

Förderung sozialer Kompetenzen bei Kindern mit ADHS im ergotherapeutischen Gruppensetting



Bachelorarbeit verfasst von Julia Meier & Anna Meinen
Betreuende Lehrperson: Beate Krieger

Julia Meier
Rosentalstrasse 45
8400 Winterthur
S06531214

Anna Meinen
Wasserschöpfli 7
8055 Zürich
S06864862

Eingereicht am 18. Juni 2008
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften zhaw
Departement Gesundheit
Studiengang Ergotherapie 2006 ER06

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Einleitung	4
Der Weg zum Thema	4
ADHS	4
Definition der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS).....	4
Häufigkeit.....	5
Ursachen	6
Diagnostik	6
Das klinische Bild.....	7
Die soziale Problematik im Alltag	8
Gängige Therapiemöglichkeiten in der Schweiz.....	9
Ergotherapie und ADHS	9
Die Situation in der Schweiz	9
Möglichkeiten der Ergotherapie	10
Model of Human Occupation (MOHO).....	11
Gruppeninterventionen aus der Sicht des MOHO	12
Gruppenintervention bei Kindern mit ADHS	13
Förderung sozialer Kompetenzen im Gruppensetting als Fragestellung	14
Abgrenzung	15
Hauptteil	17
Methodisches Vorgehen	17
Überblick über die Studien	21
Child ADHD Multimodal Program:	
A Empirically Supported Intervention for Young Children with ADHD	21
Effect of a Social Skills Training Group on Everyday Activities of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder	24
Kids Together: A Group Play Therapy Model for Children with ADHD	
Symptomatology	27
Social Skill Training in Children With Attention Deficite Hyperactivity Disorder:	
A Randomized-Controlled Clinical Trial	30
The Effect of a Stress-Management Program on Self-Concept, Locus of Control, and the Acquisition of Coping Skills in School-Age Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.	32
Gegenüberstellung der Ergebnisse in Bezug auf unsere Fragestellung	34

Diskussion.....	37
Das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie und psychologische Ansätze	37
Das Social Skills Training und andere psychologische Ansätze	37
Einsatz von psychologischen Ansätzen in der Ergotherapie	37
Der ergotherapeutische Blickwinkel.....	38
Wichtige Ansätze zur Förderung der sozialen Kompetenzen	39
Alltagsorientierung und Lebensbereiche	39
Multimodalität.....	41
Rahmenbedingungen der Therapie	42
Therapeutische Mittel und Techniken aus der Psychologie im ergotherapeutischen Setting	43
Schlussteil	46
Kritische Reflektion	46
Weiterführende Fragen	48
Schlussfolgerungen und Zusammenfassung.....	48
Verzeichnisse	50
Literaturverzeichnis.....	50
Bilder- und Tabellenverzeichnis.....	55
Eigenständigkeitserklärung.....	56
Anhänge	57
Anhang 1: Struktur-Skizzen der Arbeit	57
Anhang 1: Matrix der Autoren und Studien.....	59
Anhang 1: Matrix Studien Ein- Ausschluss.....	61
Anhang 2: Glossar	63
Anhang 3: Theorien, Ansätze und Mittel der vorgestellten Studien.....	71
Anhang 4: Ergänzungen zur Einleitung : MOHO	73
Anhang 4: Ergänzungen zur Einleitung : Cole.....	76
Anhang 5: Kritische Beurteilung der Studien	78

Abstract

Kinder mit ADHS weisen im sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen grosse Schwierigkeiten auf. In unserer Bachelorarbeit bearbeiten wir die Frage, wie die sozialen Kompetenzen von Kindern mit ADHS im ergotherapeutischen Gruppensetting gefördert werden können. Durch die fehlenden wissenschaftlichen Untersuchungen zu unserem Thema in der Ergotherapie, weiteten wir die Suche auf die Bezugswissenschaften aus und stiessen in der Psychologie auf fünf geeignete Interventionsstudien, die zum Ziel haben, die sozialen Kompetenzen bei Kindern mit ADHS zu fördern. Die Einschlusskriterien für die Studien lauteten: „ADHS“, „Förderung sozialer Kompetenzen“, „Gruppensetting“, „Interventionsstudie“, „Handlungsbezug“ und „neuere Studien (nicht älter als 10 Jahre)“.

Im Hauptteil werden die Studien vorgestellt und einander gegenübergestellt. In der Diskussion werden die wichtigsten Schlussfolgerungen aufgegriffen und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Ergotherapie diskutiert. Interventionsprogramme aus der Psychologie können in die Ergotherapie adaptiert und übertragen werden. Die Studien zeigen auf, dass zur erfolgreichen Förderung der sozialen Kompetenzen im Gruppensetting bei Kindern mit ADHS alltagsnahe und handlungsorientierte Ansätze und Konzepte eingesetzt werden müssen. Aus Sicht der Autorinnen unterstützen die Resultate die Ergotherapie in ihren Grundannahmen hinsichtlich des zeitgenössischen Paradigmas (contemporary paradigm) und macht ihre Arbeitsweise auch für die Bezugswissenschaften interessant.

Einleitung

In unserer Bachelorarbeit werden wir sowohl die weibliche als auch die männliche Form verwenden. Grundsätzlich sprechen wir damit immer beide Geschlechter an.

Der Weg zum Thema

Die Wahl unseres Themas entstand zum einen aus unserem Interesse am Arbeitsfeld Pädiatrie, zum anderen interessiert uns das Krankheitsbild ADHS.

ADHS wird zunehmend diagnostiziert und ist in der Schule und den Medien ein aktuelles und bekanntes Thema.

Erfahrungen aus den Pädiatrie-Praktika, in welchen wir beide in Praxen gearbeitet haben, zeigten uns, dass viele Kinder mit ADHS Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen, Eltern und Lehrer haben. Die Kinder erzählten uns von ihren Schwierigkeiten. Beim Durchführen von Assessments kam es vor, dass sich ein Kind wünschte, ein guter Freund zu sein. Auch die Eltern kamen zu uns und erzählten von den sozialen Schwierigkeiten, die sich zu Hause und in der Schule ergaben. In bestimmten Situationen wurden die sozialen Probleme auch direkt ersichtlich. Beispielsweise wenn Geschwister die Ergotherapie-Stunde besuchten oder unsere Klienten mit ihren Geschwistern auf die Therapie-Stunde warteten. Aufgrund fehlender Therapiekonzepte war es für uns sehr schwierig, konkret auf die Wünsche der Kinder mit ADHS und die Anliegen der Eltern einzugehen. Durch die verschiedenen Eindrücke aus den Praktika entstand die Frage, wie wir soziale Kompetenzen (siehe Anhang 2) von Kindern mit ADHS in Zukunft effizient und evidenzbasiert fördern könnten.

ADHS

Definition der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)

ADHS umfasst folgende Leitsymptome: Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit (Kolberg, 2006). Die Störung ist seit langem bekannt, wurde oft umbenannt und neu definiert und läuft unter verschiedenen Begrifflichkeiten (Kraemer & Schöni, 2007). Oft verwendet wird die Definition nach DSM IV

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, der American Psychiatric Association), welche in Englisch die Bezeichnung „Attention-Deficite/Hyperactivity Disorder“ (ADHD) und auf Deutsch „Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität“ (ADHS / ADS) verwendet. Die Bezeichnung „Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F90.0)“ und „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)“ nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases, der World Health Organisation) ist das zweite oft eingesetzte Klassifizierungssystem (Kraemer & Schöni, 2007). In unserer Arbeit verwenden wir den Begriff „ADHS“. Die fünf im Hauptteil beschriebenen Studien richten sich nach der Diagnostik und den Begriffsdefinitionen des DSM IV.

Die Kernsymptome (Kraemer & Schöni, 2007) nach DSM IV des ADHS beinhalten die Störung der Aufmerksamkeit (Konzentrationsschwäche, Ablenkbarkeit, mangelnde Geduld), die Störung der Aktivität (Hyperaktivität), sowie Verhaltensstörung und Impulsivität (Stimmungs labilität, geringe Frustrationstoleranz, unüberlegtes Handeln, blindes Draufflosschiessen). Diese müssen situationsübergreifend auftreten (Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe), länger dauern als 6 Monate und vor dem 8. Lebensjahr beginnen. So lautet ein Kriterium: „There must be clear evidence of clinically significant impairment in social, academic or occupational functioning“ (American Psychiatric Association, 1993, S.84). Nach DSM IV wird die Diagnose ADHS in den unaufmerksamen Typus (Predominantly Inattentive), den hyperaktiven Typus (Predominantly Hyperactive) oder den kombinierten Typus (Combined) differenziert. Fakultative Symptome (Kraemer & Schöni, 2007) nach DSM IV sind Störungen des Sozialverhaltens, motorische Auffälligkeiten, kognitive Störungen, Sprachprobleme, Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen und sekundäre Störungen.

Definitionsunabhängig kommen nebst den Kernsymptomen oft die oben benannten fakultativen Symptome hinzu, welche als komorbide Störungen auftreten und von Kind zu Kind anders ausgeprägt und gewichtet sind (Kraemer & Schöni, 2007).

Häufigkeit

Zahlen aus epidemiologischen Studien zeigen eine grosse Spannweite auf und variieren durch die verschiedenen umfangreichen Definitionen und Abgrenzungen

zwischen 2 – 18%. Sie sind auch durch kulturelle Unterschiede beeinflusst (Kraemer & Schöni, 2007; Kolberg, 2006).

Jungen sind häufiger von ADHS betroffen als Mädchen. Die Geschlechterverteilung in epidemiologischen Studien variiert zwischen einem Verhältnis von 2.5 :1 und 5.1:1 (Barkley, 2006a, S.108). Neuere Studien zeigen, so Kraemer & Schöni (2007), dass sich die Geschlechtsverteilung tendenziell ausbalanciert.

Ursachen

Über die Ursachen von ADHS gibt es keine einheitlichen Aussagen. Diese werden weiter erforscht. Das „Berner Datenbuch Pädiatrie“ (Kraemer & Schöni, 2007, S. 18) nennt „Genetische Faktoren (angeborener Fehler im Neurotransmitter-Stoffwechsel)“. Der Herkunft von ADHS wird oft eine multifaktorielle Genese zugeschrieben (Winter & Kolberg, 2007). Als mögliche Ursachen werden u.a. „genetische Faktoren, ZNS-Störungen, neurobiologische und neuropsychologische Faktoren, sowie psychosoziale Bedingungen“ (Winter & Kolberg, 2007, S. 8f) diskutiert und erforscht. Barkley R., im Interview mit der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ) (Meili, 2008), sieht einen grossen Teil der Ursache für ADHS genetisch bedingt. Diese genetischen Konstitutionen führen, laut ihm, zu einer Entwicklungsverzögerung der Hirnregionen, die entscheidend sind für die Selbstkontrolle (siehe Anhang 2). Nach Barkley sind davon fast 65% der Kinder mit ADHS betroffen.

Diagnostik

Für die Diagnostizierung von ADHS gibt es kein einheitliches Diagnose- oder Testverfahren. Das Berner Datenbuch (Kraemer & Schöni, 2007) beschreibt, dass für eine Diagnosestellung das Gesamtbild, also eine umfassende Anamnese des Kindes wichtig ist und die Diagnosekriterien des DSM IV sowie des ICD- 10 erfüllt sein müssen. Wichtig ist auch, dass Krankheiten ausgeschlossen werden (Differentialdiagnosen), die sich hinter einem hyper- oder hypoaktiven Verhalten verbergen könnten (Kraemer & Schöni, 2007).

Die Diagnostik der Invalidenversicherung (IV) der Schweiz:

Die IV ist zuständig für die Finanzierung der medizinischen und pädagogisch-therapeutischen Massnahmen (Kraemer & Schöni, 2007). In der Schweiz wird im Zusammenhang mit der Invalidenversicherung (IV) der Begriff „Psychoorganisches Syndrom“ (POS) verwendet (Kraemer & Schöni, 2007), welcher als Überbegriff den Symptomkomplex ADHS miteinschliesst. Die Diagnosekriterien unterscheiden sich in verschiedenen Punkten vom DSM IV. Die Begriffsdefinition des POS entspricht nicht mehr dem heutigen Wissensstand und dient nur noch als juristischer und versicherungstechnischer Begriff (Rossi, 2008). Die Kodierung der IV für das POS lautet 404 (Kraemer & Schöni, 2007) und ist in der Verordnung der Geburtsgebrechen (GgV) zu finden (Rossi, 2008). In der Schweiz wurden im Jahr 2008 14'614 IV- Bezüger unter der Codierung 404 erfasst (BVS, 2008).

Das klinische Bild

ADHS ist mehr als nur Unaufmerksamkeit. „(...) es geht um mangelnde Selbstkontrolle und die Fähigkeit, die Zeit zu spüren, die Zukunft zu planen, sich auf ein Ziel zu fokussieren und sich zu organisieren“ so Barkley im Interview mit der NZZ (Meili, 2008).

Das klinische Bild eines Kindes mit ADHS ist nach Winter & Kolberg (2007) sehr vielfältig und unterscheidet sich von Kind zu Kind. Verschiedenste Umweltfaktoren nehmen Einfluss auf die Art, wie sich das ADHS eines Kindes klinisch äussert, so die Autoren. Das Ausmass des Störungsbildes kann je nach Lebensbereich des Kindes sehr unterschiedlich aussehen (Winter & Kolberg, 2007). So sind auffällige Verhaltensweisen weniger stark, wenn sich Kinder mit ADHS in einer neuen Umgebung befinden, sie sich mit nur einer Person auseinandersetzen müssen, oder sich die Kinder ihrer Lieblingsbeschäftigung widmen (Winter & Kolberg, 2007). Laut Autoren werden die Symptome stärker wahrgenommen in Situationen, in denen sich die Kinder über längere Zeit anstrengen und konzentrieren müssen, oder in Situationen, welche den Kindern bereits bekannt sind, d.h. wenn diese den Reiz des Neuen verlieren.

Hyperaktivität äussert sich in Zappeligkeit, motorischer Unruhe und nicht sitzen bleiben können (Kolberg, 2006). Impulsivität zeigt sich, indem die Kinder unangemessene Reaktionen zeigen, die Kinder sprechen, bevor sie nachdenken

und sie angefangene Tätigkeiten immer wieder wechseln (Kolberg, 2006). Unaufmerksamkeit äussert sich, indem Kinder schnell ablenkbar sind, Aufgaben mehrmals lesen müssen, bis sie diese verstehen, oder Aufgaben nicht beginnen können (Kolberg, 2006).

Einschränkungen der Handlungsfähigkeit, so Kolberg (2006), äussern sich in Schwierigkeiten sich zu organisieren, einen Handlungsplan zu entwerfen oder unterbrechende Handlungsimpulse zu hemmen. Kinder mit ADHS verfügen aber auch über positive Verhaltensweisen wie Spontaneität, Vorstellungskraft, Phantasie und Empathie sowie einen grossen Gerechtigkeitssinn (Kolberg, 2006). Kinder mit ADHS zeigen Interesse und Engagement an Interaktionen mit anderen Kindern (Whalen, Henker, Castro & Granger, 1987).

Die soziale Problematik im Alltag

„An emerging pattern of social rejection will have appeared by now, if not earlier, in over half of all children with ADHD because of their poor social skills...“ (Barkley, 2006b, S. 254). Barkley spricht hier von Kindern mit ADHS im Schulalter, bei denen die sozialen Probleme zu Hause und in der Schule deutlich zunehmen.

„Among the social problems, difficulties in peer-relationship may be the most impairing. (...) In summary, ADHD children’s hyperactive and aggressive behaviours together with their inattentiveness and academic difficulties, seem to be the major causes of their overwhelming peer rejection“ (Mrug, Hoza & Gerdes (2001). Laut Waas (1988) erleben die zurückgewiesenen Kinder mit ADHS ein hohes Mass an negativen Interaktionen mit Gleichaltrigen, was wiederum die negative Erwartungshaltung an zukünftige Interaktionen verstärkt. Nach Landau & Moore (1991) ist der Fluss von sozialen Interaktionen geprägt durch kontinuierliche Veränderungen von Anforderungen und Hinweisen. Soziale Kommunikationsprobleme bei Kindern mit ADHS können sich durch die Schwierigkeit zeigen, angepasst auf Veränderungen reagieren zu können (Landau & Moore, 1991).

Die sozialen Schwierigkeiten bei Kindern mit ADHS äussern sich darin, dass sie sich nur mit Schwierigkeiten in einer Gruppe einfinden können, sie soziale Regeln nur schwer einhalten können, sie sich als Klassenkaspar, Buhmann aufführen oder indem sie wenige oder wechselnde Freunde haben (Kolberg, 2006).

Nach Kolberg (2006) scheint sich die soziale Problematik auch stark auf das Erwachsenenalter auszuwirken. So haben Erwachsene mit ADHS Mühe, ihren Alltag reibungslos zu gestalten. Sie sind viel unterwegs und haben häufige Job- und Partnerwechsel. Ihr Leben ist oft von vielen Brüchen gekennzeichnet (Kolberg, 2006).

Gängige Therapiemöglichkeiten in der Schweiz

Berner Datenbuch (Kraemer & Schöni, 2007, S. 19)

- Pharmakotherapie mit Stimulantien: Verbesserung der Aufmerksamkeit, Vigilanz (siehe Anhang 2) und Verminderung der Hyperaktivität und Impulsivität in 80 – 90% der Fälle.
- Kombination von Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie
- Unterstützende Therapien: Ergotherapie, Psychomotorik, Heilpädagogische Früherziehung im Vorschulalter, Stützunterricht
- Komplementärmedizinische Therapien
- Diäten

Ergotherapie und ADHS

Die Situation in der Schweiz

ADHS gewinnt zunehmend an diagnostischer wie auch therapeutischer Relevanz (Kolberg, 2006). Kinder mit ADHS sind eine beständige Klientengruppe in der pädiatrischen Ergotherapie. „Ergotherapie wird in der Praxis bei ADHS sehr häufig verordnet und durchgeführt“ (Schulte-Markwort & Zinke, 2005, zit. nach Winter, 2007a, S. 35). Im Berner Datenbuch wird die Ergotherapie unter den „unterstützenden Therapien“ bei ADHS aufgeführt. Dies sind nach Kraemer & Schöni (2007, S. 19) „Therapien mit nachgewiesener Wirksamkeit aber eher mässigem oder nur geringem Erfolg“.

ADHS ist durch die steigende Anzahl an Fällen (Meili, 2008) nicht nur in der Ergotherapie ein Thema. Grund für die Zunahme der Diagnose, so Barkley im Interview mit NZZ (Meili, 2008), ist einerseits, dass die Diagnostizierung von

weniger schweren psychiatrischen Erkrankungen erst seit den 70er Jahren möglich ist, andererseits sind es die steigenden Anforderungen in Gesellschaft und Schule, welche die Störung, obwohl es sie schon immer gab, deutlicher zum Vorschein bringen.

In der Schweiz sind bezüglich Therapie und Medikamentenverordnung wenige Daten zu finden. Dies ist ein Thema, welches auch in der Gesundheitspolitik diskutiert wird. So schreibt Diethelm-Knoepfel (2008) Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in einem Brief an die NZZ:

Der Beschluss des Zürcher Kantonsrates (...) die Behandlung von AD(H)S-Kindern im Schulalter mit Ritalin statistisch zu erfassen, ist eine gute Idee. Damit aussagekräftige Angaben resultieren, müssen aber auch andere Therapien für ADS (verschiedene Formen von Psychotherapien, Ergotherapie usw.) erfasst werden. (...) Vor allem aber sollte der Kanton Zürich seinen Einfluss geltend machen, damit Psychotherapien, Ergotherapie und so weiter auch weiterhin von den Krankenkassen oder der IV finanziert werden(...). (S.20)

Möglichkeiten der Ergotherapie

„Ziel der Ergotherapie ist die Verbesserung der Handlungskompetenz und Partizipation des Klienten in dessen Alltag. Daher ist Ergotherapie eine handlungs- und alltagsorientierte Therapie“ (Winter, 2007b, S.56).

Ein Schwerpunkt des ergotherapeutischen Handelns muss bei Kindern mit ADHS auf der Vereinfachung und Strukturierung des Alltags liegen (Kolberg, 2006). Ergotherapeutische Zielsetzungen bei Kindern mit ADHS sind nach Kohlberg (2006) u.a. die Planung und Strukturierung von Handlungsabläufen, sowie Strategien für den Umgang mit Unaufmerksamkeit und Impulsivität zu finden und zu erarbeiten. Auch verbesserte Selbsteinschätzung, reflektiertes soziales Handeln und der Miteinbezug des häuslichen Umfelds sind Ziele der Ergotherapie.

Um das soziale Handeln zu verbessern ist die Einzelbehandlungsform nicht geeignet. Die Gruppenintervention ist eine Möglichkeit, die alltagsnah ist und durch die Behandlung im sozialen Kontext den Alltagstransfer (siehe Anhang 2) vereinfacht (Kolberg, 2007b). Auch der steigende Kostendruck im Gesundheitswesen macht Gruppeninterventionen zunehmend interessant.

In der ergotherapeutischen Literatur ist das Thema Gruppeninterventionen zur Förderung von sozialen Kompetenzen kaum zu finden (Gol & Jarus, 2005). Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Untersuchungen in unserem Fachbereich könnte der Einsatz eines Social Skills Training (SST) (siehe Anhang 2) aus der Psychologie in der Ergotherapie von Interesse sein (Winter, 2007a). Der Einsatz eines wissenschaftlich validierten Trainingsprogramms würde es der Ergotherapie ermöglichen, teilweise auf evidenzbasierter Grundlage zu arbeiten (Winter, 2007a).

Model of Human Occupation (MOHO)

Da wir im Hauptteil vor allem Literatur aus den Bezugswissenschaften verwenden werden, versuchen wir anhand des MOHO (Model of Human Occupation) (Kielhofner, 2008) die ergotherapeutische Relevanz der gefundenen Literatur darzustellen.

“To ensure that occupational therapists are focused on occupation and occupational performance, therapists are encouraged always to consider the use of one of these occupation-based models before applying a particular treatment approach” (Lim & Rodger, 2008, S.470).

Im folgenden Abschnitt wird das MOHO kurz vorgestellt:

Das MOHO ist ein konzeptionelles Praxismodell und bezieht sich auf das zeitgenössische Paradigma (siehe Anhang 2) der Ergotherapie. Ziel des Modells ist es, für ein besseres Verständnis der Betätigung innerhalb des menschlichen Lebens und ihrer Bedeutung für Gesundheit und Krankheit zu sorgen (Kielhofner, 2005a, S. 2f).

Nach Kielhofner (2005b) beruht das MOHO auf der Theorie der offenen Systeme, die beabsichtigt, lebendige Phänomene aufzudecken, zu erklären und diese in übergeordnete Phänomene des Universums einzuordnen. Die allgemeine Systemtheorie betrachtet das Universum als ein grosses Ganzes, dessen Komponenten miteinander verbunden sind und voneinander abhängen (Kielhofner 2005b, S.12).

Cole (2005) fasst das Konzept zusammen und sagt, dass Kielhofner et al., (1980) das menschliche Wesen als ein offenes System bezeichnen und verschiedene Teile des menschlichen Systems unterscheiden: Volition, Habituation und

Performanz als Subsysteme des Menschen (Beschreibung der Subsysteme: siehe Anhang 4). Kielhofner et al. (1980, zit. nach Cole, 2005) beschreiben, wie das menschliche System mit anderen Systemen interagiert (Kultur, Aufgabe, soziale Normen, soziale und räumliche Umwelt).

Als wichtiger übergeordneter Faktor des Modells übt die Umwelt einen grossen Einfluss auf unser Betätigungsverhalten aus (Kielhofner, 2005c) (Erläuterungen zum Verständnis der Umwelt: siehe Anhang 4).

Nach Cole (2005) betrachtet das MOHO den Menschen als offenes System, welches über die Möglichkeit verfügt, sich selbst zu reorganisieren oder reorganisiert zu werden. Krankheit und Verletzung bringen unwillkommene Veränderungen des Systems mit sich, die uns in unserem Betätigungsverhalten einschränken. Cole (2005) sieht die Aufgabe der Ergotherapie darin, alle Aspekte des Systems zu erfassen, zu evaluieren und eine angepasste Reorganisation der Systeme zu ermöglichen.

Ergänzende Erläuterungen zum MOHO sind im Anhang 4 zu finden.

Gruppeninterventionen aus der Sicht des MOHO

Im folgenden Abschnitt wird anhand des Modells erläutert, aus welchem Grund die Gruppenintervention ein geeignetes und oft eingesetztes Mittel der Ergotherapie ist und mit welchen Gedanken Ergotherapeutinnen diese in der Therapie einsetzen.

Den Bezug, den die Ergotherapie zur Gruppenintervention hat, ist im MOHO über das Subsystem der Performanz zu finden, genauer in den verschiedenen Rollen, die der Mensch einnimmt (Cole, 2005).

Kielhofner (2002, zit. nach Cole, 2005) verweist diesbezüglich auf die Betätigungsidentität (occupational identity) (siehe Anhang 2). Unsere Betätigungsidentität entwickelt sich aus aufrechterhaltenen Betätigungsmustern, in denen wir uns als kompetent wahrnehmen, in denen wir Betätigungskompetenz (occupational competence) (siehe Anhang 2) erfahren (Cole, 2005). Cole (2005) sagt, dass sich Betätigungsidentität und Betätigungskompetenz als Resultat von Rückmeldungen aus unserem Umfeld entwickeln. Soziale, interaktive Rückmeldungen sind also das Fundament, aus dem sich ein Teil unserer Identität aufbaut.

„Occupational dysfunction“, wird von Kielhofner (2002 zit. nach Cole, 2005, S. 268) als Schwierigkeit in der Durchführung, der Organisation und der Wahl von Betätigungen definiert. Cole (2005) sagt, dass sich fehlende Ordnung im Leben eines Menschen durch beeinträchtigte tägliche Routinen (disordered daily routines), das Fehlen von sozialen Rollen oder der Unzufriedenheit mit verschiedensten Aspekten der Lebensstruktur erkennbar macht.

Nach Cole (2005) weisen viele unserer Klienten, auch die Kinder mit ADHS, ein Defizit an sozialen Rollen auf oder haben Schwierigkeiten, den Verpflichtungen und Erwartungen ihrer Rolle nachzukommen. Der Fokus der ergotherapeutischen Intervention richte sich demnach, auf die Entwicklung neuer Rollen oder das Planen und Modifizieren von Aktivitäten, die innerhalb einer bestimmten Rolle verlangt werden. Die Form der Gruppenintervention bietet dafür das bestmögliche Übungs- und Trainingsfeld.

Gruppenintervention bei Kindern mit ADHS

Nach Kolberg (2007), bringt das Gruppensetting in der Anwendung bei ADHS den Vorteil mit sich, dass Kinder in einem lebensnahen Übungsfeld behandelt werden, in dem sie ihre sozialen Kompetenzen anbahnen und ausbauen können. Interventionen bei Kindern mit ADHS sind am effektivsten, wenn die Fähigkeiten in jenem Kontext erlernt werden, in dem die Kinder ihren Alltag verbringen (Barkley, 1998, zit. nach Reddy et al., 2005, S.148). Bezüglich der ergotherapeutischen Interventionen im Gruppensetting für ADHS-Kinder fehlen entsprechende Untersuchungen.

Mögliche übergeordnete Ziele, die nach Winter (2007b, S.69) mit ADHS- Kindern in der Gruppe verfolgt werden können, sind:

„Handeln im sozialen Kontext“

„Selbst und Fremdwahrnehmung“

„Strukturierung und Selbstinstruktion“

„Handlungskompetenz“

Winter (2007b, S.69) sagt, dass die „Strukturierung und Selbstinstruktion“ der Kinder unterstützt werden kann, wenn der Ablauf einer Gruppenintervention klar strukturiert ist und die Bausteine der Gruppenstunde sich jeweils wiederholen.

Eine mögliche Grundstruktur zur Gestaltung einer Gruppenintervention, die Cole (2005) nennt und die in der Ergotherapie häufig verwendet wird, ist die „Cole’s Seven - Step Groups“ (siehe Anhang 4). Die „Cole’s Seven - Step Groups“ besteht aus einem strukturierten Ablaufschema mit sieben Teilschritten, die den Bedürfnissen einer Gruppe angepasst werden können (Cole, 2005).

Anne Corinne Mosey gehörte zu den Begründerinnen der Gruppenintervention in der Ergotherapie und übernahm die Idee einer Gruppenintervention aus der Psychiatrie. Mosey sah die Gruppe als Mittel zur Verbesserung der sozialen und interaktionellen Fertigkeiten und entwarf ein Konzept, das die verschiedenen interaktionellen und sozialen Entwicklungsstufen von Kindern berücksichtigt. Mosey’s Gruppenprogramm wird heute noch verwendet (Donohue, 1999).

Förderung sozialer Kompetenzen im Gruppensetting als Fragestellung

Unsere Frage, wie sich soziale Kompetenzen bei Kindern mit ADHS fördern lassen, die in der Praxis entstanden ist, entwickelte sich weiter. Der Gruppenkontext als Setting zu wählen, um soziale Kompetenzen zu trainieren, stellte sich als interessante Grundlage heraus. Deshalb und den bisherigen Ausführungen folgend lautet unsere Fragestellung:

„Wie können soziale Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in einem ergotherapeutischen Gruppensetting gefördert werden?“

Mögliche Fragen, die durch unserer Fragestellung thematisiert und bearbeitet werden können:

- Was für Ansätze / Therapieprogramme / Konzepte für ein Gruppenprogramm (z.B: Social Skills Training) gibt es?
- Werden bereits Ansätze aus den Bezugswissenschaften eingesetzt?
- Welche Ansätze aus der Psychologie haben sich bewährt und könnten auf die Ergotherapie adaptiert werden?
- Was ist im Speziellen bei der Förderung von sozialen Kompetenzen zu beachten?
- Wie werden die erlernten sozialen Kompetenzen in den Alltag des Kindes übertragen?
- Welche Rahmenbedingungen müssen für die Gruppenintervention berücksichtigt werden?
- Welche Therapieprogramme oder Techniken könnten in der Ergotherapie eingesetzt werden?

Abgrenzung

Aus Abgrenzungsgründen, bedingt durch die grosse Breite unseres Themas, beschränken wir uns auf folgende Themenbereiche:

- Im Rahmen unserer Arbeit werden nur Interventionsstudien oder Reviews berücksichtigt, die nicht mehr als 10 Jahre alt sein dürfen.
- Die Studien müssen einen Bezug zur Verbesserung der Sozialkompetenzen beinhalten.
- Die Studien müssen einen Handlungsbezug (Spiele, Rollenspiele, Aktivitäten etc.) im Setting der Therapiegruppe aufweisen.
- Es werden ausschliesslich Gruppeninterventionen berücksichtigt.
- Die Hauptuntersuchungsgruppe der Studie muss die Diagnose ADHS aufweisen.
- Unsere Arbeit bezieht sich primär auf die Behandlung der Kinder mit ADHS im Rahmen des ergotherapeutischen Settings. Ein Einbezug der Eltern in

die Therapie sowie spezielle Formen wie Feriencamps werden in unserer Arbeit nicht berücksichtigt.

Unberücksichtigt bleiben folgende Aspekte:

- Die Finanzierung von Gruppenintervention im Rahmen der Ergotherapie wird nicht detailliert behandelt.
- Geschlechtsspezifische Unterschiede von Kindern mit ADHS werden in unserer Arbeit nicht behandelt.
- Die Medikamentenabgabe wird in unserer Arbeit nicht behandelt.

Stellenwert dieser Arbeit:

Wir reflektieren den heutigen Stand an Publikationen zu diesem Thema. Unsere Arbeit mündet in kein Konzept, sondern ergibt eine Sammlung von Ideen und Anregungen, von denen wir hoffen, dass sie für die Ergotherapie von Interesse sind und künftig vermehrt berücksichtigt oder zur Anwendung kommen werden.

Hauptteil

Methodisches Vorgehen

Nach der Annahme unserer Disposition bestand unser weiteres Vorgehen aus einer umfassenden Literaturrecherche, um Studien zu Gruppeninterventionen zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen auf einer möglichst hohen Evidenzstufe zu finden, wenn möglich aus der Ergotherapie, ansonsten aus den Bezugswissenschaften.

Literatursuche

Die Fragestellung, an der wir unsere weitere Literatursuche ausrichteten, lautete: „Wie können soziale Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS im ergotherapeutischen Gruppensetting gefördert werden?“

Nebst der zeitlichen Planung war der erste Schritt eine grosse und abschliessende Literaturrecherche. Diese umfasste die Datenbanken Medline, Psycinfo, AMED, OTseeker, OTbase, PubMed, CINAHL, ERIC, IBSS und die Cochrane Library. Zur Suche auf den Datenbanken verwendeten wir folgende Keywords:

ADD, ADHD, ADHS, ADS, attention deficit hyperactivity disorder, attention deficit disorder, POS, HKS
occupational therapy, occupation
intervention studies, intervention study
children, child*, adolescent, youth
Skills, competence, furtherance efficacy, effectiveness
social behaviour, social competence, social functioning, social interaction, soft skills, social skills, skills, behaviour
group*, group activities, group interventions, group treatment

Tabelle 1: Keywords

Bei unserer breiten Recherche zeigte sich, dass wenig ergotherapeutische Literatur zu unserer Fragestellung besteht, deshalb weiteten wir unsere Suche auf die Bezugswissenschaften aus. Die Suche führte uns zu 77 Studienresultaten

(Volltext oder bestellbar). Die meisten davon stammen aus der Psychologie. Aus diesem Grund entschlossen wir uns das Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2008) in unsere Arbeit zu integrieren, um den Bezug unserer Arbeit zur Ergotherapie besser aufzeigen zu können.

Auswahlverfahren bezüglich der Literatur

Die 77 Studien reduzierten wir in einem ersten Schritt, in dem wir nur Studien berücksichtigten, die die Themen der sozialen Kompetenzen, ADHS, oder Gruppenintervention beinhalteten oder aus der Ergotherapie stammten. Mindestens zwei der Kriterien mussten in der Studie thematisch behandelt werden. Dieser Schritt reduzierte die Zahl der Studien auf insgesamt 32. Die restliche Literatur diente zum Teil als Hintergrundwissen.

Nach der Literatursuche und ersten Ausschlüssen stellten wir die nun aus 32 Studien bestehende Literatur in einer Matrix zusammen (siehe Anhang 1 Matrix1 und Matrix 2) und definierten einheitliche Ein- und Ausschlusskriterien, die sich auf unsere Fragestellung bezogen. Die Kriterien die erfüllt werden mussten, sind: ADHS, soziale Kompetenzen, Gruppensetting, Interventionsstudie, Handlungsbezug (im Weitesten) und nur neuere Studien (nicht älter als 10 Jahre). Die Abgrenzung unserer Fragestellung ist in der Einleitung vorzufinden. Aufgrund der Matrix reduzierte sich die Zahl der Studien auf neun.

Weiteres Vorgehen

Die neun Studien wurden nun genauer gelesen und nochmals hinsichtlich ihrer Aussagekraft und den Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Zudem wurden sie anhand des PEDro Scale nach Hegenscheidt, Harth & Scherfer (2008) oder der Critical Review Form nach Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland (1998) qualitativ bezüglich ihrem methodischen Vorgehen überprüft (s. Anhang 5). Aufgrund unserer Abgrenzungskriterien, der Beurteilung der Qualität und den Einschlusskriterien aus der Matrix wurde die definitive Auswahl der Studien getroffen.

Von den neun Studien wurden folgende ausgeschlossen:

- Die Studie von Dreisörner (2006) ist nach genauem Lesen ausgeschlossen worden. Erstens beziehen sich zwei der drei in der Studie vorgestellten Programme nicht direkt auf das Sozialverhalten. Zweitens richtet das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Trotzverhalten“ (THOP) seinen Fokus zu stark auf die Verbesserung der Eltern-Kind Interaktion. Da wir uns in unseren Hauptstudien nicht primär mit dem Einbezug der Eltern auseinandersetzen wollten, wurde die Studie ausgeschlossen.
- Die Studie von Mrug, Pelham, Greiner & Gnagy (2003) sowie der Basistext dazu von Mrug, Hoza & Gerdes (2001) wurden ausgeschlossen, weil die Studie im Rahmen eines Feriencamps durchgeführt worden ist (siehe Abgrenzung).
- Die Studie von Houck, King, Tomlinson, Vrabel & Wecks (2002) wurde ausgeschlossen, weil das Studiendesign und die Qualitätsmerkmale der Studie nicht dem Niveau der restlichen Studien entsprachen.

Folgende Studien wurden miteinbezogen, obschon sie das Kriterium der sozialen Kompetenzen nicht vollumfänglich erfüllten:

- Die Studie von Gonzalez & Sellers (2002) untersucht, ob sich das Stress-Management Programm positiv auf die Coping Strategien von Kindern mit ADHS auswirken. Der erfolgreiche Umgang mit Coping Strategien hat einen Einfluss auf die emotionalen, psychosozialen und physiologischen Langzeitwirkungen von Stress (Lazarus & Folkman, 1984; Sorensen 1993, zit. nach Gonzalez & Sellers, 2002). Aufgrund des Zusammenhangs zwischen dem Stress-Management Programm und den psychosozialen Faktoren berücksichtigten wir diese Studie im Hauptteil.
- Die Studie von Gol & Jarus (2005) verwendet ein Social Skills Training. Ihre Frage richtet sich aber nicht direkt auf die Verbesserung der sozialen Kompetenzen, sondern auf die Verbesserung der motorischen und prozesshaften Fertigkeiten.

Wir sehen die fehlende Erfassung der sozialen Fertigkeiten z.B. durch „Assessment of Communication & Interaction Skills“ (ACIS) (Mentrup, o.J.)

als Mangel der Studie. Mit ihr wäre die Studie nachvollziehbarer gewesen. So lässt sich nicht bestätigen, ob die Verbesserung der „Activities of daily living“ (ADL) / „Instrumental Activities of daily living“ (IADL) wirklich durch das Social Skills Training erfolgten oder durch andere Faktoren.

Wir haben die Studie nicht ausgeschlossen, da das Training der sozialen Kompetenzen ein wichtiges Thema der Studie ist. Zudem bietet sie uns die notwendige Basis, um den Theorie-Praxistransfer zu erarbeiten, da diese Studie aus der Ergotherapie stammt. Sie behandelt eine wichtige Grundkombination (ADL / IADL in Kombination mit sozialen Kompetenzen), die für die Ergotherapie zentral ist, um ein Gruppenprogramm zur Verbessern der sozialen Kompetenzen zu erstellen.

Überblick über die Studien

Child ADHD Multimodal Program: A Empirically Supported Intervention for Young Children with ADHD

Studien-Design	Autor/Jahr	Kohorte	Outcome Assessment	Intervention
Vier Rando-mised Controlled Trial (RCT) Studien mit pre-, posttest und follow-up. PEDro Bewertung nicht möglich da Originalstudien nicht auffindbar waren.	Reddy, L.A., Springer, C., Files-Hall, T.M., Benisz, E.S., Hauch Y., Braunstein, D.& Atamanoff, T. (2005)	1. 19 Familien werden randomisiert in 2 Gruppen (Reddy, Files & Rubel, 1999) 2. 18 Familien werden in 2 Gruppen randomisiert (Reddy, Hall, Benisz, Rubel & Isler, 2000) 3. 29 Kinder werden in 3 Gruppen randomisiert. (Hall & Reddy, 2002) 4. 50 Familien werden in drei Gruppen randomisiert (Reddy, Braunstein, Hauch, Springer & Hall, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL (Child Behavior Checklist) • CPRS-R (Conners Parent Rating Scale Revised) • HSQ-R (Home Rating Questionnaire-Revised) • SSRS-PF(Social Skill Rating System-Parent Form) • PSI-III(Stress Index III) • FES(Family efficacy Scale) • Lehrer: Teacher report Form, Conners Teacher Rating Scale, School Situation Questionnaire-Revised, Social Skill Rating System-Teacher Form 	CAMP: Aufbau der Kinderinterventionen nach der ‚social learning theory‘, dem ‚skill straming approach‘ und dem ‚kooperativen Spiel‘. Die Interventionen der Vergleichsgruppen sind nicht beschrieben!

Tabelle 2: Überblick Studie 1

Fragestellung oder Ziel der Studie

Die Autoren wollen anhand standardisierter Befragungen der Eltern und Lehrer die Wirksamkeit des CAMP (Child ADHD Multimodal Programm) evaluieren.

Interventionsbeschreibung

Die Interventionen des CAMP finden parallel auf drei Ebenen statt: die der Kinder, der Eltern und der Lehrer.

Organisation bei den Kindern: 90min/Woche während 11 Wochen, 8-10 Kinder pro Raum. Für zwei Kinder steht ein Therapeut zur Verfügung.

Die Intervention für die Kinder in der Interventionsgruppe des CAMP:

- „Developmentally Appropriate Games“ (DAGs): Verbessern Partizipation, Kooperation, soziale Fertigkeiten, Selbstwirksamkeit (siehe Anhang 2), und die visuelle –motorische Kontrolle.
- Belohnungssystem (token economy): Die Kinder werden mit Aufkleber (Punkten) belohnt wenn sie: a) die Anweisungen befolgen; b) Gefühle sprachlich ausdrücken; c) Hände und Füße bei sich behalten. Am Ende der Stunde werden Kleber (Punkte) gezählt.
- Time-out Methode: Ein Kind kann ein Time-out verlangen, die Time-out Karte nehmen und sich auf den Time-out Stuhl setzen. Der Therapeut belohnt das Kind verbal, falls dies gelingt. Der Therapeut kann das Time-out auch initiieren.
- Rollenspiele werden systematisch durchgeführt.
- Workbook „All about me“: Das Gestalten eines Buches wird als Grundlage eingesetzt, um sich den anderen Kindern mitzuteilen.

Eltern-Interventionen:

Angepasste Version von Barkleys Eltern Training:

- Beachten von gutem Verhalten, ignorieren von schlechtem Verhalten
- Klare effektive Anleitung der Kinder und Anleitung der Eltern zum Gebrauch der Time-out Methode
- Verhaltensbezogene Techniken; Verbessern der Interaktion; Wut- und Stress-Management

Beratung zu Hause und in der Schule bezüglich des Verhaltens:

- Zusammenarbeit und Austausch mit der Schule

Resultate

1. Studie (Reddy, Files & Rubel, 1999): Vergleich von einer CAMP-Gruppe mit einer Kindertrainingsgruppe. Resultate CAMP : signifikante Verbesserung des externalisierenden Verhaltens (siehe Anhang 2) bei posttest und follow-up, sowie Verbesserung der sozialen Fertigkeiten.

2. Studie (Reddy, Hall, Benisz, Rubel & Isler, 2000): Vergleich einer CAMP-Gruppe mit einer Kindertrainingsgruppe. Resultate: CAMP-Kinder verbesserten ihre Gesamtverhaltensprobleme zu Hause signifikant besser als die Vergleichsgruppe.

Weibliche Teilnehmerinnen (CAMP) verbesserten ihr pathologisches Muster generell mehr als die weiblichen in der Vergleichsgruppe und die männlichen in beiden Gruppen.

3. Studie (Hall & Reddy, 2002): Vergleich zwischen einer CAMP-Gruppe, einer kombinierten Eltern/Kinder Trainingsgruppe und einer Kindertrainingsgruppe.

Resultate: Die Lehrer der CAMP-Gruppe stellten eine grössere Reduktion des externalen Problemverhaltens fest als die Lehrer der Vergleichsgruppen. Zu Hause und in der Klasse haben sich die Sozialkompetenzen der Kinder verbessert. Die Eltern waren signifikant weniger gestresst und erfuhren so eine bessere >Selbstwirksamkeit<. Die CAMP-Kinder erzielten statistisch signifikante Verbesserungen und bedeutungsvolle klinische Effekte beim internalisierenden Verhalten (siehe Anhang 2). Die CAMP-Gruppe machte die grössten Fortschritte.

4. Studie (Reddy, Braunstein, Hauch, Springer & Hall, 2002): Die Ergebnisse der 4. Studie waren vergleichbar mit den Resultaten der dritten Studie. Die Resultate bestätigen die Wirksamkeit des CAMP.

Stärken und Schwächen

- Die Vergleichbarkeit der Gruppen ist nicht ersichtlich, da die Studien zusammengefasst werden.
- Die Rekrutierung der Teilnehmer wird in diesem Text nicht beschrieben.
- Die Messinstrumente werden nicht beschrieben. Ihre Validität ist unklar.
- Die positiven Resultate des CAMP sind durch mehrere Studien mehrfach belegt.

Effect of a Social Skills Training Group on Everyday Activities of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder

Studien- design	Autoren, Jahr	Kohorte	Outcome Assessment	Intervention
RCT, mit pre-, post- und follow-up Test PEDro Scale: 5/11	Gol, D. & Jarus, T. ; (2005)	9 Kinder mit ADHD nach DSM-IV, 5 - 8 J.; (10 Kinder ohne ADHD für Kontroll- gruppe)	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	Ergotherapeutische Social Skill Training Gruppe (basierte auf dem Prinzip der Verhaltenstherapie und kognitiven Modellen), mit dem Fokus auf Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten;

Tabelle 3: Übersicht Studie 2

Fragestellung oder Ziele der Studie

Ziel 1: Untersuchen der Funktionsfähigkeit (functional ability) von Kindern mit ADHS in alltäglichen Aktivitäten (ADL / IADL) im Vergleich zu Kindern ohne ADHS.

Ziel 2: Untersuchen der Wirkung des ergotherapeutischen Social Skills Gruppentraining auf die Betätigungsperformanz (occupational performance) von Kindern mit ADHS.

Interventionsbeschreibung

27 ADHS Kinder (2w/25m), 24 Kinder ohne ADHS (8w/16m) zwischen 5 und 8 Jahren werden mit dem das AMPS (Assessment of motor and process skills) erfasst, beurteilt und verglichen. 9 Kinder mit ADHS werden in die Interventionsgruppe und 10 Kindern ohne ADHS, die keine Intervention erhielten, in eine Kontrollgruppe randomisiert und miteinander verglichen. Während der Interventionszeit nahm keines der Kinder Medikamente. Es fanden 15 Behandlungen für die ADHS Gruppe statt,

1-mal pro Woche zu 60 Minuten. Nach Woche 10 gab es einen einmonatigen Unterbruch. Der Vergleich mit dem AMPS fand vor (Woche 1) während (Woche 10) und nach (Woche 19) der Intervention statt.

Durchgeführt wurden die Gruppeninterventionen von zwei Ergotherapeutinnen. Der Fokus lag auf dem Training der sozialen Fertigkeiten während bedeutungsvolle

Aktivitäten wie z.B. Kunst-, Spiel- und Kochaktivitäten durchgeführt wurden. Die Interventionen der Kinder mit ADHS waren strukturiert aufgebaut: Entspannungsübung, diverse bedeutungsvolle Aktivitäten (keine Aktivitäten aus dem AMPS) und gemeinsames Aufräumen. Jede Lektion hatte ein soziales Thema wie „Zuhören“, „Warten“ oder „Verhaltensmöglichkeiten bei Irritation durch ein anderes Kind“. Zu jedem Thema wurde jeweils eine passende, für die Kinder bedeutungsvolle Aktivität ausgesucht und adaptiert. Die Interventionen basieren auf Prinzipien von verhaltenstherapeutischen (siehe Anhang 2) und kognitiven Modellen. Gleichzeitig fand eine interaktive Elterngruppe, geführt durch Sozialarbeiter und Psychologen, statt. Die Eltern kamen in den letzten 15 Minuten zu den Kindern hinzu, während die Hausaufgaben und das Üben der Fertigkeiten zu Hause diskutiert wurden.

Resultate

Resultat zu Frage 1: Die Studie bestätigt, dass Kinder mit ADHS in den ADL und IADL mehr Schwierigkeiten aufweisen als Kinder ohne ADHS. Zu Beginn haben die Kinder mit ADHS in den prozesshaften Fertigkeiten (process skills) des AMPS, inklusive alle Unterkategorien, signifikant weniger Punkte erzielt. In der Kategorie motorische Fertigkeiten (motor skills) (siehe Anhang 2) war kein signifikanter Unterschied vorhanden, mit Ausnahme der Unterkategorie Koordination (coordination).

Resultat zu Frage 2: Die Kinder mit ADHS haben sich durch das ergotherapeutische Gruppenprogramm in den Bereichen des AMPS (prozesshafte und motorische Fertigkeiten) von der ersten zur zweiten und von der ersten zur dritten Evaluation signifikant verbessert. Am Ende der Intervention haben die Kinder mit ADHS zu den Kindern der Kontrollgruppe aufgeholt. Zwischen dem zweiten und dritten Assessment bestand kein signifikanter Unterschied mehr.

Stärken und Schwächen

- Nach Prudhomme White & Mulligan (2005, S. 426) ist: „The AMPS (is) capable of capturing the essential functional behaviour characteristic of children with ADHD affected functional performance in everyday activities“ Diese Studie zeigt, dass das AMPS ADHS erfassen kann (Prudhomme White & Mulligan, 2005).

- Das adaptierte SST wird nicht ausführlich beschrieben.
- Die Studie ist „preliminary“ und hat dadurch eine kleine Untersuchungsgruppe. Sie weist trotzdem signifikante Resultate auf, was als positiv gewertet werden kann (Anmerkung von uns).
- Die Autoren weisen auf die Wichtigkeit weiterer Untersuchungen hin. Zu berücksichtigen wäre ein grösseres Sample und verblindete Assessments.

Kids Together: A Group Play Therapy Model for Children with ADHD

Symptomatology

Studien- design	Autor/ Jahr	Kohorte	Outcome Assessment	Intervention
before and after study	Hansen, S. & Meissler, K., Ovens, R. (2000)	30 Kinder (24m /6w) 5-16 J., 17 Kinder haben zusätzliche Therapien, 11 Kinder haben Medikamente	Child Behaviour Checklist (CBCL)	Folgt Grundsätzen der sozial kognitiven Lerntheorie und der Attributionstheorie (siehe Anhang 2), setzt im Gruppenprozess Spiel- und Kunsttherapie ein, um eine Veränderung des Verhaltens anzubahnen und zu verfestigen.

Tabelle 4: Übersicht Studie 3

Fragestellung oder Ziel der Studie

Das Kids Together wurde aufgrund der wachsenden Nachfrage nach einem effektiven Programm für Kindern mit ADHD entwickelt. Explizit werden Ziel und Fragestellung nicht genannt. Die Autoren wollen anhand der „Child Behaviour Checklist“ (CBCL) die Wirksamkeit ihres Programms evaluieren.

Das Kids Together will eine strukturierte Umgebung bieten, in welcher der Fokus auf der Befähigung der Kinder mit ADHS liegt. Es geht darum, fundamentale Attributionsfehler (siehe Anhang 2) rückgängig zu machen und ihnen positives soziales Lernen zu ermöglichen.

Interventionsbeschreibung

30 Kinder die am Kids Together teilnehmen wollten, wurden ausgesucht. Die Eltern und Betreuer der Kinder wurden gebeten, die CBCL vor und nach den Gruppeninterventionen auszufüllen.

Die Intervention besteht aus einem Programm, das 15 Wochen dauert. Die Interventionen werden in einem Jugendzentrum (YMCA) durchgeführt. Die Gruppen beinhalten 6 - 9 Personen und treffen sich zweimal wöchentlich für zwei Stunden nebst der Schulzeit. Die Gruppen werden durch eine professionelle und

eine semiprofessionelle Person geleitet. Alle Teilnehmer werden in den Gruppenprozess miteinbezogen.

Die Gruppe befolgt folgenden Ablauf der Therapiestunden:

- Einstieg/Fragen/Diskussion zum Thema
- Therapeutische Aktivität
- Spiele
- Freizeitaktivitäten (recreational activities)
- Ausstieg / Ausspannen /Entspannen
- Das Kids Together ist ein prozessorientiertes Framework, das Spiel- und Kunsttherapie einsetzt.

Es werden 15 verschiedene Themen wie Einführung in ADHS, nonverbale Formen von Kommunikation, verbale Kommunikation, Gefühlsidentifikation und weitere soziale Themen behandelt. Die Leiter reflektieren nach Beendigung der Gruppenintervention gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten.

Resultate

Die Gruppen wurden nach verschiedenen Merkmalen unterteilt, um deren Fortschritte aufzuzeigen. Die exakten Definitionen von externalisierendem (externalising problembehaviour) und internalisierendem Problemverhalten (internalising problembehaviour) sind im zu finden.

- Geschlecht: Die männlichen Teilnehmer verbesserten ihr „Gesamtproblemverhalten“ signifikant. Das internalisierende Problemverhalten (depressives, ängstliches Verhalten) wurde signifikant reduziert, während das externalisierende Problemverhalten (aggressives, herausforderndes Verhalten) abnahm, jedoch nicht signifikant. Bei den weiblichen Teilnehmerinnen gab es keine signifikanten Verbesserungen.
- Alter: 3 Gruppen: 1.: 5-8 J., 2.: 9-12 J. und 3.: 13-16 J. Alle drei Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen bezüglich der internalisierenden Variablen. Nur Gruppe 2 verbesserte das Gesamtproblemverhalten (total behavioral problems) signifikant und keine Gruppe verbesserte den Faktor des externalisierenden Verhaltens.
- Mit und ohne Medikamente: Die Kinder mit Medikamente erreichten ein signifikantes Niveau bei den Variablen internalisierendes Problemverhalten

und Gesamtproblemverhalten, nicht aber bei der Variable externalisierendes Problemverhalten. Die Kinder ohne Medikamente erreichten nirgends eine signifikante Verbesserung.

- Mit und ohne individuelle Therapie: Die Kinder ohne individuelle Therapie erreichten signifikante Resultate bei allen drei Variablen, die Kinder mit individueller Therapie erzielten nur signifikante Verbesserungen bei der Variable internalisierendes Verhalten. Die Kinder ohne Therapie hatten vermutlich weniger komplexe Symptome, was auch zur Verbesserung der Variable des externalisierenden Problemverhaltens führte.

Stärken und Schwächen

- Die Studie hat keine Kontrollgruppe.
- Ein Teil der Kinder ist in medikamentöser Behandlung, was zu einer Verfälschung der Resultate führen könnte.
- Während der Interventionszeit der Studie wurden bei einem Teil der Kinder zusätzliche Therapien durchgeführt.
- Die Studie umfasst ein kleines Sample.
- Bias: Die freiwillige Teilnahme der Kinder könnte durch ihre Motivation zu einer Verzerrung der Resultate geführt haben.

Social Skill Training in Children With Attention Deficite Hyperactivity Disorder: A Randomized-Controlled Clinical Trial

Studiendesign	Autoren, Jahr	Kohorte	Outcome Assessment	Intervention
RCT, mit pre-, post- und 3 Monate follow-up Test PEDro Scale: 8/11	Antshel K.M.& Remer, R. (2003)	120 Kinder, (m90/w30); 8-12 J., ADHD: (ADHD-I 59 Kinder ADHD-C 61 Kinder)	Social Skills Raiting System (SSRS)	Social Skills Training 8 x 90 min Programm zur Verbesserung des positiven pro-sozialen Verhaltens vs. keine Intervention

Tabelle 5: Übersicht Studie 4

Fragestellung oder Ziele der Studie

These 1: Von Kindern mit ADHD, die das Social Skill Training erhalten, wird erwartet, dass sie in der Eltern- und Kindbewertung bezüglich der Sozialverhalten (social behaviour) im posttest und im follow-up besser abschneiden als Kinder mit ADHD aus der Kontrollgruppe.

These 2: Es wird angenommen, dass die diagnostische heterogene Gruppe im Vergleich zur Homogenen im Sozialverhalten die grössere Verbesserung aufweist.

These 3: Von den Kindern mit ADHD-I (Inattentive) wird im Vergleich zu Kinder mit ADHD-C (Combined) erwartet, dass sie mehr Fortschritte machen werden, da diese geringere emotionale Regulationsschwierigkeiten zeigen und ein besseres Primärwissen (primary knowledge) aufweisen.

Interventionsbeschreibung

Die 120 Kinder wurden in 3 Gruppen unterteilt. 40 in eine homogene ADHS Diagnosegruppe, 40 in eine heterogene Diagnosegruppe und 40 in eine Kontrollgruppe. Getestet wurden sie Pre-, post und in einem follow-up durch Eltern- und Kinder-Fragebögen mit dem SSRS.

Die Kinder wurden für die Interventionszeit in Zehnergruppen unterteilt und von 2 Therapeuten während 8 Wochen 90'/Woche behandelt.

Themen der 8 Einheiten: Kooperation mit Gleichaltrigen (peers), Problemlösung, Durchsetzungsvermögen, Konversation und Akzeptieren von Konsequenzen.

Aufbau einer Einheit: Rückblick der Woche, neues Ziel besprechen, diskutieren und durch Vorzeigen und Rollenspiele üben und evaluieren. Durch ein Punktesystem, das als Verstärker diente, wurden sie für gutes Umsetzen belohnt. Die Kinder erhielten Hausaufgaben. Dreimal fand eine Elternberatung statt, um Informationen zu den Interventionen und deren Inhalt zu vermitteln und um die Hausaufgabenbegleitung zu thematisieren. Auch ‚behavioral management techniques‘ wurden den Eltern vorgestellt.

Resultate

Resultat 1: SST führte zur Verbesserung des Durchsetzungsvermögens, jedoch zu keinen weiteren Verbesserungen der Sozialkompetenzen.

Resultat 2: Laut Elternfragebogen verbesserten sich die Kooperation und das Durchsetzungsvermögen. Laut Kinderfragebögen verbesserten sich die ‚empathy skills‘ in der heterogenen Gruppe mehr als in der homogenen, während die homogene Gruppe im posttest eine grössere Verbesserung des externalisierenden Problemverhaltens verzeichnete als die heterogene Gruppe. Dies trifft für das follow-up nicht zu.

3: Kinder mit ADHD-C profitierten geringer vom SST. ADHD-I verbesserten sich im Durchsetzungsvermögen im Vergleich zu ADHD-C mehr, nicht aber in den anderen sozialen Fertigkeiten.

Stärken und Schwächen:

- Das SSRS ist ein standardisiertes und durch verschiedene Autoren als reliables und konstrukt valides (construct validity) bezeichnetes Instrument. Zum Erfassen der soziale Fertigkeiten wird es häufig eingesetzt.
- Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit einem grossen Sample.
- Grenzen, mögliche Verfälschungsfaktoren und Bias der Studie werden beschrieben, wie der sekundäre Gewinn der Teilnehmenden, z.B. die gratis Therapie, was sich auf die Untersuchungen auswirken könnte.
- Wichtige Faktoren, die bei weiterer Forschung berücksichtigt werden müssen, werden genannt. Bsp: Einbezug eines „placebo control condition“.

The Effect of a Stress-Management Program on Self-Concept, Locus of Control, and the Acquisition of Coping Skills in School-Age Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Studien- design	Autor/Jahr	Kohorte	Outcome Assessment	Intervention
RCT pre- & posttest PEDro Scale: 4/ 11 Punkte	Gonzalez, L. O. & Sellers E. W. (2002)	42 Kinder zw. 9- 12 J. ADHS-Kinder: alle nehmen Medikamente und besuchen Privatschulen	The children's Nowicki- Strickland Locus of control Scale; The Piers-Harris Children's self-concept scale; The Stress and coping Questionnaire	„Stress- Management Program“ wurde adaptiert aus „Coping for kids“

Tabelle 6: Übersicht Studie 5

Fragestellung oder Ziel der Studie

Die Studie beschäftigt sich mit drei Fragen:

Frage 1: Welches sind die Effekte die der Einsatz eines Stress-Management Program bei Kindern, deren ADHS im Schulalter diagnostiziert wurde, auf das Selbstkonzept (Selfconcept), den Locus of Control (siehe Anhang 2) und das Akquirieren von geeigneten Copingstrategien (acquisition of coping skills) hat?

Frage 2: Gibt es im Outcome des Stress-Management Program Differenzen zwischen den drei Gruppen?

Frage 3: Gibt es eine Verbindung zwischen der Richtung des Locus of Control und der Art des Selbstbilds (siehe Anhang 2) der Populationen?

Interventionsbeschreibung

Die 42 Kinder wurden in drei Gruppen randomisiert: eine Kontrollgruppe ohne Intervention (n=16), eine Gruppe bei der das Stress-Management Program von Sozialarbeitern durchgeführt wurde, und eine dritte Gruppe, bei der das Stress-Management Program zu Hause von den Eltern durchgeführt wurde.

Das Stress-Management Program wurde von einem Sozialarbeiter in kleinen Gruppen durchgeführt. Es besteht aus acht aufeinander folgenden Sitzungen, die auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz basieren, mit folgenden Themen:

1. Einführung und Definition von Stress
2. Atmung, Muskelentspannung und bildliche Darstellung
3. Bewusstsein und physische Fitness
4. Zeit und Stressoren
5. Durchsetzungsvermögen und lernen „nein“ zu sagen
6. Wut bewältigen durch Geduld
7. Ausdrücken von Gefühlen
8. Freundschaften schliessen und Vertrauenspersonen finden

Resultate

Resultat 1: Das Stress-Management Program hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Selbstkonzept, den Locus of Control und das Akquirieren von anwendbaren Copingstrategien.

Resultat 2: Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen.

Resultat 3: Es besteht eine negative Verbindung zwischen dem Locus of Control und dem Selbstkonzept.

Stärken und Schwächen

- Die Studie hat ein sehr kleines Sample.
- Die Grundlagenliteratur ist sehr detailliert beschrieben, im Gegensatz zur Interventionsbeschreibung, die sehr kurz ausfällt.
- Grenzen (Limits) werden nicht beschrieben.

Gegenüberstellung der Ergebnisse in Bezug auf unsere Fragestellung

Das Social Skills Training in der Studie von Antshel & Remer (2003) führt zu keiner signifikanten Verbesserung der sozialen Fertigkeiten. „Our results do not strongly support the efficacy of SST (. . .)“ (Antshel & Remer, 2003, S. 161). Nach ihnen verbessert das SST das Durchsetzungsvermögen von Kindern mit ADHS wobei zu überprüfen wäre, ob das (alleinige) Verbessern des Durchsetzungsvermögens der Entwicklung von sozialen Fertigkeiten förderlich ist.

In den weiteren vier Studien werden nebst dem oben beschriebenen SST-Ansatz auch andere Möglichkeiten zur Verbesserung der sozialen Fertigkeiten aufgezeigt. Nebst verhaltenstherapeutischen Ansätzen beinhalten diese Interventionen weitere Ansätze und Theorien wie z.B. den kognitiven Ansatz.

Gol & Jarus (2005) kombinieren beispielsweise den SST-Ansatz mit einer betätigungsorientierten Therapie und stellen eine signifikante Verbesserung der IADL und ADL fest. Die Autoren sagen, dass sich das adaptierte ergotherapeutische Training der sozialen Fertigkeiten als effektiv erwiesen hat.

Gonzalez & Sellers (2002) sagen aus, dass bei Kindern mit ADHS das Verfügen über ein positives Selbstkonzept entscheidend ist, da die Resultate bestätigen, dass eine Verbindung zwischen dem externen Locus of Control und einem geringen Selbstkonzept besteht. Laut Gonzalez & Sellers (2002) finden es diese Kinder möglicherweise schwieriger, darauf zu vertrauen, dass sie einen Einfluss auf die von ihnen erlebten Stressoren haben. Deshalb sind die Autoren davon überzeugt, dass Kinder mit einem grösseren externen Locus of Control und einem geringen Selbstkonzept ein anderes Stress-Management Training benötigen als Kinder mit einem grösseren internen Locus of Control.

Dass sich der Locus of Control vom pre- zum posttest nicht signifikant verändert hat, schreiben die Autoren der Tatsache zu, dass der Locus of Control ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal ist, das sich höchstwahrscheinlich nicht innerhalb so kurzer Zeit ändern lässt (Reich, Erdal & Zatura, 1997, zit. Nach Gonzalez & Sellers, 2002). Auch beim Selbstkonzept und bei der Akquirierung von Copingstrategien zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen.

Ähnlich schreiben die Autoren Hansen, Meissler & Ovens (2000) dass SST wie auch andere Gruppenprogramme oft ein kurzfristiges Ziel verfolgen, welches sich auf das externalisierende Problemverhalten bezieht und bezeichnen diese Zielsetzung als unpraktikabel.

Im Gegensatz dazu versucht das Kids Together Programm das internalisierende Problemverhalten zu verbessern, welches durch ein schlechtes Selbstbild (selfimage) und einen tiefen Selbstwert (self-esteem) entsteht (Hansen, Meissler, & Ovens, 2000). Das internalisierende Problemverhalten konnte durch dieses Programm signifikant verbessert werden. Deshalb wird vorgeschlagen, dass zuerst das schlechte Selbstbild (selfimage) und das internalisierende Problemverhalten verbessert werden müssen. Ist dies erreicht, ist auch das Verbessern von externalisierendem Verhalten ein realistisches Ziel. Dadurch unterscheidet sich laut den Autoren auch der Ansatz des Kids Together zu ‚gängigen‘ SST’s. Das externalisierende Verhalten könnte also auch als abhängige Variable bezeichnet werden. Dies würde auch erklären warum frühere Untersuchungen zu keinen signifikanten Resultaten führten (Hansen, Meissler, & Ovens, 2000).

Die Studie von Reddy et al. (2005) erzielt mit dem Interventionsprogramm CAMP sowohl statistisch signifikante, als auch grosse klinische Verbesserungen des internalen Problemverhalten. Auch eine statistisch zuverlässige und klinisch bedeutungsvolle Reduktion des externalen Problemverhaltens wurde erreicht. Auch die sozialen Fertigkeiten verbesserten sich laut Reddy et al. (2005) über die Zeit.

Die Studie von Antshel & Remer (2003) zeigt zwar im Zusammenhang mit dem Selbstbild, dass sich die Sicht der Kinder mit ADHS auf ihre eigene Fähigkeiten verbessert hat, die Resultate sind jedoch nicht signifikant.

Studie	Resultate in Bezug auf unsere Fragestellung
Reddy et al. (2005)	Die Studien zum CAMP ergaben signifikante Resultate beim Verbessern des externalisierenden Verhaltens und sozialen Fertigkeiten, sowie signifikante Verbesserung des externalisierenden Verhaltens zu Hause im Vergleich zu der ‚Child-only Gruppe‘. Die CAMP-Teilnehmer wiesen statistisch signifikante und grosse klinisch Verbesserungen der sozialen Kompetenzen zu Hause und in der Klasse auf. Das CAMP ist ein neu entwickeltes Programm, bietet einen viel

	versprechenden Therapieansatz für Kinder, Eltern und Lehrer, das einfach wieder durchgeführt werden kann und auch auf andere Settings übertragbar ist. Das Kindertraining des CAMP kann auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden.
Gol, & Jarus (2005)	Kinder mit ADHS unterscheiden sich in den ADL / IADL signifikant von Kindern ohne ADHS. Durch die ergotherapeutische Social Skills Trainings-Gruppe haben sich die Kinder mit ADHS signifikant verbessert und schlossen zu den Kindern ohne ADHS auf. Das ergotherapeutische SST kombiniert den Einsatz von ADL und bedeutungsvollen Tätigkeiten mit dem Trainieren der sozialen Fertigkeiten. Dies führt zu einer guten Übertragbarkeit in den Alltag und entspricht dem Grundgedanken der Ergotherapie.
Hansen, Meissler & Ovens (2000)	Das Problemverhalten das bei internalisierendem Verhalten auftritt, konnte in dieser Studie signifikant verbessert werden. Die Autoren schlussfolgern, dass eine strikte Fokussierung auf die Verbesserung des externalisierenden Problemverhaltens kein günstiger Ansatz ist und dass es von grosser Bedeutung ist, erst das internalisierende Problemverhalten zu reduzieren. Im Gegensatz zu anderen kognitiven und defizitorientierten Modellen aus der Psychologie basiert das Kids Together auf der Spiel- und Kunsttherapie.
Antshel & Remer (2003)	Das SST führte zur Verbesserung der Sozialkompetenzen, aber in keinem signifikanten Ausmass. Die Zusammensetzung der verschiedenen ADHS-Diagnosen innerhalb der Therapiegruppe ist ein wichtiger Faktor in Bezug auf die Zielsetzung und muss beachtet werden. Durch die fehlenden signifikanten Resultate bietet die Studie für uns eine schlechte Grundlage und kann nicht als Grundlage eingesetzt werden.
Gonzalez & Sellers (2002)	Das Stress-Management Program hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Selbstkonzept, den Locus of Control und das Akquirieren von anwendbaren Copingstrategien. Es besteht eine negative Verbindung zwischen dem Locus of Control und dem Selbstbild. Die Autoren betonen, dass das Miteinbeziehen der Eltern bei einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz die Eltern-Kind Beziehung verbessern könnte und so die Chancen auf ein erfolgreiches „social and academic functioning“ des Kindes erhöht werden könnten.

Tabelle 7: Studienresultate

Theorien, Ansätze und Mittel der vorgestellten Studien sind im Anhang 3 zu finden.

Diskussion

Die Strukturen zur Erarbeitung und Erläuterung der Diskussion sind im Anhang 1 zu finden.

Das zeitgenössische Paradigma der Ergotherapie und psychologische Ansätze

Das Social Skills Training und andere psychologische Ansätze

Bei unserer Literaturrecherche war der Begriff „Social Skills Training“ (SST) (Definition Anhang 2) immer wieder unter den Keywords und in den Titeln der Artikel zu finden, obwohl unsere Suchwörter zu den sozialen Kompetenzen breit gefächert waren. Daraus schlossen wir, dass es sich beim SST um eine einheitliche angewandte und definierte Behandlungsweise aus der Psychologie handelt, welche im Bezug auf unsere Fragestellung sehr interessant schien.

Beim weiteren Bearbeiten der Literatur stellten wir fest, dass nebst SST viele weitere Behandlungskonzepte das Verbessern der sozialen Fertigkeiten zum Ziel haben. Dadurch wurde uns bewusst, wie gross die Anzahl an Konzepten und Ansätzen ist, die in der Psychologie Verwendung finden.

Einsatz von psychologischen Ansätzen in der Ergotherapie

Die Ergotherapie zieht ihrem zeitgenössischen Paradigma entsprechend, einen Teil ihres Wissens aus der Bezugswissenschaft Psychologie hinzu. „Psychosocial approaches are often used by occupational therapists when working with children experiencing social-emotional issues relating to occupational performance“ (Law et al., 2005, zit. nach Lim & Rodger, 2008). Psychodynamische, verhaltenstherapeutische, kognitive und humanistische Ansätze werden in der Ergotherapie angewandt, zum Teil in modifizierter Form (Finlay, 2004). So setzen Ergotherapeutinnen laut Finlay (2004) z.B. oft verhaltenstherapeutische Techniken wie „shaping“ (siehe Anhang 2) und „token economy“ ein, wenn es darum geht mit dem Klienten neue Fertigkeiten zu erlernen.

Der ergotherapeutische Blickwinkel

Durch ihre Grundüberzeugungen und Sichtweisen unterscheidet sich Ergotherapie deutlich von der Psychologie. Die Domäne der Ergotherapie wird durch das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) (AOTA, 2002, S.611) als „engagement in occupation to support participation in (...) contexts“ beschrieben. „Bedeutungsvolle Betätigungen“ (siehe Anhang 2) werden in der Ergotherapie als Mittel und Ziel gleichermaßen eingesetzt. Die Ergotherapeutin berücksichtigt dabei die verschiedenen Betätigungsbereiche des Menschen: Arbeit, Freizeit, Bildung, Spiel und Selbstversorgung (AOTA, 2002).

Über das Subsystem Volition aus dem MOHO, bringt die Ergotherapeutin die Interessen, die Werte und das Selbstbild eines Patienten in Erfahrung (Kielhofner, Borell, Burke, Helfrich & Nygard, 2005).

Dies unterstützt sie dabei, bedeutungsvolle Aktivitäten zu identifizieren und als Therapiemittel einzusetzen. Eine wichtige Komponente, die mitbestimmt ob eine Tätigkeit in befriedigendem Ausmass ausgeführt werden kann, ist das Erreichen eines „flows“. Die „flow“-Theorie beschreibt die Zusammenhänge zwischen Betätigung und Gesundheit und besagt, dass das Erleben von „flow“ der Gesundheit und Zufriedenheit einer Person förderlich ist (Jonsson & Persson, 2006). „Flowing“ wird erlebt, wenn das Anforderungsprofil einer Betätigung und das Fertigungsprofil einer Person übereinstimmen (Jonsson & Persson, 2006). Aufgabe der Ergotherapeutin ist es, den Patienten möglichst nah an ein „flow“-Erlebnis heranzuführen, um das Ziel der bedeutungsvollen Betätigung zu erreichen und die Gesundheit des Patienten zu fördern.

Um das Betätigungsprofil und das Fertigungsprofil aufeinander abzustimmen, stehen der Ergotherapeutin verschiedene Mittel zur Verfügung: Das Verbessern von Performanzfertigkeiten und –mustern, die Anpassung der Umwelt und das Verändern von Klientenfaktoren (Körperstrukturen und -funktionen) (AOTA, 2002).

Folgendes Beispiel soll die ergotherapeutische Arbeitsweise mit Einbezug von psychologischen Ansätzen verdeutlichen:

Über die Analyse von Aktivitätsanforderungen (AOTA, 2002) kann die Ergotherapeutin die Anforderungen einer Aktivität modifizieren und auf die Fertigkeiten und Kompetenzen des Kindes abstimmen, ohne es dabei zu über-

oder unterfordern. Über die erfolgreiche Durchführung von angepassten bedeutungsvollen Betätigungen bei Kindern mit ADHS ermöglicht die Ergotherapeutin dem Kind durch eine anschließende gemeinsame Reflektion (kognitiver Ansatz, siehe Anhang 2) eine positive Sichtweise auf die ihm innewohnenden Kompetenzen und stärkt somit auch das Selbstbild des Kindes. Laut Hansen, Meissler & Ovens (2000) ist das Selbstbild (Selfimage) ein wichtiger Faktor in Bezug auf das internalisierte Verhalten.

Die Resultate aus den beschriebenen Studien bieten uns Erkenntnisse, Ansätze und Techniken aus der Psychologie, die teilweise auch auf das ergotherapeutische Setting übertragbar sind.

Wichtige Ansätze zur Förderung der sozialen Kompetenzen

Alltagsorientierung und Lebensbereiche

Der Alltag eines Kindes spielt sich, wie in der Einleitung beschrieben, in verschiedenen Lebensbereichen ab, mit verschiedensten Rollenerwartungen an das Kind. Für das Kind mit ADHS ist es elementar, die in der Therapie erlernten sozialen Kompetenzen in seinen Alltag übertragen und anwenden zu können.

Studien geläufiger Gruppen Modelle (SST) haben Schwierigkeiten Langzeiteffekte in der Verhaltensänderung zu erzielen und weisen starke Mängel in der Übertragbarkeit auf das Umfeld des Kindes auf (Hansen, Meissler & Ovens, 2000; Antshel & Remer, 2003). Die Studie Kids Together (Hansen, Meissler, & Ovens, 2000) und das CAMP (Reddy et al. 2005) zeigen beide eine gute Übertragbarkeit in den Alltag, da die Handlungssituationen dem Entwicklungsstand der Kinder entsprechend und alltagsnah gestaltet wurden. Diese Programme bieten für die Ergotherapie eine Grundlage, um soziale Kompetenzen gezielt und strukturiert in einem ergotherapeutischen Gruppensetting zu erarbeiten. Bei der Anwendung von Therapieprogrammen aus der Psychologie ist es für die Ergotherapie wichtig, betätigungsbasiert und alltagsnah zu arbeiten und die berufseigenen Kompetenzen und Grenzen zu beachten. Dazu ist es hilfreich, ein konzeptionelles ergotherapeutisches Modell mit Assessments beizuziehen (Lim & Rodger, 2008). Um dies anhand eines Beispiels zu erläutern, haben wir das MOHO gewählt.

MOHO „(...) is a complex but very comprehensive model, which can be used in helping occupational therapists holistically to explore why a child may not be socially competent during his or her performance of occupations“ (Lim & Rodger, 2008, S.472). Der Einsatz von Modellen „ (...) guides clinicians to improve a child’s occupational performance rather than just to force on specific behaviours or skills in isolation“(Lim & Rodger, 2008, S.477). Lim & Rodger (2008, S. 472) betonen wie wichtig es ist, die sozialen Kompetenzen von Kindern in ihrem sozialen Umfeld und ihren täglichen Beschäftigungen zu erfassen. Möglichkeiten die Performanz eines Kindes in seinem Alltag zu erfassen bieten das AMPS (motorische und prozesshafte Fertigkeiten (siehe Anhang 2)) und das ACIS (Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten). Prudhomme White & Mulligan (2005, S. 426) sagen: „The AMPS is one of the only performance-based functional assessments available for children that is context-relevant and objective, and thus could play an instrumental role in diagnosing children with ADHD“.

Die Ergotherapie hat die Möglichkeit, soziale Fertigkeiten mit Hilfe von bedeutungsvollen Betätigungen und Alltagsaktivitäten zu vermitteln, wodurch der Alltagstransfer der neu erlernten Fertigkeiten für das Kind vereinfacht wird. Bei einer tätigkeitsbasierten Gruppenarbeit benötigt ein Kind sowohl die motorischen- und die prozesshaften Fertigkeiten, wie auch die Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten (Lim & Rodger, 2008).

Die ergotherapeutische Studie von Gol & Jarus (2005) geht von einer Verbindung zwischen den sozialen Fertigkeiten und den ADL / IADL aus und trainiert die motorischen und prozesshaften Fertigkeiten in Kombination mit einem auf die Ergotherapie adaptierten Social Skills Training, was zu signifikanten Resultaten führte. Die Studie bestätigt, dass Kinder mit ADHS in den ADL und IADL mehr Schwierigkeiten aufweisen als Kinder ohne ADHS. Die Autoren schliessen daraus, dass das durch ergotherapeutische Techniken ergänzte SST die alltäglichen Fertigkeiten der Kinder verbessert. Solche Resultate, so die Autoren, betonen die Notwendigkeit, den Fokus bei Therapie und Erfassung der Kinder mit ADHS auf die Betätigung zu legen (Gol & Jarus, 2005).

„By helping children to engage in their occupational roles and their daily social tasks, occupational therapists have a significant role to play in improving children’s

quality of life through enhancing their social interaction“ (Lim & Rodger, 2008, S.477).

Die Studie von Gol & Jarus (2005) zeigt eine typische ergotherapeutische Herangehensweise, die für die Bezugswissenschaften von Interesse sein könnte, wenn es um die Förderung sozialer Kompetenzen geht. Für die Ergotherapie ist diese Studie von Bedeutung, da sie bedeutungsvolle Aktivitäten einsetzt, obschon sie sich psychologischer Ansätze bedient.

Multimodalität

Wie in der Einleitung beschrieben, ist es die Aufgabe der Ergotherapie, alle Aspekte des Kindes und seiner Umwelt zu erfassen, zu evaluieren und eine angepasste Reorganisation der Systeme zu ermöglichen (Cole, 2005). Dazu werden die ergotherapeutischen Assessments eingesetzt. Es ist auch wichtig zu bedenken, wie die Umwelt des Kindes einbezogen werden kann, damit der Transfer in den Alltag möglichst gut gelingt.

Die Resultate von Reddy et al. (2005) bestätigen, dass ihr multimodales Programm auch zu Hause und in der Schule zu einer Verbesserung des sozialen Verhaltens führte, weil sie Eltern und Lehrer der Kinder in ihr Therapiekonzept miteinbezogen. Mit den ergänzenden Aussagen aus den restlichen Studien wird klar, dass ein multimodaler Ansatz unumgänglich ist, wenn einem Kind mit ADHS die bestmögliche Therapie angeboten werden soll.

Der Einbezug der Eltern ist aus verschiedenen Gründen wichtig. Diese haben laut Gonzalez & Sellers (2002) den grössten Einfluss auf die Befähigung ihres Kindes und bilden dessen nächstes Umfeld. Indem die Ergotherapeutin die Eltern in die Therapie einbezieht und sie über das Krankheitsbild ihres Kindes aufklärt, kann sie deren Sichtweise auf das Kind positiv beeinflussen (Antshel & Remer, 2003) und dadurch Attributionsfehler verringern.

Gonzalez & Sellers (2002) vermuten, dass Eltern in den kognitiven- und verhaltenstherapeutischen Ansatz miteinbezogen werden müssen, um die Eltern-Kinder Beziehung zu verbessern, und die Chancen auf einen erfolgreichen sozialen und schulischen Weg zu erhöhen.

Werden die Kinder älter, wird der Anteil der kognitiven Therapie wichtiger. Durch Psychoedukation (siehe Anhang 2) wird ihr Verständnis für das Krankheitsbild verbessert, was ihnen ermöglicht Kompensationsstrategien zu entwickeln.

Barkley sagt im Interview mit der NZZ (Meili, 2008), dass man ADHS nicht einfach zum Verschwinden bringt, den Kindern jedoch helfen kann, mit der Krankheit umzugehen.

Die Studie von Gol & Jarus (2005) versucht hintergründig den Kontext des Kindes zu verändern, indem die Eltern in eine parallellaufende Gesprächsgruppe mit einbezogen werden, die von Sozialarbeitern und Psychologen geleitet wird. Das Ziel ist, u.a. die Erwartungen der Eltern an das Kind zu relativieren und sie bezüglich der Probleme des Kindes zu sensibilisieren.

Die multimodale Therapie interdisziplinär aufzuteilen und mit Sozialarbeitern und Psychologen zusammen zu arbeiten, sehen wir als gute und praktikable Möglichkeit für die Ergotherapie. Zu bedenken ist, dass die multimodale Arbeit viel Zeit in Anspruch nimmt.

Rahmenbedingungen der Therapie

Für die Umsetzung und Durchführung einer Gruppentherapie müssen einige Rahmenbedingungen bedacht werden. Sinnvoll ist es, die Struktur des Ablaufes und die Anzahl Teilnehmer und Therapeuten zu beachten. Weiter müssen Interventionsdauer, Länge einer Einheit, das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden.

Bei der Gruppenzusammensetzung muss je nach Ziel die Zusammensetzung hinsichtlich der Diagnose bedacht werden (Antshel & Remer, 2003). Bei der Gruppenzusammensetzung ist zu beachten, dass alle Kinder ähnliche Ziele haben und ein ähnliches Aktivitätsniveau aufweisen. Diese können vorgängig durch Assessments in der Einzeltherapie erfasst werden. Die optimale Gruppenzusammensetzung bleibt zu eruieren.

Das Alter der Kinder mit ADHS in unseren Hauptstudien variiert zwischen 4,5 und 16 Jahren. Bei Kindern, insbesondere bei Kindern mit ADHS ist es wichtig, den Schwierigkeitsgrad der Aktivität sowie die Reflektionsebene dem Alter und dem Entwicklungsstand anzupassen. Die Autoren des CAMP (Reddy et al., 2005)

weisen darauf hin, wie wichtig es ist, Kinder mit ADHS so früh als möglich zu behandeln, damit möglichen Beeinträchtigungen im sozialen und schulischen Bereich vorgebeugt werden können.

Die Grösse der Gruppen in den Studien bewegt sich zwischen 8 und 10 Kindern, wobei zwischen einer Therapeutin pro 2 Kinder bis zwei Therapeutinnen auf 9 Kinder zur Verfügung standen. Bei der Implementierung von Gruppenprogrammen in die Ergotherapie muss in der Schweiz das Taxpunktesystem beachtet werden. In der Länge darf eine Gruppenintervention bis 3 Stunden dauern, damit sie abgerechnet werden kann (Tarifvertrag) (EVS/SRK-santésuisse, 2004). Die Interventionen der Hauptstudien dauerten maximal 2 Stunden und wären dadurch gut einsetzbar. Die Interventionsdauer umfassten 8 – 15 Einheiten, die wöchentlich stattfanden.

Eine Studie beachtete im Speziellen den Ort der Durchführung und wählte ein Jugendzentrum, um den Kindern ein möglichst natürliches Umfeld zu bieten, damit Attributionsfehler vermindert werden können (Hansen, Meissler, & Ovens, 2000).

Viele Studien zeigen eine einheitliche Struktur im Ablauf ihrer Therapieeinheiten (Antshel & Remer, 2003; Reddy et al., 2005). In der Ergotherapie bieten sich bestehende Grundstrukturen an, wie die „Cole’s Seven – Step Groups“ und die theoretischen Grundsätze nach Mosey, welche speziell den Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigen.

Die psychologischen Programme bieten eine gute Grundlage und Übersicht über die wichtigsten sozialen Kompetenzen, die im Rahmen der Gruppenintervention thematisiert werden können. Diese verleihen den ergotherapeutischen Interventionen eine Gesamtstruktur.

Therapeutische Mittel und Techniken aus der Psychologie im ergotherapeutischen Setting

Das Token System (token economy system)

Eine in zwei der Studien angewendete Technik, die für die Ergotherapie interessant erscheint, ist das Token System, welches aus der Verhaltenspsychologie stammt.

Der Token bezeichnet einen symbolischen Wert, der als Verstärker von positivem Verhalten eingesetzt wird und später gegen eine, für das Kind nicht auf anderem Weg erreichbare Belohnung, eingetauscht werden kann (Finlay, 2004, S.111).

Die SST-Studie von Antshel & Remer, (2003) sowie das CAMP von Reddy et al.,(2005) setzen das Token System ein.

Im CAMP wurden die Kinder aufgefordert, Anweisungen des Therapeuten zu beachten, ihre Gefühle und Gedanken durch Worte auszudrücken, sowie Hände und Füße immer bei sich zu behalten (Reddy et al., 2005). Das Token System kann aber auch als Belohnung für erledigte Hausaufgaben oder für das gemeinsam erreichte Gruppenziel eingesetzt werden. Diese Regelungen scheinen im Zusammenhang mit den Hauptproblemen von Kindern mit ADHS als nachvollziehbar und für uns sinnvoll. Das Token System könnte auch zu Hause und in der Schule weitergeführt werden. Dies setzt jedoch eine gute Instruktion und Aufklärung der Eltern voraus. Finlay (2004) weist daraufhin, dass beim Einsatz von verhaltenstherapeutischen Massnahmen die ganzheitliche Sichtweise der Ergotherapie auf das Kind in den Hintergrund geraten kann. Dies sollte bei der Umsetzung bedacht werden.

Das Time-out System

Im CAMP (Reddy et al., 2005) wurde das Time-out System als positive Selbstkontrolltechnik für die Kinder eingesetzt. Dies fördert die Selbstwahrnehmung des Kindes. Die Kinder haben die Möglichkeit selber zu bestimmen, wann sie ein Time-out, eine Auszeit brauchen. Falls ein Kind unruhig oder aggressiv wird, kann es sich selbst ein Time-out verschaffen. Dieses ist dreifach abgestuft. Die erste Stufe ist ein Stuhl, auf den sich das Kind setzen kann, um sich ausserhalb der Spiel- oder Arbeitszone zu beruhigen. Bei der zweiten Stufe setzt sich das Kind ausserhalb des Arbeitsraums hin, wo es keine visuellen und akustischen Reize mehr wahrnimmt. Bei der dritten Stufe sitzt sich das Kind in einem fremden Raum auf den Stuhl. Das Kind wird für das Time-out, das es beim Therapeuten verlangt, gelobt. Bei der Rückkehr nach dem Time-out muss das Kind auf allen Stufen einen kurzen Halt einlegen. So könnte im Rahmen der Ergotherapie eine gewisse Eigenverantwortung an das Kind zurückgegeben werden.

Der Einsatz von Developmentally Appropriate Games (DAGs)

Die in der Studie von Reddy et al. (2005) eingesetzten DAGs (Spiele die dem Entwicklungsstand der Kinder entsprechen) werden mit der Begründung eingesetzt, dass sie einerseits die Motivation und das Interesse der Kinder mit ADHS wecken und sie beim gemeinsamen Spielen wichtige Fertigkeiten lernen. Die DAGs fördern Teilhabe, Kooperation, soziale Fertigkeiten, Selbstachtung und die visuomotorischen Fertigkeiten der Kinder besser als dies herkömmliche Schulspiele tun (Ferland, 1997 zit. nach Reddy et al., 2005, S.148). Viele weitere Studien belegen die Wirksamkeit der DAGs.

Die DAGs sind alltagsorientierte Interventionen und könnten von Ergotherapeutinnen eingesetzt werden. Das Spiel gilt als wichtiges Lernfeld für die Entwicklung der Kinder. „Von manchen Autoren wird das Spiel als Form der Lebensbewältigung verstanden (...)“ (Oerter, 1999 zit. nach Kayser, 2007, S. 500). Das Analysieren und Anpassen von Aktivitäten, wie z.B. Spielen gehört zu den Mitteln der Ergotherapie (AOTA, 2002). So kann die Ergotherapeutin mittels Aktivitätsanalyse herausfinden, ob ein Spiel dem Entwicklungsstand ihres Klienten mit ADHS entspricht und das Spiel gegebenenfalls anpassen. Die DAGs bieten eine gute Basis für Ergotherapeutinnen, um in der Praxis evidenzbasiert zu arbeiten. Die DAGs ergänzen das Repertoire der Ergotherapie, welches auch Betätigungen aus anderen Lebensbereichen der Kinder beinhaltet.

Das Workbook/ Arbeitsbuch

Im CAMP (Reddy et al., 2005) wird ein therapeutisches Arbeitsbuch mit dem Titel „All about me“ (alles über mich) eingesetzt. Dies wird zum Ende der Stunde eingesetzt und das Kind hält darin persönliche Informationen zu seiner Person fest und bekommt die Gelegenheit, der Gruppe etwas über sich selbst zu erzählen. Das Buch bietet eine strukturierte Einzelaktivität in der Gruppe.

In der Ergotherapie kann das therapeutische Arbeitsbuch nicht eins zu eins übernommen werden. Es bestünde die Möglichkeit ein persönliches Arbeitsbuch einzusetzen, in dem die Kinder ihre Eindrücke und Ansichten zum Gruppenprozess festhalten, bevor diese gemeinsam in der Gruppe reflektiert werden. Dies würde der Therapeutin auch Informationen für nötige Änderungen geben.

Schluss teil

Kritische Reflektion

Zur Fragestellung und zum Thema

Unsere Frage hat sich im Lauf der Arbeit leicht verändert. Wir sind der Meinung, dass unsere definitive Fragestellung für unser gewähltes Themengebiet, zu welchem in der Ergotherapie noch kaum Literatur vorhanden ist, zu gross war. Auch eine Eingrenzung der Fragestellung war schwierig. Die Frage nach dem „wie“, kann im Rahmen einer Bachelorarbeit nur ansatzweise behandelt werden, da dies zu viele Aspekte beinhaltet. Wir beantworteten die Frage bestmöglich, und es entstand eine interessante Sammlung an Ideen und Grundgedanken.

Dass die grosse Mehrheit unserer Studien aus der Psychologie stammt, brachte die Schwierigkeiten der psychologischen Terminologie mit sich. Das Einlesen in unser Thema wurde dadurch sehr schwierig, da die psychologischen Theorien und Konzepte uns nicht bekannt waren und schwer durchschaubar sind. Es war eine Herausforderung, die Grundlagen zu verstehen und nicht in der psychologischen Fachliteratur zu versinken.

Zum methodischen Vorgehen

Wir hatten zu Beginn eine genaue Vorstellungen und einen detaillierten Plan unseres Vorgehens. Die Literatursuche gestalteten wir sehr ausführlich und gründlich. Im Vorfeld hatten wir uns Suchkriterien, Suchworte und eine Suchstrategie ausgedacht. Schwierigkeiten entstanden trotzdem, weil die Suchstrategie und die ersten Ein-/ und Ausschlusskriterien zu wenig präzise und verbindlich waren. Ergänzende Literatur für Einleitung und Diskussion müssten beim nächsten Mal in einem von der Hauptliteratur getrennten Suchgang recherchiert werden. Dies würde die Suche nach Hauptstudien präzisieren und würde direkt zu weniger und zentraleren Studienresultaten führen. Die Matrix war für unser Vorgehen sehr hilfreich und hätte schon früher eingesetzt werden können. Grenzfälle beim Erfüllen der Aus- und Einschlusskriterien versuchten wir darzulegen und zu begründen. Die fünf schlussendlich beschriebenen Studien sind von guter methodischer Qualität. Hätten wir all dies von Anfang an befolgt, wäre

uns ein Teil des Aufwandes erspart geblieben. Da wir aber zum ersten Mal eine umfassende Arbeit nach wissenschaftlichen Kriterien schrieben und viele Lernprozesse durchlaufen mussten, scheint uns ein grösserer Zeitaufwand normal zu sein.

Zum Schreibprozess

Vor dem Schreibprozess beanspruchten wir sehr viel Zeit für die Entwicklung eines Konzeptes zur Gliederung unserer Arbeit.

Insbesondere bei der Diskussion gestaltete es sich schwierig, eine sinnvolle Gliederung für unsere Themen zu finden. Dies gelang uns schliesslich gut.

Wegen den breiten Themen, welche die Fragestellung umfasst, war es schwierig, sich im Schreibprozess auf die wichtigsten Aussagen zu beschränken und die Themen in angemessener Ausführlichkeit zu diskutieren. Unser beschränktes Wissen bezüglich des Schreibens von Literaturarbeiten und den Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens und der Statistik erschwerte den Schreibprozess zusätzlich.

Zu den Resultaten

Zu Beginn hatten wir die Vorstellung, vergleichbare Studien zu finden und daraus präzise Antworten bezüglich Methoden und Mitteln zu erhalten. Die Antwort ist aufgrund der Fragestellung und der gefundenen Studien anders ausgefallen, als wir es anfangs des Arbeitsprozesses erwarteten. Die Informationen aus den Studien waren sehr vielfältig und beinhalten Aussagen, die sich tendenziell ergänzen und stützen. Durch unsere Abgrenzung wird der Rahmen, in dem sich unsere Arbeit bewegt, deutlich. Wichtige Tendenzen werden aufgezeigt und verschiedene Einflussfaktoren werden diskutiert. Es entstand eine grosse Sammlung an Überlegungen und Ideen, die aus unserer Sicht eine gute Grundlage für weitere Forschungsarbeiten in der Ergotherapie sein könnten.

Aus unserer Sicht lohnt es sich, das Thema „Förderung sozialer Kompetenzen bei Kindern mit ADHS im ergotherapeutischen Gruppensetting“ weiter zu verfolgen.

Weiterführende Fragen

In unserer Arbeit stellen wir keine detaillierten Einzelfragen in den Vordergrund die weiter untersucht werden müssten, sondern sprechen Themenbereiche oder Richtungen an, in die weiter geforscht werden muss.

Wichtig scheint uns, dass in der Ergotherapie Studien durchgeführt werden, die das Mittel Gruppenintervention zur Förderung sozialer Kompetenzen einsetzen und einzelne Faktoren wie Assessments, Zielsetzungen, oder die Gruppenzusammensetzung bezüglich Diagnose genauer untersuchen. Finanzierung und Interdisziplinarität sind weitere Faktoren, die untersucht werden müssen.

Eine gute Grundlage dazu bietet die Studie von Dikla & Gol (2005). Interessant wäre es, diese Untersuchung unter veränderten Bedingungen nochmals durchzuführen. Das Therapiekonzept könnte weitgehend übernommen werden, die sozialen Fertigkeiten müssten erfasst und evaluiert, und das Sample vergrößert werden. Dadurch würden die positiven Resultate bezüglich der ergotherapeutischen Intervention breiter abgestützt. Aussagen bezüglich der Wirksamkeit der durch ergotherapeutische Techniken ergänzten psychologischen Ansätze/Methoden könnten getroffen werden.

Weiter müsste man auch untersuchen, wie genau die von uns vorgeschlagenen psychologischen Ansätze und Techniken in der Ergotherapie in betätigungsbasierten / alltagsorientierten Gruppeninterventionen eingesetzt werden müssten, um das Gruppensetting für Kinder mit ADHD möglichst wirkungsvoll zu gestalten.

Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

In unserer Bachelorarbeit bearbeiteten wir folgende Fragestellung: „Wie können soziale Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in einem ergotherapeutischen Gruppensetting gefördert werden?“ Bei der Literaturrecherche stellten wir fest, dass praktisch keine ergotherapeutische Literatur zu unserem Thema besteht. Aus diesem Grund weiteten wir unsere Suche auf die Bezugswissenschaften aus und fanden so zu den fünf im Hauptteil beschriebenen Studien.

Die Studien zeigen auf, dass zur Förderung der sozialen Kompetenzen im Gruppenkontext bei Kindern mit ADHS alltagsnahe und handlungsorientierte

Ansätze und Konzepte eingesetzt werden müssen, damit ein Kind mit ADHS im Alltag profitieren kann. Dies bestärkt die Ergotherapie in ihren Grundannahmen hinsichtlich des zeitgenössischen Paradigmas und ist auch für die Bezugswissenschaften von Interesse. Die multimodale Behandlung ist ein wichtiger Faktor in Bezug auf den Erfolg der Therapie. Die Personen aus dem Umfeld des Kindes müssen in der Therapie miteinbezogen und über die Probleme des Kindes mit ADHS aufgeklärt werden. Die Rahmenbedingungen unter denen die Gruppeninterventionen stattfindet, müssen noch genauer untersucht werden. In der Diskussion werden wichtige Aspekte dargelegt, die für die Rahmenbedingungen von Bedeutung sind. Ideen für die Umsetzung von Techniken und therapeutischen Mitteln aus der Psychologie im ergotherapeutischen Setting sind das „Token System“, das „Time-out System“, die „DAGs“ sowie das „Arbeitsbuch“. Diesbezüglich gilt es zu untersuchen und zu überprüfen, in welcher Form sie im ergotherapeutischen Setting am besten eingesetzt werden können. Die Resultate sprechen für weitere Untersuchungen im ergotherapeutischen Kontext, um die zahlreichen Einflussfaktoren hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Praktikabilität zu überprüfen.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (1993). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Ausg.). Washington, DC: APA.
- Antshel, K. M. & Remer, R. (2003). Social Skills Training in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized-Controlled Clinical Trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (1), 153-165.
- AOTA (American Occupational Therapy Association). (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- Barkley, R. A. (2006b). ADHD in Adults: Developmental Course and Outcome of Children with ADHD, and ADHD in Clinic-Referred Adults. In R. A. Barkley (Hrsg.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3. Ausg., S. 248-296). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3. Ausg.). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006a). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Prevalence, and Gender Differences. In R. A. Barkley (Hrsg.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3. Ausg., S. 76-121). New York: The Guilford Press.
- Becker, H. & Steading-Albrecht, U. (2006). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Cole, M. B. (2005). *Group Dynamics in Occupational Therapy: The Theoretical Basis and Practice Application of Group Intervention* (3. Ausg.). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Diethelm-Knoepfel, M. (04. 09 2008). Briefe an die NZZ: Ritalin-Abgabe an Schüler erfassen. *Neue Zürcher Zeitung* (206), S. 20.
- Donohue, M. V. (1999). Theoretical bases of Mosey's group interaction skills. *Occupational Therapy International*, 6 (1), 35-51.

- Dreisörner, T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 15 (4), 255-266.
- EVS / SRK - santésuisse. (2004). *Vetrag zwischen EVS / SRK -santésuisse: Endversion 20.12.2004*. [On Line]. Available: www.ergotherapie.ch (05. 06 2009).
- Finlay, L. (2004). *Psychosocial Occupational Therapy* (3. Ausg.). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Gol, D. & Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 539-545.
- Gonzalez, L. O. & Sellers, E. W. (2002). The Effects of a Stress-Management Program on Self-Concept, Locus of Control, and the Acquisition of Coping Skills in School-Age Children Diagnosed With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15 (1), 5-15.
- Gralher, A. & Nolte, K. (2008). Ein ergotherapeutisches Trainingskonzept für die soziale Kompetenz bei Grundschulkindern. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 47 (12), 10-16.
- Hansen, S., Meissler, K. & Ovens, R. (2000). Kids together: A Group Play Therapy Model for Children with ADHD Symptomatology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10 (4), 191-211.
- Hall, T. F. & Reddy, L. A. (2002, March). *Therapeutic benefit of child and parent group training consultation for young children with ADHD*. Paper presented at the Eastern Psychological Association Conference, Boston, MA.
- Houck, G. M., King, M. C., Tomlinson, B., Vrabel, A. & Wecks, K. (2002). Small Group Intervention for Children With Attention Disorders. *The Journal of School Nursing*, 18 (4), 196-200.
- Hoza, B., Murg, S., Perlham, W. E., Greiner, A. R. & Gnagy, E. M. (2003). A friendship intervention for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Preliminary findings. *Journal of Attention Disorders*, 6 (3), 87-98.

- Jonsson, H. & Persson, D. (2006). Towards an Experiential Model of Occupational Balance: An Alternative Perspective on Flow Theory Analysis. *Journal of Occupational Science* , 13 (1), 62-73.
- Kayser, A. (2007). Spiel als therapeutisches Mittel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (3. Ausg., S. 500-502). Stuttgart: Thieme.
- Kielhofner, G. (2005b). Das Menschliche System. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S. 11-34). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2005a). Einführung in das Modell der Menschlichen Betätigung. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S. 1-10). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2005c). Einflüsse der Umwelt auf das Betätigungsverhalten. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S. 127-157). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation: Theory and Application* (4. Ausg.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer.
- Kielhofner, G., Borell, L., Burke, J., Helfrich, C. & Nygard, L. (2005). Das Subsystem Volition. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.) *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S. 51-85). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G., Marotzki, U. & Mentrup, C. (2005). *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Kohlberg, A. (2007). Konzept einer ergotherapeutischen Gruppenbehandlung. In B. Winter & B. Arasin, *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS* (S. 68-76). Stuttgart: Thieme.
- Kolberg, A. (2006). Ergotherapie bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In H. Becker & U. Steding-Albrecht (Hrsg.) *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie* (S. 379-394). Stuttgart: Thieme.

- Kraemer, R. & Schöni, M. H. (2007). *Berner Datenbuch Pädiatrie* (7. Ausg.). Bern: Hans Huber.
- Landau, S. & Moore, L. A. (1991). Social skills deficits in children with ADHD. *School Psychology Review* (20), 235-251.
- Lim, S. M. & Rodger, S. (2008). An Occupational Perspective on the Assessment of Social Competence in Children. *British Journal of Occupational Therapy*, 71 (11), 469-481.
- Meili, M. (14. Dezember 2008). "Die Ursachen von ADHS sind immer biologischer Natur". *NZZ am Sonntag*, S. 76-77.
- Mentrup, C. (Übersetzung); Forsyth, K. (o.J.). *Assessment der Kommunikations- & Interaktionsfertigkeiten (ACIS)*. Osnabrück: Christiane Mentrup (Eigenverlag).
- Murg, S., Hoza, B. & Gerdes, A. C. (2001). Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Peer-Oriented Interventions. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 91 (Spring), 51-77.
- Prudhomme White, B. & Mulligan, S. E. (2005). Behavioral and Psychologic Response Measures of Occupational Task Performance: A Preliminary Comparison Between Typical Children and Children With Attention Disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59 (4), 426-436.
- Reddy, L. A., Braunstein, D., Hauch, Y., Springer, C. & Hal, T. (2002). *Randomized trial of three child/parent training groups for ADHD children*. Poster session presented at the American Psychology Association Conference, Chicago, IL.
- Reddy, L. A., Files, T. M. & Rubel, E. (1999). *Multimodal treatment study for young children with ADHD*. Poster session presented at the American Psychology Association Conference, Boston, MA.
- Reddy, L. A., Hall, T. M., Benisz, E., Rubel, E. & Isler, L. (2000). *Effects of gender on a multimodal intervention for young children with ADHD*. Poster session presented at the American Psychology Association Conference, Washington, DC.
- Reddy, L. A., Springer, C., Files-Hall, T. M., Schmelzer Benisz, E., Hauch, Y., Braunstein, D. & Atamanoff, T. (2005). Child ADHD Multimodal Program: An Empirically Supported Intervention for Young Children With ADHD. In L.

- A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Hrsg.) *Empirically Based Play Interventions For Children* (S. 145-167). Washington, DC: APA.
- Rossi, P. (2008). *POS oder ADHS?* Lenzburg/Niederlenz. [On Line]. Available: http://www.elpos.ch/Rossi/POS_oder_%20ADHS.pdf (10.06.2009)
 - Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Hrsg.). (2007). *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
 - BSV (Bundesamt für Sozialversicherung). (2008). *"Aufstellung der Bezüger von Leistungen nach Altersklasse und Kanton mit Gebrechen 404"*. Bern: BSV. Available: [E-Mail von Burri M., Abteilung Mathematik, Analyse, Statistik; Bereich Statistik. BSV] (21.04.2009)
 - Waas, G. A. (1988). Social attributional biases of peer-rejected and aggressive children. *Child Development* (59), 969-975.
 - Wahlen, C. K., Henker, B., Castro, J. & Granger, D. (1987). Peer perceptions of hyperactivity and medication effects. *Child Development*, 58, 816-828.
 - Winter, B. (2007b). Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Kindern mit ADHS. In B. Winter & B. Arasin (Hrsg.), *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS* (S. 56-76). Stuttgart: Thieme.
 - Winter, B. (2007a). Zur besonderen Situation der Ergotherapie bei ADHS. In B. Winter & B. Arasin (Hrsg.), *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS* (S. 35-36). Stuttgart: Thieme.
 - Winter, B. & Kolberg, A. (2007). Störungsbild und Grundlagen: Pathogenese. In B. Winter & B. Arasin (Hrsg.), *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS* (S. 3-10). Stuttgart: Thieme.
 - Winter, B. & Arasin, B., (Hrsg.). (2007). *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS*. Stuttgart: Thieme.

Bilder- und Tabellenverzeichnis

- Bild Tittelseite: Foto Carsten Schröder. Aus Groh, J. (2008) *Kinder sind Engel ohne Flügel* (S.1). Groh Verlag.

- Tabelle 1: Keywords S. 17
- Tabelle 2: Überblick Studie 1 S. 21
- Tabelle 3: Überblick Studie 2 S. 24
- Tabelle 4: Überblick Studie 3 S. 27
- Tabelle 5: Überblick Studie 4 S. 30
- Tabelle 6: Überblick Studie 5 S. 33
- Tabelle 7: Studienresultate S. 37

Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur 16. Juni 2009

Julia Meier

Anna Meinen

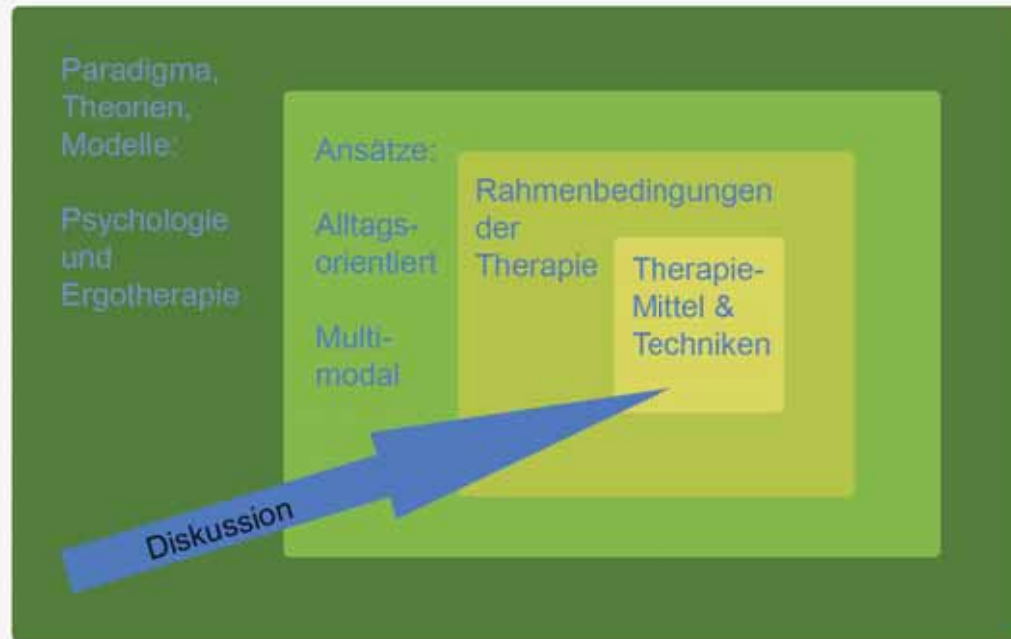
Anhänge

Anhang 1: Struktur-Skizzen der Arbeit

Struktur-Skizze: Bearbeitung der Fragestellung anhand der Studien



Skizze der Diskussionsstruktur



Anhang 1: Matrix der Autoren und Studien

Nr.	Titel	Autoren
1.	A friendship intervention for children with ADHD: Preliminary findings	Hoza, B., Mrug, S., Pelham, W.E., Greiner, Jr. A.R. & Gnagy, E.M.
2.	An occupational perspective on the assessment of social competence in children.	Lim, S.M. & Rodger, S.
3.	A review of literature on ADHD children: peer interaction and collaborative learning	Saunders, B. & Chambers, SM.
4.	Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning.	Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartmann, C.A. & Hoekstra, P.J.
5.	Behavioural and physiological response measure of occupational task performance: A preliminary comparison between typical children and children with ADHD	Prudhomme White, B. & Mulligan, S.E.
6.	Child AHAD multimodal program: a empirically supported intervention for young children with ADHD	Reddy, L.A., Springer, C., Filesh Hall, T.M., Schmelz, E., Hauch, Y., Brauenstein, D. & Attamanoff, T.
7.	Children with ADHD: Peer relationships and peer oriented Interventions	S. Mrug, B. Hoza, A.C. Gerdes
8.	Current practice in the management of ADHD	JR. Parr, A. Ward, S. Inman
9.	Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention-deficit-hyperactivity disorder	Gol, D. & Jarus, T.
10.	Ein ergotherapeutisches Trainingskonzept für die soziale Kompetenz bei Grundschulkindern	Grahler, A. & Nolte, K.
11.	Errorless acquiescence training. A potential "keystone" approach to building peer interaction skills in children with severe problem behaviour	Ducharme, J.M., Folino, F. & DeRosie J.
12.	Evaluation of a pilot clinic-based social skills group	Lim, S.M., Kattapuram, A. & Lian, W.B.
13.	Kids together: a Group play therapy model for children wit ADHD symptomatology	Hansen, S., Meissler, K. & Ovens, R.
14.	Non-Drug intervention for improving classroom behaviour and social functioning of young children with ADHD	Radcliff, D.
15.	Occupational therapy for children with ADHD, Part1: A delineation model of practice	Chu, S. & Reynolds, F.
16.	Occupational therapy for children with ADHS: a multi centre evaluation on an assessment and treatment	Chu, S. & Reynolds, F.

16.	Occupational therapy for children with ADHS: a multi centre evaluation on an assessment and treatment Package	Chu, S. & Reynolds, F.
17.	Occupational therapy for children with ADHS: a survey on the level of involvement and training needs of therapists	Chu, S.
18.	Parent assisted transfer of children's SST: Effect on children with and without ADHD	Frankel, F., Myatt, R. Cantwell, D.P.& Feinberg, D.T.
19.	Peer functioning in children with ADHD	Hoza, B.
20.	Peer problems in ADHS: current Status and future Directions	McQuade, J.D. & Hoza, B.
21.	Psychosocial treatment for preschool children with ADHD	LaForett, D.R., Murray, D.W.& Kollins, S.H.
22.	Small group Intervention for children with ADHD	Houck, G.M., King, M.C., Tomlinson, B., Vrabel, A. & Wecks, K.
23.	Social functioning in children with ADHD treated with Long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment	Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R.G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovic, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D. & Pollack, S.
24.	Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training	De Boo, G.M. & Prins, P.J.M.
25.	Social problems associated with ADHD vs. ODD in children for friendship problems	Frankel, F.& Feinberg, D.
26.	Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized-controlled clinical trial	Antshel, K.M. & Remer R.
27.	Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment	Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R.G., Weiss G., Fleiss, K., Etcovitch. L., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D. & Pollack, S.
28.	The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: Review of the Literature	Nixon, E.
29.	The effects of a stress-management program on self-concept, locus of control, and the acquisition of coping skills in school-age children diagnosed with ADHD	Gonzalez, L.O. & Sellers, E.W.
30.	Theoretical bases of Mosey's group interaction skills	Donohue, M.V.
31.	Treatment programs for youth with emotional and behavioural disorders: an outcome study on two alternate approaches	Wilmshurst, L.A.

Anhang 1: Matrix Studien Ein- Ausschluss

Nummer	ADHS	ET	Soziale Komp.	Gruppen-setting	Interventionsstudie	Handlungsbezug	Aktualität	Studien-design
1.	J	n	j	j	j	j	2003	Interventionsstudie
2.	N	j	j	j/n	n	j/n	2008	Review
3.	J	n	j	j/n	n	n	1996	Review
4.	J	n	j	n	n	n	2007	Review
5.	J	j	j	n	n	j	2005	Studie zum Assessment AMPS
6.	J	n	j	j	j	j	2005	Interventionsstudie
7.	J	n	j	j	j	J	2001	Review
8.	J	n	n	n	n	n	2003	Studie (Datacollection)
9.	J	j	j	j	j	J	2005	Interventionsstudie
10.	N	j	j	j	n	J	2008	Konzept
11.	N	n	j	j		J	2008	Interventionstudie
12.	n	j/n	j	j	j	J	2007	Interventionsstudie
13.	j	n	j	j	j	J	2000	Interventionsstudie
14.	j	n	j/n	n	n	n	2000	Review
15.	j	j	j	n	n	J	2007	model
16.	j	j	n	n	j	j/n	2007	Interventionsstudie
17.	j	j	n	n	n	n	2003	Review und Umfrage
18.	j	n	j	j	j	J	1996	Interventionsstudie
19.	J	n	j/n	n	n	n	2007	Review
20.	J	n	j	n	n	n	2008	Review
21.	J	n	j	z.T	n	n	2008	Review
22.	J	n	j	j	j	j	2002	Interventionsstudie
23.	J	n	j	auch SST	j	n!	2004	long-term Interventionstudie
24.	J	n	j	n	n	n	2006	Review
25.	j	n	j		n	n	2002	Interview
26.	j	n	j	j	j	j/n	2003	RCT
27.	j	n	j/n	auch SST	J	n!	2004	long-term Interventionstudie
28.	j	n	j	n	N	n	2001	Review
29.	j	n	j/n	j	J	j/n	2002	RCT

30.	n	j	j/n	j	n	n	1999	Review and Analyse
31.	n	n	j/n	n	J	j	2002	Interventionsstudie
32.	j	n	j/n	j	J	?	2006	Interventionsstudie

0 Studien, die im Hauptteil unserer Arbeit besprochen werden.

0 Studien, die trotz Erfüllung der Einschlusskriterien ausgeschlossen wurden.

Anhang 2: Glossar

- **Alltagstransfer:** „Die Transfertheorie geht zurück auf Thorndikes Theorem der identischen Elemente (1922). Danach hängt der Transfer vom Ausmass ab, in dem beim Training wie im Test dieselben Elemente beansprucht werden: Ähnlichkeit der Aufgaben, identische Aufgabeneigenschaften, Interkorrelation zwischen Aufgabenklassen. Dies bedeutet, dass die Aufgabeteilweise dieselben Prozesse oder mindestens dieselben Fähigkeiten ansprechen“ (Petrig, 2007).
- **Attributionstheorie:** „(...) Ursächliche Zuschreibung für Wohltaten und Schaden, Erfolg und Misserfolg, Wünsche und Gefühle aus. Ursachen werden also dem subjektiven oder objektiven Pol zugeschrieben, ein Misserfolg hat äußere Gründe (Aufgabe, Pech) oder innere (Fähigkeit, Anstrengung), d. h. externale Kausalattributionen von Faktoren außerhalb von [einer Person] oder internale Kausalattributionen von Faktoren innerhalb [einer Person] ist kognitive Deutung des eigenen oder fremden Handelns mit Hilfe [naiv-psychologischer] Annahmen“ (Häcker & Stampf, 2004, S. 81).
- **Attributionsfehler:** “(...) Fundamentale Attributionsfehler, wonach Ursachen primär auf Personen und dann auf personenexterne Ursachen attribuiert werden“ (Häcker & Stampf, 2004, S. 82).
- **Bedeutungsvolle Betätigung:** „Grundannahmen der Ergotherapie: Bedeutungsvolle Betätigung sollen ein zentraler Bestandteil der Behandlung sein da sie ein grundlegendes menschliches Bedürfnis sind, dem Leben Sinn verleihen, eine gesunde Lebensführung ermöglichen, und eine körperliche, soziale, psychologische, emotionale und spirituelle Dimension hat“ (Götsch, 2007, S. 2-3).
- **Betätigungsidentität:** „Das Konzept der Betätigungsidentität reflektiert die angesammelte Lebenserfahrungen, die sich dann zu einem Selbstverständnis der Person ausbilden. Dies beinhaltet eine Vorstellung

davon, wer man war und ein Gespür für, die erwünschte und ein Gespür für mögliche Richtung der eigenen Zukunft. Betätigungsidentität ermöglicht sowohl sich zu definieren als auch fortlaufende Handlungen zu entwerfen“ (Kielhofner & Forsyth, 2001 zitiert nach Kielhofner, 2005, S.162).

- **Betätigungskompetenz:** „(...) Ist der Grad, mit dem man ein Muster der Betätigungspartizipation aufrechterhält, welches die eigene Betätigungsidentität reflektiert. Während Identität mit der subjektiven Bedeutung des eigenen Betätigungslebens zu tun hat, geht es bei der Kompetenz darum, die Identität fortlaufend in Handlung zu übertragen. Kompetenz scheint damit zu beginnen, wie jemand das eigene Leben organisiert, um die grundlegenden Verantwortlichkeiten und die persönlichen Standards wahrzunehmen. Sie umfasst die Rollenverpflichtung und das Erreichen eines befriedigenden und interessanten Lebens“ (Kielhofner & Forsyth, 2001 zitiert nach Kielhofner, 2005, S. 162).
- **Externalisierendes Verhalten/ Internalisierendes Verhalten:** “A well-known distinction in the field of child psychology and psychiatry is the distinction between "externalizing" and "internalizing" disorders (Achenbach, 1978). The construct of externalizing behavior problems refers to a grouping of behavior problems that are manifested in children's outward behavior and reflect the child negatively acting on the external environment (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Eisenberg et al, 2001). In the research literature, these externalizing disorders consist of disruptive, hyperactive, and aggressive behaviors (Hinshaw, 1987). In the context of this paper, three key behavior problems similarly make up this construct: aggression, delinquency, and hyperactivity. Other terms used to describe externalizing behavior problems include "conduct problems," "antisocial," and "undercontrolled" (Hinshaw).” (...) “In contrast, children may develop internalizing behavior problems such as withdrawn, anxious, inhibited, and depressed behaviors, problems that more centrally affect the child's internal psychological environment rather than the external world. Other terms for this cluster of behavior problems include "neurotic" and "overcontrolled"

(Campbell et al., 2000; Eisenberg et al, 2001; Hinshaw, 1987). Inevitably, this dichotomy is neither perfect nor complete. For example, a child's internalizing behavior problems can have a negative impact on others, including siblings, parents, peers, and teachers. Similarly, children with externalizing behavior problems not only may negatively affect their outside world, but also may be psychologically suffering internally. In fact, there is significant and substantial co-morbidity between externalizing and internalizing behavior problems (Hinshaw). In other words, children who are aggressive also may experience anxiety and, conversely, depressed children also may exhibit conduct problems." (Jiangong, 2004)

- **Kognitiver Ansatz:** Linda Finlay (2004) beschreibt den Kern der kognitiven Ansätze folgendermassen: „ Cognitive approaches aim to understand the structure and process of the mind. While a variety of theories come under this umbrella, all share the view that cognitions- i.e. our ability to think, attend, perceive, remember, problem-solve, and reason – underlie all our human activities" (S.112).
- **Locus of control (external/ internal):** Ist gleichzusetzen mit Kontrollüberzeugung und ist eine Attributionsdimension: "(...) Gedanken und Überzeugungen von Akteuren oder Beobachtern, die mit einem Streben nach Kontrolle in Zusammenhang stehen" (Papadakis, 2007a).
„Ein Ereignis kann external (durch das Denken und Handeln anderer) oder internal (durch das eigene Tun) erklärt werden. Diese Dimension kommt in überdauernden Kontrollüberzeugungen zum Ausdruck, in denen entweder die Person als "Meister" ihres Schicksals erscheint oder als hilfloser "Bauer" im Spiel unkontrollierbarer Mächte (wie Lehrer, staatlicher Ämter, religiöser Institutionen oder ganz einfach Zufall)" (Papadakis, 2007b).
- **Motorische Fertigkeiten:** „Bewegen des eigenen Körpers oder von Objekten innerhalb einer Aufgabe" (Kielhofner, 2002, S.117 zitiert nach Mentrup, 2007, S.113).

„(...)Stabilisierung des Körpers, das Bücken, Gehen, Greifen, und das Beeinflussen von Objekten (...)“ (Mentrup, 2007, S.133).

- **Prozesshafte Fertigkeiten:** „Handlungen über Zeiträume hinweg in logischer Reihenfolge durchführen, angemessene Werkzeuge und Materialien einsetzen und die Durchführung anpassen, sofern sich Probleme ergeben“ (Kielhofner, 2002, S.117, zitiert nach Mentrup, 2007 S.113). „ Prozesshafte Fertigkeiten beinhalten zum Beispiel Aspekte wie den Einsatz von Wissen, die zeitliche Organisation und die Strukturierung von Raum und Objekten“ (Mentrup, 2007, S.114).
- **Psychoedukation:** Im Rahmen der psychoedukativen Gespräche diskutieren Klienten und Therapeuten über ein Verständnis der (...) (psychologischen) Erkrankung auf der Basis des Vulnerabilitäts- Stress- Modells“ (Scheepers, 2007, S. 405).
- **Selbstkontrolle:** “Um wirkungsvoll in der Welt agieren zu können, muss man nicht nur über Fähigkeiten verfügen, sondern auch in der Lage sein, diese Fähigkeiten so zu kontrollieren und zu nutzen, dass man die gewünschten Ergebnisse erreicht. Die Wahrnehmung der eigenen Wirksamkeit, hängt in erster Linie von der Einschätzung der Selbstkontrolle ab“ (Kielhofner et al., 2005 S. 59).
- **Selbstwirksamkeit:** „Zum Gefühl der eigenen Wirksamkeit (sense of efficacy) gehört die Wahrnehmung , dass wir das eigene Verhalten (und die zugrunde liegenden Gedanken und Gefühle) kontrollieren können, und auch das Gefühl, dass wir die Kontrolle darüber haben, gewünschte Ziele zu erreichen“ (Kielhofner et al., 2005, S.59).
- **Selbstbild:** Laut Kielhofner et al. (2005) wurde das Selbstbild von Janice Burke 1977 weiter spezifiziert, was zu einer detaillierten Beschreibung des Selbstbildes führt. Sie unterscheidet vier Aspekte der Kontrollüberzeugung:

Interne vs. Externe Ausrichtung auf die Umwelt, Glaube an die eigene Fähigkeit, Gefühl der eigenen Wirksamkeit und die Erwartung eines Erfolgs/Scheiterns.

Ergotherapeuten verwenden eine vereinfachte Definition des Selbstwertes als die in der Psychologie verwendeten Definitionen: „ Das Selbstbild ist aus Dispositionen und Selbsterkenntnissen zusammengesetzt. Es trägt dazu bei, wie man die Fähigkeiten und die Wirksamkeit der eigenen Person bei Betätigungen einschätzt“ (Kielhofner et al., 2005, S. 57).

- **Shaping:** „This is where approximations to the desired behaviour are reinforced, gradually raising the Standard until the desired behaviour is achieved. This is akin to rewarding the child who says “ma-ma” en route to “mummy” “(Finlay, 2004, S.111).
- **Soziale Kompetenz:** „Es gibt innerhalb der wissenschaftlichen Psychologie weder einen begrifflichen noch praktischen (theoretischen) Kontext, in dem soziale Kompetenz als explizites Konstrukt eine wesentliche Rolle spielt. Die Durchsicht neuerer Fachlexika der Psychologie kann das bestätigen“ (Stangel, 2001).

„Im Modell von Greenspan und Gransfield (1992) greifen instrumentelle und soziale Kompetenzen auf intellektuelle und nichtintellektuelle Aspekte zurück. Greenspan und Gransfield differenzieren drei verschiedenen Arten von Intelligenz, konzeptuelle, praktische und soziale. Konzeptuelle Intelligenz ist als "wissenschaftliches" und analysierendes Denken zu verstehen. Sie bildet zusammen mit der Komponente Informationsverarbeitung den intellektuellen Aspekt der instrumentellen Kompetenz. Der nichtintellektuelle Aspekt der instrumentellen Kompetenz besteht aus dem körperlichen Zustand der Person und dem Verfügen über motorische Fähigkeiten, die es dem Individuum erst ermöglichen verbal oder nonverbal zu interagieren. Praktische und soziale Intelligenz bilden den intellektuellen Aspekt der sozialen Kompetenz. Praktische Intelligenz wird von Greenspan und Gransfield als "...activities of daily living..." (S. 449) verstanden. Soziale Intelligenz "...refers to a person's ability to understand

and to deal effectively with social and interpersonal objects and events. Included in this construct are such variables as role-taking, empathic judgement, person perception, moral judgement, referential communication, and interpersonal tactics" (S. 449). In ihrem Begriff von sozialer Intelligenz sind also kognitive Elemente, wie die Personenwahrnehmung, und Elemente, die auf der Verhaltensebene und der kognitiven Ebene anzusiedeln sind, wie die Rollenübernahme, enthalten. Sie behaupten, daß geistig Behinderte, selbst wenn sie augenscheinlich keine Defizite im adaptiven Verhalten zeigen, eine niedrige soziale Intelligenz aufweisen. Deshalb schlagen sie vor, den Begriff des adaptiven Verhaltens in der Definition der AAMD durch den der sozialen Intelligenz zu ersetzen“ (Stangel, 2001).

- **Social Skills Training:** “Social skills training (SST) is a form of behavior therapy used by teachers, therapists, and trainers to help persons who have difficulties relating to other people” (...) “A major goal of social skills training is teaching persons who may or may not have emotional problems about the verbal as well as nonverbal behaviors involved in social interactions. There are many people who have never been taught such interpersonal skills as making "small talk" in social settings, or the importance of good eye contact during a conversation. In addition, many people have not learned to "read" the many subtle cues contained in social interactions, such as how to tell when someone wants to change the topic of conversation or shift to another activity. Social skills training helps patients to learn to interpret these and other social signals, so that they can determine how to act appropriately in the company of other people in a variety of different situations. SST proceeds on the assumption that when people improve their social skills or change selected behaviors, they will raise their self-esteem and increase the likelihood that others will respond favourably to them. Trainees learn to change their social behavior patterns by practicing selected behaviors in individual or group therapy sessions. Another goal of social skills training is improving a patient's ability to function in everyday social situations. Social skills training can help patients to work on specific issues—for example,

improving one's telephone manners—that interfere with their jobs or daily lives” (Advameg, 2007).

- **Verhaltenstherapeutischer Ansatz:** “The Behavioural approach focuses on learning as the key to development and socialisation. This perspective maintains that children are born a “ blank state” and are required to learn virtually everything- to talk, read, be toilet trained, study, play, socialise, and so on(Finlay, 2004, S.109).”
- **Vigilanz:** “ Beschreibt den Grad des allgemeinen „Wachheitszustands” einer Person. Wird im Wesentlichen durch das Aktivitätsniveau der Formatio reticularis im Hirnstamm bestimmt (S.701).“

Quellen zum Glossar

- Finlay, L. (2004). *The Practice of Psychosocial Occupational Therapy* (third edition). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage), (S. 1-10). Stuttgart: Thieme
- Häcker, H.O. & Stampf, K.H. (Hrsg.). (2004). *Dorsch: Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber.
- Karnath, H.O. & Thier P. (2006) *Neuropsychologie* (2. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G., Borell, L., Burke, J., Helfrich, C. & Nygard, L. (2005). Das Subsystem Volition. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis*. (S. 51-85). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2005). Aktuelle Veränderungen im Model of Human Occupation. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO). Grundlagen für die Praxis*. (S. 159-168). Heidelberg: Springer.

- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundation of Occupational Therapy* (third edition). Philadelphia: Davis Company.
- Mentrup, C. (2007) Model of Human Occupation (MOHO) . In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Egotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 127-137). Stuttgart: Georg Thieme.
- Petrig, A. (2007). *Skript BV Pädiatrie: kognitive Therapieansätze* (Teil 1). Nicht veröffentlichtes Unterrichtsskript, ZHAW/Studiengang Ergotherapie, Winterthur.
- Scheepers, C. (2007) Einflussfaktoren anderer Therapien und Konzepte. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Egotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 502-506). Stuttgart: Georg Thieme.

- Advameg. (2007). *Encyclopedia of Mental Disorders*. [On Line]. Available: <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Social-skills-training.html> (24.05.09)
- Jianghong, L. (2004) Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. [On-Line]. Available: http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3892/is_200407/ai_n9457065/ (10.05.09)
- Papadakis, A. (2007a) *Das Psychologie-Lexikon*. [On-Line] Available: <http://www.psychology48.com/deu/d/kontrollueberzeugung/kontrollueberzeugung.htm> (10.05.2009)
- Papadakis, A. (2007b) *Das Psychologie-Lexikon*. [On-Line] Available: <http://www.psychology48.com/deu/d/attribution/attribution.htm> (10.05.2009)
- Stangel, W. (2001) *Der Begriff der sozialen Kompetenz in der psychologischen Literatur* (Version 2.0). [On-Line]. Available: <http://paedpsych.jk.uni-linz.ac.at/PAEDPSYCH/SOZIALEKOMPETENZ/> (10.05.2009)

Anhang 3: Theorien, Ansätze und Mittel der vorgestellten Studien

Hier finden sie eine Zusammenstellung der in den Studien beschriebenen Theorien, Ansätze und Mittel.

Kids Together: A Group Play Therapy Model for Children with ADHD Symptomatology (Hansen & Meissler, 2000)

Grundlagen: Social learning theory, attribution theory, fundamental attribution error

Ansatz: prozessorientierte Spieltherapie/ Kunsttherapie.

Interventionsmittel: verschiedenste Spiele und Aktivitäten wie z.B. gestalterische Aktivitäten und Rollenspiele; Fragen stellen zum übergeordneten Thema, Diskussionen, Entspannungsmöglichkeiten.

Child ADHD Multimodal Program: A Empirically Supported Intervention for Young Children with ADHD (Reddy et al., 2005)

Grundlagen des Kinderprogramms:

Social learning theory und behaviour deficit model (Bandura 1973).

Goldsteins skill streaming approach 1988 (McGinnisz & Goldstein, 1997; Reddy & Goldstein 2001), Tobert's cooperative games (1984).

Interventionsmittel: DAGs, Rollenspiele, Time-Out – Regelung, Gruppenregeln, Belohnungssystem (Stickeralbum zum Sammeln von Sticker), Arbeitsbuch „ All About Me“.

The Effect of a Stress-Management Program on Self-Concept, Locus of Control, and the Acquisition of Coping Skills in School-Age Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. (Gonzalez & Sellers, 2002)

Grundlagen: Stress and coping framework of Lazarus and Folkman (1984), (S. 5).

Interventionsmittel: Entspannungstechniken, Diskussionen zu verschiedenen Coping Themen wie z.B. Zeitmanagement oder Emotionsausdruck; Rollenspiele zu versch. Coping Themen.

Effect of a Social Skills Training Group on Everyday Activities of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder (Gol & Jarus, 2005)

Grundlagen der Intervention: Basiert auf den Prinzipien von Verhaltens- und kognitive Modelle nach Braswell (1993), Cousins and Weiss (1993)

Hoagwood et al. (2000).

Interventionsmittel: Entspannungsübungen zu Beginn, verschiedene bedeutungsvolle Aktivitäten wie z.B. Kochen und Spielen mit übergeordnetem sozialem Thema (wie zuhören, Warten bis man an der Reihe ist), gemeinsames Aufräumen (Gol & Jarus, 2005).

Social Skill Training in Children With Attention Deficite Hyperactivity Disorder: A Randomized-Controlled Clinical Trial (Antshel & Remer, 2003)

Grundlagen: Das SST nach Milich and colleagues (1995) 10 week program: "Social Skills Training (SST) is a form of behaviour therapy used by teachers, therapists, and trainers to help persons who have difficulties relating to other people" (Advameg, 2007).

Interventionsmittel: Verschiedenen Arten von Rollenspielen und gemeinsames Reflektieren und Evaluieren zu Themen wie z.B. Kooperation mit Gleichaltrigen, Wut kontrollieren, Konversation; Hausaufgaben zum Üben der erlernten Fertigkeit. Token-System als positiver Verstärker und „Time-out“ für störendes Verhalten.

Quellen:

- Advameg. (2007). *Encyclopedia of Mental Disorders*. [On Line]. Available: <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Social-skills-training.html> (24.05.09)
- Quellen der Studien

Anhang 4: Ergänzungen zur Einleitung : MOHO

Model of Human Occupation - weitere Erläuterungen

Das MOHO ist ein konzeptionelles Praxismodell und bietet eine strukturierte Darstellung mehrerer theoretischer Konzepte, die wir Therapeuten im Rahmen unserer Berufstätigkeit anwenden (Kielhofner, 2005e). Das MOHO beinhaltet auch verschiedene Erfassungsinstrumente.

- Nach Kielhofner, Borell, Burke, Helfrich & Nygard (2005b) bezieht sich das Subsystem **Volition** auf motivationale Aspekte und dient dazu, ein bestimmtes Betätigungsverhalten zu wählen. Auf unsere Wahl von Betätigung wirken sich drei verschiedene Merkmale aus: Die Interessen(das woran man Freude empfindet), die Werte (das, was einem im Leben wichtig ist) und das Selbstbild (das, wozu man sich fähig / in der Lage fühlt) (Kielhofner et al., 2005b). Der Prozess des Auswählens von Betätigung ist in einen Kreislauf aus Antizipation, dem Sammeln von Erfahrungen und dem nachfolgenden Evaluieren und Interpretieren eingebettet (Kielhofner et al., 2005b).
- „Das Subsystem **Habituation** zielt darauf ab, das Betätigungsverhalten in Muster oder in Routinen zu strukturieren“ (Kielhofner, 2005c, S.37). Die Strukturierung von Betätigungsverhalten wird mit Hilfe der Konzepte Gewohnheiten und Rollen erklärt. Nach Kielhofner (2005f) sind Gewohnheiten bewahrte Vorgehensweisen, die wir durch wiederholte Durchführung in einem bestimmten Umfeld erlernt haben. Sie ermöglichen uns, Energie für unsere eigentliche Arbeit freizuhalten. Rollen beinhalten vom sozialen System festgelegte soziale Stellungen und damit zusammenhängende Verhaltensweisen. Rollen haben einen grossen Einfluss auf unser Betätigungsverhalten. So sagt Kielhofner (2005f), dass Rollen unser Betätigungsverhalten auf dreierlei Weisen beeinflussen:
 - „Sie beeinflussen unsere Art und unseren Stil sowie den Inhalt unserer Interaktionen mit anderen Menschen“ (Kielhofner, 2005f, S.104).

- „Sie haben einen Einfluss auf die Sets von Aufgaben oder Handlungen, die Teil unserer rollengebundenen Routine werden“ (Kielhofner, 2005f, S.104).
- „Sie teilen unsere Tages- und Wochenzyklen in Zeiträume ein, in denen wir üblicherweise bestimmte Rollen innehaben. Auf diese Weise entsteht eine zeitliche Topographie, wie sich unser Status und unsere Verpflichtungen im Laufe des Tages und der Woche verändern“ (Kielhofner, 2005f, S.104).
- Das Subsystem der **Performanz** bildet die Grundlage zur erfolgreichen Durchführung einer Betätigung (Kielhofner, 2005c). „Die Performanz ist das, was uns zur Handlungsausführung zur Verfügung steht“ (Kielhofner & Fisher, 2005a, S.116). Die Autoren sagen, dass diese aus skelettmuskulären, neurologischen und kardiopulmonalen Bestandteilen zusammengesetzt werden (2005a). Nach Kielhofner & Fischer (2005a) sind Fertigkeiten wie stehen, festhalten, überprüfen, kleinste beobachtbare Einheiten von Performanz.

Die Umwelt im MOHO: weitere Erläuterungen

„(Betätigungs-) Verhalten tritt genau genommen als eine Funktion der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Subsystemen innerhalb bestimmter Umwelt und Aufgabenkontexte auf. (...) Aufgabe und Kontext bewirken die Neuordnung und Strukturierung des kooperativen Systems (Subsysteme), wobei das grundlegende Verhalten weder ganz allein vom Organismus noch von der Umwelt bestimmt wird“ (Thelen & Ulrich, 1991, S.24 zitiert nach Kielhofner, 2005d, S.128).

Kielhofner (2005d) unterscheidet zwischen räumlicher (Lebensräume) und sozialer (Interagierende Menschen, das was Menschen tun) Umwelt sowie zwischen natürlichen (Berge, Flüsse ect.) und künstlichen (Gebäude, Zimmer, Treppe ect.) Lebensräumen. „Sowohl die räumliche als auch die soziale Umwelt werden durch die Kultur interpretiert und geformt. Kultur besteht aus den Überzeugungen und Wahrnehmungen, Werten und Normen, Bräuchen und Verhaltensweisen, die von einer Gruppe oder Gesellschaft geteilt werden und sowohl durch formelle wie auch

informelle Erziehung von einer Generation auf die nächste übertragen wird“ (Altmann et al., 1980 zitiert nach Kielhofner, 2005d, S.133).

Quellen

- Fisher, A. & Kielhofner, G. (2005a). Das Subsystem Performanz. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S.115- 126). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G., Borell, L., Burke, J., Helfrich, C. & Nygard, L. (2005b). Das Subsystem Volition. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S. 51- 86). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2005c). Die interne Organisation des menschlichen Systems bei Betätigungsverhalten. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S. 35- 49). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2005d). Einflüsse der Umwelt auf das Betätigungsverhalten. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S.127- 158). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2005e). Einführung in das Modell der menschlichen Betätigung. In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S. 01-10). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G. (2005f). Das Subsystem Habituation (Habituation Subsystem). In G. Kielhofner, U. Marotzki & C. Mentrup (Hrsg.), *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis* (S.87- 114). Heidelberg: Springer.
- Kielhofner, G., Marotzki, U. & Mentrup C. (2005). *Model of Human Occupation (MOHO): Grundlagen für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

Anhang 4: Ergänzungen zur Einleitung : Cole

Die Sieben Schritte nach Cole (2005)

1. Die Einführung (Cole,2005): In der Einführung geht es um ein „Warm-Up“, bei dem die Wachheit der Klienten gefördert wird. Die Stimmung die das „Warm - Up“ einleitet, sollte der Stimmung der restlichen Stunde entsprechen. Das Ziel wird den Teilnehmern verständlich erklärt und der Ablauf der restlichen Stunde kurz aufgezeigt.
2. Die Aktivität (Cole, 2005): Die Gruppenmitglieder müssen aufgeklärt werden über die Zeit die ihnen zur Verfügung steht. Das Ziel der Gruppe sollte den meisten Gruppenmitgliedern entsprechen, d. h. physische und mentale Einschränkungen sollten berücksichtigt werden und Aktivitäten sollten flexibel angepasst werden können.
3. Mitteilungsrunde (Sharing) (Cole, 2005): Die Mitglieder haben die Möglichkeit, ihre Ergebnisse zu präsentieren und gemachte Erfahrungen (experience) bezüglich der Aktivität mitzuteilen. Der Therapeut stellt sicher, dass jedes Gruppenmitglied, wenn gewünscht, zu Wort kommt. Es gilt auch sicher zu stellen, dass alle Gruppenmitglieder wahrgenommen werden.
4. „Processing“(Cole, 2005, S.8): Im „Processing“ geht es darum, dass die Gruppenmitglieder Gefühle ausdrücken und mitteilen, die sie mit ihren gemachten Erfahrungen verbinden. Der Therapeut bezieht die genannten Gefühle in eine Diskussion mit ein. Dabei beabsichtigt er, den Gruppenmitgliedern die Wichtigkeit von Gefühlen im Bezug auf das Erleben und Erfahren (experience) von Gruppen zu verdeutlichen. Nach Cole (2005) geht es darum, dass dies aus der Perspektive des „Occupational Therapy Practice Framework“ (OTPF) (AOTA, 2002) dazu dient, den Klienten dabei zu helfen Faktoren (issues) zu finden die dem „engagement in occupation“ (AOTA, 2002) im Wege stehen oder dienlich sind. Auch bei den Emotionen soll sich heraus kristallisieren welche die Partizipation (participation) erleichtern (facilitate) und welche Barrieren für die Partizipation (barriers to participation) (AOTA, 2002) darstellen.
5. Die Generalisierung (Cole, 2005): in diesem Schritt geht es darum, dass der Therapeut die Reaktionen der Gruppe zusammenfasst und versucht, diese in generalisierbare Prinzipien zu fassen. Wenn die Aktivität so ablief wie

ursprünglich geplant war, sollten sich die generalisierten Prinzipien auch auf die gesetzten Ziele des Therapeuten beziehen. Generalisierte Prinzipien lassen sich finden, indem der Therapeut die „patterns of response“ (Cole, 2005) genauer betrachtet. Weiter ist zu beobachten, welche Meinungen gemeinsam vertreten werden oder welche gemeinsamen Elemente ihre Resultate der Aktivität beinhalten und welche Themen die Gruppe besonders stimulieren.

6. Anwendung (Application)(Cole,2005): In der Anwendungsgruppe ist das Ziel, dass jedes Gruppenmitglied versteht, wie es die Prinzipien, die es während der Gruppe gelernt hat, in seinem Alltag konkret umsetzen kann, um den Alltag reibungsloser zu gestalten. Fragen wie „Now that you now how things are, what are you going to do about it?“ (Cole, 2005, S.11), führen die Mitglieder zu ihrer individuellen Lösung. Damit der Therapeut die Teilnehmer individuell unterstützen kann, ist es wichtig den Hintergrund der einzelnen Mitglieder zu kennen. In manchen Fällen helfen sich die Gruppenmitglieder gegenseitig Lösungen zu finden. Dies fördert die Zusammenarbeit unter den Gruppenmitgliedern.
7. Die Zusammenfassung (Cole, 2005): Die Zusammenfassung hat zum Ziel die wichtigsten Schritte und Ergebnisse der Gruppe zusammenzufassen um sicher zu gehen, dass die Gruppenmitglieder sie richtig verstanden haben und sie sich besser daran erinnern können. Die Zusammenfassung sollte vier bis fünf Minuten dauern und die Ziele, den Inhalt, den Gruppenprozess und die Prinzipien beinhalten. Auch emotionale Prozesse müssen berücksichtigt werden, besonders wenn sie positiven Ursprungs sind. Dies hilft der Gruppe den Prozess als positive Erfahrung abzuspeichern.

Quelle:

- Cole, M.B. (2005). *Group Dynamics in Occupational Therapy: The Theoretical Basis for Practice Application of Group Intervention* (Third Edition). Thorofare: SLACK Incorporated.

Anhang 5: Kritische Beurteilung der Studien

Critical Review Form – Quantitative Studies

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

[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission –

<p>CITATION</p>	<p>Provide the full citation for this article in APA format:</p> <p>Reddy, L.A., Springer, C., Files-Hall, T.M., Benisz, E.S., Hauch Y., Braunstein, D.& Atamanoff , T. (2005) Child ADHD Multimodal Program: An empirically Supported Intervention for Young Children with ADHD. In: L. A. Reddy, T. M. Files-Hall & C. E. Schaefer (Hrsg.). (2005) <i>Empirically Based Play Interventions for Children</i> (S. 145- 167). Washington DC: American Psychological Association.</p>
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Untersuchungsfrage fehlt. Ziel des Programms ist beschrieben → bewirkt eine Reduktion vom Stress der Eltern, Verbesserung des Verhaltens des Kindes und des internalisierten Stresses (Bsp.: Ängstlichkeit und Depression) und die Verbesserung der sozialen Interaktion zu Hause und in der Schule.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Frühe Intervention bei ADHS Kindern wichtig, da der Behandlungseffekt grösser ist und besser aufrechterhalten werden kann → Ist bisher wenig untersucht worden bei Kindern die jünger sind als achtjährig. Zudem ist ein multimodaler Ansatz wichtig. Der Effekt des kombinierten Eltern- und Kindtrainings ist noch nicht genügend erforscht. DAG sind in dieser Konstellation auch noch nicht untersucht worden.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Es werden vier verschiedene Untersuchungen beschrieben.</p> <p>1. 19 Familien werden randomisiert in 2 Gruppen: In eine Kinder-Traininggruppe und in die CAMP Gruppe (Eltern-, Lehrer-, und Kindtraining, Einsatz von DAG ect.)</p> <p>2. In der zweiten wurde der Einfluss von Geschlechter auf das CAMP untersucht. 18 Familien werden in 2 Gruppen randomisiert: In eine Kindertraininggruppe und in die CAMP Gruppe.</p> <p>3. 29 Kinder werden in 3 Gruppen randomisiert. a)Kindertraininggruppe b)kombinierte Eltern- und</p>

	<p>Kindertraininggruppe c) CAMP 4. 50 Familien werden in die gleichen Gruppen randomisiert wie in der dritten Untersuchung. → Wiederholung der 3. Untersuchung</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Die Vergleichbarkeit der Gruppen ist nicht ersichtlich. Ein Beschrieb der genauen Zuordnungen zu den Gruppen sind nicht vorhanden. Dropouts sind nicht beschrieben. Die Verbesserung wurde über Selbst und Fremdeinschätzungsbögen durchgeführt. Die wahrgenommene Verbesserung der Eltern könnte durch das bessere Verständnis für ihre Kinder herbeigeführt worden sein. Es wird kein "neutraler Rater" eingesetzt. Die Interventionen der Vergleichsgruppen sind nicht beschrieben.</p>	
<p>SAMPLE</p> <p>N = 19, 18, 29 Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>→Anzahl: Siehe Design, ethische Herkunft beschrieben, Randomisierung nicht näher beschrieben, die Vergleichbarkeit der Gruppen ist nicht ersichtlich, Rekrutierung der Teilnehmer ist nicht beschrieben</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Wissen wir nicht, wird nicht beschrieben.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes → Design 4. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Pre, post und follow up</p> <p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Fertigkeiten • Externalisiertes/ internalisiertes Verhalten • Selbstwirksamkeit • Oppositionelles/aggressives Verhalten • Problemverhalten • Psychopathologie • Verschiedene Settings: Schule / zu Hause 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBCL (Child Behavior Checklist) • CPRS-R (Conners Parent Rating Scale Revised) • HSQ-R (Home Rating Questionnaire-Revised) • SSRS-PF(Social Skill Rating System-Parent Form) • PSI-III(Stress Index III) • FES(Family efficacy Scale) • Lehrer: Teacher report Form, Conners Teacher Rating Scale, School Situation Questionnaire-Revised, Social Skill

		Rating System-Teacher Form → Valide Messinstrumente
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Die Interventionen der Vergleichsgruppen sind nicht beschrieben!</p> <p>verschiedene Komponenten des CAMPs (Child ADHD Multimodal Program) :</p> <p>1. Kinder: Grundbausteine sind: Social Learning theory nach Bandura (1973), skill straming approach nach Goldstein(1988), kooperatives Spiel nach Tobert (1994) Organisation: 90min/Woche während 11 Wochen, 8-10 Kinder pro Raum mit je einem Therapeut für zwei Kinder Intervention: DAGs: verbessern Partizipation, Kooperation, soziale Fertigkeiten, Selbstwirksamkeit, und die visuelle – motorische Kontrolle. Belohnungssystem: Die Kinder werden belohnt wenn sie a)die Anweisungen befolgen b) Gefühle sprachlich ausdrücken, c)Hände und Füße bei sich behalten Time-out: (wird vom kind iniiert) hand heben, warten bis es aufgerufen wird, ein time-out verlangen, die time-out Karte nehmen und sich auf den time-out Stuhl setzen → verbale Belohnung, falls dies gelingt Rollenspiele: werden systematisch durchgeführt</p> <p>2. Eltern: Angepasste Version von Barkleys Eltern Training (1979b) Beachten von gutem Verhalten, ignorieren von schlechtem Verhalten. Klare und effektive Anleitung der Kinder und gebrauch der time-out Methode fördern Verhaltensbezogene Techniken beibringen und verbessern der Interaktion, Wut und Stress Management</p> <p>3. Beratung zu Hause und in der Schule bezüglich des Verhaltens: Zusammenarbeit mit der Schule</p>	

<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? 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>Resultate sind statistisch signifikant. Das CAMP schliesst am besten ab.</p> <p>1. → CAMP :signifikante Verbesserung des externalisierten Verhaltens und der sozialen Fertigkeiten über die Zeit</p> <p>2. →CAMP Kinder verbesserten sich signifikant besser zu Hause als die andere Gruppe. Weibliche Teilnehmerinnen (CAMP) verbesserten ihr pathologisches Muster generell mehr als es die männlichen in beiden Gruppen taten und die weiblichen in der Vergleichsgruppe.</p> <p>3. → Alle drei Gruppen verbesserten ihr externes Verhalten zu Hause klinisch und statistisch signifikant (weniger Hyperaktives, oppositionelles oder Problemverhalten). Die Lehrer der CAMP Gruppe stellten eine grössere Reduktion des externalen Verhaltens fest als die Lehrer der anderen Gruppen. Die Sozialkompetenz der Kinder zu Hause und in der Klasse hat sich verbessert. Die Eltern waren signifikant weniger gestresst und erfuhren eine bessere Selbstwirksamkeit. Die CAMP Kinder erzielten statistisch signifikante Verbesserungen und grosse positive klinische Effekte beim internalisierten Verhalten. Die CAMP Gruppe machte die grössten Fortschritte. Einzig im Followup schlossen die Eltern-/ Kindgruppe besser ab als das CAMP</p> <p>4. → Die Ergebnisse der verschiedenen Domänen waren vergleichbar, auch bezüglich Eltern und Lehrer. Die Resultate bestätigen die Wirksamkeit des CAMP.</p> <p>CAMP Gruppen zeigten prozentual den grössten „reliable Change“ an bezüglich der verglichenen Werte. Sie hatten auch den tiefsten Prozentsatz der „no change- deterioration“ verglichen mit allen anderen Gruppen. (Jacobson und Truax (1990))</p>
---	---

Methodologische Qualität PEDro Scale

Author: Jarus T. & Dikla G. **Jahr:** 2005

- P** 27 ADHS Kinder, 24 Kinder ohne ADHS werden mit dem das AMPS beurteilt, 9 ADHS Kinder werden in die Interventionsgruppe randomisiert und mit 10 Kindern ohne ADHS verglichen
- I** Social Skills Training durch bedeutungsvolle Betätigungen wie Kunst Spiele Kochen ect.
- C** Kontrollgruppe besteht aus 10 Kindern ohne ADHS die keine Interventionen erhalten
- O** ET social skills group ist effektiv .Kinder mit ADHS verbesserten sich dadurch vom unterdurchschnittlichen Leistungen über den Trennpunkt zwischen ADHS- Kindern und Kindern ohne ADHS

1. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden spezifiziert nein ja ¹ wo: S.540 unten

2. Die Probanden wurden den Gruppen randomisiert zugeordnet (im Falle von Crossover Studien wurde die Abfolge der Behandlungen den Probanden randomisiert zugeordnet)
nein ja wo: S.541oben

3. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte verborgen nein ja wo: S.541 oben

4. Zu Beginn der Studie waren die Gruppen bzgl. der wichtigsten prognostischen Indikatoren einander ähnlich
nein ja wo:

5. Alle Probanden waren verblindet
nein ja wo:

6. Alle Therapeuten/Innen, die eine Therapie durchgeführt haben, waren geblindet
nein ja wo:

7. Alle Untersucher, die zumindest ein zentrales outcome gemessen haben, waren geblindet
nein ja wo: S.544 unten

8. Von mehr als 85% der ursprünglich den Gruppen zugeordneten Probanden wurde zumindest ein zentrales outcome gemessen
nein ja ² wo:

9. Alle Probanden, für die Ergebnismessungen zur Verfügung standen, haben die Behandlung oder Kontrollanwendung bekommen wie zugeordnet oder es wurden, wenn dies nicht der Fall war, Daten für zumindest ein zentrales outcome durch eine, 'intention to treat' Methode analysiert
nein ja ³ wo:

10. Für mindestens ein zentrales outcome wurden die Ergebnisse statistischer Gruppenvergleiche berichtet
nein ja wo: S. 542

11. Die Studie berichtet sowohl Punkt- als auch Streuungsmaße für zumindest ein zentrales outcome
nein ja wo: S.542

¹ Sind kurz beschrieben, es existiert jedoch keine Auflistung aller genutzten Kriterien

² Nicht beschrieben

³ Nicht beschrieben

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission –

<p>CITATION</p>	<p>Provide the full citation for this article in APA format: Hansen S., Meissler K., Ovens S. (2000) Kids Together: A Group Play Therapy for Children with ADHD Symptomatology. <i>Journal of Child and Adolescent Group Therapy</i>, Vol. 10, No. 4, 191-211.</p>
<p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Die Untersucher entwickelten das Kids Together Modell für ADHS Kinder aus der festen Überzeugung heraus dass das Verhalten von Kindern stark beeinflusst wird durch die Interaktion die ein Kind führt. Ziel ist es die positive Auswirkung des Programms auf das Selbstvertrauen zu zeigen, das es dem Kind ermöglicht auf höherem Niveau zu funktionieren wenn es sozial akzeptiertes Verhalten zeigt. Das Ziel der Untersuchung wird jedoch nirgends klar erwähnt. Es besteht keine Fragestellung</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Die Studie beinhaltet ein ausführliches Review über ADHS und dessen Behandlung(vor allem quantitativ) Bezieht sich nicht auf die Ergotherapie!. Auch die Entstehung der Diagnose wird zusammenfassend erläutert . Die Studie beschreitet einen neuen Weg der in dieser Form zuvor noch nicht angetroffen wurde. → Fokus auf die Interaktion und Attribution</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input checked="" type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<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>Sie überprüfen ihre Interventionen zum Modell mit einer Before-After Studie und wollen dabei herausfinden inwiefern sich das Verhalten der Kinder gebessert hat. Dazu setzen sie den CBCL ein. Eine Kontrollgruppe wäre sehr hilfreich. Die Studie würde dadurch an Glaubwürdigkeit gewinnen.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Fehlende Kontrollgruppe, Medikamente, zusätzliche Behandlung die die Kinder während der Durchführung erhielten, kleines Sample Die Bewertung durch die Eltern ist sehr subjektiv, zudem wird nur ein Messinstrument verwendet → Verzerrung Freiwillige Teilnahme der Kinder → Verzerrung durch Motivation</p>

<p>SAMPLE</p> <p>N = 30 Was the sample described in detail? x Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Gut beschrieben wer teilnimmt: 24 männliche, 6 weibliche Teilnehmer; Etnie beschrieben, Alter beschrieben, Therapie zusätzlich, Medikamente und wer den CBCL durchgeführt hat.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Auswahlverfahren wird nicht weiter beschrieben. Einzig dass die Kinder zustimmten an der Studie teilzunehmen.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Pre/post test</p> <p>Outcome areas:</p> <p>Internalisierte Probleme Externalisierte Probleme Gesamte Verhaltensprobleme</p>	<p>List measures used:</p> <p>CBCL: Child Behaviour Checklist Der CBCL ist reliable und valide für den deutschen Sprachraum, was leider in der Studie nicht erwähnt wird → siehe Fussnote⁴</p>
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Das Gruppenprogramm wird in einer Art Jugendherberge durchgeführt → freiwilliger Charakter Die Gruppe beinhaltet 6-9 Personen und trifft sich 2x wöchentlich für zwei Stunden nebst der Schulzeit. Das Programm dauert 15 Wochen. Die Gruppen werden durch eine professionelle und eine semiprofessionelle Hilfskraft geleitet. Alle Teilnehmer werden in den Gruppenprozess miteinbezogen. Die Gruppe beinhaltet folgenden Ablauf: Einstieg/Fragen/Diskussion zum Thema Therapeutische Aktivität Spiele „recreational activities“ → Freizeitaktivitäten Ausstieg / Ausspannen /Entspannen Die Leiter reflektieren nach Beendigung der Gruppe gemeinsam über Verbesserungen.</p>	

4

<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Die Resultate der Subgruppen "internalizing behaviour problems" und „total behaviour problems“ sind statistisch signifikant.</p>
<p>Clinical importance was reported? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Klinische Signifikanz wird nirgends berechnet → Wäre auch nicht sinnvoll bei dieser Studie, da die Voraussetzungen (Teilnehmer, Biases) nicht ideal sind. Es werden jedoch Rückschlüsse darüber gezogen wie die statistische Signifikanz für die Praxis gedeutet werden kann. Die Autoren sagen, dass es wichtig ist erst das internalisierte Verhalten zu therapieren und keinen falls mit dem externalisierenden Verhalten zu beginnen. Sie sagen, dass sich über längere Zeit bei einer anhaltenden Verbesserung des internalisierten Verhaltens ev. auch das externalisierende Verhalten bessern könnte. Sie sagen aber auch, dass durch die vielen Einschränkungen weitere Untersuchungen nötig sind.</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?)</p> <p>Es nahmen alle Kinder teil. Jedoch wurden 6 Auswertungsbögen nicht komplett zurückgeschickt.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>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 practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Studie besagt das durch das Kids together das internalisierte Selbstverhalten in Hinsicht Selbstbild/ Selbstvertrauen der Kinder verbessert wird und dies über längere Zeit auch Auswirkungen haben könnte auf das externalisierende Verhalten und dieses anschliessend verbessert werden könnte. Ist eine etwas gewagte aussage aufgrund der vielen Biasses die einen Einfluss haben auf das Studienresultat. Die Implikation für Weitere Forschung wird jedoch erwähnt.</p>

Methodologische Qualität PEDro Scale

Author: Antshel K. & Remer R.

Jahr: 2003

- P** 120 Kinder zwischen 8 u. 12 Jahren mit ADHS (Unaufmerksam/Kombiniert)
- I** SST/ „Milichs and Colleagues“ 10 Wochen Programm zur Verbesserung des positiven pro-sozialen Verhaltens
- C** Interventions- und Kontrollgruppe werden verglichen über CBCL, DICA-R-P, SSRS
- O** Wird Beschrieben: Durchsetzungsvermögen verbessert sich, heterogene Gruppen erfolgreicher

1. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden spezifiziert nein ja wo: 155 li unten
2. Die Probanden wurden den Gruppen randomisiert zugeordnet (im Falle von Crossover Studien wurde die Abfolge der Behandlungen den Probanden randomisiert zugeordnet)
nein ja wo: 153 Abstract
3. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte verborgen nein ja wo: 155 re unten⁵
4. Zu Beginn der Studie waren die Gruppen bzgl. der wichtigsten prognostischen Indikatoren einander ähnlich
nein ja wo: 156 Tabel 1
5. Alle Probanden waren verblindet
nein ja wo:
6. Alle Therapeuten/Innen, die eine Therapie durchgeführt haben, waren geblindet
nein ja wo:
7. Alle Untersucher, die zumindest ein zentrales outcome gemessen haben, waren geblindet
nein ja wo:
8. Von mehr als 85% der ursprünglich den Gruppen zugeordneten Probanden wurde zumindest ein zentrales outcome gemessen
nein ja wo: 157 re unten
9. Alle Probanden, für die Ergebnismessungen zur Verfügung standen, haben die Behandlung oder Kontrollanwendung bekommen wie zugeordnet oder es wurden, wenn dies nicht der Fall war, Daten für zumindest ein zentrales outcome durch eine, intention to treat' Methode analysiert
nein ja wo: 159 re unten
10. Für mindestens ein zentrales outcome wurden die Ergebnisse statistischer Gruppenvergleiche berichtet
nein ja wo: 135 Abstract
11. Die Studie berichtet sowohl Punkt- als auch Streuungsmaße für zumindest ein zentrales outcome
nein ja wo: 160

⁵ Sehr wahrscheinlich, ist aber nicht explizit erwähnt → Psychologen machen ein und Ausschluss

Methodologische Qualität PEDro Scale

Author: L. O. Gonzalez & E. W. Sellers

Jahr: 2002

P 42 Kinder von 9-12, 33 Jungen und 9 Mädchen mit ADHS, alle nehmen Medis, stammen aus Privatschulen

I Stress Management Program und Aufbau des Selbstwertgefühls

C Kontrollgruppe, Therapeutengruppe, Gruppe mit Eltern

O Keine signifikanten Verbesserungen

1. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden spezifiziert nein ⁶ ja wo: S.9 li unten

2. Die Probanden wurden den Gruppen randomisiert zugeordnet (im Falle von Crossover Studien wurde die Abfolge der Behandlungen den Probanden randomisiert zugeordnet)

nein ja wo: S.9

3. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte verborgen nein ja wo:

4. Zu Beginn der Studie waren die Gruppen bzgl. der wichtigsten prognostischen Indikatoren einander ähnlich

nein ja ⁷ wo: n. beurteilbar

5. Alle Probanden waren verblindet nein ja wo:

6. Alle Therapeuten/Innen, die eine Therapie durchgeführt haben, waren verblindet

nein ja wo:

7. Alle Untersucher, die zumindest ein zentrales outcome gemessen haben, waren verblindet

nein ja ⁸ wo: 9 li unten

8. Von mehr als 85% der ursprünglich den Gruppen zugeordneten Probanden wurde zumindest ein zentrales outcome gemessen

nein ja ⁹ wo:

9. Alle Probanden, für die Ergebnismessungen zur Verfügung standen, haben die Behandlung oder Kontrollanwendung bekommen wie zugeordnet oder es wurden, wenn dies nicht der Fall war, Daten für zumindest ein zentrales outcome durch eine, 'intention to treat' Methode analysiert

nein ja ¹⁰ wo:

10. Für mindestens ein zentrales outcome wurden die Ergebnisse statistischer Gruppenvergleiche berichtet

nein ja wo: S.11 (results)

11. Die Studie berichtet sowohl Punkt- als auch Streuungsmaße für zumindest ein zentrales outcome

nein ja wo: S.11 rechts

⁶ Ein und Ausschlusskriterien werden nicht explizit genannt

⁷ Ausgangswerte (Baselinemessung) sind nirgends ersichtlich, somit kann die Gleichheit der Gruppen vom Leser nicht beurteilt werden.

⁸ Es wird erzählt dass die Kinder eine Nummer zugeteilt kriegten und von den Untersuchern erfasst wurden

⁹ Dropouts nicht beschrieben

¹⁰ Leider werden die Dropouts nicht beschrieben

Quellen:

- Hegenscheidt, S., Harth, A. & Scherfer, E. (2008). *PEDro: Physiotherapy Evidence Database*. [On Line]. Available: http://pedro.org.au/german/scale_item_german.html (25. 03. 2009)
- Law, M., Steward, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmoreland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form- Quantitative Studies*. Hamilton: Mc Master University.