amp; post; also zu Beginn 6 am Ende der Intervention Die genaue Dauer der Intervention wurde nicht angegeben</p> <table border="1" data-bbox="475 947 1442 1272"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 947 944 958">Outcome areas</th> <th data-bbox="944 947 1442 958">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 958 944 1272"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavior problems (social interaction)</li> <li>• Parenting style</li> <li>• Parenting satisfaction</li> </ul> </td> <td data-bbox="944 958 1442 1272"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Background Questionnaire</li> <li>• Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI)</li> <li>• Parenting scale</li> <li>• Beeing a Parent Scale</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Outcome areas	List measures used.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavior problems (social interaction)</li> <li>• Parenting style</li> <li>• Parenting satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Background Questionnaire</li> <li>• Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI)</li> <li>• Parenting scale</li> <li>• Beeing a Parent Scale</li> </ul>
Outcome areas	List measures used.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavior problems (social interaction)</li> <li>• Parenting style</li> <li>• Parenting satisfaction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Background Questionnaire</li> <li>• Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI)</li> <li>• Parenting scale</li> <li>• Beeing a Parent Scale</li> </ul>				
<p><b>Intervention:</b></p> <p>Intervention was described in detail? x Yes No Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? Yes No x Not addressed N/A</p> <p>Cointervention was avoided? Yes x No Not addressed 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 therapy practice?</p> <p><i>Background: stepping stones is a new variant of the triple P Positive Parenting Program that has been developed specifically for families of children with disabilities. The triple P approach to parenting focuses on providing children with positive attention and managing children's behavior in a constructive way that considers the function of the child's behavior.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Intervention was run in a partial group format (4-5 per group)</i></li> <li>• <i>Detailed description of the content see Apendix A</i></li> </ul> <p>→ die Intervention könnte in der ergotherapeutischen Praxis reproduziert werden</p> <p><b>Cointervention:</b> <i>During the study participants were asked not to participate in another parenting program, however, treatment as usual continued for both, the treatment and the control groups for ethical reasons.</i></p>				

<p><b>Results:</b> Results were reported in terms of statistical significance? x Yes No N/A Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? x Yes No Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? x Yes No 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A series of MANOVAs identified no significant pretreatment differences between the treatment and the wait-list group in parent-reported child behavior, parenting style or parental satisfaction and efficacy</i></li> <li>• <i>A significant treatment effect was found for the key targets of the Stepping Stones Triple P intervention, parent reported child behavior problems and dysfunctional parenting styles</i></li> <li>• <i>The follow-up data indicate that this change was maintained 6 months after the intervention was completed</i></li> </ul> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A significant treatment effect was found for the key targets of the Stepping Stones Triple P intervention, parent reported child behavior problems and dysfunctional parenting styles</i></li> <li>• → die Intervention scheint erfolgreich zu sein</li> </ul>
<p>Drop-outs were reported? x Yes No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?) <i>Lost to follow up 3, non contactable, they were included by the analysis</i></p>
<p><b>Conclusions and clinical implications:</b> Conclusions were appropriate given study methods and results x Yes No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study? <i>This study suggest that the parenting program Stepping Stone Triple P is efficacious in management of Parent-Reported child behavior problems and parent reported dysfunctional parenting syles in parents of children with ASD.</i></p>

## Wortanzahl

- des Abstracts: 214
- der Arbeit: 11'822