

Telefonisch angeleitete Selbsthilfe für Eltern von Jugendlichen mit ADHS: Eine Pilotstudie

Christina Dose, Tina Roschmann, Christopher Hautmann, Claudia Kinnen, Christiane Rademacher, Frederike Rabe und Manfred Döpfner

I Theoretischer Hintergrund

Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) persistieren oft bis ins Jugend- und Erwachsenenalter (z. B. Faraone et al., 2006) und sind im Jugendalter mit komorbiden Störungen, einem verringerten Funktionsniveau sowie einer verringerten Lebensqualität (z. B. Bussing et al., 2010) assoziiert. Neben einer Pharmakotherapie und einer individuellen Therapie der/des Jugendlichen können Elterntrainings zur Behandlung einer ADHS im Jugendalter eingesetzt werden (DGKJP et al., 2018). Barrieren wie eine unzureichende regionale Versorgungslage, mangelnde zeitliche Ressourcen oder Angst vor Stigmatisierung können den Zugang zu einer Behandlung erschweren (Kazdin et al., 1997; Reardon et al., 2017). Selbsthilfe-Interventionen stellen hier eine niedrigschwellige Behandlungsalternative dar (Kazdin & Blase, 2011). Im Kindesalter zeigen Selbsthilfe-Interventionen einen positiven Effekt auf von Eltern beurteilte externalisierende Verhaltensprobleme, verschiedene Aspekte des Erziehungsverhaltens, das elterliche Befinden und die elterliche Selbstwirksamkeit (Tarver et al., 2014).

II Ziel der Studie

Ziel der Studie war die Untersuchung von Veränderungen der ADHS-Symptomatik (primäre Zielvariable), komorbider oppositioneller Symptome und weiterer Verhaltensauffälligkeiten, der Lebensqualität und der elterlichen Selbstwirksamkeit während einer zwölfmonatigen telefonisch angeleiteten Selbsthilfe-Intervention für Eltern von Jugendlichen (13 bis 17 Jahre) mit ADHS.

Telefonisch angeleitete Selbsthilfe

Bibliotherapie

Lesen von Selbsthilfelimaterialien zu therapeutischen Zwecken

Professionelle Beratung

Vertiefung der Inhalte, Übertragung auf individuelle Situation

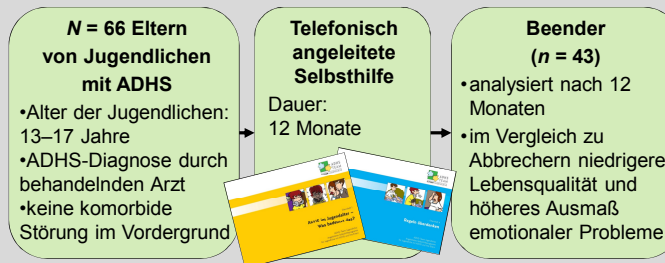
III Intervention

Telefonisch angeleitete Selbsthilfe: 8 schriftliche Elternratgeber ("Elternhefte") + 14 begleitende telefonische Beratungsgespräche

Heft	Titel
	ADHS im Jugendalter – Was bedeutet das?
	Psychoedukation zu Symptomatik, Ursachen, Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten
	Probleme analysieren und angehen
	Definition von Zielproblemen, Vermittlung eines Störungsmodells
	Miteinander statt gegeneinander
	Förderung positiver Eltern-Jugendlichen-Interaktionen, Kommunikationsregeln
	Regeln überdenken
	Überdenken von Familienregeln und Freiheiten des Jugendlichen
	Gemeinsam verhandeln
	Aushandeln von Familienregeln und Problemlösetechniken
	Geplant konsequent – Schritt 1: Klare Ansagen und positives Feedback
	Stellen wirkungsvoller Aufforderungen und positive Konsequenzen bei Regelbefolgung
	Geplant konsequent – Schritt 2: Negative Konsequenzen und Verhaltensverträge
	Negative Konsequenzen bei Regelverstößen und Verhaltensverträge
	Auftanken und in die Zukunft schauen
	Erwerb von Techniken der Stressreduktion für Eltern

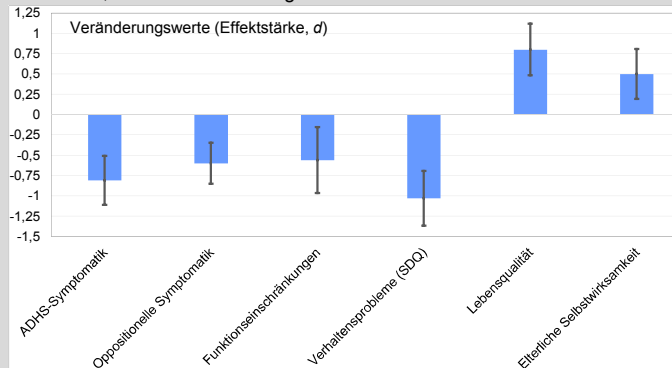
IV Methoden: Teilnehmer und Design

Within-Subject-Design:



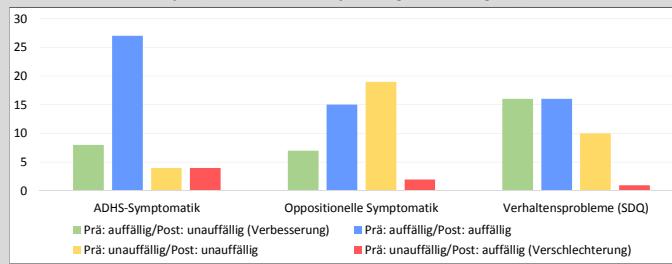
V.a Ergebnisse: Prä-Post-Veränderungen

Es zeigten sich in der Gruppe der Programmbeender auf allen Variablen signifikante Veränderungen während der telefonisch angeleiteten Selbsthilfe; die Effektstärken lagen im mittleren bis hohen Bereich:



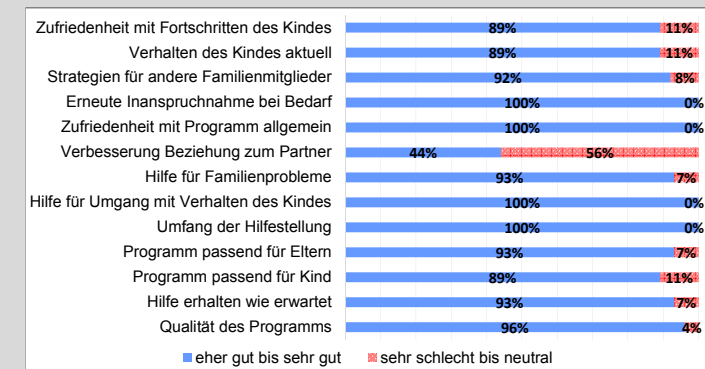
In Intention-to-treat-Analysen, die zusätzlich die Daten der Abbrecher berücksichtigten, blieben die Prä-Post-Veränderungen bzgl. der ADHS-Symptomatik und der Lebensqualität signifikant.

Zur Bestimmung der klinischen Signifikanz der Ergebnisse wurde anhand von Normwerten bestimmt, welcher Anteil der Jugendlichen zu Beginn der Intervention eine klinisch bedeutsame vs. unauffällige Symptomatik aufwies und wie sich die Symptomatik in den jeweiligen Untergruppen veränderte:



V.b Ergebnisse: Zufriedenheit der Eltern

Zum Post-Messzeitpunkt füllten 28 Elternteile, die das Programm beendet hatten, einen Zufriedenheitsfragebogen aus. Diese Eltern drückten eine hohe Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Programms aus:



VI Diskussion

Die Ergebnisse der Pilotstudie sprechen für die praktische Umsetzbarkeit und Akzeptanz der telefonisch angeleiteten Selbsthilfe und weisen auf positive Veränderungen der ADHS- und oppositionellen Symptomatik, assoziierter Funktionseinschränkungen, eines Gesamtmaßes der Verhaltensprobleme und der Lebensqualität des Jugendlichen sowie der elterlichen Selbstwirksamkeit während der Intervention hin. Limitationen liegen im Fehlen einer Kontrollgruppe, durch die beurteilt werden könnte, ob diese Veränderungen auf die Intervention zurückzuführen sind, sowie in der ausschließlichen Beurteilung der Zielvariablen durch die Eltern, deren Einschätzungen beispielsweise durch eine Anstrengungsrechtfergung beeinflusst sein könnten. Die Abbruchrate (35%) liegt etwas höher als bei ambulanten Therapien. Gründe für Abbrüche und die Fragestellung, für welche Familien sich die Intervention besonders eignet, sollten weiter untersucht werden, um die Intervention ggf. an die Bedürfnisse von Familien anzupassen, die aktuell schwer erreicht werden. Die telefonisch angeleitete Selbsthilfe könnte einen Beitrag dazu leisten, Versorgungslücken zu schließen. Weitere Studien unter Einbezug un behandelter oder auch aktiver Kontrollgruppen sind notwendig, um die Wirksamkeit der Intervention und ihren Nutzen, beispielsweise auch im Rahmen von Stepped-Care-Modellen, besser abschätzen zu können.

Literatur
Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., & Ganvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 595–605. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), & Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGPSJ) (2018). *Langfassung der Interdisziplinären evidenz- und konsensbasierten (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“*. Retrieved from www.mmi.uni-goettingen.de/ADHS_S3_ADHS_2018_06.pdf; Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159–165; Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 453–463; Kazdin, A. E., & Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21–37; Reardon, T., Haney, K., Banarowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 623–647; Tarver, J., Daley, D., Lockwood, J., & Sayal, K. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalizing behavior problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 1123–1137.