

Bachelorarbeit

Erwachsenwerden mit ADHS

Jugendliche und deren Schwierigkeiten

Irene Wiedmer

Emmit

CH - 3754 Diemtigen

Matrikel-Nr.: S08257693

Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2008
Eingereicht am: 13. Mai 2011
Betreuende Lehrperson: Anja Langlotz, BSc OT, MSc OT

“Nobody realizes
that some people expend tremendous energy
merely to be normal.”

Albert Camus

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1 Erwachsenenwerden mit ADHS	6
1.1 Das Störungsbild ADHS.....	6
1.2 ADHS im Jugendalter	7
1.3 Problemstellung	9
1.4 Relevanz für die Ergotherapie.....	10
1.5 Fragestellung	11
1.6 Zielsetzung	11
1.7 Abgrenzung.....	11
1.8 Persönlicher Bezug zum Thema.....	11
2 Methodik.....	13
2.1 Einschlusskriterien für die Auswahl der Hauptstudien	14
3 Ergebnisse.....	16
3.1 Hauptstudie 1	16
3.2 Hauptstudie 2.....	17
3.3 Hauptstudie 3.....	18
3.4 Hauptstudie 4.....	20
3.5 Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)	21
3.6 Analyse der Betätigungsperformanz von Jugendlichen mit ADHS anhand der drei Hauptproblembereiche aus dem OTPF	22
4 Diskussion	28
5 Zusammenfassung	33
6 Theorie-Praxis-Transfer.....	34
6.1 Psychoedukation	34
6.2 Training sozialer Fertigkeiten	34
6.3 Training beruflicher Fertigkeiten.....	35
6.4 Förderung von Coping-Fertigkeiten	35
6.5 Adaptation der Umwelt	35
6.6 Elternberatung.....	36
6.7 Verhaltenstherapie	36
6.8 Coaching.....	36
6.9 Schlussfolgerungen	37
6.10 Austausch mit Expertinnen	38

6.11 Limitationen	38
Literaturverzeichnis	39
Abbildungsverzeichnis.....	43
Tabellenverzeichnis	44
Abkürzungsverzeichnis.....	45
Glossar	46
Wortzahl	48
Eigenständigkeitserklärung.....	49
Danksagung.....	50
Anhang.....	51
Anhang A: Bewertungsformular Hauptstudie 1	52
Anhang B: Bewertungsformular Hauptstudie 2	56
Anhang C: Bewertungsformular Hauptstudie 3	60
Anhang D: Bewertungsformular Hauptstudie 4	65
Anhang E: Bewertung der Hauptstudien.....	69
Anhang F: Die Gegenstandsbereiche des OTPF	73
Anhang G: Der Ergotherapeutische Prozess nach OTPF	74
Anhang H: Auskunftspersonen.....	75

Abstract

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung¹ beeinflusst *Jugendliche*² im Prozess des Erwachsenwerdens massgeblich. In die Behandlung dieser Menschen sind verschiedene Fachdisziplinen involviert. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Implikationen für die Behandlung jener Jugendlichen im ergotherapeutischen Setting zu generieren. Hierfür wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Ergebnisse werden mit dem Occupational Therapy Practice Framework verknüpft, um diese auf die ergotherapeutische Praxis übertragen zu können. Die präsentierten Ergebnisse zeigen, dass Jugendliche mit *ADHS* Probleme mit ihrer Selbstwahrnehmung haben. Sie sind in der Beziehungsgestaltung bzw. der *sozialen Interaktion* massiv beeinträchtigt. Aufgrund ihrer selbst wahrgenommenen Andersartigkeit fühlen sie sich nicht in die konventionelle Gesellschaft passend. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung deutlich mit einer geringeren Lebenszufriedenheit einher geht. Oft kommen im *Jugendalter* Depressionen zum ursprünglichen Krankheitsbild dazu. Die Betroffenen verlangen nach mehr Unterstützung. Mit einer Behandlung in der Ergotherapie kann dieser Forderung Rechnung getragen werden. In dieser Arbeit werden konkrete Vorschläge zur ergotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen mit ADHS gemacht.

Keywords: ADHD, Adolescents, Challenges, Transition to Adulthood, Occupational Therapy

¹ In dieser Arbeit werden folgende Begriffe als Synonyme verwendet: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, ADHS, *ADHD*, *POS*

² Definitionen und Erklärungen der kursiv geschriebenen Abkürzungen und Fachbegriffe sind im Abkürzungsverzeichnis oder im Glossar zu finden.

1 Erwachsenwerden mit ADHS

“Nobody realizes that some people expend tremendous energy merely to be normal” (Albert Camus, zit. in Moncur, M., 2010).

Mit diesem Satz beschreibt Camus das Dilemma von Menschen mit ADHS sehr treffend. Laut der Untersuchungen der Forscher, die im Ergebnisteil dieser Arbeit präsentiert werden, wünschen sich Jugendliche mit ADHS nichts weiter, als so zu sein wie alle anderen.

ADHS galt lange als psychische Störung, welche nur im Kindesalter auftritt. Die Forschung hat mittlerweile gezeigt, dass es sich tatsächlich um eine chronische Störung handelt, die sich vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter manifestiert. Es wird von einer weltweiten Prävalenzrate von 5,5 % im Kindes- und Jugendalter sowie einer Rate von 3,4 - 4,4 % bei Erwachsenen ausgegangen (Steinhausen, Rotenberger & Döpfner, 2010).

1.1 Das Störungsbild ADHS

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt die Störung in ihrem Klassifikationssystem der Krankheiten, *ICD-10*, unter dem Code F90 auf: Hyperkinetische Störungen.

„Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind *dissoziales Verhalten* und niedriges Selbstwertgefühl.“ (WHO, 2011)

1.2 ADHS im Jugendalter

Die meisten der im Kindesalter diagnostizierten Betroffenen leiden auch während der Jugendzeit und bis ins Erwachsenenalter unter den Symptomen und Auswirkungen der Störung (Steinhausen et al., 2010). Abbildung 1 (S. 8) stellt jene Symptome, die möglichen *komorbid* auftretenden Erkrankungen sowie die Auswirkungen der Störung auf die verschiedenen Lebensbereiche übersichtlich dar.

Die Leitsymptome im Jugendalter sind weiterhin die *Unaufmerksamkeit*, *Hyperaktivität* und *Impulsivität*. Sie haben grosse Auswirkungen auf die Organisation und Planung von Aufgaben. Die Hyperaktivität lässt im Jugendalter nach, jedoch bleiben deutliche Zeichen davon bestehen. Die Jugendlichen fühlen sich in einem Raum oft eingeeengt und haben einen erhöhten Bewegungsdrang. Zudem reden sie übermässig viel. Sie mögen es, verschiedene Reizquellen gleichzeitig zu erfahren. Dadurch sinkt ihre Aufmerksamkeit weniger schnell (Brandau & Kaschnitz, 2008; Neuhaus, 2009).

Die Impulsivität birgt viele Risiken. Die Jugendlichen handeln bevor sie denken. Auch können sie ihre Reaktionen auf Reize nicht aktiv steuern. So passiert es, dass sie auf einen Reiz reagieren, von einem anderen stärker angezogen werden und die erste Situation verlassen, ohne die Aufgabe zu Ende zu bringen. Sie können eine Reaktion nicht zurückhalten und sagen daher oft Dinge, die sie nicht sagen wollten, was zu grossen Krisen in sozialen Beziehungen führen kann. Sie können aufgrund der impulsiven Symptomatik schlecht warten bis sie an der Reihe sind, halten sich nicht an Regeln, haben oftmals emotionale Ausbrüche und zeigen aggressives Verhalten. Sie haben wenig Geduld und sind schnell frustriert. Zudem verhalten sie sich oft sehr risikofreudig und treffen häufig unüberlegte Entscheidungen, was sich auf das private wie berufliche Leben oder die finanzielle Lage sehr negativ auswirken kann (Brandau & Kaschnitz, 2008; Neuhaus, 2009).

Neuhaus (2009, S. 78) spricht auch von „syndromtypischen Stolperfallen für die Alltagsbewältigung“. Diese seien begründet durch „mangelhaftes Management der Gegenstände“, „mangelhaftes Zeitmanagement“, „mangelhafte Fähigkeit, vorausschauend und zielführend zu planen“ sowie „mangelhaftes Finanzmanagement“.

Menschen mit ADHS können sich oft nicht an früher Getanes erinnern, was dazu führen kann, dass sie sich immer wieder in einer neuen Situation und somit überfordert fühlen. Die Ursache und Wirkung von Handlungen ist ihnen oft nicht klar (Brandau & Kaschnitz, 2008; Neuhaus, 2009).

Die Jugendlichen können kaum Prioritäten setzen und sich darauf konzentrieren. Sie schieben mühsame Arbeiten oft vor sich her und machen bei deren Erledigung viele Flüchtigkeitsfehler. Sie vermitteln ihrem Gegenüber das Gefühl, dass sie nicht zuhören und sie verlieren häufig Dinge. Im Gegensatz zu Kindern, bemerken Jugendliche ihre Schwierigkeiten. Dies beginnt nun eine zusätzliche psychische Belastung darzustellen (Brandau & Kaschnitz, 2008).

Jugendliche mit ADHS haben Probleme, sich selbst einzuschätzen und sich ein Bild darüber zu machen, wie andere sie sehen. Sie sind beeinträchtigt in der Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen, also eine andere Perspektive als die ihre einzunehmen. Bei Gesprächen wechseln sie sehr schnell die Themen, antworten unüberlegt und konfrontativ, was deutlich zu Kommunikationsproblemen beiträgt (Neuhaus, 2009).

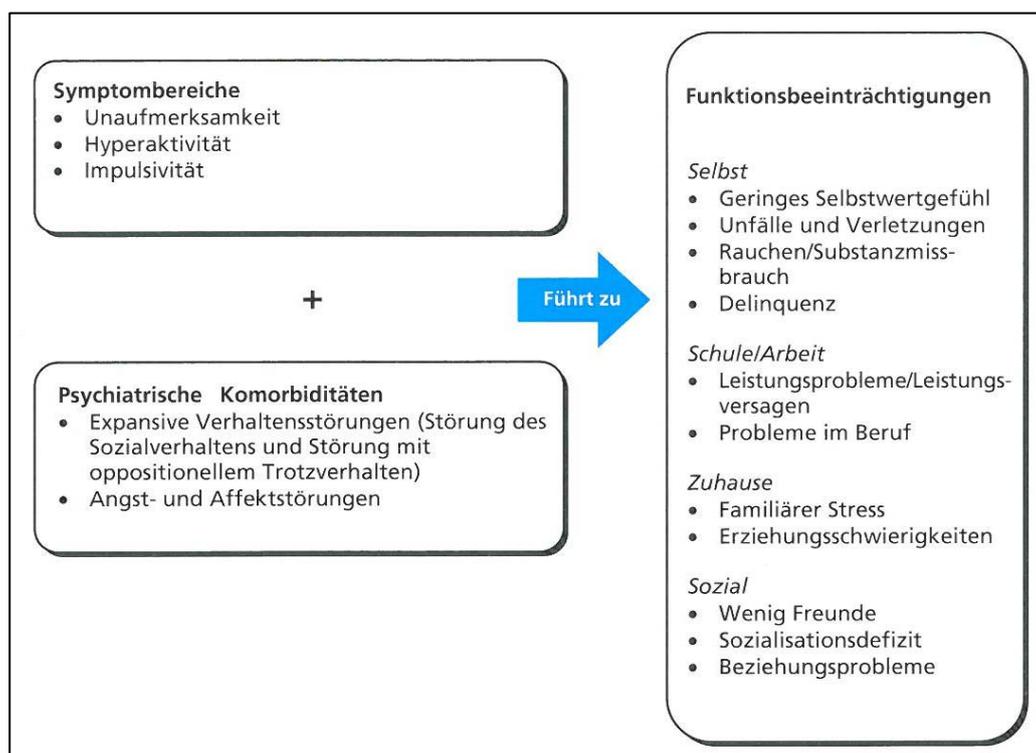


Abbildung 1: Symptombereiche, komorbide Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen bei Jugendlichen mit ADHS (Steinhausen, Rothenberger & Döpfner, 2010, S. 157)

Unter Betrachtung der geschilderten Umstände ist es nicht schwer zu erkennen, welche vielen Probleme sich für diese Jugendlichen in ihrem Leben ergeben. Der Leidensdruck wächst meist bis zum 18. Altersjahr auf ein fast unerträgliches Mass an (Neuhaus, 2009).

1.3 Problemstellung

Aufgaben, wie die Schule abschliessen, sich für eine Lehrstelle/Stelle bewerben und diese behalten, verschiedene soziale Netze aufbauen, Liebesbeziehungen eingehen und sich auf die Familiengründung vorbereiten, eine Karriere starten, selbständig wohnen und leben, gilt es als Jugendlicher³ und junger Erwachsener zu meistern (Arnett, 2000; Cohen, Kasen, Chen, Hartmark & Gordon, 2003; Shanahan, 2000, zit. in Clark & Unruh, 2009, S. 3). Sich durch all diese entwicklungsbedingten Herausforderungen zu kämpfen, stellt für junge Menschen mit emotionalen und/oder Verhaltensproblemen eine besondere Hürde dar, die beängstigend sein kann. Alle Jugendlichen müssen dieselben Entwicklungsaufgaben durchlaufen und sich den Herausforderungen des Erwachsenenlebens stellen. Diese Jugendlichen sind jedoch durch ihre unsichtbare Behinderung zusätzlich belastet (Armstrong, Dedrick & Greembaum, 2003; Clark & Foster-Johnson, 1996; Vander Stoep et al., 2000; Wagner, Kutash, Duchnowski, Epstein & Sumi, 2005, zit. in Clark & Unruh, 2009, S. 3-4).

Sie müssen ihre Persönlichkeit und ein starkes Selbstbewusstsein entwickeln. Menschen mit ADHS haben aufgrund ihrer Entwicklungsverzögerung und der typischen Symptomatik der Störung grosse Mühe mit diesen Aufgaben (Wehmeier, Schacht & Barkley, 2010; Harpin, 2005). Hinzu kommen Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung, welche zahlreiche Konflikte in der Schule, unter Gleichaltrigen und im Kontakt zu Respektspersonen nach sich ziehen (Steinhausen et al., 2010).

Allgemein kann gesagt werden, dass das Jugendalter und der Übergang zum Erwachsenenalter für die Betroffenen eine schwierige Zeit bedeutet (Neuhaus, 2009). Es gilt jedoch aufzuklären, was dazu beiträgt, dass die *Transitionsphase* für Jugendliche mit ADHS eine derart schwierige Zeit ist.

Um einige Probleme von Jugendlichen mit ADHS aufzuzeigen und aktuelle Erkenntnisse betreffend der Behandlung dieser Menschen zu beleuchten, wurde für die vorliegende Arbeit eine Literaturrecherche durchgeführt. Dadurch wurde eine Wissenslücke in Bezug zur Therapie von Jugendlichen mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung festgestellt. Studien hierzu fehlen grösstenteils (Barkley, 2004). Insbesondere betreffend Ergotherapie bei Jugendlichen mit ADHS besteht ein grosser Mangel an Literatur. Nur einige englischsprachige Publikationen sind zu

³ Zugunsten der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Schreibweise verwendet. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

finden. Die Aussagen daraus sind jedoch nicht immer problemlos auf die europäische Ergotherapiepraxis zu übertragen. Bislang wurden primär nicht ergotherapeutische Studien veröffentlicht, die das Thema Kinder mit ADHS oder Erwachsene mit ADHS untersuchten.

1.4 Relevanz für die Ergotherapie

Die Ergotherapie im deutschsprachigen Raum bietet für Kinder und Jugendliche bis jetzt folgende Angebote: *Psychoedukation* (auch für die Eltern), Verhaltenstherapie (z. B. Alert-Programm nach Williams & Shellenberger, 2001), verhaltenstherapeutisch orientiertes Elterntaining, *sensorische Integration*, *psychomotorische Behandlung*, Förderung der Konzentration, Ausdauer, Strukturierungsfähigkeit und des positiven Selbstbildes sowie den Aufbau sozialer Kompetenzen (Timmer & Wortelkamp, 2003). Da es in der Schweiz keine Regelung gibt, wann Ergotherapie bei ADHS indiziert ist und welche Behandlungsform zum Zug kommt, wurde für diese Arbeit der „Indikationskatalog Ambulante Ergotherapie“ des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. beigezogen. Ein Kapitel darin beschreibt, wann Ergotherapie bei geistigen und psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter angezeigt ist und welche Leistungen die Therapeuten dabei erbringen, um die ergotherapeutischen Ziele zu erreichen. Kinder mit der Diagnose ADHS werden jedoch oft nur ergotherapeutisch behandelt bis sie als Jugendliche die Schule verlassen. Die Gefahr besteht, dass so die Therapie fast unbemerkt beendet wird. Nicht zuletzt weil der Jugendliche nicht mehr die typischen Symptome zeigt. Insbesondere die Hyperaktivität nimmt beim Erreichen des Jugendalters ab, worauf meistens die Medikamente abgesetzt werden (Wolraich et al., 2005). Dieser abrupte Abbruch unterstützender Angebote stellt jedoch eine Gefahr dar (Osgood, Foster & Courtney, 2010). Jugendliche mit ADHS erleben erheblich mehr Probleme in der Transition vom Jugend- ins Erwachsenenalter und sind daher während dieser Phase dringend auf Unterstützung angewiesen (Brandau & Kaschnitz, 2008; Neuhaus, 2009; Wolraich et al., 2005).

Aufgrund der spärlichen Studien zur Therapie von Jugendlichen mit ADHS müssen die Erkenntnisse aus den Studien mit Kindern laut Barkley (2004) an die veränderten Bedingungen im Jugendalter angepasst und zu übertragen versucht werden.

1.5 Fragestellung

Um die geschilderten Umstände näher zu ergründen und zu erforschen, wurde eine Fragestellung für die wissenschaftliche Erarbeitung des Themas formuliert:

Welche Herausforderungen erleben Jugendliche mit ADHS im *sozialen Kontext* während der Transition ins Erwachsenenalter?

1.6 Zielsetzung

Diese Arbeit soll einen Einblick in die Schwierigkeiten von Jugendlichen mit ADHS während der Transitionsphase liefern. Sie soll zu einem grösseren Verständnis für die Probleme dieser Menschen beitragen und die ergotherapeutische Praxis dazu anregen, ihre Interventionen für Jugendliche mit ADHS zu überprüfen und wenn nötig, anzupassen.

1.7 Abgrenzung

In dieser Bachelorarbeit wird auf die detaillierte Beschreibung des Krankheitsbildes der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und deren Ursachen aufgrund des begrenzten Umfangs verzichtet. Für weitere Informationen über die Störung sei auf das Literaturverzeichnis am Schluss der Arbeit verwiesen. Auch ist die medikamentöse Therapie von ADHS kein zentrales Thema. ADHS wird in diesem Dokument unter der Betrachtung des hyperaktiv-impulsiven Mischtypus beleuchtet. ADS, also die Störung ohne den hyperaktiven Anteil, wird nicht diskutiert. Zudem wird nicht auf die häufig auftretenden, komorbiden Erkrankungen eingegangen. Der Fokus gilt lediglich denjenigen Herausforderungen, welche Jugendliche in ihrem gewohnten Kontext bei der Interaktion mit ihrer Umwelt erleben.

1.8 Persönlicher Bezug zum Thema

Die Autorin kam mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung privat wie beruflich in Kontakt. In der Arbeit mit Betroffenen waren spannende und meist herausfordernde Aufgaben die Regel. Deren Bewältigung setzte oftmals viel Durchhaltevermögen und Willenskraft voraus. Der jugendliche Cousin der Autorin spielte eine zentrale Rolle bei der Themenwahl dieser Arbeit. Im Sommer 2010 wurde die Verfasserin von den Eltern des mittlerweile 19 Jährigen um Unterstützung gebeten, da diese mit dem Verhalten und dem stetigen beruflichen Scheitern ihres Sohnes

nicht mehr zurecht kamen. Während der Begleitung dieses jungen Mannes auf dem Weg zum Erwachsenwerden und in eine hoffnungsvollere berufliche Zukunft kamen der Gedanke und auch der Wunsch auf, Jugendliche mit ähnlichen Problemen durch Ergotherapie zu unterstützen. Ihnen soll ermöglicht werden, den Schritt ins Erwachsenenleben besser vorbereitet und besser begleitet gehen zu können. Dieser Gedanke wird in der vorliegenden Thesis weiter ausgearbeitet.

2 Methodik

Der Fragestellung dieser Bachelorarbeit entsprechend wurden Keywords und Synonyme entwickelt (Tabelle 1). Auch die MeSH-Begriffe für die Suche in Medline wurden definiert und angewendet. Anschliessend wurden Verknüpfungen der Begriffe erstellt, um gezielter nach Themenverbindungen suchen zu können (Tabelle 2). Zugängliche Datenbanken wurden auf die passenden Fachgebiete für das Hauptthema dieser Arbeit untersucht. Nur jene, welche die Bereiche Medizin, Psychiatrie und Psychologie, Gesundheitswesen, Erziehungswissenschaften und Ergotherapie abdecken, wurden eingeschlossen. Hierbei handelt es sich um: Medline (inkl. ERIC, PsycEXTRA, PsycINFO, Journals@ovid Full Text, PsycARTICLES, PsyCRITIQUES Full Text and Nursing Journals und PsycARTICLES Full Text), CINAHL, Cochrane Library, OTDBASE, OTseeker und PubMed. Nursing Journals wurden eingeschlossen, da die Autorin das in den USA vorkommende System des "school nursing" in mancher Hinsicht mit ergotherapeutischen Angeboten in Europa vergleichbar findet.

Keyword	Synonyme englisch und deutsch		MeSH-Term
ADHD	attention-disorders, hyperactivity	Aufmerksamkeits- defizit-/Hyperaktivitäts- störung, ADHS, POS	Attention Deficit Disorder with Hy- peractivity
Adolescent*	young adult*, youth, teenager*	Jugendlich*, Jugendal- ter, junge Erwachsene	Adolescent
Occupational Therapy	treatment	Ergotherapie, Thera- pie, Behandlung	Occupational Therapy
Transition to Adulthood	grow up, reach adulthood, mature	Transition, erwachsen werden	Life Change Events
Problems	challenge*, difficulties	Probleme, Herausforderungen	-

Legende: * ist eine Trunkierung für variable Wortendungen, die in vielen Datenbanken verwendet werden kann (z. B. schliesst challenge* auch folgende Wörter ein: challenges, challenged).

Tabelle 1: Keywords und Synonyme

Verknüpfungen

1) MeSH (Medline via ovid)	ADHD AND Adolescent AND Occupational Therapy ADHD AND Adolescent AND Life Change Events
2)	ADHD AND adolescent* AND occupational therapy
3)	ADHD AND (adolescents OR youth OR teenager*) AND (problems OR challenge* OR experience)
4)	ADHD AND transition to adulthood
5)	ADHD AND (adolescents OR youth OR teenager*) AND treatment

Tabelle 2: Verknüpfungen der Suchbegriffe

2.1 Einschlusskriterien für die Auswahl der Hauptstudien

Folgende Kriterien mussten die Hauptstudien erfüllen:

- Die Keywords ADHS/ADHD und Jugendalter/adolescence/adolescents/young people (Teil der Verknüpfung 3) mussten die Autoren einschliessen oder sie mussten im Abstract vorkommen
- Die Probleme von Jugendlichen mit ADHS mussten thematisiert werden
- Die Studien mussten als Sample Jugendliche im Alter zwischen 11 und 19 Jahren untersuchen (Definition Jugendalter im Glossar)
- In das Sample durften keine weiteren Diagnosen (wie z. B. Lernstörungen ohne zwingende ADHS) eingeschlossen sein
- Bei gleichwertigen Studien wurden diejenigen bevorzugt, die eine grössere Stichprobe untersuchten
- Studien mussten zwischen den Jahren 2000 und 2011 publiziert worden sein
- Sie mussten in englisch oder deutsch verfasst worden sein
- Es mussten mindestens 4 der 8 Bewertungskriterien nach Law et al. (1998) erfüllt oder anderweitig begründet worden sein

Die ausgefüllten Bewertungsformulare nach Law et al. (1998) der vier Hauptstudien befinden sich in den Anhängen A-D (S. 52-68).

Die Verknüpfung 1 diente zur ersten Suche innerhalb der Datenbank Medline. Das Ziel dieser Verknüpfungssuche gemeinsam mit der Verknüpfung 2 war, heraus-

zufinden, welche ergotherapeutischen Massnahmen schon bekannt sind, um Jugendliche mit ADHS zu behandeln und welche erfolgreich angewendet werden. Anschliessend wurde mit den Verknüpfungen 3 bis 5 nach wissenschaftlicher Literatur gesucht, welche die Probleme von Jugendlichen mit ADHS und allenfalls deren Behandlung beschreibt. Ergebnisse aus der Verknüpfung 5 werden lediglich für den Schlussteil dieser Arbeit verwendet, da sie die Behandlung der ADHS diskutieren.

Meist wurde die Funktion „Advanced Search“ benutzt. Zudem wurden, wo möglich, „AutoAlerts“ gespeichert, um neu aufgeschaltete Literatur zum Thema nicht zu verpassen.

Online Journals wurden in die Suche ebenfalls eingeschlossen; so z. B. das „ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders“, das „Journal of Attention Disorders“ und das „American Journal of Occupational Therapy“, um nur einige zu nennen.

In den Referenzlisten von gelesenen Artikeln waren darüber hinaus einige weiterführende, gut geeignete Publikationen zu finden.

Anhand der Abstracts der gefundenen Literatur wurde entschieden, ob die Veröffentlichung relevante Ergebnisse für die Problem- bzw. Fragestellung liefert.

Wissenschaftlich begründete Sekundär- und Tertiärliteratur findet in dieser Bachelorarbeit ebenfalls Platz, da zu gewissen Themen keine passende Primärliteratur gefunden wurde.

Um die Komplexität des Krankheitsbildes und die praktische Arbeit mit Jugendlichen, welche an der Störung leiden, besser verstehen zu können, wurden Gespräche mit Expertinnen zum Thema ADHS geführt. Es handelt sich dabei um Fachleute aus dem ergotherapeutischen Fachgebiet, der psychologischen Berufsberatung und der Heilpädagogik, welche ich durch meine berufliche Tätigkeit und durch die Recherche für die Bachelorarbeit kennen gelernt habe.

3 Ergebnisse

Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse aus den ausgewählten Hauptstudien dargelegt.

3.1 Hauptstudie 1

Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents With ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(2), 61-72.

Krueger & Kendall (2001) gingen in ihrer qualitativen Studie in den USA der Frage nach, wie Jugendliche ihre Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung erleben, wodurch diese Erfahrungen geprägt sind und wie die Jugendlichen damit umgehen. Die Forscherinnen wählten für ihre Untersuchung elf Jugendliche im Alter zwischen 13 und 19 Jahren aus, wovon drei Viertel männlich waren. Die Teilnehmenden wurden zweimal einzeln interviewt mit einem zeitlichen Abstand von acht Wochen zwischen den Interviews.

Die Hauptergebnisse aus Krueger & Kendall (2001) sind folgende:

Die Jugendlichen mit ADHS integrieren die Störung in ihre persönliche Identität. Ihre Selbstwahrnehmung ist dadurch verzerrt und dies wirkt sich auf zwischenmenschliche Beziehungen negativ aus. Die Jugendlichen haben angegeben, mehr selbstorientiert zu sein, statt sich an verbindenden, auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehungen zu orientieren. Sie bezeichnen Freundschaften als stetiges Auf und Ab und nicht generell als positiv und einfach. Ein deutlicher Unterschied in der Wahrnehmung macht das Geschlecht aus. Mädchen reagieren viel sensibler auf Reaktionen der Bezugspersonen hinsichtlich ihres Verhaltens bzw. ihrer Person.

Für sie steht im Zentrum, dass sie sich als unangemessen erleben. Sie haben einen starken Drang akzeptiert und beliebt zu sein. Sie befürchten jedoch, keine guten Beziehungen aufbauen zu können und sorgen sich um ihre Zukunft.

Knaben nehmen sich weniger als scheiternd wahr, sondern eher als missverstanden und unerwünscht. Es ist ihnen weniger wichtig, die Erwartungen ihres Umfeldes zu erfüllen und beliebt zu sein. Sie tun so, als ob es ihnen egal wäre, wie viele Freunde sie haben. Sie tragen sehr viel Wut in sich und reagieren mit Trotz und Widerstand auf Herausforderungen.

Die Autorinnen betonen, dass Menschen mit ADHS schwere Beeinträchtigungen betreffend Selbstregulation und Selbstwahrnehmung haben. Die neurobiologischen wie die soziokulturellen Voraussetzungen sind daher wohl massgeblich an der Entwicklung der Persönlichkeit und der Selbstwahrnehmung beteiligt.

Kritik: Ein sinnvolles Sampling wurde gemacht, jedoch ist die Beschreibung der Datenerhebung etwas mangelhaft. Daher bleibt die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse bedenklich. Eine geschlechter- und kulturübergreifend gültige Aussage bleibt unmöglich. (Ausführliche Bewertung siehe Anhang A, S. 52 sowie Anhang E, S. 69)

3.2 Hauptstudie 2

Bitar, P. (2004). The Self-Perceptions of Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Doctoral Dissertation). Duquesne University, Pittsburgh.

Die Forscherin untersuchte in ihrer Doktorarbeit, wie sich Jugendliche mit dem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom im Vergleich zu Jugendlichen ohne die Störung selbst wahrnehmen. Sie wollte Einflussfaktoren für die Entwicklung der Selbstwahrnehmung definieren und aufzeigen, welche Themen für Jugendliche mit ADHS wichtig sind und welche Personen oder Gruppen auf die Selbstwahrnehmung der Jugendlichen einen Einfluss haben.

Dies tat sie mit einer triangulierten Querschnittsstudie mit kombinierter Vorgehensweise aus quantitativer und qualitativer Datensammlung (SPPA und Einzelinterviews). Sie schloss 44 US-amerikanische Jugendliche im Alter zwischen 14 und 19 Jahren in ihre Studie ein, davon 21 mit ADHS.

Die Haupteckdaten aus der Studie sind folgende:

- Jugendliche mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sind oft alleine und haben kaum Kontakt zu Gleichaltrigen bzw. Kollegen. Soziale Interaktionen sind allgemein von Schwierigkeiten und Konflikten geprägt.
- Die Störung beeinflusst alle Lebensbereiche. Die Unaufmerksamkeit ist das schwerwiegendste Symptom, das sie erleben und verursacht die meisten Probleme.

- Die Jugendlichen setzen sich mit dem Erwachsenwerden auseinander, können sich jedoch noch nicht vorstellen, wie die Transition verlaufen wird und ob sie als Erwachsene Erfolg haben werden.
- Die Störung sowie die Reaktionen des Umfeldes auf die Jugendlichen beeinflussen die Selbstwahrnehmung der Teenager massgeblich. Sie fühlen sich mit ihrem Wesen nicht wohl und bezeichnen sich als schlechter als die anderen. Sie wünschen sich, sie wären wie ihre Kollegen und würden akzeptiert. Diese Anpassung gelingt ihnen jedoch nicht.
- Aufgrund des fehlenden sozialen Rückhalts bei der Bewältigung der schwierigen Transitionsphase entwickeln Jugendliche oft Depressionen bis hin zu Suizidgedanken.

Kritik: Gemäss Bewertung nach Law et al. (1998) ist dies eine wissenschaftlich hochstehende Arbeit, die vertrauenswürdige Ergebnisse präsentiert. Die Generalisierbarkeit dieser ist jedoch nicht möglich. (Ausführliche Bewertung siehe Anhang B, S. 56 sowie Anhang E, S. 69)

3.3 Hauptstudie 3

Gallichan, D. J. & Curle, C. (2008). Fitting Square Pegs into Round Holes: The Challenge of Coping with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 343-363.

Gallichan & Curle (2008) führten in ihrer qualitativen Studie in England semi-strukturierte Einzelinterviews mit 12 Jugendlichen mit ADHS durch. Sie befragten die Teilnehmenden dazu, was es für sie bedeute, mit ADHS zu leben und welche Erfahrungen sie dabei machten. Der Einfluss des sozialen Kontexts sowie das *Coping* der Jugendlichen standen dabei im Vordergrund. Es sollte zudem herausgefunden werden, wann ADHS keine Herausforderung darstellt und mit welchen Faktoren dies zusammenhängt. Die Ergebnisse wurden in einem Grounded Theory-Modell festgehalten.

Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse von Gallichan & Curle (2008) wiedergegeben:

Jugendliche mit ADHS geben an, sich wie Würfel („square pegs“) in einem Steckspiel zu fühlen, welche nicht in die runden Öffnungen („round holes“) passen.

Mit den runden Öffnungen sind hierbei die klassischen Gesellschaftsstrukturen gemeint. Die Wahrnehmung ihres Wesens als eckigen Klotz begründet darauf, dass sie sich als anders wahrnehmen; als nicht passend. Dies vor allem in der Auseinandersetzung mit der Aussenwelt auf sozialer und akademischer Ebene im Vergleich zu Gleichaltrigen. Sie fühlen sich dadurch isoliert und ihrer Chancen beraubt.

Diese Wahrnehmung konnte sich jedoch verändern, wenn gewisse Gegebenheiten modifiziert wurden. Um diesen Prozess zu erklären, wurde das Modell des Teufels- und Engelkreises kreiert.

Im Teufelskreis, wie oben beschrieben, gefangen zu sein, bedeutet für Betroffene, die Kontrolle zu verlieren und dadurch Versagensgefühle und Hoffnungslosigkeit zu erfahren. Der Engelskreis beginnt für Jugendliche mit ADHS, wenn Anpassungen in ihrer Umwelt stattfinden; wenn sie Unterstützung in Form von Ermutigung, Anerkennung, Vertrauen und Bestätigung aus ihrem Umfeld erfahren. Eine weitere Möglichkeit sind Medikamente, welche gemäss Betroffener die Ecken der Klötze etwas abrunden. Auch Copingstrategien ermöglichen ihnen eine bessere Anpassung. *Adaptationen* müssen jedoch auch bei den Löchern gemacht werden, damit die zwei Komponenten ineinander passen. Dies geschieht zum Beispiel bei besserer Betreuung im Klassenzimmer oder durch Unterstützung bei Hausaufgaben. Auch der Zugang zu Hilfsstrategien befähigt.

Herausforderungen entstehen also nicht durch die Betroffenen selbst, sondern durch die Nichtübereinstimmung zwischen ihren Bedürfnissen und den Umweltgegebenheiten. Eine bessere Passung zwischen dem Würfel und der Öffnung kann nur erreicht werden, wenn beide adaptiert werden. Es zeigt sich, dass ADHS als Problem abgeschwächt wird, wenn das Umfeld stimmt.

Kritik: Gemäss Bewertung nach Law et al. (1998) handelt es sich hier um eine wissenschaftlich hochstehende Studie. Es ist jedoch keine geschlechter- und kulturübergreifende Generalisierung der Ergebnisse möglich. Die Frage der Bias (Verfälschung) schmälert die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse leicht. (Ausführliche Bewertung siehe Anhang C, S.60 sowie Anhang E, S.69)

3.4 Hauptstudie 4

Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter. Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 23-34.

Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin (2010) führten in Deutschland eine quantitative Studie mit einer nicht-klinischen Stichprobe von 140 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren durch. Es wurde evaluiert, ob bereits im Jugendalter Symptome der adulten Form von ADHS auftreten und welche Auswirkungen diese auf die klinische Praxis haben könnten. Die Jugendlichen wurden fünf Tests (*ADHS-E*, *SF-12*, *SWLS*, *PHQ-15*, *PHQ-9*) unterzogen, mit welchen Zusammenhänge zwischen den Krankheitszeichen von ADHS im Erwachsenenalter und der physischen und psychischen Lebenszufriedenheit der Jugendlichen untersucht wurden.

Im Folgenden werden die Studienergebnisse von Tischler et al. (2010) referiert:

Jugendliche mit ADHS haben im Vergleich zu Erwachsenen mehr Probleme in den Bereichen „Emotion und Affekt“, „Aufmerksamkeitssteuerung“ und „Impulskontrolle/Disinhibition“. Betreffend Unruhe und Überaktivität sind keine Unterschiede aufgefallen. Die Stresstoleranz wird mit zunehmendem Alter unproblematischer. Es wurden Korrelationen zwischen den Einheiten „Emotion und Affekt“, „Unruhe und Überaktivität“ und einer niedrigen Lebenszufriedenheit festgestellt. Zudem gehen depressive Symptome mit Problemen betreffend „Emotion und Affekt“ wie auch „Aufmerksamkeitssteuerung“ einher. Es zeigte sich, dass ADHS-Symptome deutlich mit einer geringeren Lebenszufriedenheit zusammenhängen.

Die Annahme, dass ADHS die Lebenszufriedenheit stark verringert und den Ausbruch einer Depression im Jugendalter begünstigt, wird hiermit bestätigt.

Die Autoren erläutern, dass Jugendliche ihre Störung im Unterschied zu Erwachsenen noch nicht von ihrem persönlichen Wesen abgrenzen können. Deshalb fühlen sie sich in allen Bereichen ihres Lebens unzufrieden. Betroffene Jugendliche machen negative Erfahrungen im Kontakt mit anderen. Sie sind sich ihrer akademischen Probleme bewusst. All diese Schwierigkeiten beziehen sie auf sich selbst als Person und beginnen deshalb, sich immer mehr selbst abzulehnen. Depressionen im Jugendalter seien die Folge und sie kämen bei Jugendlichen, vorwiegend bei Mädchen, mit ADHS oft vor.

Kritik: Eine gute Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe wurde vorgenommen, jedoch bei problematischer Einteilung nach Diagnose. Die Settingbeschreibung ist mangelhaft. (Ausführliche Bewertung siehe Anhang D, S. 65 sowie Anhang E, S. 69)

3.5 Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)⁴

“Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement. [...] occupational therapy practice is focused on enabling individuals to change aspects of their person, the occupation, the environment, or some combination of these to enhance occupational participation.” (World Federation of Occupational Therapists, 2004)

Um die Kompetenzbereiche der Ergotherapie übersichtlicher darstellen zu können, wurde von der American Occupational Therapy Association (AOTA) das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) geschaffen. Als Bezugssystem für die Ergotherapie definiert dieses Dokument deren Zuständigkeitsbereiche und bildet das Leitsystem für die ergotherapeutische Praxis. Im OTPF wird der Kerngedanke der Ergotherapie „supporting health and participation in life through engagement in occupation“ (AOTA, 2008, S. 626) mit den Gegenstandsbereichen der Profession und des ergotherapeutischen Behandlungsprozesses verknüpft.

Um die Ergebnisse aus den Hauptstudien übersichtlicher darzustellen und sie mit den Gegenstandsbereichen der Ergotherapie zu verknüpfen, werden sie im Folgenden in die Struktur des OTPF eingeordnet (Tabellen 3-5).⁵

⁴ Eine ausführlichere Erklärung und Darstellung des OTPF befindet sich im Anhang auf S. 73/74.

⁵ Die Begrifflichkeiten des OTPF wurden durch die Autorin selbst übersetzt, da eine offizielle deutsche Übersetzung der 2. Ausgabe (2008) noch nicht existiert.

3.6 Analyse der *Betätigungsperformanz* von Jugendlichen mit ADHS anhand der drei Hauptproblembereiche aus dem OTPF

Herausforderungen in den Betätigungsbereichen	
IADL	Unstrukturiertheit/Unorganisiertheit bei alltäglichen Aktivitäten, wie Terminplanung, Regelung finanzieller Angelegenheiten (4)
Bildung	Schwierigkeiten beim Lernen, bei Hausaufgaben und der Wissensaneignung in der Schule (1/2/3/4)
Arbeit	Mühe, geeignete Ausbildung/Stelle zu finden, geforderte Fertigkeiten zu erlernen und Job zu behalten (2)
Spiel/Freizeit	Freizeit wird oft alleine verbracht/wenig eingebunden in Spielaktivitäten mit anderen (1/2/3)
soziale Partizipation	Eingeschränkte Teilhabe aufgrund geringen soz. Rückhalts/wenige Freunde/verbringen viel Zeit alleine (1/2) bis hin zur Isolation (1/3)

Legende: (1) Krueger & Kendall (2001), (2) Bitar (2004), (3) Gallichan & Curle (2008), (4) Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin (2010)

Tabelle 3: Herausforderungen Jugendlicher mit ADHS in den Betätigungsbereichen nach OTPF

Herausforderungen betreffend *Performanzfertigkeiten*

Fertigkeiten der Gefühlsregulation	Impulsives Verhalten und schlechte Impulskontrolle in allen Lebensbereichen (1/2/3/4) Emotionale/aggressive Ausbrüche/Wutausbrüche, auch in unpassenden Situationen (1/3/4) Geringe Stress- und Frustrationstoleranz (4) Stetige, schnelle Gefühlsschwankungen (3/4) Probleme der Selbstregulation/Selbstkontrolle (1/4) Selbstwertproblematik bis Depressivität (1/4) Gefühlen wie Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit, Frustration, Angst und Versagen ausgeliefert (1/3)
Kognitive Fertigkeiten	Nicht verstehen von Ursache und Wirkung (1) Situationen falsch einschätzen und deshalb unvernünftige, vorschnelle Entscheidungen treffen (1/4) Perspektive nicht wechseln können (1)
Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten	wenig Empathie für das Gegenüber zeigen (4) Unfähigkeit Perspektive des Gesprächspartners einzunehmen (1) Mit Antworten/Aussagen herausplatzen, Gesprächspartner unterbrechen; nicht warten können bis man an der Reihe ist (2/4) Unfähigkeit, einem Gespräch über längere Zeit folgen zu können; Eindruck erwecken, nicht zugehört zu haben (2/4) Schwierigkeiten, Regeln einzuhalten (1/2)

Legende: (1) Krueger & Kendall (2001), (2) Bitar (2004), (3) Gallichan & Curle (2008), (4) Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin (2010)

Tabelle 4: Herausforderungen Jugendlicher mit ADHS betreffend Performanzfertigkeiten nach OTPF

Herausforderungen betreffend *Klientenfaktoren*

**Werte, Überzeugungen,
Spiritualität**

geringe Lebenszufriedenheit (4)
kaum Zukunftsziele (1/2)
Wunsch akzeptiert und beliebt zu sein (1)
Gefühl der Hilflosigkeit bezüglich Möglichkeit zur Veränderung der eigenen Situation (3)

**Beeinträchtigte Körper-
funktionen** (nach ICF; ei-
gene Übersetzung aus dem
Englischen)

Mentale Funktionen

Globale mentale Funktionen: Impulskontrolle, Energielevel (Hyperaktivität) (1/2/3/4), öfters komorbide Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, Selbstablehnung (4)
Spezifische mentale Funktionen: Aufmerksamkeit (1/2/3/4), Aufmerksamkeitssteuerung (3/4), Emotionsregulation (1/2/3/4), Organisieren und Planen (4), Zeitmanagement (1/2/4), Perspektivenübernahme, Selbstbewusstsein, Selbstkonzept, Selbstwahrnehmung, Persönlichkeitsentwicklung (1/2)

**Beeinträchtigte Kör-
perstrukturen** (nach ICF;
eigene Übersetzung aus
dem Englischen)

*Strukturen des zent-
ralen Nervensystems*

Hirnstrukturen: neurobiologische Dysfunktion (1), verzögerte kognitive Entwicklung (2)

Legende: (1) Krueger & Kendall (2001), (2) Bitar (2004), (3) Gallichan & Curle (2008), (4) Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin (2010)

Tabelle 5: Herausforderungen Jugendlicher mit ADHS betreffend Klientenfaktoren nach OTPF

Hinderfaktoren

- Die starke Unaufmerksamkeit beeinträchtigt die Jugendlichen in allen Betätigungsbereichen massgeblich (2)
- Sie führen Aufgaben oft nicht zu Ende und haben Mühe, von einer Aufgabe zur nächsten zu wechseln, was sich in verschiedenen Betätigungsbereichen zeigen kann (2/4)
- Die Anforderungen des Umfeldes steigen stetig, was den Druck auf die Jugendlichen erhöht (4)
- Sie fühlen sich Gleichaltrigen akademisch und sozial unterlegen (minderwertig), was sich auf ihre Motivation (auch betreffend Entwicklung), ihr Selbstwertgefühl und ihre Leistungen auswirkt (2/3)
- Oft werden sie von Gleichaltrigen gehänselt und/oder schikaniert (3)
- Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, bereitet Jugendlichen mit ADHS sehr grosse Mühe (1/2)
- Sie fühlen sich in sozialen Situationen oft missverstanden (1/3) und nicht akzeptiert (1/2)
- Oft kommt es bei Interaktionen mit anderen zu Konflikten (Eltern, Freunde, Lehrer) (2/4), wodurch ihr schlechter Ruf entsteht (3)
- Sie sind kaum eingebunden in ein soziales Netz (Freunde/Familie/Nachbarschaft) (2), fühlen sich daher sozial unterlegen, benachteiligt und hilflos (3)
- Betroffene Jugendliche erhalten häufig negative Feedbacks aus ihrem Umfeld, was ihr Selbstbild ebenfalls negativ beeinflusst (2)
- Ihre soziale und Selbstwahrnehmung ist verzerrt und von Unsicherheit geprägt (1/2/3)
- Sie integrieren die Störung in ihre Identität (1/2/4)
- Eine Zukunftsperspektive einzunehmen oder Ziele zu setzen, fällt ihnen schwer (1/2)
- Sie empfinden ein vermindertes Zusammengehörigkeitsgefühl und verminderte Verantwortlichkeit gegenüber anderen (1)
- Öfters reagieren Sie auf Herausforderungen aggressiv oder auto-aggressiv (1/2)

- Sie fühlen sich nicht in den Kontext passend, was sich negativ auf ihre psychische Verfassung und ihre Entwicklungsmöglichkeiten auswirkt (1/2/3)
- Die Jugendlichen empfinden oft einen Kontrollverlust über ihre eigene Situation (1/3)
- Häufig treten Suchtprobleme oder komorbide Störungen auf, welche wiederum Einfluss auf alle Betätigungsbereiche haben (4)
- Es mangelt ihnen an sozialen Fertigkeiten für die Beziehungsgestaltung (2)
- Sie leiden unter der Stigmatisierung der Gesellschaft (1/2)
- Viele Veränderungen, schwindende Strukturvorgaben und schulische und soziale Misserfolgserlebnisse verdichten die Probleme (4)
- Viele Betroffene haben sich noch unzureichende oder ineffektive *Coping-Fertigkeiten* angeeignet (2)
- Die psychische Belastung während der Jugendzeit ist gross, insbesondere für Jugendliche mit ADHS (1/2/4)

Förderfaktoren

- Aufklärung über die Störung hilft, damit umzugehen (3)
- Coping-Strategien ermöglichen einen verbesserten Umgang mit Symptomen und schwierigen Situationen (2/3/4)
- Unterstützung und Zuspruch durch Ermutigung, Anerkennung, Vertrauen, Bestätigung und Wertschätzung durch Bezugspersonen befähigt Jugendliche mit ADHS massgeblich (3)
- Lernstrategien und Kompensationsstrategien erleichtern vieles im Alltag und in der Schule (3)
- Ein flexibles Umfeld/Anpassungen der Umwelt kommen den Jugendlichen entgegen und ermöglichen ihre eigene Anpassung (3)
- Medikamente können situativ angepasstes Verhalten ermöglichen und so zur Problemreduktion und Anpassung beitragen (3)

- Mit fortschreitender Reife der Jugendlichen reduzieren sich die Probleme (3)

Hinder- als auch Förderfaktor

- Der soziokulturelle Kontext kann sowohl ein Hinder- als auch ein Förderfaktor sein (3)

Legende: (1) Krueger & Kendall (2001), (2) Bitar (2004), (3) Gallichan & Curle (2008), (4) Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin (2010)

4 Diskussion

Folgt man den Untersuchungen von Krueger & Kendall (2001), Bitar (2004), Gallichan & Curle (2008) wie auch Tischler et al. (2010) so ergibt sich folgendes Bild:

Die Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung verschwinden nach dem Kindesalter nicht. Die Leitsymptome bleiben bestehen und vor allem die Unaufmerksamkeit bereitet im Jugend- sowie im Erwachsenenalter die meisten Probleme. Zusätzlich zur ADHS kommen häufig weitere psychiatrische Störungsbilder dazu. Auffallend ist, dass viele junge Menschen mit ADHS an Depressionen leiden. Auch Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen manifestieren sich öfters. Jugendliche mit ADHS sind mit unterschiedlichen Problemen in verschiedenen Bereichen belastet. Das akademische Lernen ist erschwert, die Jugendlichen erfahren Ablehnung in sozialen Interaktionen und haben das Gefühl, nicht richtig in die Gesellschaft zu passen. Der Kontext, in welchem sie sich befinden, hat enorme Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Wahrnehmung der Störung als solche. Probleme entstehen oft, weil sich ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen der Umwelt und den Bedürfnissen der Jugendlichen selbst ergibt. Sie haben auch grosse Schwierigkeiten Beziehungen aufzubauen und zu erhalten. Aufgrund dessen sind sie kaum eingebunden in *Peer Groups* und haben wenig Freunde. Verständlicherweise beeinflusst dies ihr Selbstbild und ihre Selbstwahrnehmung auf eine negative Weise. Die Jugendlichen empfinden sich als anders und bemerken, dass sie bei Gleichaltrigen unerwünscht sind. Sie sind jedoch nicht im Stande, das zerrüttete Selbstkonzept wiederherzustellen. Aus diesem Ungenügen heraus resultiert Unzufriedenheit mit sich selbst und dem ganzen Leben.

Die Gefahr für Jugendliche mit ADHS an Depressivität zu erkranken, wird nebst Krueger & Kendall (2001), Bitar (2004) und Tischler et al. (2010) auch von Babinski et al. (2010) erwähnt. Vor allem Mädchen, was in der Untersuchung von Krueger & Kendall (2001) ebenfalls auffällt, neigen zu Depressionen.

Die sozialen Probleme, welche durch ADHS hervorgerufen und in den Hauptstudien dieser Arbeit angesprochen werden, sind in vielen verschiedenen Studien ein Thema. Auf die problematischen Beziehungen zu Gleichaltrigen gehen unter anderen auch Sibley, Evans & Serpell (2010), Shattell, Bartlett & Rowe (2008), Barkley, Fischer, Smallish & Fletcher (2006) und Young, Chadwick, Heptinstall, Taylor & Sonuga-Barke (2005) ein, indem sie beschreiben, dass Jugendliche mit ADHS von

Gleichaltrigen weniger gemocht werden und es für sie deshalb sehr schwierig ist, Freundschaften aufzubauen und zu erhalten. Gemäss Babinski et al. (2010) gibt es dieselben Probleme sogar innerhalb der Familie. Jugendliche mit ADHS hätten weniger gute Beziehungen zu Familienangehörigen. Diese Behauptung wird von Shattell et al. (2008) untermauert. Sie weisen ebenfalls auf vermehrte Schwierigkeiten mit den Eltern hin. Dem widerspricht die Studie von Young et al. (2005). Sie konnten keine Beziehungsprobleme zwischen Jugendlichen und deren Eltern feststellen. Dies könnte jedoch dadurch erklärt werden, dass die Jugendlichen diese Probleme weniger stark wahrnehmen als die Probleme, die sie mit ausserfamiliären Freundschaften erleben. Das Fehlen eines konstanten Freundeskreises und sozialen Rückhalts kann gemäss aller Autoren der verwendeten Hauptstudien, wie auch der Untersuchungen von Shattell et al. (2008) zur totalen Isolation betroffener Jugendlicher führen. Sie fühlen sich anders und in sozialen Interaktionen häufig missverstanden (Bitar, 2004; Gallichan & Curle, 2008; Krueger & Kendall, 2001; Shattell et al., 2008; Tischler et al., 2010). Wie Krueger & Kendall (2001), Bitar (2004) und Tischler et al. (2010) erachten auch Sibley et al. (2010) die soziale Wahrnehmung von Jugendlichen mit ADHS als beeinträchtigt. Sie haben ein eingeschränktes Verständnis für Ursache und Wirkung und sind daher in sozialen Situationen mit Problemlösungsaufgaben überfordert. Young et al. (2005) sind hier der Meinung, die Schwierigkeiten im sozialen Bereich könnten mit dem Erlernen von sozialen Fertigkeiten und Problemlösefertigkeiten überwunden werden. Dies steht der Aussage von Gallichan & Curle (2008) gegenüber, die betonen, dass eine beabsichtigte Veränderung immer erst im Umfeld vorgenommen werden sollte, bevor der Betroffene sich selber verändern könne. Young et al. (2005) machen ferner darauf aufmerksam, dass Jugendliche mit ADHS aufgrund ihrer Impulsivität Coping-Strategien nicht oder nur ineffektiv nutzen. Die Untersuchung von Gallichan & Curle (2008) wendet dagegen ein, dass Coping-Strategien sehr wohl genutzt werden und diese den Betroffenen den Alltag erleichtern. Auch Shattell et al. (2008) bestätigen den möglichen positiven Umgang mit der Störung und stimmen Gallichan & Curle (2008) zu, dass Jugendliche mit ADHS durchaus in der Lage sind, ihre Ressourcen zu nutzen und Unterstützung anzunehmen, wodurch sie erfolgreicher werden.

Betreffend Fertigkeiten für die Berufsausübung und dem Verbleiben an der Arbeitsstelle sind sich Bitar (2004) und Barkley et al. (2006) darüber einig, dass von ADHS Betroffene weniger gute Leistungen erbringen und ihnen dadurch öfters ge-

kündigt wird. Babinski et al. (2010) sind anderer Meinung. Sie bestätigen die Beeinträchtigungen betreffend Berufsausübung nicht und konnten nicht nachweisen, dass Personen mit ADHS öfters gekündigt wird als nicht Betroffenen. Diese unterschiedliche Beurteilung könnte daher rühren, dass letztgenannte Autoren nur weibliche Jugendliche untersucht haben. Dies stützt die Annahme, dass männliche Betroffene mehr Probleme im Bereich Arbeit erfahren als weibliche. Babinski et al. (2010) widersprechen auch den Ergebnissen von Tischler et al. (2010) betreffend Substanzmittelmissbrauch. Bei weiblichen Jugendlichen mit ADHS scheint Substanzmittelmissbrauch weniger ein Thema zu sein als bei männlichen. Tischler et al. (2010) weisen nämlich, entgegen der Untersuchung von Babinski et al. (2010) in ihrer Studie auf eine erhöhte Gefährdung für Suchterkrankungen und Missbräuche von illegalen Substanzen hin.

Die meisten Forschenden sind sich allerdings darüber einig, dass das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom für die Jugendlichen Probleme in allen Lebensbereichen hervorruft (Bitar, 2004; Krueger & Kendall, 2001; Shattell et al., 2008).

Aus den oben aufgeführten Ergebnissen geht hervor, dass Jugendliche mit ADHS viele Herausforderungen im sozialen Bereich erleben. Nicht alle Autoren sind sich darüber einig, welche Probleme die schwerwiegendsten sind oder wie die Jugendlichen bei der Bewältigung dieser unterstützt werden sollten. Alle stimmen jedoch überein, dass die Jugendlichen aufgrund ihrer Schwierigkeiten besondere Aufmerksamkeit und eine angemessene Behandlung verdienen.

Krueger & Kendall (2001) betonen, dass die Jugendlichen aufgrund ihres verzerrten Selbstkonzeptes bei der Entwicklung einer gesunden Selbstwahrnehmung unterstützt werden müssen. Die psychische Verfassung könne so positiv beeinflusst werden.

Bitar (2004) legt grossen Wert darauf, dass den Jugendlichen ihre Störung samt den Auswirkungen, insbesondere jene der Unaufmerksamkeit auf alle Lebensbereiche, besser vermittelt wird, um den gezielten Umgang damit zu fördern. Diese Unterstützung psychoedukativer Art sei auch notwendig, damit sie die Krankheit losgelöst von der eigenen Identität betrachten könnten.

Individuelle Fertigkeiten zur erfolgreicherer Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen müssen ebenfalls aufgebaut werden. Young et al. (2005) bekräftigen diese Aussage und sprechen sich für Interventionen im Bereich des Fertigkeitener-

werbs aus. Insbesondere der Erwerb sozialer und Problemlösefertigkeiten soll ein Bestandteil der Therapie sein.

Bitar (2004) befürwortet des Weiteren unterstützende Angebote betreffend Erlernen von benötigten Fertigkeiten fürs spätere Berufsleben. Zustimmung erhält sie von Barkley et al. (2006), welche für eine frühe Erfassung der Berufsfähigkeiten und gezielte Vorbereitung auf das bevorstehende Berufsleben plädieren. Die eigenen Coping-Fertigkeiten zu stärken und sich angemessene neue anzueignen, ist laut Bitar (2004) und Young et al. (2005) für die Betroffenen essenziell, um ihr Selbstbild positiv zu beeinflussen.

Gallichan & Curle (2008) räumen ein, dass die Jugendlichen befähigt werden können, kompetenter, motivierter, selbstbestimmter und selbstbewusster zu leben, wenn die Bezugspersonen der Betroffenen deren Art akzeptieren und wertschätzen und zugleich offen und flexibel sind für Veränderungen. Interventionen sollten immer erst das Umfeld betreffen. Im interdisziplinären Rahmen muss gewährleistet werden, dass Adaptationen der Umwelt stattfinden können. Laut den Autorinnen dürfen Medikamente nie als alleinige Intervention benutzt werden und den Jugendlichen soll der Nutzen der Einnahme von Tabletten klar sein.

Eine ähnliche Haltung vertreten hierzu Shattell et al. (2008). Das Umfeld muss Unterstützung anbieten und zur Veränderung bereit sein. Die Akzeptanz von Jugendlichen mit der Störung soll mittels adäquater Information des Umfeldes erzielt werden. Hierzu gehört ebenso die ausführliche Elternberatung. Jedoch muss auch dem betroffenen Jugendlichen beratend zur Seite gestanden werden. Barkley et al. (2006) legen Wert auf gesundheitliche Beratung wie auch auf Hilfestellungen betreffend Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Young et al. (2005) vertreten hingegen die Ansicht, dass in erster Linie die Betroffenen sich verändern und anpassen müssen und erachten deshalb verhaltenstherapeutische Interventionen als sinnvoll.

Tischler et al. (2010) betonen, dass auch die psychischen Umstände bei der Diagnosestellung und der Behandlung der Betroffenen zu berücksichtigen sind. Insbesondere die Depressivität dürfe nicht ignoriert werden, da die über die Jahre hinweg entstandene Lebensunzufriedenheit schwere Folgen für den Jugendlichen selbst wie für das berufliche und persönliche Umfeld haben kann.

Betrachtet man die Studienergebnisse mittels OTPF aus ergotherapeutischer Sicht, zeigt sich, dass für Jugendliche mit ADHS aufgrund ihrer massiven Beein-

trüchtigungen in vielen Betätigungsbereichen ergotherapeutische Unterstützung dringend notwendig wäre. In der Ergotherapie wird auf die Bewältigung von Herausforderungen in den einzelnen Lebensbereichen eingegangen. Die beeinträchtigten Performanzfertigkeiten und Klientenfaktoren werden soweit möglich aufgebaut, die Hinderfaktoren auf ein Minimum reduziert und die Förderfaktoren gestärkt. Die geforderten Massnahmen der oben aufgeführten Forschenden können im ergotherapeutischen Setting professionell durchgeführt werden.

Die diskutierten Studien liefern eindrückliche Ergebnisse und legen einige offensichtliche Probleme von Jugendlichen mit ADHS dar. Die Resultate sind jedoch hinsichtlich Vertrauenswürdigkeit unterschiedlich einzustufen. Bei den Untersuchungen von Krueger & Kendall (2001), Bitar (2004) sowie Gallichan & Curle (2008) ergeben sich vor allem betreffend der Generalisierbarkeit der Ergebnisse Probleme. Die Stichproben sind zu homogen, da sie grösstenteils aus weissen, männlichen Jugendlichen eines bestimmten Einzugsgebietes bestehen. Die Aussagen gelten somit nicht für weibliche Betroffene und können nur bedingt auf andere Länder und Kulturen übertragen werden. Die Studie von Babinski et al. (2010) hat gezeigt, dass weibliche Jugendliche mit ADHS nicht in allen Bereichen dieselben Herausforderungen erleben wie männliche.

Tischler et al. (2010) haben zwar eine besser durchmischte Stichprobe untersucht, hier sind jedoch die Einschlusskriterien zu hinterfragen. Ob die Untersuchten wirklich alle an einer ADHS leiden, wird in Frage gestellt. Dies beeinflusst die Glaubwürdigkeit der Resultate daher massiv.

5 Zusammenfassung

In der Problemstellung wurde aufgezeigt, dass es keine ergotherapeutischen Studien gibt, die untersuchen, welche Herausforderungen Jugendliche mit ADHS während der Transitionsphase erleben oder wie diese Jugendlichen in der Ergotherapie behandelt werden sollten. Die Ergebnisse aus dem Hauptteil zeigen, dass etliche Problembereiche existieren und Handlungsbedarf in Bezug zur adäquaten Therapie für Jugendliche mit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung besteht. Mögliche Behandlungsansätze, welche die Wissenschaft vorbringt, wurden einander im Diskussionsteil gegenüber gestellt. Um konkrete Implikationen für die ergotherapeutische Praxis aufzuzeigen, wird im Folgenden ein Theorie-Praxis-Transfer aus den gewonnen Erkenntnissen erstellt.

Um Jugendliche mit ADHS beim Erwachsenwerden zu unterstützen, bedarf es gemäss den genannten Autoren einerseits Interventionen auf psychotherapeutischer Ebene, die den Aufbau des Selbstwertgefühls zum Ziel haben. Andererseits braucht es psychoedukative Massnahmen sowie den Fertigkeitenerwerb im sozialen und beruflichen Bereich. Coping- und Kompensationsstrategien können Jugendlichen bei der Lebensbewältigung ausserordentlich dienlich sein. Die Anpassung des Umfeldes ist ein weiterer sehr wichtiger Faktor für das Wohlbefinden der Jugendlichen. All diese Anknüpfungspunkte, welche die Autoren für die Behandlung der Jugendlichen als angezeigt bewerten, treten unter Betrachtung der Ergebnisse im Occupational Therapy Practice Framework als Förderfaktoren hervor. Dies spricht für die gegebenen Implikationen und erhöht aus Sicht der Autorin dieser Arbeit die Relevanz für den Einbezug der Ergotherapie als Fördermassnahme.

Weitere Behandlungsschwerpunkte für Jugendliche mit ADHS sind gemäss den Autoren die Elternberatung (Shattell et al., 2008), Unterstützung in finanziellen Angelegenheiten (Barkley et al., 2006), Verhaltenstherapie (Young et al., 2005) sowie die Förderung des psychischen Wohlbefindens (Tischler et al., 2010). Nebst effektiver Therapie ist es für die erfolgreiche Transition der Jugendlichen zentral, dass sie Zugang zu Medikamenten haben, sofern diese ihnen helfen (Gallichan & Curle, 2008). Schliesslich ist die Jugend für die Betroffenen und deren Umfeld laut denselben Autorinnen eine schwierige Phase, die ausgehalten werden muss. Durch den natürlichen Reifeprozess können einige Probleme auch spontan abklingen (Gallichan & Curle, 2008).

6 Theorie-Praxis-Transfer

Gemäss des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten hat die Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS folgende Ziele (Ferber & Gans, 2004, S. 118):

- „Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens“
- „Verbesserung der Beziehungsfähigkeit“
- „Selbständigkeit in der altersentsprechenden Selbstversorgung“
- „Verbesserung der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer“

Einige Therapieansätze, die zur Erreichung der oben genannten Ziele beitragen könnten, werden auf den nächsten Seiten beschrieben.

6.1 Psychoedukation

„Ziel der Psychoedukation ist der erfolgreichere Umgang mit den eigenen Schwierigkeiten und dem seelischen Leid. Unter dem Konzept werden Massnahmen verstanden, die geeignet sind, Betroffene und ihre Angehörigen über die Störung und ihre Behandlung zu informieren, das Verständnis und den selbstverantwortlichen Umgang zu fördern.“ (Brandau & Kaschnitz, 2008, S. 129)

Die Psychoedukation ist als Vervollständigung der eigentlichen Behandlung zu betrachten, nicht als eigenständige Behandlungsmethode.

„Zentral für ein positives Ergebnis der Psychoedukation ist, dass der Transfer in den Alltag der Betroffenen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe erfolgt“ (Brandau & Kaschnitz, 2008, S. 130).

Steinhausen et al. (2010), Young & Amarasinghe (2010), Neuhaus (2009) sowie Bitar (2004) sprechen sich ebenfalls für einen psychoedukativen Ansatz aus, um den Jugendlichen den Umgang mit der Krankheit zu erleichtern.

6.2 Training sozialer Fertigkeiten

Gemäss Bitar (2004), Barkley (2004), Young et al. (2005), Gutman & Szczepanski (2005) wie Young & Amarasinghe (2010) ist es für die Jugendlichen im Hinblick auf die verbesserte Beziehungsgestaltung und Integration in ein soziales Netz von grösster Wichtigkeit, sich soziale Fertigkeiten anzueignen. Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten könnten mittels Rollenspielen geübt werden. Um

die Übertragung des Gelernten in den Alltag sicherzustellen, sollten die Jugendlichen einerseits erlebte Problemsituationen nachspielen können, andererseits könnte der Therapeut den Jugendlichen im gewohnten Umfeld punktuell beobachten und Feedback zum sozialen Verhalten geben.

6.3 Training beruflicher Fertigkeiten

Das Erlernen von Fertigkeiten, die für die spätere Berufsausübung unabdingbar sind, stellt für Bitar (2004) und Barkley et al. (2006) einen wichtigen Bestandteil der therapeutischen Begleitung von Jugendlichen in der Transitionsphase dar. Da Jugendliche mit ADHS länger bräuchten, um sich Wissen und Fertigkeiten anzueignen, sei es wichtig, früh mit der Vorbereitung aufs Berufsleben zu beginnen und den bevorstehenden Übergang ins Berufsleben detailliert zu planen.

6.4 Förderung von Coping-Fertigkeiten

Bewältigungsstrategien zu finden, ist für Jugendliche mit ADHS unumgänglich. Sie müssen lernen, mit ihren Defiziten umzugehen und ihre Ressourcen systematisch einzusetzen. In der Therapie sollte daher gezielt auf diese Fertigkeiten eingegangen werden, um einerseits ihre selbst entwickelten Coping-Fertigkeiten zu stärken und andererseits neue zu erlernen (Bitar, 2004; Young et al., 2005). Beispielsweise könnten Fertigkeiten zur Selbstinstruktion (sich selbst verbal anleiten) oder kompensatorische Strategien zum Zug kommen, wie beispielsweise die Verwendung von Alltagshilfen (Notizbuch, Handy-Alarm).

6.5 Adaptation der Umwelt

Dem Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen aus der Umwelt und den Bedürfnissen der Jugendlichen muss mittels Adaptationen entgegen gewirkt werden (Gallichan & Curle, 2008; Shattell et al., 2008; Young & Amarasinghe, 2010). Die Jugendlichen fühlten sich eher zugehörig, wenn das Umfeld auf ihre Bedürfnisse Rücksicht nehme und sie Unterstützung erhalten würden. Schliesslich wären sie eher bereit, sich selbst um eine bessere Anpassung zu bemühen, wenn das Umfeld flexibel sei. Adaptationen der Umwelt können aus verschiedenartigen Unterstützungsangeboten im schulischen wie privaten Umfeld bestehen, wie beispielsweise aus Nachhilfeunterricht oder Struktur- und Organisationshilfen zu Hause. Zentral bei

dieser Art von Intervention ist, dass die Bezugspersonen gut geschult werden und den Jugendlichen wertschätzend und ermutigend begegnen.

6.6 Elternberatung

Diese Intervention fließt sowohl in den psychoedukativen Ansatz, wie die Adaptation der Umwelt und die Verhaltenstherapie mit ein (Shattell et al., 2008; Young & Amarasinghe, 2010). Die Elternberatung ist deshalb nicht als isolierte Massnahme durchzuführen. Sie beinhaltet einerseits die Information der Eltern über die Störung ihres Kindes und andererseits Empfehlungen zur Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung (Barkley, 2004). Zudem können hilfreiche Tipps bezüglich Struktur und Organisation innerhalb der Familie gegeben werden (Evans, Christensen, Schultz & Markham, 2009).

6.7 Verhaltenstherapie

Auf kognitive Verhaltenstherapie sprechen Jugendliche mit ADHS laut Young & Amarasinghe (2010) gut an. Puls (2007) weist ausserdem darauf hin, dass diese Therapieform bei ADHS starke Evidenz hat. Die Eltern sollten dabei dieselben Techniken anwenden wie der Therapeut. Belohnungssysteme spielten bei diesem Ansatz eine zentrale Rolle. Wenn sich der Therapeut für den verhaltenstherapeutischen Ansatz entscheidet, sollte dieser die gesamte Therapie überspannen. Das heisst, dass auch während dem Training der sozialen Fertigkeiten Einfluss auf das Verhalten genommen wird, da auf diese Weise die kognitiven Fertigkeiten gestärkt werden (Young et al., 2005). Die Verhaltenstherapie kann den psychotherapeutischen Massnahmen zugeordnet werden, welche nach Tischler et al. (2010) und Krueger & Kendall (2001) indiziert sind.

6.8 Coaching

„Coaching [...] muss Bedingungen bereitzustellen versuchen, die es Jugendlichen ermöglichen, sich ihrer ungenutzten, vielleicht auch verschütteten Ressourcen und Kompetenzen (wieder) bewusst zu werden“ (Brandau & Kaschnitz, 2008, S. 132).

Barkley (2004), Kahl, Puls & Schmid (2007), Brandau & Kaschnitz (2008) sowie Neuhaus (2009) sprechen sich allesamt für den Coaching-Ansatz bei der Be-

handlung von Jugendlichen mit ADHS aus. Mittels Coaching könne direkt mit dem Jugendlichen auf Ziele hin gearbeitet werden und er werde bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie deren Überprüfung unterstützt. Auch diese Therapieform kann einer psychotherapeutischen Begleitung ähnlich sein (Kahl, 2007).

6.9 Schlussfolgerungen

Viele der Behandlungsansätze überschneiden sich, was bei der Komplexität der Erkrankung und beim Betrachten des Menschen als Individuum nicht erstaunt. Eine multimodale Therapie wird in Fachkreisen gefordert und wurde in der Leitlinie „Hyperkinetische Störungen F90“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verankert.

Dies spricht wiederum für die Behandlung der Jugendlichen in der Ergotherapie, da dabei die ganzheitliche Betrachtung des Menschen im Zentrum steht. Bei der Betrachtung dieser Klienten im Rahmen des OTPF und dem Wissen über die ergotherapeutischen Kompetenzen wird klar, dass die Ergotherapie einen wesentlichen Beitrag zur verbesserten Lebensbewältigung der Jugendlichen leisten könnte. Der Coaching-Ansatz wird dieser ganzheitlichen Behandlung am ehesten gerecht. Coaching gilt jedoch noch nicht als wissenschaftlich fundierte Behandlungsform, da der Begriff weder definiert noch geschützt ist. Es sollte daher vor der Behandlung geklärt werden, welche Methoden und Ziele mit diesem Vorgehen verbunden sind (Puls, 2007).

Es ergeben sich aus den Erkenntnissen dieser Bachelorarbeit weiterführende Fragen für die Praxis. Zum einen muss geklärt werden, ob die ergotherapeutische Praxis für die Behandlung von Jugendlichen mit ADHS genügend vorbereitet und ausgebildet ist. Zusätzliche Schulungen könnten nötig werden.

Zum anderen wurde geschildert, dass junge Frauen mit ADHS weniger Probleme bezüglich Arbeitsfähigkeit und Substanzmittelmissbrauch haben als junge Männer. Die Ursache und Umstände dieser Tatsachen sollten weiter erforscht werden, um Förderfaktoren zu identifizieren. Auch könnten dadurch die Fachgebiete der Arbeitsintegration und Suchtprävention um neue wissenschaftliche Erkenntnisse bereichert werden.

6.10 Austausch mit Expertinnen

Eine Ergotherapeutin und eine Berufs-, Studien- und Laufbahnberaterin wurden für die Verfassung dieser Arbeit zu ihren Erfahrungen in der Behandlung von Jugendlichen mit ADHS befragt. Auszüge aus den Ergebnissen dieser Gespräche sind im Anhang (S. 75/76) zu finden. Zusätzlich hat mich die Leiterin eines Therapiezentrums für Menschen mit ADHS per Mail beraten und mir nicht zugängliche Informationen zur Verfügung gestellt.

6.11 Limitationen

Diese Bachelorarbeit wurde unter Verwendung der während der Ausbildung zur Ergotherapeutin gewonnenen Kenntnisse verfasst. Es wurden nur diejenigen Datenbanken für die Literaturrecherche verwendet, auf welche die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Zugriff bietet. Aufgrund des begrenzten Umfangs konnten nicht alle Erkenntnisse einfließen, was bedeutet dass diese Arbeit keinesfalls als alles umfassend bezeichnet werden darf. Da keine der verwendeten Hauptstudien Bezug nimmt zur Ergotherapie, wurde der Übertrag eigenständig vollzogen, was zu Fehlern geführt haben könnte. Es wurden auch Studien eingeschlossen, die nicht von einwandfreier wissenschaftlicher Qualität sind. Dies kann einerseits durch die definierten Einschlusskriterien begründet sein oder weil für die Frage- und Problemstellung relevante Ergebnisse präsentiert wurden. Die Implikationen dieser Arbeit sind daher als Möglichkeiten für die Behandlung von Jugendlichen mit ADHS zu betrachten und nicht als wissenschaftlich nachgewiesen wirksame Interventionsmassnahmen.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625–683.
- Angeli, E., Wagner, J., Lawrick, E., Moore, K., Anderson, M., Soderlund, L., Brizee, A. & Keck, R. (2011, April 19). *General Format*. Retrieved from <http://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/1/>
- Babinski, D. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Yu, J., ... Karch, K. M. (2010). Late Adolescent and Young Adult Outcomes of Girls Diagnosed With ADHD in Childhood: An Exploratory Investigation. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054710361586
- Barkley, R. A. (2004). Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Overview of Empirically Based Treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 39-56.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K. (2006). Young Adult Outcome of Hyperactive Children: Adaptive Functioning in Major Life Activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Bitar, P. (2004). *The Self-Perceptions of Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Doctoral Dissertation). Duquesne University, Pittsburgh. Retrieved from Gumberg Library. <http://digital.library.duq.edu/cgi-bin/showfile.exe?CISOROOT=/etd&CISOMODE=print&CISOPTR=26875&filename=27135.cpd>
- Brandau, H. & Kaschnitz, W. (2008). *ADHS im Jugendalter: Grundlagen, Interventionen und Perspektiven für Pädagogik, Therapie und Soziale Arbeit*. Weinheim: Juventa.
- Clark, H. B. & Unruh, D. K. (2009). *Transition of Youth and Young Adults with Emotional or Behavioral Difficulties*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.). (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarbeitete Auflage). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- elpos Schweiz. (k. D.). Verein für Eltern und Bezugspersonen von Kindern sowie für Erwachsene mit POS/AD(H)S. *Was ist POS/AD(H)S?* Retrieved from http://www.elpos.ch/pos_adhs.htm

- Evans, S. W., Christensen, O. A., Schultz, B. & Markham, D. (2009). Psychosocial Treatment of Adolescents with ADHD. *Current Attention Disorders Reports*, 1, 125-130.
- Ferber, R. & Gans, M. (2004). Geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. In Deutscher Verband der Ergotherapeuten (Hrsg.), *Indikationskatalog Ambulante Ergotherapie* (S. 118-121). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Gallichan, D. J. & Curle, C. (2008). Fitting Square Pegs into Round Holes: The Challenge of Coping with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 343-363.
- Gutman, S. A. & Szczepanski, M. (2005). Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications for Occupational Therapy Intervention. *Occupational Therapy in Mental Health*, 21(2), 13-38.
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90, (Suppl 1), i2-i7.
- Kahl, K. G. (2007). Case Management: Psychotherapie und Coaching-Strategien. In K. G. Kahl, J. H. Puls & G. Schmid (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS* (S. 127-135). Stuttgart: Thieme.
- Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents With ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(2), 61-72.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien [PDF document]*. Retrieved from http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=129056&subdir=/Woche_34/Kritische_Beurteilung_Roos_Page_30.8.10
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien [PDF document]*. Retrieved from http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=129056&subdir=/Woche_34/Kritische_Beurteilung_Roos_Page_30.8.10
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien*. Retrieved from

http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=129056&subdir=/Woche_34/Kritische_Beurteilung_Roos_Page_30.8.10

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*.

Retrieved from

http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=129056&subdir=/Woche_34/Kritische_Beurteilung_Roos_Page_30.8.10

Moncur, M. (2010). *Quotations by Author*. Retrieved from

http://www.quotationspage.com/quotes/Albert_Camus/

Neuhaus, C. (2009). *Jugendliche mit AD(H)S: Wie Erwachsenwerden gelingt* (überarbeitete Auflage). Freiburg: Urania Verlag.

Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. überarbeitete Auflage), (S. 271-332). Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

Osgood, D. W., Foster, E. M. & Courtney, M. E. (2010). Vulnerable Populations and the Transition to Adulthood. *The Future of Children*, 20(1), 209-229.

Pschyrembel, W. (k. D.). *Pschyrembel Online*. Retrieved from

http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch2991591771211&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw

Puls, J. H. (2007). Case Management: Psychotherapie. In K. G. Kahl, J. H. Puls & G. Schmid (Hrsg.), *Praxishandbuch ADHS* (S. 89-90). Stuttgart: Thieme.

Reinders, H. (2006). *Jugendtypen. Zwischen Bildung und Freizeit*. Münster: Waxmann Verlag GmbH.

Shattell, M. M., Bartlett, R. & Rowe, T. (2008). I Have Always Felt Different: The Experience of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(1), 49-57.

Sibley, M. H., Evans, S. W. & Serpell, Z. N. (2010). Social Cognition and Interpersonal Impairment in Young Adolescents with ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 193-202.

Steinhausen, H.-C., Rothenberger, A. & Döpfner, M. (Hrsg.). (2010). *Handbuch ADHS: Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Timmer, A. & Wortelkamp, S. (2003). Kinder- und Jugendpsychiatrie. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 214-282). Stuttgart: Thieme.
- Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter: Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 23-34.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A. & Barkley, R. A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217.
- Wolraich, M. L., Wibbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S. W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., ... Wilens, T. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents: A Review of the Diagnosis, Treatment, and Clinical Implications. *Pediatrics*, 115(6), 1734-1746.
- World Federation of Occupational Therapists. (2004). *WFOT Information – What is Occupational Therapy?* Retrieved from <http://www.wfot.org/information.asp>
- World Health Organization. (2011). *Hyperkinetische Störungen*. ICD-10-WHO Version 2011 (Kap. 5). Retrieved from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/block-f90-f98.htm#F90>.
- World Health Organization. (k. D.). *ICF Browser*. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>
- Young, S. & Amarasinghe, J. M. (2010). Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), 116-133.
- Young, S., Chadwick, O., Heptinstall, E., Taylor, E. & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls. Self reported interpersonal relationships and coping mechanisms. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 245-253.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Symptombereiche, komorbide Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen bei Jugendlichen mit ADHS (Steinhausen, Rothenberger & Döpfner, 2010, S. 157)	8
Abbildung 2: Gegenstandsbereiche der Ergotherapie: Förderung von Gesundheit und Partizipation durch das Eingebundensein in Betätigung (AOTA, 2008, S. 627)	73
Abbildung 3: Ergotherapeutischer Prozess (AOTA, 2008, S. 627)	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords und Synonyme	13
Tabelle 2: Verknüpfungen der Suchbegriffe.....	14
Tabelle 3: Herausforderungen Jugendlicher mit ADHS in den Betätigungsbereichen nach OTPF	22
Tabelle 4: Herausforderungen Jugendlicher mit ADHS betreffend Performanzfertigkeiten nach OTPF	23
Tabelle 5: Herausforderungen Jugendlicher mit ADHS betreffend Klientenfaktoren nach OTPF	24

Abkürzungsverzeichnis

ADHS/ADHD	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bzw. -syndrom; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; nach ICD-10: psychische und Verhaltensstörung mit Beginn in der Kindheit oder im Jugendalter (WHO, 2011)
ADHS-E	ADHS-Screening für Erwachsene; Verfahren mit welchem ADHS-Symptome bei Personen zwischen 18 und 65 Jahren mittels 5 Skalen erfasst werden können (Tischler et al., 2010, S. 28).
AOTA	American Occupational Therapy Association; Amerikanische Gesellschaft für Ergotherapie
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; dient der Verschlüsselung von Diagnosen (WHO, 2011)
k. D.	kein Datum
OTPF	Offizielles Dokument der American Occupational Therapy Association (AOTA); es beinhaltet die Gegenstandsbereiche der Ergotherapie und ist deren Leitsystem für die Praxis (AOTA, 2008, S. 625)
PHQ-9/ PHQ-15	Patient Health Questionnaire TM ; erfasst und diagnostiziert „die häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinmedizin“ (Tischler et al., 2010, S. 28); der PHQ-9 besteht aus 9, der PHQ-15 aus 15 Fragen.
POS	„POS steht für Psycho-Organisches Syndrom und ist eine Schweizerische Bezeichnung, welche bei der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) als Geburtsgebrechen anerkannt und daher unterstützungsberechtigt ist, sofern die Diagnose vor dem 9. Geburtstag gestellt wird und bereits mit einer medizinischen Behandlung begonnen wurde“ (elpos, 2011); der Begriff wird in dieser Arbeit synonym zu ADHS und ADHD verwendet.
SF-12	„Kurzform des aus acht Skalen bestehenden SF-36 Health Survey Fragebogens zum Gesundheitszustand [...]. Das Verfahren ist ab dem 14. Lebensjahr anwendbar und erfasst krankheitsübergreifend die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Patienten in zwölf Items“ (Tischler et al., 2010, S. 28).
SWLS	Satisfaction With Life Scale; “[...] erfasst als eindimensionales Selbstbeurteilungsinstrument die globale Lebenszufriedenheit unabhängig von emotionalem Wohlbefinden über verschiedene Altersstufen bezogen auf affektive und kognitiv-evaluative Elemente der Lebenszufriedenheit“ (Tischler et al., 2010, S. 28).
WFOT	World Federation of Occupational Therapists; Weltverband der Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen

Glossar

Adaptation	veränderte Herangehensweise des Klienten an eine betätigungsorientierte Herausforderung; die Veränderung wird herbeigeführt, wenn die gewohnten Lösungsstrategien inadäquat sind für das Meistern der Herausforderung (Schultz & Schkade, 1997, zit. in AOTA, 2008, S. 662)
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	dem eigenen Körper zugewandte Aktivitäten (Rogers & Holm, 1994, zit. in AOTA, 2008, S. 669); Aktivitäten der Selbstversorgung
Aktivitätsanforderungen	Aspekte, die zur Ausführung einer Aktivität benötigt werden (AOTA, 2008, S. 669)
Betätigung	Alles, was Menschen tun, um sich zu beschäftigen; auch zur Selbstversorgung, zum Spass am Leben und um zum sozialen und ökonomischen Gefüge der Gesellschaft beizutragen (Law et al., 1997, zit. in AOTA, 2008, S. 672)
Betätigungsperformanz	Die Durchführung einer Betätigung/Aktivität; diese resultiert aus den Kompetenzen des Klienten, den Anforderungen der Aktivität und der Umwelt (AOTA, 2008, S. 650); z. B. ein Hemd bügeln
Coping (-Fertigkeiten)	Bewältigungsverhalten bzw. Fertigkeiten um mit belastenden Situationen umgehen zu können (Pschyrembel)
Delinquenz	Straffälligkeit; Verletzung rechtlicher Normen (Pschyrembel)
dissoziales Verhalten	konflikthaftes, aggressives oder egoistisches Verhalten, durch welches eine Person in Konflikt mit der Gesellschaft gerät (Pschyrembel)
Hyperaktivität	gesteigerte physische Aktivität; zeigt sich als körperliche Unruhe (Pschyrembel)
Impulsivität	Verhalten, das durch schnelle Reaktionen auf Impulse (Reize) geprägt ist; Handlungen/Reaktionen werden kaum geplant bzw. durchdacht (Pschyrembel)
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	Alltagsaktivitäten innerhalb des Haushalts oder der Gemeinde; beinhalten komplexere Interaktionen als Aktivitäten des täglichen Lebens (AOTA, 2008, S. 671); z. B. finanzielle Angelegenheiten regeln
Jugendalter (Jugendliche/r)	„Das Jugendalter ist eine Phase innerhalb des Lebenszyklus, die durch das Zusammenspiel biologischer, intellektueller und sozialer Veränderungen zur Quelle vielfältiger Erfahrungen wird“ (Oerter & Montada, 2008, S. 271). „Der Beginn des Jugendalters markiert das Eintreten der Geschlechtsreife (Pubertät)“ (Oerter & Montada, 2008, S. 272). Die Jugend wird in drei Phasen eingeteilt: frühe (10-13 Jahre), mittlere (14-17 Jahre) und späte (18-22 Jahre) Jugend (Steinberg, 2005, zit. in Oerter & Montada, 2008, S. 272) Der Begriff „Jugendlicher“ bezeichnet eine Person, die sich in der beschriebenen Phase befindet.
Klientenfaktoren	Spezifische Fähigkeiten, Eigenschaften, Merkmale und Einstellungen des Klienten, welche ihn bei Betätigungen beeinflussen (AOTA, 2008, S. 630)
Komorbidität/komorbid	Vorkommen von zwei oder mehreren diagnostisch unterschiedli-

	chen Krankheiten bei einem Patienten (Pschyrembel)
Partizipation	Teilhabe/Beteiligung an einer Lebenssituation (WHO, 2001, zit. in AOTA, 2008, S. 673)
Peer Group	Bezeichnung für eine Gruppe Gleichaltriger (Pschyrembel)
Performanzfertigkeiten	Fähigkeiten, die eine Person bei der Ausführung einer Aktivität zeigt (AOTA, 2008, S. 673)
Performanzmuster	Verhaltensmuster bei Routinen, Gewohnheitshandlungen, Ritualen und während Rollenausführungen (AOTA, 2008, S. 673)
Psychoedukation	Therapeutische Massnahme, um den Klienten über seine Erkrankung zu informieren und das Verständnis sowie den verantwortungsvollen Umgang damit zu fördern (Brandau & Kaschnitz, 2008)
Psychomotorische Behandlung	Therapeutisches Verfahren in Form von angeleiteten Spielen zur Förderung der Wahrnehmung und Bewegungsabläufe bei Kindern (Pschyrembel)
Sensorische Integrationstherapie	„spielerische Behandlungsmethode zur Förderung altersgerechter Sinnes- und Bewegungsfunktionen bei Kindern“ (Pschyrembel); begründet durch die Entwicklungspsychologin, Jean Ayres
sozialer Kontext; soziale Interaktion	Das natürliche Umfeld der Jugendlichen mit deren Bezugspersonen und Freunden, in welchem diese aufeinander wirken und zusammen agieren (soziale Interaktion).
Transition ins Erwachsenenalter/ Transitionsphase	Nach Reinders (2006, S. 15): Wechsel; „Übergang zum Erwachsenenstatus“; Gegenteil von Verbleib (Moratorium) in der Jugendphase. Der Begriff Transition wird in dieser Arbeit im Sinne einer Phase verwendet, die verschiedene Entwicklungsaufgaben (Begriff geprägt durch Havighurst) beinhaltet.
Unaufmerksamkeit bzw. Gegenteil von Aufmerksamkeit	Unfähigkeit, das Bewusstsein auf einen bestimmten Vorgang oder ein bestimmtes Objekt zu richten (Pschyrembel)

Wortzahl

Abstract: 162

Gesamte Arbeit (inkl. Abstract, exkl. Anhang): 7542

Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Verfasserin

Ort, Datum

Irene Wiedmer

Diemtigen,

Danksagung

Mein ausdrücklicher Dank gilt Frau Anja Langlotz, meiner Betreuerin, die mich während des gesamten Prozesses geduldig und ausdauernd beraten und unterstützt hat.

Ich bedanke mich auch herzlich bei den Fachpersonen, die ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben und meine Arbeit auf diese Weise bereicherten. Dies sind Jacqueline Bürki, Leiterin der Praxen und Tageszentren ergobern, ergoteam, rehapunkt und rehaclub in Bern und Murten sowie Katja Iseli, Berufs-, Studien- und Laufbahnberaterin im Berufsinformationszentrum in Bottmingen. Cordula Neuhaus danke ich für den Austausch per E-Mail und die Zustellung von Informationsmaterial.

Ein grosses Dankeschön verdienen meine lieben Studienkolleginnen, meine Familie und mein Partner. Sie haben mich durch alle Hochs und Tiefs begleitet und schliesslich meine Arbeit überprüft, hinterfragt und dadurch verbessert.

Anhang

Anhang A: Bewertungsformular Hauptstudie 1

Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMasterUniversität

TITEL

Krueger, M. & Kendall, J. (2001). Descriptions of Self: An Exploratory Study of Adolescents With ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(2), 61-72.

KOMMENTARE

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</p> <p>Es ist sehr wenig bekannt über den Verlauf der Krankheit, insbesondere nach der Kindheit. Da man jedoch weiss, dass sich die Störung nicht auswächst, ist es laut den Autorinnen wichtig, den betroffenen Jugendlichen eine Stimme zu geben, um zu erfahren, wie sie ihre Krankheit wahrnehmen und damit umgehen.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstversorgung (self-care)</p> <p><input type="checkbox"/> Produktivität</p> <p><input type="checkbox"/> Freizeit</p> <p><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz</p> <p><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds</p> <p><input type="checkbox"/> Betätigung (occupation)</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Es wurde sehr wenig Forschung betrieben mit Jugendlichen mit ADHS. Es ist jedoch erwiesen, dass diese Kinder auch in ihrer Jugend grosse Probleme haben und sich vielmals komorbide Störungen manifestieren. Man möchte erfahren, wie sich diese Jugendlichen fühlen und wahrnehmen.</p> <p>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Es ist keine Ergotherapie-spezifische Studie. Sie bezieht sich jedoch insofern auf meine Forschungsfrage, indem sie Aussagen darüber generiert, mit welchen Problemen Jugendliche mit ADHS konfrontiert sind.</p>
<p>STUDIENDESIGN</p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ethnographie</p> <p><input type="checkbox"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung)</p> <p><input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsforschung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Phänomenologie</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</p> <p>Wie der Titel beschreibt, wird in dieser Studie nach gelebter Erfahrung gefragt: Wie erleben Jugendliche ihre ADHS und wie gehen sie damit um? Das Design finde ich passend gewählt für die Fragestellung.</p>

<p>_____</p>	
<p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input checked="" type="radio"/> nein</p>	<p>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</p> <p>Keine Angaben über Hypothesen im Vorfeld, jedoch werden im Verlauf der Ergebnispräsentation Aussagen zu erwarteten Ergebnissen gemacht.</p>
<p>Verwendete Methode(n):</p> <p><input type="radio"/> teilnehmende Beobachtung</p> <p><input checked="" type="radio"/> Interviews</p> <p><input type="radio"/> historische Forschung</p> <p><input type="radio"/> Fokusgruppen</p> <p><input type="radio"/> andere</p> <p>_____</p>	<p>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</p> <p>Qualitative Interviews basierend auf „self-report“ wurden durchgeführt, d. h. es gab offene Fragestellungen, damit eine Konversation zustande kam. Interviews dauerten zwischen ein und zwei Stunden und wurden mit jedem Teilnehmenden zwei Mal durchgeführt, damit noch Unklarheiten beseitigt und weiterführende Informationen gesammelt werden konnten. Es lagen 8 Wochen zwischen den beiden Interviews; so konnten auch die Jugendlichen sich noch Gedanken machen, was sie beim nächsten Termin noch ergänzen möchten.</p>
<p>STICHPROBENAUSWAHL</p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</p> <p>Teilnehmende wurden durch Inserate in Schulen, Familienberatungsstellen und Arztpraxen gefunden.</p> <p>Es wurden 11 weisse Jugendliche (8 männlich, 3 weiblich) untersucht, die mind. seit 2 Jahren mit der Diagnose ADHS leben und alle medikamentös behandelt werden.</p> <p>Die Teilnehmenden sind ausführlich beschrieben. Nachdem mit 8 Jugendlichen je 2 Interviews durchgeführt waren, wurde Redundanz erreicht.</p> <p>Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren.</p> <p>Vor der Stichprobenauswahl wurde das Studiendesign durch das „Institutional Review Board“ einer grossen Universität im Nordwesten der USA genehmigt.</p> <p>Wohlinformierte Zustimmung wurde von den Eltern wie von den Jugendlichen eingeholt.</p> <p>Von der Genehmigung durch eine Ethik-Kommission ist nicht die Rede.</p>
<p>DATENERHEBUNG</p> <p>Deskriptive Klarheit</p> <p>klare und vollständige Beschreibung von:</p> <p>Ort <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Teilnehmern <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Referenzen des Forschers <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen?</p> <p>Es wird deutlich beschrieben, wie die Daten erhoben wurden, jedoch nicht wo. Gesamtbild ist aber nachvollziehbar.</p> <p>Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</p> <p>Die Referenzen der Forscherin werden nur knapp beschrieben und die Beziehung zu den Teilnehmenden dieser Studie gar nicht. Die Annahmen sind dargelegt, jedoch erst unter den „Findings“ erwähnt und nicht „in</p>

<p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing") <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Prozedurale Strenge</p> <p>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein (bzw. teilweise)</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Klammern“.</p> <p>Beschreiben Sie die Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</p> <p>Der Interviewablauf ist nachvollziehbar beschrieben, jedoch nicht, wer die Interviews durchführte, bzw. ob und wie diese Personen geschult wurden. Informationsquellen sind alle angegeben.</p> <p>Das Setting der Datenerhebungen dürfte detaillierter beschrieben sein.</p>
<p>DATENANALYSE</p> <p>Analytische Genauigkeit</p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Überprüfbarkeit</p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</p> <p>Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und mittels „constant comparative“ analysiert. Memos wurden geschrieben, um Gedankengänge später nachvollziehbar zu machen. Ethnograph 95 (Software) wurde für das Datenmanagement benutzt. Es werden keine Alternativen erläutert.</p> <p>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</p> <p>Codes wurden erstellt und anschliessend Kategorien daraus gebildet, um Schlüsselvariablen zu generieren.</p> <p>Es wird kein „audit trail“ beschrieben, jedoch geht deutlich hervor, wie Kategorien gebildet und auf was speziell geachtet wurde. Es wird auch erklärt, warum diese bestimmte Schlüsselvariable („ADHD-defined self“) gewählt wurde.</p> <p>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</p> <p>Aus den gewonnen Daten wurden schliesslich zwei Hypothesen formuliert, die sich bei einer erneuten Erhebung wieder bewahrheiten würden (Induktion; jedoch nicht explizit erwähnt). Zusätzlich zur Schlüsselvariablen („ADHD-defined self“) wurden Unterkategorien gebildet, welche den verschiedenen Aspekten des Hauptthemas Rechnung tragen.</p> <p>Es wurden Zusammenhänge zwischen dem Erleben und Managen von ADHS und dem Geschlecht der Betroffenen festgestellt.</p>

<p>Theoretische Verbindungen</p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach:</p> <p>Quellen/Daten <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Methoden <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Forscher <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Theorien <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein ?</p> <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</p> <p>Glaubwürdigkeit wird durch „peer debriefing“ (Einbezug anderer Forscher in Überprüfung des Analyseprozesses) und „member checks“ begründet. Zudem wurden zwei Experten für ADHD für die Überprüfung und Bestätigung der theoretischen Codes und Ergebnisse der Studie beigezogen.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichen Begrenzungen der Studie?</p> <p>Das soziale, akademische und familiäre Milieu eines Jugendlichen mit ADHS muss für die richtige Behandlung verstanden und miteinbezogen werden. Ein multimodaler Behandlungsansatz mit psychotherapeutischer Komponente (z. B. Psychoedukation, Verhaltenstraining) wird empfohlen. Damit Jugendliche mit ADHS Empathie und Verantwortungsbewusstsein entwickeln können, sind sie angewiesen auf eine stabile/adäquate Selbstwahrnehmung. Ihnen muss geholfen werden, ihre Persönlichkeit zu entwickeln, damit sie sich selbst richtig wahrnehmen und sich ihrer selbst bewusst werden.</p> <p>Weitere Forschung zum Thema Entwicklung der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen wird verlangt.</p> <p>Begrenzungen: kleine Stichprobe, insbesondere wenig Mädchen und nur Personen weisser Hautfarbe. Es ist somit nicht möglich, eine gültige Aussage zu Geschlechter- und kulturellen Unterschieden zu machen.</p>

Anhang B: Bewertungsformular Hauptstudie 2

Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMasterUniversität

TITEL

Bitar, P. (2004). <i>The Self-Perceptions of Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> (Doctoral Dissertation). Duquesne University, Pittsburgh.
Retrieved from: Gumberg Library http://digital.library.duq.edu/cgi-bin/showfile.exe?CISOROOT=/etd&CISOMODE=print&CISOPTR=26875&filename=27135.cpd

KOMMENTARE

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</p> <p>Die Selbstwahrnehmung von Jugendlichen mit ADHS soll untersucht werden. Fachpersonen sollen durch die Ergebnisse Jugendliche mit dieser Problematik besser verstehen.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstversorgung (self-care)</p> <p><input type="checkbox"/> Produktivität</p> <p><input type="checkbox"/> Freizeit</p> <p><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz</p> <p><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds</p> <p><input type="checkbox"/> Betätigung (occupation)</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Es existieren sehr wenige Studien, die die Selbstwahrnehmung bei ADHD untersuchen und dies meist nur bei Kindern. Bitar bezeichnet sich als Folgestudie von Krueger & Kendall (2001), welche nach Studien zur Selbstwahrnehmung bei Jugendlichen mit ADHS verlangen.</p> <p>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Sie bezieht sich nicht auf die Ergotherapie, jedoch auf meine Frage, welche Probleme Jugendliche mit dieser Störung erleben. Sie thematisiert das Erleben des Jugendalters, welches durch ADHS beeinflusst ist.</p>
<p>STUDIENDESIGN</p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ethnographie</p> <p><input type="checkbox"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung)</p> <p><input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsforschung</p> <p><input type="checkbox"/> Phänomenologie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> andere</p>	<p>Welches Design hatte die Studie? Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</p> <p>Es handelt sich in dieser Doktorarbeit um eine triangulierte Querschnittstudie (cross-sectional triangulated study), welche quantitative und qualitative Methoden beinhaltet, um Daten Jugendlicher betreffend ihrer Selbstwahrnehmung zu sammeln. Dieses Design wurde gewählt, damit keine Informationen unentdeckt bleiben aufgrund einer einseitigen Methodenwahl (nur qualitativ oder nur quantitativ). Da es sich um einen Vergleich von Jugendlichen</p>

<u>triangulierte Querschnittstudie mit quantitativer und qualitativer Methodik zur Datenerhebung</u>	mit und ohne ADHS handelt, finde ich das Design angemessen.
Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie. Die Forscherin legt offen, inwiefern sie mit Jugendlichen in Kontakt steht, was sie zur Verfassung der Arbeit veranlasst hat und was sie dadurch gelernt hat.
Verwendete Methode(n): <input type="checkbox"/> teilnehmende Beobachtung <input checked="" type="checkbox"/> Interviews <input type="checkbox"/> historische Forschung <input type="checkbox"/> Fokusgruppen <input checked="" type="checkbox"/> andere <u>quantitative Messinstrumente</u>	Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n). Es wurden 3 quantitative Fragebogen und ein halbstrukturiertes Interview, inkl. Follow-up-Interview zur weiteren Klärung und Überprüfung der Aussagen durchgeführt.
STICHPROBENAUSWAHL Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben	Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen? Alle Teilnehmenden stammen aus derselben High School im Bundesstaat Pennsylvania und besuchen die Klassen 9-12 (grades). Es wurden 44 Jugendliche zwischen 14 und 19 Jahren ausgewählt (21 mit ADHS (17♂, 4♀), 23 ohne ADHS (19♂, 4♀)) und daraus 23 Informationspaare gebildet. Sättigung wurde nicht erreicht. Die Forscherin begründet dies jedoch mit der individuellen Wahrnehmung jedes einzelnen Teilnehmenden betreffend seiner Situation. Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren. Die Studie wurde durch das Institutional Review Board der Duquesne Universität genehmigt und die Bewilligung für die Durchführung wurde durch die Schulkommission erteilt. Die Jugendlichen sowie deren Eltern wurden ausführlich über die Studie informiert und unterschrieben das Einwilligungsformular. Sie wurden über ihre Rechte (z. B. drop-out) aufgeklärt. Alle Daten wurden jederzeit vertraulich behandelt und nach 5 Jahren vernichtet.
DATENERHEBUNG Deskriptive Klarheit klare und vollständige Beschreibung von: Ort <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilnehmern <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Referenzen des Forschers <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen? Die quantitativen sowie die qualitativen Datenerhebungsverfahren wurden zwischen Januar und Juni im schulischen Kontext (meist nach Schulschluss) durchgeführt. Die Forscherin erhob alle Daten selbst. Das Gesamtbild wird klar. Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?

<p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern x ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing") x ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Prozedurale Strenge</p> <p>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge? x ja o nein o nicht angegeben</p>	<p>Die Elemente wurden klar und nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Beschreiben Sie die Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</p> <p>In der ersten Phase wurden mit allen Jugendlichen die quantitativen Datenerhebungsinstrumente durchgeführt (SPPA, SCS, IS), anschliessend wurden qualitative Interviews mittels guides geführt.</p> <p>Die Instrumente erheben die Selbstwahrnehmung von Jugendlichen und die Wichtigkeitsgrade von Aussagen, was dem Gesamtbild durchaus dient.</p> <p>Die Forscherin fragte einige, was es bedeute, ein Teenager zu sein. Diese Frage musste sie im Follow-up-Interview dann noch all denen stellen, bei denen sie dies nicht gefragt hatte.</p>
<p>DATENANALYSE</p> <p>Analytische Genauigkeit</p> <p>War die Datenanalyse induktiv? x ja o nein o nicht angegeben</p> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider? x ja o nein</p> <p>Überprüfbarkeit</p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben? x ja o nein o nicht angegeben</p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben? x ja o nein o nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</p> <p>Die qualitativen Daten wurden mit der Software „Ethnograph“ verwaltet und analysiert (Methoden nach van Kaam und Munhall). Es wurden narrative Zusammenfassungen geschrieben, welche die Teilnehmenden schliesslich überprüften. Die qualitativen Teile wurden mittels „coding“ ausgewertet, die quantitativen Teile wurden mittels t-Tests miteinander verglichen und Spearman correlation wurde verwendet für das Korrelieren der Daten.</p> <p>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</p> <p>Sie beschreibt, wie sie Kategorien und daraus Codes gebildet (nähere Beschreibung der Kategorien, um Konsistenz zu gewährleisten, damit Codebildung möglich war) und es Mehrfach-Codes gegeben hat. Codes wurden verwendet, um während der Datenanalyse Datengruppen im Ethnograph zu suchen und abzufragen.</p> <p>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</p> <p>Methode nach van Kaam wird beschrieben.</p> <p>Die Forscherin begründet, warum sie die Ergebnisse in der Reihenfolge bekannt gibt, wie sie es tut (logischer Aufbau: z. B. erst erklären was Jugend bedeutet und anschliessend was ADHS während Jugend bedeutet).</p>

<p>Theoretische Verbindungen</p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p>x ja</p> <p>o nein</p>	
<p>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach:</p> <p>Quellen/Daten x ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Methoden x ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Forscher x ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Theorien x ja <input type="checkbox"/> nein?</p> <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p>x ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</p> <p>Triangulierung: Es wurden Jugendliche mit und ohne ADHS untersucht mittels qualitativen und quantitativen Methoden. Bei der Auswertung der Daten war eine zusätzliche Expertin für qualitative Forschung beteiligt. Die Datenanalyse wurde nach van Kaam und Munhall gestaltet. Die Studienteilnehmenden überprüften die Aussagen auf ihre Richtigkeit.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <p>x ja</p> <p>o nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichen Begrenzungen der Studie?</p> <p>Die Selbstwahrnehmung von Jugendlichen mit ADHS wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, am meisten von ihrer Unaufmerksamkeit und vom Umfeld (Ablehnung). Ein Modell der Unaufmerksamkeit wurde entwickelt, das veranschaulicht, wie es zum Versagen durch Unaufmerksamkeit kommt. Auch hilfreiche Faktoren zum Überwinden von Schwierigkeiten werden aufgezeigt.</p> <p>Die Forscherin gibt Implikationen für „school nursing“. Dieses System gibt es in der Schweiz nicht, viele Implikationen können aber auf die Zuständigkeiten der hierzulande tätigen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen übertragen werden: z. B. Vernetzung von Schule, Eltern, Lehrbetrieben (Case Management), Erarbeitung von Copingstrategien, Erlernen von Fertigkeiten für das Arbeitsleben.</p> <p>Limitierungen: Nur Schüler der Senior High School einer Stadt in den USA wurden untersucht, es wurde keine erneute Überprüfung der Diagnose gemacht, Komorbiditäten wurden nicht berücksichtigt, die Jugendlichen wurden nicht nach Geschlecht oder Klasse (grade) eingeteilt, die Demographie der Jugendlichen ohne ADHS wurde nicht erhoben, 6 Teilnehmende der Gruppe ADHS haben keine offizielle Diagnosestellung durch einen Arzt.</p>

Anhang C: Bewertungsformular Hauptstudie 3

Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMasterUniversität

TITEL

Gallichan, D. J. & Curle C. (2008). Fitting Square Pegs into Round Holes: The Challenge of Coping with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 343-363.

KOMMENTARE

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</p> <p>Die Forscherinnen wollten herausfinden, was es für Betroffene bedeutet mit ADHS zu leben, mit dem Fokus auf den Umgang mit der Krankheit sowie ihren sozialen Kontext.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstversorgung (self-care)</p> <p><input type="checkbox"/> Produktivität</p> <p><input type="checkbox"/> Freizeit</p> <p><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz</p> <p><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds</p> <p><input type="checkbox"/> Betätigung (occupation)</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Keine bisher veröffentlichte Forschung untersuchte die Beziehungen zwischen einzelnen sich beeinflussenden Faktoren, die sich auf Jugendliche mit ADHS auswirken.</p> <p>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Die Studie bezieht sich nicht auf die Ergotherapie.</p> <p>Sie bezieht sich auf meine Forschungsfrage, weil sie Ergebnisse liefert bezüglich Herausforderungen, denen Jugendliche mit ADHS gestellt sind und diese direkt von Betroffenen selbst dargelegt werden.</p>
<p>STUDIENDESIGN</p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ethnographie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung)</p> <p><input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsforschung</p> <p><input type="checkbox"/> Phänomenologie</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> <p>_____</p>	<p>Welches Design hatte die Studie? Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</p> <p>Der aktuelle Wissensstand über ADHS und die Perspektiven Jugendlicher wird dargelegt. Da nicht nur die Erfahrungen der Jugendlichen aufgenommen werden wollten, sondern die Umstände, die dahinter steckten, wurde das Design der Grounded Theory nach Charmaz (2006) gewählt. Dieser sozial-konstruktivistische Ansatz betrachtet die Daten als zwischen Forscher und Teilnehmer gemeinsam erschaffenes Werk.</p>

<p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</p> <p>Die Forscherin glaubt, dass das Konstrukt ADHS nicht aus nur einer Perspektive (z. B. neurologische Ursache) erklärt werden kann. Zustände und deren Wahrnehmungen seien sozial beeinflusst.</p> <p>Um die Auswirkungen der Rolle der Forscherin auf die Daten und deren Analyse stets zu berücksichtigen, wurden Memos geschrieben und Supervision betrieben.</p>
<p>Verwendete Methode(n):</p> <p><input type="checkbox"/> teilnehmende Beobachtung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Interviews</p> <p><input type="checkbox"/> historische Forschung</p> <p><input type="checkbox"/> Fokusgruppen</p> <p><input type="checkbox"/> andere</p> <p>_____</p>	<p>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</p> <p>Es wurden semi-strukturierte Interviews im Sinne von geleiteten Konversationen durchgeführt. Jedoch wurde den Schilderungen von Erfahrungen und Interpretationen der Teilnehmenden höhere Priorität beigemessen als der Einhaltung des Interviewleitfadens. Informationen der Interviewten wurden immer wieder zusammengefasst und gespiegelt, um die Richtigkeit zu gewährleisten und für weitere Ausführungen anzuregen.</p>
<p>STICHPROBENAUSWAHL</p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</p> <p>Einschlusskriterien: Diagnose ADHD gemäss DSM-IV durch Psychiater oder Pädiater, Alter zwischen 11 und 17, keine komorbide autistische Spektrumsstörung, keine Pflegekinder, keine Kinderschutzmassnahmen involviert.</p> <p>Fachpersonal eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungszentrums gaben das Informationsmaterial betreffend der Studie an ihre Patienten ab, wenn diese die Einschlusskriterien für die Teilnahme erfüllten. Das Infomaterial bestand aus Broschüren für die Jugendlichen, einer Hörkassette für diejenigen, die Schwierigkeiten mit dem Lesen haben und ein Informationsblatt für die Eltern sowie einem Antwortformular mit frankiertem Umschlag. Die Zustimmung für die Kontaktaufnahme durch die Forscherin erfolgte mittels Antwortformular oder telefonisch über das Versorgungszentrum. Die Forscherin besuchte potenzielle Teilnehmende zu Hause, um sie detailliert über das Vorgehen zu informieren und allfällige Fragen zu beantworten. Wenn der/die Jugendliche einverstanden war, mitzumachen, wurde die schriftliche Einwilligung abgeholt (bei unter 16 Jährigen von den Eltern) und das Interview begann.</p> <p>Es wurden Teilnehmende rekrutiert bis theoretische Sättigung erreicht war.</p> <p>Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren.</p> <p>Die Studie erhielt die Zustimmung vom NHS local research ethics committee.</p>
<p>DATENERHEBUNG</p> <p>Deskriptive Klarheit</p> <p>klare und vollständige Beschrei-</p>	<p>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das "Gesamtbild" zu verstehen?</p> <p>Die Leitfragen sind offen gelegt. Die Orte der Datenerhebung werden nicht ausführlich beschrieben, jedoch wird</p>

<p>bung von:</p> <p>Ort <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Teilnehmern <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Referenzen des Forschers <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe der Annahmen des Forschers "in Klammern" ("bracketing") <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Prozedurale Strenge</p> <p>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>erwähnt, dass sie bei den Teilnehmenden zu Hause stattfand. Die Teilnehmenden werden näher beschrieben (Familienstruktur, Herkunft, besuchter Schultyp). Auch die Forscherin legt ihre Position offen dar. Das Gesamtbild kann erfasst werden.</p> <p>Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</p> <p>Die Leitfragen sowie die Informationen über die Teilnehmenden sind in Tabellen ersichtlich. Über die Erfahrungen, Annahmen und die Position der Forscherin erhält man in der Einleitung sowie im Anhang Informationen.</p> <p>Der Rahmen und die Reaktion der Teilnehmenden während der Interviewdurchführung dürften detaillierter beschrieben sein.</p> <p>Beschreiben Sie die Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das "Gesamtbild"? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</p> <p>s. Beschreibungen oben</p>
<p>DATENANALYSE</p> <p>Analytische Genauigkeit</p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Überprüfbarkeit</p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes</p>	<p>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</p> <p>Alle Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Daten wurden anonymisiert. Der Auswertungspfad begründet auf der Theorie von Charmaz (2006) und wird in tabellarischer Form dargelegt. Externe Validierung wird erreicht durch Peer Review, Supervision, Ärztekonsultationen und Überprüfung durch die Teilnehmenden selbst. Andere theoretische Hintergründe werden diskutiert und begründet ausgeschlossen. Ich erachte die Methode als geeignet.</p> <p>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</p> <p>Verfahren nach Charmaz (2006):</p> <p>Erste Phase: Open Coding (Transkripte Linie für Linie durchgegangen und Konzepte benennt; teilweise wortwörtlich möglich; constant comparison; Memo geschrieben).</p> <p>Zweite Phase: Selective Coding (Codes erweitern in abstraktere Konzepte, noch einmal Transkripte durchgegangen, Memo geschrieben).</p> <p>Dritte Phase: Theoretical Coding (Konzepte auf Verbindungen untereinander überprüft und kategorisiert, Memos und Diagramme erstellt, um Eigenschaften und Dimensio-</p>

<p>adäquat beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Theoretische Verbindungen</p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>nen von Kategorien und deren Verbindung untereinander zu klären).</p> <p>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</p> <p>Ein Grounded Theory-Modell (vicious cycle und virtuous cycle) wurde erstellt, um die Beziehungen der gewonnenen Kategorien untereinander darzustellen. Die Teilnehmenden konnten sich mit diesem Modell identifizieren. Eine Metapher versinnbildlicht die Erkenntnisse.</p>
<p>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach:</p> <p>Quellen/Daten <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Methoden <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein</p> <p>Forscher <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Theorien <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein?</p> <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervision für die Hauptforscherin - Ein selbst von ADHS Betroffener und dessen Mutter begleiteten die ganze Studie als Berater - Member Checking - Peer Review - Konsultationen bei Fachärzten während der Untersuchungen - Die gewonnenen Erkenntnisse samt Modell wurden Pädiatern und Kinder- und Jugendpsychiatern vorgestellt und diese empfanden die Ergebnisse als hoch relevant für die Praxis
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</p> <p>Der soziale Kontext hat einen tiefgreifenden Einfluss auf Jugendliche mit ADHS. Herausforderungen entstehen aufgrund der Fehlanpassung zwischen der Umwelt und ihren Bedürfnissen. Wenn Bezugspersonen Jugendliche so akzeptieren und wertschätzen, wie sie sind, werden diese bemächtigt, kompetenter und motivierter zu handeln, was sich wiederum positiv auf ihr Selbstwertgefühl auswirkt.</p> <p>Implikationen: Veränderungen in der Umwelt der Jugendlichen sollten vorgenommen werden bevor die Person sich verändern muss. Ressourcen müssen gefördert werden. Medikamente sollten nur eingesetzt werden, wenn dies die Jugendlichen wollen.</p> <p>Limitierungen: klinische Stichprobe, alle nahmen Medikamente, alle sind weiss und leben in kleinen bis mittelgroßen Städten in Südwestengland, männliche Mehrheit der Teilnehmenden, ADHS war von Beginn der Interviews an das Hauptthema (bias?). Erkenntnisse sind nicht für alle von ADHS betroffenen Jugendlichen weltweit gültig. Es können aufgrund der wenigen weiblichen Teilnehmenden</p>

	keine geschlechtsspezifischen Aussagen gemacht werden.
--	--

Anhang D: Bewertungsformular Hauptstudie 4

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998

McMasterUniversität

TITEL

Tischler, L., Schmidt, S., Petermann, F. & Koglin, U. (2010). ADHS im Jugendalter: Symptomwandel und Konsequenzen für Forschung und klinische Praxis. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(1), 23-34.

KOMMENTARE

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Es wurde erforscht, ob schon im Jugendalter ähnliche bzw. gleiche Symptome der ADHS auftreten wie im Erwachsenenalter und welche Auswirkungen dies auf die klinische Praxis hat.</p> <p>Die Symptome der ADHS im Jugendalter sind noch wenig erforscht. Meine Arbeit beinhaltet, herauszufinden, welche Probleme bei Jugendlichen mit ADHS auftreten. Diese Studie gibt exakte Antworten darauf.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Dass die ADHS eine Lebensspannenerkrankung darstellt, ist mittlerweile bekannt. Die Symptome verändern sich jedoch je nach Alter. Diesem Aspekt muss gemäss den Autoren Rechnung getragen werden, indem die Veränderungen erforscht werden.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Kohortenstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelfall-Design</p> <p><input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design</p> <p><input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie</p> <p><input type="checkbox"/> Querschnittsstudie</p> <p><input type="checkbox"/> Fallstudie</p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Es wurden aus einer bevölkerungsrepräsentativen Zufallsstichprobe nur Personen einer gewissen Altersspanne gewählt, bei welchen anschliessend durch verschiedene Instrumente (u. a. ADHS-E) Daten erhoben wurden. Die Datenerhebung entspricht der Fragestellung, z. B. Lebensqualität, ADHS-Symptome.</p> <p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>Es werden keine Angaben über die Freiwilligkeit der Teilnahme gemacht. Zudem geht nicht hervor in welcher Zeit die Datenerhebung gemacht wurde; z. B. sind Schüler gegen Ende des Semesters oft gestresst und müde, was sich auf</p>

	<p>die Lebenszufriedenheit (Ergebnisse) auswirken kann.</p> <p>Es wird beschrieben, dass die Fragebögen von den Studienteilnehmenden im Beisein eines Assistenten ausgefüllt wurden. Es geht nicht klar hervor, ob diese Assistenten Hilfestellungen beim Ausfüllen geben mussten oder nicht, bzw. ob diese allenfalls Einfluss gehabt haben könnten auf die Antworten.</p>		
<p>STICHPROBE N = 140</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>140 Jugendliche (50 % m & 49 % w) zwischen 14 und 19 Jahren wurden aufgrund des Alters aus einer bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung ausgewählt. Ihre Schulbildung und Nationalität wird erwähnt.</p> <p>Die Vergleichsgruppe besteht aus 20 bis 91 Jährigen, welche das ADHS-E durchlaufen haben.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Es wird kein explizites „informed consent – Verfahren“ beschrieben, lediglich erwähnt, dass sich 2524 Probanden bereit erklärt haben, bei der Untersuchung mitzuwirken.</p>		
<p>Ergebnisse (outcomes)</p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre, postfollow up)).</p> <p>Alle Testergebnisse wurden nach der Untersuchung einmalig mit dem Softwareprogramm SPSS.16 analysiert.</p> <table border="1" data-bbox="632 1265 1455 1756"> <tr> <td data-bbox="632 1265 1054 1756"> <p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <p>Impulskontrolle/Disinhibition, Stresstoleranz, Lebenszufriedenheit, Emotion und Affekt, Aufmerksamkeitssteuerung;</p> <p>Unterschiede Mädchen/Jungen</p> </td> <td data-bbox="1054 1265 1455 1756"> <p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Instrumente: ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E), SF-12, Satisfaction With Life Scale (SWLS), Patient Health Questionnaire (PHQ)</p> <p>Datenanalyse: durch SPSS.16, t-Tests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden w/m, Pearsons r für Zusammenhangshypothesen</p> </td> </tr> </table>	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <p>Impulskontrolle/Disinhibition, Stresstoleranz, Lebenszufriedenheit, Emotion und Affekt, Aufmerksamkeitssteuerung;</p> <p>Unterschiede Mädchen/Jungen</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Instrumente: ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E), SF-12, Satisfaction With Life Scale (SWLS), Patient Health Questionnaire (PHQ)</p> <p>Datenanalyse: durch SPSS.16, t-Tests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden w/m, Pearsons r für Zusammenhangshypothesen</p>
<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <p>Impulskontrolle/Disinhibition, Stresstoleranz, Lebenszufriedenheit, Emotion und Affekt, Aufmerksamkeitssteuerung;</p> <p>Unterschiede Mädchen/Jungen</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Instrumente: ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E), SF-12, Satisfaction With Life Scale (SWLS), Patient Health Questionnaire (PHQ)</p> <p>Datenanalyse: durch SPSS.16, t-Tests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden w/m, Pearsons r für Zusammenhangshypothesen</p>		
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Allen Teilnehmenden (N=140) wurden je einmal das ADHS-E, SF-12, die SWLS und der PHQ zum Ausfüllen gegeben. Es war dabei jeweils ein Assistent im Raum.</p> <p>Die Erhebungsinstrumente werden zwar klar beschrieben, jedoch nicht das Setting der Datenerhebung und die Rollen</p>		

<p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</p> <p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><input checked="" type="radio"/> entfällt</p>	<p>der Assistenten dabei.</p> <p>Diese Untersuchung bezieht sich nicht auf die Ergotherapie.</p>
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> entfällt</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. $p < 0.05$)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Einige Ergebnisse sind statistisch signifikant, z. B.: ältere Jugendliche sind stresstoleranter ($p=0.03$), eingeschränkte Lebensqualität im Zusammenhang mit ADHS ($p<0.001$), Depressivität geht oft mit ADHS einher ($p=0.02$). Andere zeigen bei Jugendlichen höhere Werte, jedoch nicht genug hohe für das Prädikat „signifikant“.</p> <p>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</p> <p>Jugendliche haben im Vergleich zur Normstichprobe des ADHS-E eine deutlich grössere Streuung der Werte auf der Skala „Impulskontrolle/Disinhibition“, also muss dieser Aspekt in der klinischen Praxis bei der Behandlung dieser Personen berücksichtigt werden. Sie haben zudem vermehrt Probleme im Bereich „Emotion und Affekt“ sowie „Unruhe-Überaktivität“ und erleben eine geringere Lebensqualität. Sie leiden öfters an Depressionen und Beeinträchtigung der Aufmerksamkeitssteuerung.</p>
<p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	<p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Unvollständige Daten von 5 Personen aus der Normstichprobe und fehlende Werte von 2 Jugendlichen in der untersuchten Stichprobe führten zum Ausschluss von 7 Personen. Über die Handhabung der Ausschlüsse liegen keine Informationen vor.</p>

<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</p> <p>ADHS beeinträchtigt die Lebenszufriedenheit von Jugendlichen stark. Psychische Einflussfaktoren müssten in die Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV aufgenommen werden, zumal depressive Symptome oft auftreten.</p> <p>Lebenszufriedenheit sollte in der Arbeit mit ADHS-Betroffenen sowohl diagnostisch als auch therapeutisch einen höheren Stellenwert erhalten.</p> <p>Jugendliche sollten im Rahmen von Längsschnittstudien bei wichtigen Lebensübergängen begleitet werden, damit kritische Phasen erkannt und angegangen werden können.</p> <p>Begrenzungen: es wurde eine nicht-klinische Stichprobe untersucht, was das Bedürfnis für eine Untersuchung einer klinischen Stichprobe erhöht. Es könnten aufgrund der Einschlusskriterien Personen als ADHS-Betroffene identifiziert worden sein, die jedoch die Diagnosekriterien nicht allesamt erfüllen.</p>
--	---

Anhang E: Bewertung der Hauptstudien

Hauptstudie	Kurzbewertung
<p>Krueger & Kendall (2001)</p>	<p>Bei der qualitativen Studie von Krueger & Kendall (2001) lässt die Beschreibung der Datenerhebung Mängel erscheinen. Es wird weder erwähnt, wer die Interviews mit den Jugendlichen durchgeführt hat, noch wie diese Personen darauf vorbereitet und geschult wurden. Zudem geht aus der Beschreibung nicht hervor, wo die Interviews gemacht wurden, welche Rollen die Forschenden dabei hatten und wie deren Beziehung zu den Studienteilnehmenden aussah. Angaben über die Triangulierung fehlen grösstenteils, so kann kaum bestimmt werden, ob die Ergebnisse vertrauenswürdig sind. Auch fehlt ein genauer Beschrieb der Datenauswertung (audit trail). Durch diese Faktoren wird die prozedurale Strenge als ungenügend eingehalten angesehen. Jedoch berufen sich die Autorinnen betreffend Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse auf die Prozesse des „peer debriefings“, „member checkings“ und den Einbezug zweier Experten bei der Auswertung. Weitere Limitierungen sind in der Gültigkeit der Aussagen betreffend Ethnie und Geschlecht aufgefallen. Es wurden nur weisse, amerikanische Jugendliche, davon nur drei weiblichen Geschlechts untersucht. Auf dieser Grundlage kann keine gültige kultur- und geschlechterübergreifende Aussage gemacht werden.</p> <p>Das Ziel und der Zweck der Studie sind gut beschrieben. Trotz vieler Mängel in der Studienbeschreibung, liefern die Autorinnen einen guten Einblick in einige Problembereiche und die Wahrnehmungsformen Jugendlicher mit ADHS und tragen daher zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit bei. Ausserdem werden die Ergebnisse von Resultaten aus später durchgeführten Studien gestützt, was wiederum die Vertrauenswürdigkeit erhöht. Da es keine tiefgreifenden Unterschiede zwischen der nordamerikanischen und der europäischen Kultur gibt, insbesondere bezüglich Umgang mit einer Krankheit, sind die Ergebnisse durchaus auf die Schweiz übertragbar.</p>
<p>Bitar (2004)</p>	<p>Bitar (2004) reichte eine wissenschaftlich hochstehende Dissertation ein. Die Limitierungen bewegen sich im akzeptablen Rahmen. Bei der Datenerhebung wurde keine Redundanz erreicht. Die Stichprobengrösse ist jedoch mit</p>

	<p>21 Jugendlichen mit ADHS nicht zu klein. Gleichwohl wurden nur Jugendliche einer Stadt untersucht, was die Generalisierbarkeit etwas mindert. Auch wurden für die Untersuchung die Diagnosen der Teilnehmenden mit ADHS nicht erneut überprüft. Die wichtigsten wissenschaftlichen Kriterien wurden erfüllt, daher ist die Studie sehr vertrauenswürdig. Die Autorin gibt Implikationen für den Bereich „School Nursing“. Dies erschwert die Übertragbarkeit der Vorschläge leicht, da es diese Form von Schulpflege in der Schweiz nicht gibt. Die Implikationen können jedoch im europäischen System verschiedenen Fachbereichen zugeordnet werden. Sie dienen überall dort, wo mit Jugendlichen mit ADHS gearbeitet wird. So kann auch die Ergotherapie von den Erkenntnissen und Schlussfolgerungen profitieren. Bitar öffnet durch ihre Arbeit den Blickwinkel für Fachpersonen. Der Einfluss des Umfeldes auf die Jugendlichen mit ADHS darf nicht unterschätzt werden. Auch diese Dissertation liefert Antworten auf die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit, indem sie auf Probleme Jugendlicher mit ADHS und deren Selbstwahrnehmung eingeht.</p>
<p>Gallichan & Curle (2008)</p>	<p>Diese Studie weist ein ebenso hohes Qualitätslevel betreffend wissenschaftlicher Gütekriterien auf. Ausser des Ortes der Datenerhebung und die Triangulierung nach Methode und Theorie sind alle Kriterien vollumfänglich und gut begründet beschrieben. Der Prozess der Datenerhebung und -Analyse wird detailliert aufgezeigt und das entwickelte Modell mit der Metapher trägt zusätzlich zum Verständnis der Problematik bei. Die Forscherinnen selbst greifen das Thema der „bias“ auf. Es könnte sein, dass die Ergebnisse verfälscht wurden, da ADHS bei den Interviews von Beginn an das Thema war. Aufgrund der eindeutigen Mehrheit männlicher Studienteilnehmer, sind die Ergebnisse für die weiblichen Betroffenen mit Vorsicht zu geniessen. Auch kulturell können keine Verallgemeinerungen gemacht werden, da das Sample nur aus weissen, südwestenglischen Jugendlichen bestand. Die Studie generiert wertvolle Aussagen über den Konflikt zwischen den Anforderungen, die von der Aussenwelt an die Jugendlichen gestellt werden und deren eigenen Bedürfnissen. Die Ergebnisse sind problemlos auf unseren schweizerischen Kontext übertragbar aufgrund der Ähnlichkeit der Kultur und den Anforderungen, die an Jugendliche gestellt wer-</p>

	den.
Tischler, Schmidt, Petermann & Koglin (2010)	<p>Die quantitative Studie von Tischler et al. (2010) beschreibt die Untersuchung einer nicht-klinischen Stichprobe, mit welcher neue Zusammenhänge zwischen ADHS-Symptomen und der subjektiv empfundenen Lebenszufriedenheit bei Jugendlichen festgestellt werden konnten. Leider beschreiben die Autoren nicht, wie viele der untersuchten Jugendlichen tatsächlich an einer ADHS leiden, bzw. eine offizielle Diagnose haben. Allen Jugendlichen wurde das ADHS-E verabreicht und die Zusammenhänge darauf basierend erstellt. Laut Steinhausen, Rothenberger & Döpfner (2010) darf eine Diagnose nicht ausschliesslich auf einem Erhebungsinstrument basierend gestellt werden, sondern bedarf einer eingehenden Untersuchung verschiedener Bereiche. Unter anderem sollte ein Interview mit dem Betroffenen sowie seinen Eltern gemacht werden, eine Verhaltensbeobachtung sei angebracht, wie auch die psychologische Testung und die körperliche Untersuchung. Schliesslich sei es wichtig, die Differentialdiagnose zu stellen, damit andere Störungsbilder ausgeschlossen werden könnten. Welche Jugendliche gemäss Tischler et. al (2010) somit als von ADHS betroffen beurteilt wurden, ist kritisch zu beleuchten.</p> <p>Eine identische Wiederholung der Untersuchung könnte dadurch erschwert werden, dass die Autoren das Setting der Befragung und die Rolle der Assistenten während der Datenerhebung zuwenig genau beschrieben haben. Die grosse Stichprobe und die Geschlechterverteilung zu praktisch gleichen Teilen erhöhen die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalenwerten werden nachvollziehbar beschrieben. Die Schlussfolgerungen ergeben einen Sinn. Diese Studie wurde eingeschlossen, weil sie mit quantitativen Mitteln Zusammenhänge darstellt, die für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit relevant sind. So zeigt sie auf, dass ADHS-Symptome mit einer geringeren Lebenszufriedenheit einher gehen und Jugendliche mit der Störung mehr affektive und emotionale Probleme haben als Jugendliche ohne die Störung. Damit wird dem Thema Komorbidität Rechnung getragen, welches wesentlich dazu beiträgt, dass das Jugendalter für von ADHS Betroffene so schwierig ist.</p>

Krueger & Kendall (2001) sowie Bitar (2004) haben ihre Daten in den USA erhoben. Es wurde jedoch weder auf das Schulsetting noch auf die Kultur eingegangen, sondern ging um die Wahrnehmung eines Krankheitsbildes, was durchaus auf die Situation in der Schweiz bzw. in Europa übertragen werden kann. Überdies haben Galichan & Curle (2008) sowie Tischler et al. (2010) ihre Daten in Europa bzw. England und Deutschland erhoben und sind auf ähnliche Resultate gestossen, was die Übertragbarkeit der nordamerikanischen Ergebnisse zusätzlich unterstützt.

Anhang F: Die Gegenstandsbereiche des OTPF

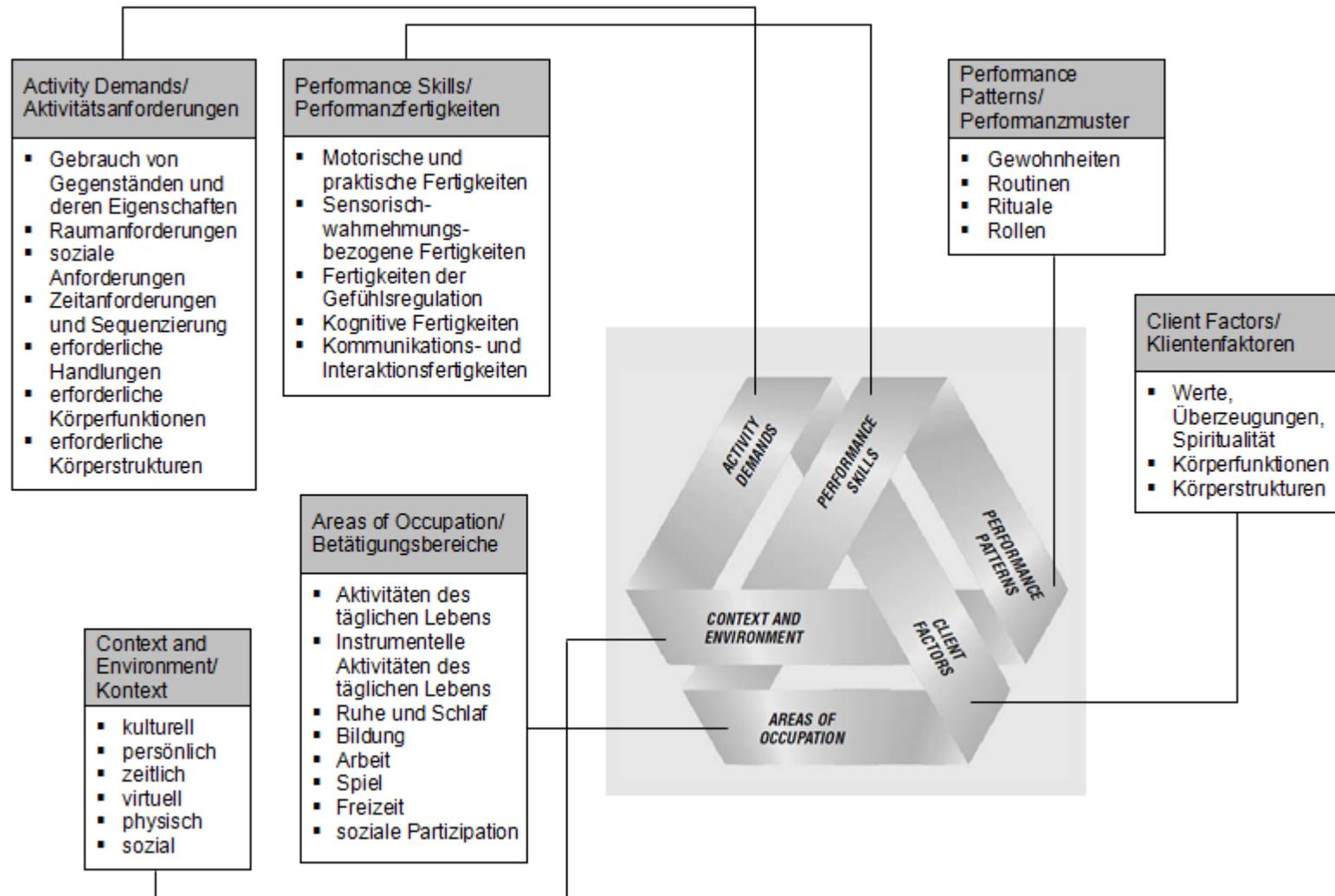


Abbildung 2: Gegenstandsbereiche der Ergotherapie: Förderung von Gesundheit und Partizipation durch das Eingebundensein in Betätigung (AOTA, 2008, S. 627)

Anhang G: Der Ergotherapeutische Prozess nach OTPF

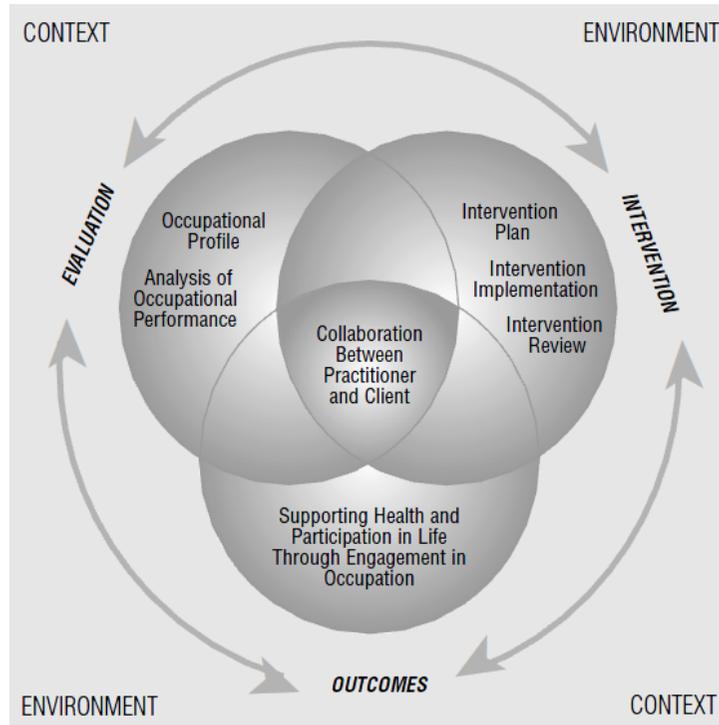


Abbildung 3: Ergotherapeutischer Prozess (AOTA, 2008, S. 627)

Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung eines Betätigungsprofils des Klienten: Betätigungsgeschichte, Erfahrungen, Tagesstruktur, Interessen, Werte, Bedürfnisse, Problemidentifizierung und -priorisierung werden erfragt ▪ Analyse der Betätigungsperformanz: Probleme bei der Tätigkeitsausführung werden erhoben, Förder- sowie Hinderfaktoren werden identifiziert, Performanzfertigkeiten, -muster, der Kontext, die Aktivitätsanforderungen und die Klientenfaktoren werden allesamt in die Analyse miteinbezogen, Ziele (outcomes) werden vereinbart
Intervention
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventionsplan: Gemeinsame Planung der Intervention mit dem Klienten; Plan basiert auf ergotherapeutischen Theorien, Referenzrahmen und Evidenz, Zielvereinbarungen werden bestätigt ▪ Interventionsdurchführung: Massnahmen zur Förderung der Performanz des Klienten werden unter Einbezug der Zielsetzungen durchgeführt und Reaktionen des Klienten werden berücksichtigt und dokumentiert ▪ Interventionsüberprüfung: Die durchgeführten Massnahmen und der Behandlungsprozess werden hinsichtlich der Ziele überprüft
Outcomes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergebnisse: Erfolgsermittlung hinsichtlich der Zielerreichung, Informationen aus der Ergebnisanalyse werden für die weitere Planung der Behandlung und deren Überprüfung weiterverwendet ▪ mögliche Outcomes: Verbesserung/Erweiterung der Betätigungsperformanz, Adaptation, Gesundheit/verbessertes Wohlbefinden, Teilhabe, Prävention, Lebensqualität, kompetente Rollenausführung, Selbstbestimmung/-verantwortung, Betätigungs-Gleichberechtigung

Anhang H: Auskunftspersonen

Jacqueline Bürki

BSc Ergotherapie, Case Managerin HS, Leiterin Praxen und Tageszentren ergobern, ergoteam, rehapunkt und rehaclub Bern und Murten, Schweiz

Katja Iseli

Psychologin FH, dipl. Berufs- und Laufbahnberaterin, BiZ Bottmingen, Schweiz

Cordula Neuhaus

Dipl. Psych. Dipl. Heilpäd., Leiterin Therapiezentrum für Menschen mit ADHS in Esslingen, Deutschland

Auszug aus dem Gespräch mit Jacqueline Bürki

Die Ergotherapeutin arbeitet mit jungen Erwachsenen mit ADHS nach dem Coaching-Ansatz. Meist werden ihr die Klienten durch die Invalidenversicherung zugewiesen mit dem klaren Auftrag für ein Case Management und Coaching. In der Ergotherapie und insbesondere unter Anwendung des Coaching-Ansatzes ist es laut Frau Bürki wichtig, ressourcen- und zielorientiert zu arbeiten. Meist gehe es bei Klienten mit ADHS um berufliche Eingliederung und dass sie ihren Platz in der Gesellschaft finden. Alltagspraktisches Coaching und eine systemische Vorgehensweise seien dafür unabdingbar.

Auszug aus dem Gespräch mit Katja Iseli

Katja Iseli kommt als psychologische Berufsberaterin oft in Kontakt mit Jugendlichen mit ADHS. Sie hat sich daher speziell für die Arbeit mit von dieser Störung betroffenen Jugendlichen weitergebildet. Sie bräuchten bei der Beratung und im ganzen Prozess der Berufswahl mehr Zeit. Es sei daher wichtig, früh mit der Planung der Berufstätigkeit zu beginnen und in kleineren Schritten vorzugehen. Sie verfolgt in ihrer Arbeit den lösungsorientierten Ansatz. Ressourcen sollen gefördert, jedoch Defizite auch nicht schöngeredet werden. Die Jugendlichen wenden sich mit folgenden Bedürfnissen ans BiZ:

- Sie wollen eine Lehrstelle, wissen jedoch nicht, wie sie dieses Ziel erreichen und haben oft nicht die Motivation, den ganzen Prozess zu starten.
- Sie wollen verstanden und akzeptiert, aber dennoch gefordert werden.
- Sie wollen wie Erwachsene behandelt werden, jedoch zwischenzeitlich noch in den Genuss der besonderen Betreuungsbedürfnisse im Rahmen des Kind-Seins kommen.

Frau Iseli wünscht sich für Jugendliche mit ADHS gute Coaching-Angebote durch berufsberatende Psychologen. Diese könnten die Jugendlichen beispielsweise konkret auf Vorstellungsgespräche vorbereiten, Bewerbungsunterlagen erstellen helfen und den Ablösungsprozess, welcher ein wesentlicher Bestandteil dieser Transitionsphase darstellt, unterstützen.

“Don't walk in front of me,
I may not follow.
Don't walk behind me,
I may not lead.
Walk beside me and be my friend.”

Albert Camus