

Critically Appraised Topic (CAT)

Titel des CAT

Evidenz zur Verbesserung der Sozialkompetenzen bei Kindern mit ADHS

Autor/in, E-Mailadresse, Datum

Fabian Zurfluh, zurfluh.fabian@gmail.com, Sept. 2014

Frage des CAT

Sind Sozialkompetenz-Trainings effizient zur Förderung der Sozialkompetenz bei Kinder und Jugendlichen mit ADHS?

Hintergrund: Storebø, Skoog, Damm, Thomsen, Simonsen und Gluud (2011) weisen darauf hin, dass ADHS bei Kindern neben Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsproblemen ebenfalls Probleme in sozialen Interaktionen auftreten können. Dies hat direkten Einfluss auf die Leistungen in der Schule, auf die Verhaltensregulation und die Sozialkompetenzen.

Zusammenfassung der Resultate der gefundenen und beurteilten Studien

Die Evidenz zu (Gruppen-)Therapien zur Förderung der Sozialkompetenzen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS ist schwach. Dies ist oft auf die Studiendesigns, respektive die hohen Risiken der Bias (Befangenheit) zurückzuführen. Eine Studie untersucht die Wirksamkeit des Social Skills Training (SST). Die Autoren kommen zum Schluss, dass die Sozialkompetenz gegenüber den Eltern steigt, die anderen Bereiche jedoch keine Verbesserung erzielen. Die heterogen aufgebauten Gruppen profitieren mehr vom SST. Ein Review zum selben Thema kann keine signifikanten Verbesserungen ausweisen. Ein Review zum Thema Elterntraining kommt zum Schluss, dass dies eine wirksame Interventionsmethode darstellen könnte. Doch aufgrund der schwachen Evidenz der Studien raten die Autoren des Reviews vom Gebrauch der Resultate in Guidelines ab.

Die Autoren der Reviews raten mehr Forschung in diesem Gebiet zu betreiben, um die Evidenz zu verbessern.

Zusammenfassung der praxisrelevanten Schlussfolgerungen/ Empfehlungen

Die Evidenz ist schwach und die meisten Autoren raten dazu, mehr Studien zum Thema zu betreiben. Die schwache Evidenz geht einerseits aufgrund der Studiendesigns andererseits aufgrund der hohen Risiken der Befangenheit der Autoren hervor. Trotzdem konnte eine leichte Wirksamkeit nachgewiesen werden. Es gab ausser einer kleinen Gruppe (ADHS, externalisierend, aggressiv) keine negativen Auswirkungen auf die Probanden. Es gibt eine Vielzahl von Behandlungskonzepten und Manuals dazu. Diese sind sich alle sehr ähnlich. Sinnvoll wäre diese zusammenzufassen.

Wichtiger Hinweis: Dieser CAT wurde im Rahmen eines Weiterbildungslehrgangs des Instituts für Ergotherapie der ZHAW erstellt, wurde aber nicht peer-reviewed.

Suchworte für diesen CAT (Stichworte, Schlüsselworte, Synonyme)

- **Patient/ Klient/ Gruppe:** Child, children, attention deficite hyperactivity disorder, ADHD
- **Intervention:** Social Skills Training, Behavior Training
- **Outcome/s:** Social Skills, behavior improvement

Benutzte Datenbanken/ Webseiten/ Zeitschriften

- PubMed
- CochraneLibrary
- Medline
- AMED
- OTseeker
- www.adhs-studien.info/home.html

Einschlusskriterien für Artikel für diesen CAT

- Studien bzw. Reviews, welche Interventionsmöglichkeiten in Gruppen zum Thema Sozialkompetenzen untersuchen
- Alter der Studienteilnehmer bis maximal 18 Jahre
- Krankheitsbild ADHS (inkl. Comorbidität)

Ausschlusskriterien

- Studien bzw. Reviews, welche sich nicht auf das Thema Sozialkompetenzen beziehen
- Intervention: Einzeltherapie
- Alter der Studienteilnehmer über 18 Jahre
- Studien älter als 2000

Suchresultate

	Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4
Autor/en (Jahr)	Antshel, K.M. & Remer R.(2003)	Pfiffner, L. J., Villodas, M., Kaiser, N., Rooney, M. & McBurnett, K. (2013)	Storebø, O.J., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P.H., Simonson, E., Gluud, C.(2011)	Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., Dennis, J.A.(2011).
Studiendesign	Randomized Controlled Clinical Trial	Controlled Clinical Trial	Review	Review
Probanden/ Teilnehmende	120 Kinder zwischen 8 und 12 Jahre alt (30 Mädchen, 90 Knaben) Diagnose ADHS	17 Mädchen, 40 Knaben. Durchschnittsalter 8.1 Jahre	Insgesamt 767 Probanden in 11 verschiedenen Studien	Eltern von ADHS Kindern. 284 Probanden in 5 Studien
Intervention/en	Social Skills Training während 8 Wochen. SST ist ein Training welches genau nach Manual durchgeführt wird. Es beinhaltet neben Gruppentherapie auch Hausaufgaben und Elternabende.	Collaborative Life Skills Program. Während 12 Wochen.	Verschiedene Sozialkompetenz-Trainings, Therapien zur Steigerung der Sozialkompetenz	Elterntraining
Vergleichsintervention/en	Keine	Keine	keine	keine
Messungen/ Assessments	- Diagnostic Interview for Children and Adolescents– Revised– Parent Version - Eltern: Child Behavior Checklist - SSRS (Eltern und Kinder)	Diverse Fragebögen. Besonders erwähnenswert COSS, BOSS	Die Autoren gingen nach den Richtlinien des <i>Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions</i> (Higgins, 2011) vor. Die Studien wurden nach Review Manager 5 (RevMan, 2011) analysiert.	Die Autoren gingen nach den Richtlinien des <i>Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions</i> (Higgins, 2011) vor.

Resultat/e	Die Interventionsgruppe verbessert ihre Sozialkompetenz gegenüber den Eltern, nicht jedoch in anderen Bereichen. Die diagnostisch heterogenen Gruppen erreichen eine grössere Verbesserung.	Das CLS Verbesserte die Leistungen der Schüler, insbesondere beim „sich Organisieren“.	Es konnte keine signifikante Verbesserung der Sozialkompetenzen festgestellt werden.	Die Studien belegen eine kleine Wirksamkeit des Elterntrainings. Die Autoren des Reviews bemängeln die schlechte Evidenz der Studien aufgrund der hohen Risiken von Bias.
-------------------	---	---	--	---

**Synthese der/s Autorin/en dieses CATs zu den Ergebnissen der Studien/
eigene Schlussfolgerung/en**

AnstheI und Remer (2003) stellen in ihrer Studie eine Verbesserung der Sozialkompetenzen fest. Dies jedoch nur im Verhalten gegenüber den Eltern. In den anderen Bereichen konnte das *Social Skills Training* keinen positiven Effekt erzielen. Sie fanden ebenfalls heraus, dass homogen gemischte Gruppen die grösseren Fortschritte machten.

Pfiffner, Villodas, Kaiser, Rooney & McBurnett (2013) weisen in ihrer Studie über das *Collaborative Life Skills Program* eine Verbesserung der Organisationsfertigkeiten in der Schule fest. Obwohl sie eine sehr grosse Testbatterie mit vielen Assessments anwendeten konnten sie sonst keine signifikanten Verbesserungen messen.

Das Review von Storebø, Skoog, Damm, Thomsen, Simonsen und Gluud (2011) untersuchte 11 Studien, welche sie in diversen Datenbanken gefunden haben. Sie können keine klare Wirksamkeit feststellen. Sie bemängeln die schwache Evidenz der Studien. Sie finden heraus, dass die Interventionen normalerweise keinen negativen Einfluss haben. Sie erwähnen, dass in einer Studie ein Proband nach der Intervention ein schlechteres Sozialverhalten zeigte.

Das Review von Zwi, Jones, Thorgaard, York und Dennis (2011) zeigt auf, dass die Studien zu Elterntrainings eine schwache Evidenz aufweisen. Dies insbesondere wegen der hohen Risiken der Bias. Die Studien wiesen für sich allerdings leichte Verbesserungen in der Verhaltensregulation der Kinder, Reduktion der Stressfaktoren der Eltern sowie Stärkung des Selbstvertrauens der Eltern aus. Die Autoren des Reviews raten davon ab, die Ergebnisse für das Erstellen von Guidelines zu verwenden.

Die Ergebnisse der Reviews stehen nicht direkt im Widerspruch zu den Studienergebnissen. Sie zweifeln jedoch an der Evidenz der untersuchten Studien. Die Risiken der Bias ist in der Tat hoch. Trotzdem wiesen die Studien eine leichte Wirksamkeit aus. Die Risiken, dass eine Intervention negative Auswirkungen haben könnte, sind sehr gering. Zudem ist zu erwähnen, dass die Interventionsdauer von 8 bis 12 Wochen für ein so komplexes Thema sehr gering ist. Nebst dessen, dass

die Wissenschaft mehr Studien mit höherer Evidenz machen könnte, dürfte sich die Forschung dahingehend bewegen: Was passiert, wenn man die Interventionsdauer erhöht? Zudem stellt sich aus ergotherapeutischer Sicht die Frage, wie klientenzentriert Vorgehensweisen nach Manuals tatsächlich sind?

Die Evidenz ist schwach, jedoch auf Outcome Seite für die Klienten positiv. Die Klienten können keinen Schaden nehmen. Zudem scheint es wirksamer zu sein, wenn Eltern und Schule miteinbezogen werden, was nachvollziehbar erscheint, da die Problemsituationen besonders im sozialen Umfeld auftreten.

Für die Berufspraxis sollte man darauf achten, dass die Gruppen homogen zusammengestellt werden. D.h. ADHS internalisierender Typ und externalisierender Typ jeweils für sich.

Empfehlungen für die Praxis (evt. auch für Aus-/ Weiterbildung/ Forschung)

Storebø, et al. (2011) wie auch Zwi, et al. (2011) weisen auf die schwache Evidenz hin. Für die Forschung gilt es die Evidenz zu erhöhen. Insbesondere da die Tendenz dahin gehend ist, dass die Interventionsmethoden wirkungsvoll sind. Dies gilt es zu bestätigen.

Für die Praxis lässt sich sagen, dass auf die Gruppenzusammenstellung geachtet werden muss. Da die Homogenität laut Amstel und Remer (2003) positiven Einfluss auf das Outcome hat.

Trotz schwacher Evidenz kann grundsätzlich nicht davon abgeraten werden, Sozialkompetenz-Trainings (in Gruppen) durchzuführen.

Einzelformular zur kritischen Beurteilung einer quantitativen Studie

Referenzierung

Antshel, K.M. & Remer, R (2003). Social Skills Training in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized-Controlled Clinical Trial, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32:1, 153-165

Ziel/ Zweck/ Forschungsfrage

Welchen Einfluss auf das Sozialverhalten hat das Social Skills Training (SST) bei Kindern mit ADHS?

Studiendesign

Es handelt sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie. Gemessen wurde mit drei Assessments (CBCL, SSBS, DICA-R-P) jeweils vor, direkt nach und Follow-Up nach 3 Monaten. Die Studie konnte nicht blind erfolgen, da die Kontrollgruppe kein Training erhielt.

Setting

Es wurde in ambulantem Setting gearbeitet. Das SST fand während acht Wochen statt. Die Studie wurde im *Children's Hospital - Boston University of Kentucky, USA* durchgeführt.

Probanden

120 Kinder zwischen 8-12 Jahre alt. Davon sind 90 Knaben und 30 Mädchen. Einschlusskriterien waren die Diagnose nach ICD-10, sowie, dass sie Patienten in besagtem Spital waren. Zu Beginn wurden 142 Interviews geführt, 120 Probanden machten an der Studie mit. Es gab keine Dropouts, Follow-Up wurde zu 100% re-tourniert.

Intervention/en

Die Interventionen wurden von einem männlichen Psychologie Doktoranden (Student) sowie einer Studentin im Masterstudium in Sozialer Arbeit durchgeführt. Die Interventionen fanden wöchentlich statt und dauerten jeweils 90 Minuten. Die Interventionen fanden im Children Hospital in Boston statt. Insgesamt erhielten die Probanden 8 Behandlungen. Die Interventionen wurden gefilmt und von einem Psychologen ausgewertet. Dieser gab wöchentlich Feedback an die Therapeuten. Therapiert wurde nach dem SST Manual. Dies beinhaltet ebenfalls Hausaufgaben für die Kinder sowie drei Elternabende. Es wurden zwei Gruppen gebildet. Eine Gruppe wurde nach denselben Auffälligkeiten (internalisierend oder externalisierend) zusammengestellt, in der anderen Gruppe wurden beide Subtypen gemischt.

Messungen

Es wurden drei Messinstrumente, um die Sozialkompetenzen einzuschätzen, verwendet: CBCL, DICA-R-P, SSBL. Zwei Wochen vor Studienbeginn wurden die Fragebögen (SSBL) an die Probanden geschickt, diese wurden von Kind und von Eltern ausgefüllt. Nach den 8 Wochen wurde nochmals gemessen. Das Follow-Up wurde nach 3 Monaten durchgeführt. Die Kontrollgruppe wurde mit dem DICA-R-P erfasst, wobei keine Suizidalität oder Gefährdung festgestellt wurde.

Resultate

Table 2. SSRS Scores by Treatment Classification

	Pretreatment		Posttreatment		3-Month Follow-Up	
	Treatment	Control	Treatment	Control	Treatment	Control
Parent-SSRS Cooperation	7.1 (1.2)	7.1 (2.0)	8.5 (3.0)	8.3 (2.7)	7.6 (3.0)	8.0 (2.7)
Parent-SSRS Assertion	8.0 (1.2)	8.1 (1.4)	9.7 (2.2)	7.8 (1.9)	8.7 (2.0)	7.2 (1.3)
Parent-SSRS Responsibility	7.2 (1.3)	7.2 (1.0)	7.4 (2.0)	7.5 (1.7)	7.3 (2.2)	7.4 (1.9)
Parent-SSRS Self-Control	5.1 (1.0)	5.0 (1.0)	5.7 (1.1)	5.4 (1.2)	5.1 (1.2)	5.0 (1.0)
Child-SSRS Cooperation	16.0 (2.1)	16.1 (2.1)	17.4 (2.4)	16.8 (2.9)	16.4 (2.3)	16.5 (2.1)
Child-SSRS Assertion	11.9 (2.0)	12.0 (2.1)	14.7 (2.0)	12.4 (2.1)	15.1 (2.2)	12.7 (1.9)
Child-SSRS Empathy	14.8 (1.7)	15.0 (1.6)	16.6 (2.1)	16.9 (2.5)	15.8 (2.0)	15.9 (2.3)
Child-SSRS Self-Control	14.0 (1.5)	14.4 (1.4)	14.3 (1.9)	14.8 (2.2)	14.2 (1.9)	14.5 (2.2)

	Posttreatment				3-Month Follow-Up			
	F	p	η^2	RCI	F	p	η^2	RCI
Parent-SSRS Cooperation	1.86	.261	.03	1.19	1.70	.363	.03	1.68
Parent-SSRS Assertion	10.74	.001	.13	2.33	10.61	.001	.11	2.04
Parent-SSRS Responsibility	1.74	.380	.02	1.07	1.59	.300	.03	1.61
Parent-SSRS Self-Control	1.80	.372	.03	1.22	1.51	.356	.02	1.19
Child-SSRS Cooperation	1.81	.313	.03	1.22	1.41	.463	.02	1.10
Child-SSRS Assertion	12.24	.001	.15	4.20	11.11	.001	.12	3.12
Child-SSRS Empathy	1.80	.381	.04	1.55	1.52	.222	.03	1.23
Child-SSRS Self-Control	1.98	.264	.03	1.43	1.59	.401	.03	1.38

Note: No differences were found for groups at pretest and no significant group by time interactions were present. Reliable Change Index (RCI) was based on change from pre- to posttest and from pretest to follow-up. SSRS = Social Skill Rating System (Gresham & Elliott, 1990).

Die Ergebnisse zeigen einen kleinen positiven Einfluss auf die Sozialkompetenzen gegenüber den Eltern. In anderen Bereichen konnten die Messmittel keinen signifikanten Unterschied feststellen. Die heterogene Gruppe verbesserte die Sozialkompetenz signifikanter als die gemischte.

Die Resultate decken sich mit Studien anderer Autoren. Die Probanden mit externalisierender Symptomatik erreichte im Posttreatment-Test bessere Ergebnisse, jedoch nicht im Follow-Up. Die Probanden mit internalisierender Problematik steigerten ihre Durchsetzungsfähigkeit. Ansonsten konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Schlussfolgerungen des/r Autors/en

Obwohl die Messresultate nicht sehr ausgeprägt sind, wird das SST in Gruppen als wirkungsvoll erklärt. Das Durchsetzungsvermögen ist eine der wichtigsten sozialen Fertigkeiten und gerade hier konnte eine Verbesserung festgestellt werden. Zudem konnten keine Verschlechterungen festgestellt werden. Somit kann niemandem Schaden zugefügt werden, falls SST nicht den gewünschten Effekt erzielt.

Gültigkeit der Studie

Sie hatten keine „Placebo“-Intervention in der Kontrollgruppe. Die Messungen werden von den Eltern und von den Probanden ausgefüllt. Die Autoren selber stellen in Frage, ob es sinnvoll ist, alle Kinder mit dieser Methode zu behandeln. Nicht alle Kinder sprechen positiv auf das Gruppen-Setting an. Zudem kritisieren sie selber, dass die Probanden in sozial sicheren Verhältnissen leben. Dies sei nicht bei allen Klienten der Fall und die Ergebnisse nicht generalisierbar.

Eigene Schlussfolgerungen/ Interpretationen

Interessant ist, dass die heterogen eingeteilten Gruppen bessere Resultate erzielen. Dies sollte in der Praxis unbedingt beachtet werden. Zudem kann man sagen, dass SST sicher keinem Klienten schadet. So kann man im Zweifelsfall ausprobieren, ob der Klient profitiert. Acht Wochen ist für dieses grosse und schwierige Thema eher kurz und man darf sich fragen, ob die Verbesserungen deswegen so wenig signifikant sind.

Einzelformular zur kritischen Beurteilung einer qualitativen Studie

Referenzierung

Pfiffner, L. J., Villodas, M., Kaiser, N., Rooney, M. & McBurnett, K. (2013). Educational Outcomes of a Collaborative School–Home Behavioral Intervention for ADHD. *Journal of School Psychology, 28*(1), 25–36.

Ziel/ Zweck/ Forschungsfrage

10 Heilpädagogen entwickelten das Collaborative Life Skills Program (CLS). In dieser Studie wurde untersucht, ob dies wirksam ist.

Studiendesign

Pre und Posttest Design. Kein Follow-Up. Die Daten wurden mit diversen Messmitteln (siehe Auflistung in Tabelle der Findings) gesammelt.

Setting

Die Kinder nahmen während 12 Wochen an dem Programm teil. Die Kinder wurden weiter in ihren Schulen unterrichtet. Die Lehrer wurden speziell geschult.

Teilnehmende

17 Mädchen und 40 Jungen im 2. bis 5. Grad (amerikanisches Schulsystem). Das Durchschnittsalter ist 8,1 Jahre. Die Kinder wurden in neun öffentlichen Schulen von Kalifornien ausgewählt. Die Kinder stammen aus unterschiedlichen Ethnien. Einschlusskriterien waren schulische sowie soziale Probleme. Ausschlusskriterien waren starke Seh- oder Hörbehinderungen, Sprachverzögerung, Psychosen, Entwicklungsverzögerungen oder wer ganztags in Sonderschulen unterrichtet wird.

Datensammlung

Die Lehrer, Eltern sowie die Kinder mussten Fragebögen ausfüllen. Gemessen wurde einerseits die Zufriedenheit, andererseits ADHS Symptome, Schulleistungen und Organisationsfertigkeiten. Die Daten wurden vor der Studie gesammelt als Baseline sowie nach der Intervention.

Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mit diversen Assessments (siehe Liste unten bei Findings) gemacht. Allesamt nicht aus dem ergotherapeutischen Bereich.

Findings

Das CLT verbessert die Funktion bei den Organisationsfertigkeiten, bessere Leistungen in den Hausaufgaben sowie eine Reduktion der ADHS Symptome.

Baseline and Posttreatment Comparisons for Student Outcome Measures

	Baseline mean (SD)	Post mean (SD)	ES	Z value (95% CI)	p value
CSI ADHD symptom severity (P)	1.76 (.54)	1.19 (.56)	1.09	-7.69 (-9.70, -5.75)	p < .001
COSS (P)	159.63 (20.51)	139.12 (23.15)	.93	-6.80 (-8.76, -4.84)	p < .001
HPC (P)	52.77 (10.46)	41.54 (12.00)	.89	-5.87 (-7.83, -3.91)	p < .001
CSI ADHD symptom severity (T)	1.74 (.55)	1.14 (.52)	1.23	-11.90 (-13.92, -9.98)	p < .001
COSS (T)	95.23 (13.93)	85.45 (15.68)	.71	-5.50 (-7.46, -3.86)	p < .001
ACES-Academic skills (T)	82.48 (23.70)	87.35 (24.40)	.41	3.12 (1.16, 5.08)	p = .002
WJ-Reading fluency	33.19 (12.70)	36.35 (13.39)	.52	3.70 (1.74, 5.66)	p < .001
WJ-Passage comprehension	24.75 (4.79)	26.95 (4.83)	.63	2.76 (.59, 4.72)	p = .006
WJ-Calculations	13.49 (3.96)	15.74 (4.58)	.81	3.70 (1.74, 5.66)	p < .001
WJ-Math fluency	41.82 (16.11)	46.30 (19.37)	.51	6.97 (5.02, 8.94)	p < .001
BOSS-Engagement	64.43 (14.99)	74.77 (13.46)	.70	5.43 (3.47, 7.39)	p < .001
Language arts report card grades	2.07 (.59)	2.56 (.63)	1.24	5.90 (3.96, 7.89)	p < .001
Math report card grades	2.11 (.56)	2.47 (.68)	.77	3.58 (1.63, 5.56)	p < .001

Note. ACES = Academic Competence Evaluation Scale; ADHD = Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; COSS = Children's Organizational Skills Scale; CSI = Child Symptom Inventory; ES = Cohen's d effect sizes; HPC = Homework Problems Checklist; P = parent-completed; SD = standard deviation; T = teacher-completed; WJ = Woodcock-Johnson Test of Academic Achievement.

Schlussfolgerungen des/r Autors/en

Die Autoren heben die Wirksamkeit ihres Programms hervor. Sie betonen, dass es auf breiter Basis wirksam sei. Sie möchten weitere Forschungen anstellen, da sie keine Aussage über die Kosteneffizienz machen können, sowie keine Langzeitwirkung ausgewiesen haben.

Gültigkeit der Studie

Das Follow-Up fehlt, somit können keine Aussagen über Langzeitwirkung gemacht werden. Es fehlt eine Kontrollgruppe. Die Autoren der Studie haben das CLT sowie einige Messinstrumente selber entwickelt. Die Erklärungen fallen spärlich aus, was beim Leser der Studie viel Unsicherheit und Unwissenheit zurück lässt.

Eigene Schlussfolgerungen/ Interpretationen

Die Studie untersucht keine ergotherapeutische Methode. Dennoch bestärkt sie die Annahme, dass bei dem komplexen Krankheitsbild ADHS eine intensive Vernetzung aller Disziplinen unabdingbar ist.

Einzelformular zur kritischen Beurteilung einer Review/ Meta-Analyse

Referenzierung

Storebø, O.J., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P.H., Simonsen, E., Gluud, C.(2011) Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12

Ziel/ Zweck/ Frage

Die Studie will den Effekt von Sozialkompetenz-Trainings auf Kinder und Jugendliche untersuchen.

Design der Review/ Meta-Analyse

Literaturrecherche in folgenden Datenbanken: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, ERIC, AMED, PsycINFO, CINAHL. Das Meta Register von Controlled Trial wurde ebenfalls durchsucht. Die Suche fand online statt. Zwei Reviewers untersuchten unabhängig voneinander alle Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllten.

Settings der eingeschlossenen Studien

Acht der elf Studien wurden in den USA gemacht. Eine in den Niederlanden, eine in Kanada und eine in Hong Kong.

Probanden der eingeschlossenen Studien

Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahre, Diagnose ADHS. Insgesamt 747 Probanden. Es wurden keine Studien über Jugendliche gefunden/ eingeschlossen. In 10 Studien waren die Probanden von ADHS und Comorbidität betroffen.

Intervention/en

Dauer der Interventionen variierten zwischen 8 Wochen bis 2 Jahre. Interventionen: Sozialkompetenz-Training, Kognitives Verhaltensteuerungs-Training, multimodale Verhaltens-/ Psychozialtherapie. Untersuchungen mit und ohne Medikation der Probanden. Die Behandlungen mussten sich auf Sozialkompetenz, Verhaltenssteuerung oder Emotionskontrolle beziehen.

Methode/n der Review/ Meta-Analyse

Die Autoren gingen nach den Richtlinien des *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins, 2011) vor. Die Studien wurden nach Review Manager 5 (RevMan, 2011) analysiert.

Resultate der Review/ Meta-Analyse

Die Autoren können keine Empfehlung bezüglich der Wirksamkeit abgeben. Sie empfehlen weitere Untersuchungen. Dies aufgrund der schwachen Evidenz.

Schlussfolgerungen des/r Autors/en

Es wurden verschiedene Behandlungsmethoden untersucht, welche alle dasselbe Ziel haben und sich in der Ausführung sehr ähnlich sind. Die Autoren raten, daraus eine Behandlungsmethode zu synthetisieren. Diese soll streng nach Manual ausgeführt werden und deren Wirksamkeit muss wiederum überprüft werden.

Gültigkeit der Review/ Meta-Analyse

Die Autoren geben die Risiken zu den jeweiligen Studien an. Sie zeigen systematische Fehler der Autoren auf. Sie gingen streng nach Reglement der Cochrane Library vor. Die Grafiken und Statistiken sind dargestellt. Die Gültigkeit wird als hoch eingeschätzt. Viele der Studien beriefen ihre Wirksamkeit auf die Zufriedenheit der Probanden, anstatt auf die Verbesserung der Sozialkompetenzen oder die Symptome von ADHS.

Eigene Schlussfolgerungen/ Interpretationen

Das Review zeigt, dass die jeweiligen Interventionen keine signifikanten Verbesserungen bringen. Es zeigt ebenfalls auf, dass sich viele Interventionsmöglichkeiten stark ähnlich sind. Alle Behandlungsansätze folgen einem Programm (Manual). Diese sind sehr ähnlich zum *Ergotherapeutischen Sozialkompetenz Training (EST)*, welches eventuell in unserer Institution eingeführt werden soll. Dieses zeigt jedoch dieselben Merkmale wie die untersuchten Interventionsmethoden. Dies lässt den Schluss zu, dass die Wirksamkeit zu überprüfen ist, da die Entwickler des EST die Wirksamkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen haben.

Einzelformular zur kritischen Beurteilung einer Review/ Meta-Analyse

Referenzierung

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., Dennis, J.A.(2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.

Ziel/ Zweck/ Frage

Das Review versuchte zu bestimmen, welche Elterntrainings von Eltern von ADHS betroffenen Kindern im Alter von 5 bis 18 Jahre effizient sind.

Design der Review/ Meta-Analyse

Die Autoren suchten in folgenden Datenbanken: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, Dissertation Abstracts International und im Meta Register of Controlled Trials. Sie kontaktierten ebenfalls potentielle Autoren um Informationen über allfällige aktuelle, unveröffentlichte Studien zu erhalten. Zwei der Autoren durchsuchten die Abstracts nach Ein-/ Ausschlusskriterien.
Einschlusskriterien: ADHS, Elterntraining, RCT oder quasi RCT.

Settings der eingeschlossenen Studien

4 Studien wurden in Nordamerika, eine davon in Kanada durchgeführt. Die fünfte wurde in den Niederlanden gemacht. Allesamt in städtischem Gebiet. Das Elterntraining fand zu Hause statt.

Probanden der eingeschlossenen Studien

284 Probanden in 5 Studien. Die Kinder waren allesamt von ADHS betroffen. Es wurden der internalisierende und der externalisierende Typ von ADHS eingeschlossen. Die Kinder waren zwischen 5-18 Jahre alt.

Intervention/en

Elterntraining. Die Autoren gehen davon aus, dass die Kinder am Beispiel ihrer Eltern lernen. Die Eltern können so ihren Kindern beibringen, wie sie ihre Sozialkompetenzen verbessern können. Ziel von 4 Studien war die Verhaltensverbesserung (2 in der Schule, 2 zu Hause) der Kinder, eine die Verbesserung der Erziehungsstrategien der Eltern zu stärken.

Methode/n der Review/ Meta-Analyse

Aufgrund der Intervention konnte kein Blinding der Probanden durchgeführt werden. Es werden die hohen Risiken der Bias hervorgehoben, welche im besten Fall unsicher bewertet wurden.

Resultate der Review/ Meta-Analyse

Die Bias waren in allen Studien unklar oder gar schlecht. Keine der Studien gab das Randomisierungsvorgehen oder Blinding an. Das Evidenzlevel wurde generell als niedrig angegeben.
Die Studien an sich wiesen jeweils leichte Verbesserungen in der Verhaltensregulation der Kinder, Reduktion der Stressfaktoren der Eltern sowie Stärkung des Selbstvertrauens der Eltern aus.

Schlussfolgerungen des/r Autors/en

Die Elterntrainings könnten einen positiven Einfluss auf die Verhaltensregulierung der Kinder haben. Zudem könnten sie Stressfaktoren von Eltern vermindern, sowie deren Selbstvertrauen stärken. Dies kann jedoch aufgrund der niedrigen Evidenz der Studien nicht belegt werden.
Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Evidenzlevel dieses Reviews niedrig ist und es deshalb nicht geeignet ist, um Guidelines daraus abzuleiten.

Gültigkeit der Review/ Meta-Analyse

Die Autoren geben das Risiko für die Bias im besten Fall unklar, im schlimmsten Fall stark an. Sie kommen zum Schluss, dass die Evidenz dieser Arbeit nicht genügt. Künftige Studien sollten ihre Messmethoden und Studien-Prozeduren besser dokumentieren.

Eigene Schlussfolgerungen/ Interpretationen

Dass Elterntrainings als Ergänzung zu normalen Therapien wirksam sein können, ist naheliegend. Dieses Review konnte jedoch keinen klaren Beweis liefern. Dies fördert Skepsis und Zurückhaltung, diese Interventionsform „flächendeckend“ einzusetzen. Ich werde weiterhin zurückhaltend sein, die Eltern als Co-Therapeuten einzusetzen. Sind die Eltern motiviert und fähig, dann bin ich gewillt, dies auszuprobieren.

Weitere Literatur:

The Nordic Cochrane Centre. (2011). *Review Manager (RevMan)*. 5.1. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, *The Cochrane Collaboration*.

Higgins, J.P.T. & Green, S. (2011) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. Available from www.cochrane-handbook.org.

Referenzen:

Dieses Formular wurde durch Andrea Weise, MSc., Dozierende Weiterbildung Ergotherapie, entwickelt für alle Weiterbildungslehr- und studiengänge des Institutes Ergotherapie der ZHAW. Als Basis dienten das Formular „*CAT Template Revised v2*“ aus 2005 von www.otcats.com, die Formulare des „*Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*“ aus 2010 von www.casp-uk.net und die Arbeitsblätter „*Appraisal Sheets*“ aus 2005 und 2010 des Centre for Evidence-Based Medicine der University of Oxford von www.cebm.net (last retrieved: September 2012).