



Originalarbeit

Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS

Ergebnisse einer Pilotstudie

Marion Schmitman gen. Pothmann¹, Ulrike Petermann²,
Franz Petermann² und Daniela Zakis¹

¹Klinik Hochried, Murnau

²Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen

Zusammenfassung. *Hintergrund:* Zu den häufigsten Begleiterscheinungen einer ADHS gehören mangelnde soziale Kompetenzen. Erstmals wurde im deutschsprachigen Raum ein Therapiekonzept zur Förderung sozialer Fertigkeiten entwickelt, das auf die spezifischen Defizite von Kindern mit ADHS abgestimmt ist. *Methodik:* In einem Zweigruppen-Prätest-Posttest-Design mit unbehandelter Wartekontrollgruppe wurden 40 Kinder im Alter zwischen 7 und 13 Jahren mit den Diagnosen F90.0, F90.1, F98.8 untersucht, davon waren 15 % Mädchen und 85 % Jungen. In Gruppen von 3 Personen nahmen sie an dem neu entwickelten 10-stündigen Trainingsprogramm TEAM teil. Zur Messung sozialer Kompetenz wurde der Erfassungsbogen sozialer Fertigkeiten für Eltern (ESF-E) eingesetzt. Darüber hinaus wurden Aufmerksamkeitsleistungen (FBB ADHS) und begleitende psychische Faktoren erfasst (SDQ). *Ergebnisse:* Mittels MANOVA mit Messwiederholungsfaktor konnten signifikante Effekte des Trainings für nahezu alle soziale Fertigkeiten gezeigt werden. Uneinheitlich sind die Ergebnisse zu den verschiedenen Aufmerksamkeitskomponenten und den psychosozialen Begleitfaktoren. Die stärksten Effekte zeigten sich in den Bereichen: Konfliktmanagement, Emotionsregulation und Empathiefähigkeit. *Diskussion:* Die Ergebnisse zeigen, dass die Durchführung des Trainings sozialer Fertigkeiten eine sinnvolle und effektive Ergänzung in der Therapie von Kindern mit ADHS darstellt. Die Überprüfung von Langzeiteffekten steht noch aus.

Schlüsselwörter: soziale Fertigkeiten, ADHS, Therapie, Kinder, Wirksamkeit

Abstract. *The training of social skills in children with ADHD – results of a pilot study*

Objective: Insufficient social competence belongs to the most frequent concomitants of ADHD. This is the first therapeutic concept for the training of social skills adapted to the specific deficits of children with ADHD and developed in the German-speaking region. *Method:* In a two-group, pre-posttest design with untreated waiting control group, 40 children between 7 and 13 years with the diagnoses F90.0, F90.1, and F98.8 were examined; 15 % were female, 85 % male. In groups of three they took part in the newly developed 10-h training TEAM. The record sheet of social skills for parents (ESF-E) was used to measure social competence. In addition, we recorded attention performances (FBB ADHS) and concomitant psychic factors. *Results:* Significant effects of the training were demonstrated for almost all social skills (MANOVA/GLM). The outcomes on the different components of attention and the psychosocial concomitant factors are without uniformity. The strongest effects appeared in the areas of conflict management, regulation of emotions, and the capacity for empathy. *Conclusions:* Training of social skills is a sensible and effective supplement in the therapy of ADHD. An examination of long-term effects still needs to be done.

Keywords: social skills, ADHD, therapy, children, effectiveness

Einleitung

Kinder mit ADHS weisen häufig auch unzureichende soziale Kompetenzen auf. Dieses Phänomen ist deswegen besonders brisant, da die ADHS eine besonders häufige psychische Störung im Kindesalter darstellt. In Abhängigkeit von Diagnosekriterien und Erhebungsinstrumenten variieren die Präva-

lenzraten für die ADHS zwischen 1.7 und 5 % (Merikangas et al., 2010; Petermann, 2005; Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Während sich viele Studien mit den häufigen komorbiden Diagnosen beschäftigen (z. B. Gau et al., 2010; Schmidt, Brücher & Petermann, 2006) werden begleitende soziale Defizite zwar vielfach erwähnt, sind jedoch nur selten abgeklärt (Antshel & Barkley, 2008; Soliva

Tabelle 1

Theoretische Grundlagen, Ziele und Inhalte des Trainings TEAM

Therapiephase	Verarbeitungsstufen nach Dodge	ADHS – typische Verarbeitungsmuster	Folgen der ADHS-spezifischen Defizite	Therapieziele	Sitzungsthemen (S)
Phase 1: Wahrnehmung	1. Wahrnehmung 2. Interpretation 3. Zieldefinition	Fokussierung kurzfristig interessanter Reize	Wenig Beachtung: Bedürfnisse Anderer, Werte, Normen, längerfristige Folgen	Selbst- und Fremdwahrnehmung Emotionsregulation	S 1 Kennenlernen S 2 Gefühl/Bedürfnis S 3 Ärger/Wut
Phase 2: Handlungsplanung	4. Generierung 5. Auswahl	Vorbereitung bekannten Verhaltens mit schnellem Nutzen	Wenig Handlungsalternativen, geringe Handlungskompetenz	Erweiterung Verhaltensrepertoire Handlungskompetenz	S 4 Kommunikation S 5 Freundschaft S 6 Provokation S 7 Streit
Phase 3: Ausführung (Motivation)	6. Ausführung	Umsetzung spontaner dominanter Verhaltensimpulse	Verstärkung für unreflektiertes impulsives Verhalten	Motivation Prosoziales Verhalten	Selbstwirksamkeit

Anmerkungen. *Theorie zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung nach Crick und Dodge (1994). S = Sitzung

et al., 2009). Die häufige Komorbidität von ADHS und aggressivem Verhalten birgt ein besonders hohes Risiko zur Entwicklung psychosozialer Beeinträchtigungen (Witthöft, Koglin & Petermann, 2010). Stabile soziale Netze und Sozialkontakte sind für die kindliche Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Erlebt ein Kind keine oder nur wenig positive soziale Interaktionen, so fehlt ein wichtiger Schutzfaktor, der der Entstehung einer psychischen Störung entgegen wirken kann (Petermann & Resch, 2008). Die Förderung sozialer Kompetenzen stellt somit in der Therapie von Kindern mit ADHS einen wichtigen Baustein dar. Erstaunlich ist es allerdings, dass über die Effektivität therapeutischer Bemühungen für die Förderung sozialer Kompetenzen bei Kindern mit ADHS bislang wenige Erkenntnisse vorliegen.

Nach umfassender Sichtung der Literatur stellt Hoza (2007) fest, dass für Kinder mit ADHS Therapieprogramme nötig sind, die den Aufbau sozialer Kompetenz zum Ziel haben. Im Folgenden wird in Anlehnung an Kanning (2002) und Petermann (2002) Verhalten dann als sozial kompetent bezeichnet, wenn es einer Person gelingt, eigene Ziele zu verwirklichen und die Bedürfnisse Anderer dabei zu berücksichtigen. Soziale Fertigkeiten sind lernbare Bereiche der sozialen Kompetenz (z. B. Kommunikationsfähigkeiten, Konfliktlösefertigkeiten, Emotionsregulation), wobei unter sozialer Kompetenz die Gesamtheit von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person verstanden wird, die zu sozial kompetentem Verhalten führt. Ziel war es, diese Lücke zwischen den existierenden Therapieansätzen bei ADHS zu schließen und ein Training sozialer Fertigkeiten zu entwickeln, das theoriebasiert auf die spezifischen Defizite von Kindern mit ADHS abgestimmt ist.

Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS

Das Gruppentraining basiert auf zwei empirisch vielfach bestätigten Ansätzen: der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung nach Crick und Dodge (1994) und dem Ansatz von Barkley (1997) zu defizitärer Verhaltensinhibition

und exekutiven Funktionen. Anlehnend an den Studien der Arbeitsgruppe um K. Dodge (zusammenfassend Helmsen & Petermann, 2010) wird davon ausgegangen, dass soziale Informationen in Stufen verarbeitet werden, wobei angenommen wird, dass diese Verarbeitung bei Kindern mit externalisierenden Verhaltensstörungen systematisch beeinflusst wird. Des Weiteren treten bei Kindern mit ADHS Defizite in der Verhaltensinhibition und exekutiven Funktionen auf (Hampel, Petermann & Desman, 2009; Mares, McLuckie, Schwartz & Saini, 2007; Rommelse et al., 2008). Aus den Defiziten lassen sich konkrete Therapieziele und Sitzungsinhalte ableiten. Auf diesem Hintergrund sollten Kinder mit ADHS eine multimodale Therapie erhalten (vgl. Petermann & Hampel, 2009), wobei der Aufbau sozialer Kompetenzen besonders dem Konzept der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung folgen sollte. Diese Aspekte flossen in die Konzipierung unseres ADHS-spezifischen Kompetenztrainings ein.

Das Training wurde als Kleingruppentherapie für drei bis fünf Kinder bei ein bis zwei TherapeutInnen konzipiert. Es umfasst zehn einstündige Sitzungen sowie mindestens zwei Elterntermine und eignet sich für Kinder zwischen 2. und 5. Klasse. Das Training wurde mit dem Akronym TEAM bezeichnet, wobei die Buchstaben für T = Team, E = Experten, A = arbeiten und M = miteinander stehen. Für die Kinder wird das Ziel formuliert, zu «Teamexperten» zu werden – hierfür müssen Aufgaben aus verschiedenen Bereichen wie beispielsweise Wahrnehmung oder Emotionsregulation bearbeitet werden. Mit dem Ziel, die Aufmerksamkeitsfokussierung und Selbstregulation zu fördern, sind die verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen (Schmitman gen. Pothmann, 2008, 2010) multimethodal orientiert und zeigen oft Spielcharakter. Der Ablauf der einzelnen Sitzungen ist durch gleichbleibende wiederkehrende Elemente geprägt. Jede Sitzung hat ein spezifisches Thema.

Das Training gliedert sich in drei Hauptphasen (vgl. Tabelle 1). Viele Übungen sind in der praxisorientierten Publikation von Schmitman gen. Pothmann (2010) beschrieben – es existiert allerdings keine Veröffentlichung des kompletten Manuals.

Fragestellung

Durch die vorliegende Pilotstudie soll überprüft werden, ob soziale Fertigkeiten von Kindern mit ADHS durch die Teilnahme am Training TEAM gefördert werden können.

Methodik

Untersuchungsdesign

Der Studie liegt ein Zweigruppen-Prätest-Posttest-Plan zugrunde, mit einer Interventionsgruppe, die an dem Training TEAM teilgenommen hat, und einer parallelisierten unbehandelten Wartekontrollgruppe.

Messinstrumente

Da im deutschsprachigen Raum bislang noch kein spezifisches Erhebungsinstrument vorlag, das soziale Kompetenz bei Kindern in ihrer Komplexität abzubilden vermag, wurde mittels Literatursichtung sowie Expertenbefragung der Erfassungsbogen sozialer Fertigkeiten (ESF-E) als ein Elternfragebogen entwickelt. Eine faktorenanalytische Untersuchung und Normierung stehen noch aus. Er besteht aus sechs vierstufigen Subskalen mit jeweils acht Items. Ein Fragebogen wurde gewählt, um eine gute Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sicherzustellen. Mittels einer Stichprobe von $N = 59$ Personen wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) der Subskalen liegt zwischen .79 und .88 (Tabelle 2), sodass der Fragebogen als ein ausreichend reliables Instrument bewertet werden kann.

Mit dem Ziel, Zuwachs an sozialen Kompetenzen mittels Selbstbeobachtung zu erfassen, wurde mit den Kindern ein halbstandardisiertes Interview durchgeführt. Das Interview zu sozialen Fertigkeiten (ISF) besteht insgesamt aus 13 Fragen, die sich jeweils auf im Training behandelte Themengebiete beziehen. Es wird Wissen über sozial kompetente Verhaltensweisen erfragt durch Items wie: «Wie kannst du Freunde finden?» oder «Was kannst du tun, damit Wut kleiner wird?» Um die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität zu steigern und Testleitereffekte zu minimieren, wurden die Mitarbeiter geschult, die hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit der Kinder nicht informiert waren. Die Auswertung erfolgte rein quantitativ durch Auszählung sozial kompetenter Antworten. Eine Stichprobe von 22 Interviews wurde zur Reliabilitätsanalyse von zwei Urteilerinnen ausgewertet. Die Interraterreliabilität wurde durch Berechnung von Pearson Korrelationen festgestellt und beträgt durchschnittlich über alle Items $r = .920$ und ist somit als sehr hoch einzustufen. Die externe Validität ist aufgrund der engen Orientierung an den Inhalten des Trainings eher als niedrig zu bewerten.

Zusätzlich wurde der SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997) eingesetzt, als ein ökonomisches Instrument, das neben konzeptnahen Konstrukten (wie Prosoziales Verhalten und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen) auch konzeptfernere Konstrukte (wie Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme) und Hyperaktivität erfasst. Somit können zusätzlich potentielle Effekte des Trainings auf globalere Facetten und spezifische Symptome von ADHS überprüft werden. Mit dem letztgenannten Ziel kam auch der FBB HKS aus dem DISYPS-KJ (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) zur Anwendung.

Zusätzlich wurde der SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997) eingesetzt, als ein ökonomisches Instrument, das neben konzeptnahen Konstrukten (wie Prosoziales Verhalten und Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen) auch konzeptfernere Konstrukte (wie Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme) und Hyperaktivität erfasst. Somit können zusätzlich potentielle Effekte des Trainings auf globalere Facetten und spezifische Symptome von ADHS überprüft werden. Mit dem letztgenannten Ziel kam auch der FBB HKS aus dem DISYPS-KJ (Döpfner & Lehmkuhl, 2000) zur Anwendung.

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus 40 Kindern. Voraussetzung war eine abgeschlossene umfassende Diagnose, durch eine Multiaxiale Diagnostik nach ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006), bei der das Vorliegen einer ADHS (F90.0, F90.1 oder F98.8) festgestellt wurde. Es kamen Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen (FBB HKS) und neuropsychologische Testverfahren (Ki TAP oder d2) zur Anwendung. Wenn gleichzeitig subklinische Anzeichen für soziale Defizite vorlagen (z. B. soziale Isolation, Ängstlichkeit, häufige Konflikte oder Außenseitertum), galt die Teilnahme als indiziert. Allerdings kamen keine standardisierten Verfahren zum Einsatz. Die Aussagen der Eltern über die Sozialkontakte ihrer Kinder und der damit verbundene Leidensdruck von Eltern und Kindern wurde als Indikator genommen. Es wurden ausschließlich Kinder in die Studie aufgenommen, denen in Folge der multiaxialen psychiatrischen Diagnostik eine Teilnahme an einem Training sozialer Fertigkeiten empfohlen wurde. Alle Familien gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Zeitgleich durchgeführte Förderungen/Therapien bildeten ein Ausschlusskriterium. Allerdings wurden Kinder nicht ausgeschlossen, die bereits länger Medikation erhielten. Aufgrund der klinischen Bedingungen konnte keine Randomisierung vorgenommen werden. Es wurde jedoch bei der konsekutiven Zusammenstellung der Gruppen darauf geachtet, dass diese nach Alter, Geschlecht, Diagnosen und Medikation vergleichbar

Tabelle 2

Reliabilitäten der Subskalen des Erfassungsbogens sozialer Fertigkeiten für Eltern (ESF-E); pro Subskala wurden acht Items formuliert und die interne Konsistenz nach Cronbachs alpha (α) berechnet.

Subskala	α
Kommunikation	.82
Konfliktmanagement	.79
Empathie	.84
Gefühlsregulation	.88
Selbstwert	.85
Impulsivität	.79

Anmerkungen. α = Cronbachs α $N = 40$

Tabelle 3

Vergleichswerte und demographische Angaben; Interventions- und Kontrollgruppe

	N	Alter (M)	Alter (SD)	Geschlecht	Diagnose	Medikation
Interventionsgruppe	20	9.35	1.31	W = 3 M = 17	F90.0 = 12 F90.1 = 3 F98.8 = 5	ohne Medikation = 16 mit Medikation = 4
Kontrollgruppe	20	9.25	1.72	W = 3 M = 17	F90.0 = 14 F90.1 = 3 F98.8 = 3	ohne Medikation = 16 mit Medikation = 4

Anmerkungen. Alter der Interventionsgruppe Range: 7–11; Alter der Kontrollgruppe: Range 7–13.

waren (Tabelle 3). Durch dieses Vorgehen wurde eine weitgehende Parallelisierung von Interventions- und Kontrollgruppe erreicht.

Untersuchungsdurchführung

Die Studie wurde im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz der Fachklinik Hochried in Murnau durchgeführt. Während die Kinder der Interventionsgruppe zwischen den Messzeitpunkten an dem zehnwöchigen Training TEAM teilnahmen, erhielt die Wartekontrollgruppe zu dieser Zeit keine Intervention.

Die Intervention erfolgte in Kleingruppen von drei Kindern, die von zwei Therapeutinnen durchgeführt wurden. Um die Durchführungsbedingungen möglichst einheitlich zu gestalten, durchliefen alle Therapeutinnen eine sechsmonatige Schulungsphase. Jede der Therapeutinnen (Psychologinnen, Sozialpädagogin, Pädagogin, Heilerziehungspflegerin) verpflichtete sich, das Trainingsmanual exakt einzuhalten, das neben Reihenfolge, Methoden und Materialvorgaben auch Vorschläge für wörtliche Instruktionen enthält. Die Einhaltung wurde vor Beginn der Studie in der Einarbeitungs- und Schulungsphase überprüft, in der die Studienleiterin viele Therapien mit den Therapeutinnen gemeinsam durchführte, sofern es zu Abweichung vom Manual kam, wurde dies thematisiert, sodass es bei weiteren Therapien korrigiert werden konnte.

Datenanalyse

Um die Effektivität des Trainings zu überprüfen, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (GLM Prozedur) gerechnet. Nach Rossi und Freeman (1993) wird der Effekt des Treatments durch die Differenz der Veränderung in Kontroll- und Interventionsgruppe ermittelt. Ein statistisch signifikanter Effekt wird durch eine signifikante Interaktion zwischen dem Gruppenfaktor und dem Messwiederholungsfaktor belegt (Bortz & Döring, 2006). Zudem wurden die Effektstärken δ ($\delta = M2-M1/SD$) nach Variante a nach Bortz und Döring (2006) berechnet. Eine verlässliche Einteilung der Effekte erfolgte nach Petermann et al. (2008) und Nitkowski, Petermann, Büttner, Krause-Leipoldt und Petermann (2009): Mittelstarke Effekte: $\delta = .425-.575$, mittel-

starke bis starke Effekte: $\delta = .575-.725$, starke Effekte: $\delta = .725-.875$, sehr starke Effekte $\delta = .875$ und größer. Positive Werte weisen bei fast allen Subskalen auf einen Zuwachs an Kompetenzen hin. Ausnahmen stellen die drei Problemskalen des SDQ (Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen) dar. Negative Werte zeigen hier einen Rückgang der Problematik. Mit dem Ziel, die Vergleichbarkeit von Kontroll- und Interventionsgruppe zu überprüfen, wurden *t*-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet.

Ergebnisse

Vorausgehende Analysen

Vorausgehend konnte belegt werden, dass sich Kontroll- und Interventionsgruppen hinsichtlich relevanter Merkmale nicht voneinander unterschieden. Für Geschlecht und Medikation sind die Gruppen vergleichbar; ebenso ergeben sich für Alter ($t = 0.21$; $df = 38$; $\alpha = .837$) und Diagnosen ($t = 0.22$; $df = 38$; $\alpha = .445$) keine signifikanten Unterschiede, so dass von einer Vergleichbarkeit der Gruppen ausgegangen werden kann.

Hauptanalysen

Für die Variablen zu sozialen Fertigkeiten, eingeschätzt durch die Eltern (gemessen durch ESF-E und SDQ), konnte mittels signifikanter Interaktionen fast durchgängig eine statistisch signifikante Wirkung des Trainings nachgewiesen werden (Tabelle 4a und 4b). Durch die Teilnahme am Training kam es zu signifikanten Verbesserungen auf den Subskalen: Kommunikation (ESF-E), Konfliktmanagement (ESF-E), Empathie (ESF-E), Emotionsregulation (ESF-E), Selbstwert (ESF-E) und Prosoziales Verhalten (SDQ). Ferner konnte anhand des SDQ belegt werden, dass Probleme mit Gleichaltrigen und hyperaktives Verhalten reduziert werden konnten. Keine signifikante Wirkung des Trainings ließ sich auf den Subskalen Impulskontrolle (ESF-E), Emotionale Probleme (SDQ) und Verhaltensprobleme (SDQ) belegen. Mit Ausnahme der Ergebnisse der Skala Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen variieren

Tabelle 4a

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Effekte des Trainings für die Subskalen des ESF-E

ESF-E	Gruppe	<i>M</i> t1	<i>SD</i> t1	<i>M</i> t2	<i>SD</i> t2	<i>F</i> (Interaktion)	<i>df</i>	<i>p</i>
Kommunikation	Intervention	2.770	0.575	3.000	0.413	4.554	1.00	.041
	Kontrolle	2.675	0.753	2.625	0.802			
Konfliktmanagement	Intervention	1.993	0.422	2.310	0.537	4.682	1.00	.038
	Kontrolle	2.109	0.536	2.110	0.569			
Empathie	Intervention	2.362	0.393	2.691	0.448	9.700	1.00	.004*
	Kontrolle	2.621	0.364	2.586	0.595			
Emotionsregulation	Intervention	2.303	0.553	2.678	0.547	6.437	1.00	.016
	Kontrolle	2.570	0.680	2.547	0.677			
Selbstwert	Intervention	2.388	0.520	2.697	0.349	4.216	1.00	.048
	Kontrolle	2.644	0.368	2.656	0.654			
Impulskontrolle	Intervention	2.046	0.463	2.329	0.536	2.470	1.00	.126
	Kontrolle	2.361	0.508	2.424	0.535			

Anmerkungen: *signifikant nach Bonferroni-Korrektur, korr. $\alpha = 0.0083$

Tabelle 4b

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Effekte des Trainings für die Subskalen des SDQ

SDQ	Gruppe	<i>M</i> t1	<i>SD</i> t1	<i>M</i> t2	<i>SD</i> t2	<i>F</i> (Interaktion)	<i>df</i>	<i>p</i>
Prosoz. Verhalten	Intervention	1.168	0.390	1.390	0.483	4.501	1.00	.041
	Kontrolle	1.263	0.363	1.263	0.332			
Hypermotorik	Intervention	1.168	0.390	1.390	0.483	4.501	1.00	.041
	Kontrolle	1.263	0.363	1.263	0.332			
Emot. Probleme	Intervention	0.926	0.495	0.705	0.424	2.617	1.00	.115
	Kontrolle	0.763	0.507	0.763	0.486			
Probl. Gleichaltrige	Intervention	0.947	0.494	0.790	0.408	6.431	1.00	.016
	Kontrolle	0.813	0.529	0.900	0.527			
Verhaltens Probl.	Intervention	0.874	0.468	0.737	0.452	2.980	1.00	.094
	Kontrolle	0.638	0.518	0.700	0.561			

Anmerkungen: *signifikant nach Bonferroni-Korrektur, korr. $\alpha = 0.01$

Effektstärken (*d*) zwischen 0.51 und 1.05 (Tabelle 5) und sind somit als mittelstark bis sehr stark einzustufen.

Auch mittels Selbsteinschätzung (erfasst durch das Interview sozialer Fertigkeiten) konnten in zehn von 13 Variablen positive Effekte des Trainings belegt werden (Interaktionen sind auf einem Niveau von $\alpha < 0.05$ signifikant). So ergab sich durch das Training ein Wissenszuwachs in den Bereichen: Kommunikation, Umgang mit Provokation und Streit, Regulation von Angst und Wut, Selbstwert und Wahrnehmung. Darüber hinaus zeigte sich, dass die Kinder der Interventionsgruppe nach dem Training vermehrt von Sozialkontakten und Freundschaften berichteten als die Kinder der Kontrollgruppe zum zweiten Messzeitpunkt. Keine signifikante Wirkung des Trainings konnte in den Bereichen Wissen über Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme, über eigene Schwächen und die Befriedigung eigener Bedürfnisse nachgewiesen werden (Tabelle 4c). Mit Ausnahme der Ergebnisse der Skala «Wissen über eigene Schwächen» variieren die Effektstärken (*d*) zwischen 0.50 und 1.40 und sind somit als mittelstark bis sehr stark einzustufen.

Für den FBB HKS konnten im Gesamtwert und in der Aufmerksamkeitsproblematik signifikante Wirkungen des Trainings aufgezeigt werden (Interaktionen zwischen Gruppenfaktor und dem Messwiederholungsfaktor sind auf einem Niveau von $\alpha < 0.05$ signifikant; Tabelle 4d).

Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, ob soziale Fertigkeiten von Kindern mit ADHS durch die Teilnahme am Training TEAM zumindest kurzfristig verbessert werden können. Sowohl nach Beurteilung der Eltern als auch der Kinder optimiert das Training soziale Fertigkeiten (z. B. Kommunikationsfähigkeiten (ESF-E), Konfliktmanagement (ESF-E), Emotionsregulation (ESF-E), Wahrnehmung (ISF), Selbstwert (ESF-E)). Weniger starke Effekte ließen sich erwartungsgemäß in den konzeptferneren Variablen Emotionale- und Verhaltensproble-

Tabelle 4c

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Effekte des Trainings für die Items des ISF

	Gruppe	<i>M</i> t1	<i>SD</i> t1	<i>M</i> t2	<i>SD</i> t2	<i>F</i> (Interaktion)	<i>df</i>	<i>p</i>
Anzahl der Freunde	Intervention	4.750	4.530	11.250	13.321	3.493	1	.070
	Kontrolle	5.625	3.461	6.125	3.879			
Aktivitäten	Intervention	1.350	0.671	3.100	1.585	8.441	1	.006
	Kontrolle	2.053	1.840	2.367	1.300			
Freunde finden	Intervention	1.250	0.851	2.400	1.818	2.319	1	.136
	Kontrolle	0.789	0.787	1.158	0.688			
Streit beenden	Intervention	0.850	0.366	2.300	1.081	21.749	1	.000*
	Kontrolle	1.105	0.875	1.053	0.781			
Provokation	Intervention	1.250	0.550	2.150	1.040	8.358	1	.006
	Kontrolle	1.211	0.786	1.105	0.657			
Wut	Intervention	0.950	0.758	1.850	1.039	6.353	1	.016
	Kontrolle	0.841	0.601	0.895	0.737			
Angst	Intervention	0.850	0.670	1.450	0.945	4.286	1	.045
	Kontrolle	0.683	0.671	0.789	0.535			
Kommunikation	Intervention	1.350	0.745	2.500	1.050	10.828	1	.002*
	Kontrolle	1.315	0.820	1.421	0.606			
Stärken	Intervention	2.250	1.293	3.400	1.983	5.052	1	.031
	Kontrolle	2.611	1.720	2.278	1.128			
Schwächen	Intervention	1.200	0.834	1.650	0.933	0.729	1	.272
	Kontrolle	1.104	0.737	1.211	1.316			
Bedürfnisse selber	Intervention	0.950	0.758	2.300	1.657	0.967	1	.332
	Kontrolle	1.053	0.621	1.790	2.298			
Bedürfnisse andere	Intervention	1.150	0.671	2.550	1.605	9.076	1	.002*
	Kontrolle	0.946	0.780	1.053	0.780			
Prosozialität	Intervention	1.350	0.874	2.800	1.907	8.717	1	.005
	Kontrolle	1.000	0.576	1.000	0.816			

Anmerkungen: *signifikant nach Bonferroni-Korrektur, korr. $\alpha = 0.004$

Tabelle 4d

Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, Effekte des Trainings für die Items des FBB HKS

	Gruppe	<i>M</i> t1	<i>SD</i> t1	<i>M</i> t2	<i>SD</i> t2	<i>F</i> (Interaktion)	<i>df</i>	<i>p</i>
Aufmerksamkeit	Intervention	1.128	0.720	0.857	0.670	1.745	1	.196
	Kontrolle	0.839	0.933	0.795	0.780			
Impulsivität	Intervention	1.604	0.751	1.342	0.765	3.119	1	.087
	Kontrolle	1.125	0.785	1.188	0.766			
Hyperaktivität	Intervention	1.901	0.589	1.480	0.630	4.304	1	.046
	Kontrolle	1.736	0.686	1.667	0.566			

Anmerkungen: *signifikant BONFERRONI-Korrektur, korr. $\alpha = 0.016$

me (SDQ) belegen. Die Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass das Training speziell im Bereich der sozialen Fertigkeiten einen effektiven Beitrag im Rahmen einer multimodalen Behandlung von ADHS-Kindern leistet. Die Ergebnisse machen jedoch auch deutlich, dass vorhandene Therapieansätze zur Verbesserung der Aufmerksamkeitsfunktionen, wie medikamentöse Behandlung oder ein neu-

ropsychologisch orientiertes Aufmerksamkeitstraining, wie beispielsweise das Gruppentraining ATTENTIONER für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen (Jacobs & Petermann, 2008), nicht ersetzt, sondern nur ergänzt werden können. Multimodale Therapieansätze sind in der Regel bei ADHS-Kindern unimodalen Ansätzen überlegen (Petermann & Hampel, 2009).

Tabelle 5
Effektstärken Soziale Fertigkeiten (ESF-E, SDQ, ISF)

Instrument	Variable	d Interventionsgruppe	d Kontrollgruppe
ESF-E	Empathiefähigkeit	1.03	−0.08
	Emotionsregulation	1.00	−0.03
	Selbstwert	0.81	0.02
	Konfliktfertigkeiten	0.66	0.00
	Kommunikation	0.51	−0.24
SDQ	Prosozialität	0.65	0.00
	Emot. Probleme	−0.57	0.00
	Verhaltensprobleme	−0.50	0.06
	Verhaltensprobleme Gleichaltrige	−0.32	0.363
ISF	Anzahl der Freunde	0.51	0.17
	Aktivitäten	1.12	0.21
	Freunde finden	0.57	0.45
	Streit beenden	1.40	−0.05
	Provokation	0.57	−0.10
	Wut	0.72	0.06
	Angst	0.80	0.45
	Kommunikation	0.51	−0.24
	Stärken	0.50	−0.22
	Schwächen	0.365	0.082
	Bedürfnisse selber	0.79	0.34
	Bedürfnisse andere	0.76	0.34
	Prosozialität	0.65	0.01

Limitationen der Studie

Die Studie erhebt lediglich den Anspruch einer Pilotstudie. Zentrale Begrenzungen liegen im Design und in der Stichprobengröße. Bedauerlicherweise ließen die Alltagsgegebenheiten der Klinik keine Randomisierung zu. Um dem zu begegnen, konnte durch die Zusammenstellung der Gruppe zumindest eine weitgehende Parallelisierung für wichtige demographische Variablen erreicht werden. Da keine Katamneseerhebung stattgefunden hat, können bislang keine Aussagen über Langzeiteffekte getroffen werden, wodurch wichtige Aspekte der Praxiskontrolle erfüllt werden (vgl. Merod & Petermann, 2006). Durch die fehlende Implementierung einer aktiven Kontrollgruppe können leider keine Aussagen zur differenziellen Wirksamkeit getroffen werden. Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnte der Einfluss von Medikation auf die Effektivität des Trainings nicht überprüft werden. Ebenso konnte nicht geklärt werden, ob Kinder mit verschiedenen Subtypen von ADHS (F90.0, F90.1 und F98.8) unterschiedlicher Förderung bedürfen und von verschiedenen Modulen möglicherweise unterschiedlich profitieren (vgl. Desman & Petermann, 2005). Offen bleiben auch die Überlegungen, ob eine erhöhte Sitzungsanzahl oder längere Sitzungsdauern effektvoller wären. Für die Erhebungsinstrumente muss

festgehalten werden, dass deren externe Validität fraglich ist. Diese Begrenzung ist dadurch bedingt, dass bislang keine einheitliche Operationalisierung für soziale Kompetenzen besteht. Durch eine noch ausstehende faktorenanalytische Untersuchung des eingesetzten, konzeptbezogenen Evaluationsinstrumentes ESF-E könnte zumindest die inhaltliche Validität eingeschätzt werden. Durch eine Normierung könnte dieses Instrument auch in der Praxis eingesetzt werden.

Literatur

- Antshel, K. M. & Barkley, R. A. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 421–437.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
- Desman, C. & Petermann, F. (2005). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Wie valide sind die Subtypen? *Kindheit und Entwicklung*, 14, 244–254.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)* (2. korr. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Gau, S. S., Ni, H. C., Shang, C. Y., Soong, W. T., Wu, Y. Y., Lin, L. Y. & Chiu, Y. N. (2010). Psychiatric comorbidity among children and adolescents with and without persistent attention-deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 135–143.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Hampel, P., Petermann, F. & Desman, C. (2009). Exekutive Funktionen bei Jungen mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 144–152.
- Helmsen, J. & Petermann, F. (2010). Soziale Informationsverarbeitung bei körperlich und relational aggressiven Vorschulkindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 211–218.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. (2007). *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 655–663.
- Jacobs, C. & Petermann, F. (2008). Aufmerksamkeitstherapie bei Kindern – Langzeiteffekte des ATTENTIONERS. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 411–417.
- Kanning, U. P. (2002). Soziale Kompetenz – Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 154–163.
- Mares, D., McLuckie, A., Schwartz, M. & Saini, M. (2007). Executive function impairments in children with attention-deficit hyperactivity disorder: Do they differ between school and

- home environments? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 527–534.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K. & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125, 75–81.
- Merod, R. & Petermann, F. (2006). Messung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 15, 164–169.
- Nitkowski, D., Petermann, F., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C. & Petermann, U. (2009). Verhaltenstherapie und Jugendhilfe – Ergebnisse zur Optimierung der Versorgung aggressiver Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 461–468.
- Petermann, F. (2002). Klinische Kinderpsychologie: Zum Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 175–185.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 48–57.
- Petermann, F. & Hampel, P. (2009). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 18, 135–136.
- Petermann, F. & Resch, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6. vollst. veränd. Aufl.; S. 49–64). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F., Petermann, U., Besier, T., Goldbeck, L., Büttner, P., Krause-Leipoldt, C. & Nitkowski, D. (2008). Zur Effektivität des Trainings mit aggressiven Kindern in Psychiatrie und Jugendhilfe. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 182–189.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.). (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Rommelse, N. N., Altink, M. E., Oosterlaan, J., Buschgens, C. J., Buitelaar, J. & Sergeant, J. A. (2008). Support for an independent familial segregation of executive and intelligence endophenotypes in ADHD families. *Psychological Medicine*, 38, 1595–1606.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- Schmidt, S., Brücher, K. & Petermann, F. (2006). Komorbidität der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 123–132.
- Schmitman gen. Pothmann, M. (2008). *AD(H)S und soziale Fertigkeiten, Entwicklung und Evaluation eines Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S*. Bremen: Dissertation an der Universität Bremen. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:46-diss000111862>.
- Schmitman gen. Pothmann, M. (2010). *Kinder brauchen Freunde – Soziale Fertigkeiten fördern. Gruppentherapie bei AD(H)S und anderen Verhaltensauffälligkeiten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Soliva, J. C., Carmona, S., Fauquet, J., Hoekzema, E., Bulbena, A., Hilferty, J. & Vilarroya, O. (2009). Neurobiological substrates of social cognition impairment in attention-deficit hyperactivity disorder: Gathering insights from seven structural and functional magnetic resonance imaging studies. *Annals of the New York Academy of Science*, 1167, 212–220.
- Witthöft, J., Koglin, U. & Petermann, F. (2010). Zur Komorbidität von aggressivem Verhalten und ADHS. *Kindheit und Entwicklung*, 19, 218–227.

Manuskripteingang	4. Juni 2010
Nach Revision angenommen	27. Januar 2011
Interessenkonflikte	Nein

Dr. Marion Schmitman gen. Pothmann

Klinik Hochried
Hochried 1–12
DE - 82418 Murnau
marion.pothmann@gmx.de

CME-Fragen



- Das Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS gliedert sich in die folgenden Hauptphasen (drei Antworten sind richtig):
 - Erkennung eigener Fehler
 - Handlungsplanung
 - Ausführung
 - Vermeidung aggressiven Verhaltens
 - Wahrnehmung
- Bezogen auf das beschriebene Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS sind folgende Aussagen richtig (eine Antwort ist falsch):
 - umfasst mindestens zwei Elterntermine
 - in jeder Sitzung werden verschiedene Themen behandelt
 - wurde für drei bis fünf Kinder konzipiert
 - eignet sich für Kinder im zweiten bis fünften Schulbesuchsjahr
 - umfasst zehn einstündige Sitzungen

3. Das Gruppentraining sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS basiert auf den folgenden empirisch bestätigten Ansätzen (zwei Antworten sind richtig):
- Supervision durch Gleichaltrige
 - defizitäre Verhaltensinhibition nach Barkley
 - sozial-kognitive Informationsverarbeitung
 - einsichtsorientierte Gruppenpsychotherapie
 - Spieltherapie
4. Zu den sozialen Fertigkeiten gehören (drei Antworten sind richtig):
- Emotionsregulation
 - Konfliktlösefertigkeiten
 - psychische Gesundheit
 - gute Schulleistungen
 - Kommunikationsfähigkeiten
5. Verhalten wird als sozial kompetent bezeichnet wenn (eine Antwort ist richtig):
- sich jemand bedingungslos durchsetzen kann
 - sich jemand um andere kümmert
 - bei der Verwirklichung eigener Ziele die Bedürfnisse Dritter berücksichtigt werden
 - jemand seine Interessen grundsätzlich zurückstellt
 - sich jemand im Zweifelsfall auch aggressiv durchsetzen kann

Um Ihr CME-Zertifikat zu erhalten (mind. 3 richtige Antworten), schicken Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen **mit einem frankierten Rückumschlag** bis zum 31.8.2011 an die nebenstehende Adresse. Später eintreffende Antworten können nicht mehr berücksichtigt werden.

Professor Dr. Gerd Lehmkuhl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10
DE - 50931 Köln

FORTBILDUNGSZERTIFIKAT

Die Ärztekammer Niedersachsen erkennt hiermit 2 Fortbildungspunkte an.

«Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS»

Stempel

Zeitschrift für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie und
Psychotherapie
4/2011

HUBER



Die Antworten bitte deutlich ankreuzen!

	1	2	3	4	5
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name

Berufsbezeichnung, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift