Soziale Fertigkeiten und ADHS

Entwicklung und Evaluation eines Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS

Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
durch den
Promotionsausschuss Dr. phil.
der Universität Bremen

vorgelegt von Marion Schmitman gen. Pothmann

Murnau, den 23.05.2008

Diese Veröffentlichung lag dem Promotionsausschuss
Dr. phil. der Universität Bremen als Dissertation vor.
Gutachter: Prof. Dr. Franz Petermann
Gutachterin: Prof. Dr. Ulrike Petermann
Das Kolloquium fand am 17.09.2008 statt.

Ich danke….

Herrn Prof. Dr. F. Petermann und Frau Prof. Dr. U. Petermann

für die freundliche und hilfreiche Betreuung.

Herrn Dr. H. Mayer

für das Ermöglichen dieser Arbeit und alle Unterstützung.

Frau Dr. D. Zakis

dafür, dass Du mich durch Höhen und Tiefen begleitet und mich „fit“ gemacht hast.

Meinen Eltern

dafür, dass Ihr nicht nur meine (Rechtschreib-) Fehler „entdeckt und korrigiert“, sondern vor allem auch schon immer meine Fähigkeiten und Stärken „erkannt und formatiert“ habt.

Meiner Schwester

für alles gemeinsame „Dissi und Dassi“. Du bist ein Schatz.

Allen, die zur Entwicklung und Evaluation des Trainings beigetragen haben:

Tanja Feichter für die kreativen Ideen in der Entwicklung, Sandra Köhler für die tollen Grafiken, allen KollegInnen und PraktikantInnen für die Hilfe bei der Datenerhebung. Anni Beniczki, Carola Horn, Kerstin Smetz und Larissa Ellenrieder dafür, dass Ihr mit so viel Kompetenz und freudigem Engagement das Training durchgeführt habt und immer noch gute Ideen zur Weiterentwicklung hattet. Sara Kress für das „Aufmöbeln“ der Arbeitsblätter. Allen Kindern und Eltern, die an dem Training teilgenommen und sich durch die Flut von Fragebögen gekämpft haben.

Allen, die mich mit Rat und Tat unterstützt haben:

Marion Ritter und Marita Mohr fürs Korrekturlesen. Meinem Schwager Axel, dass Du Angela immer wieder „freigestellt“ hast. Patty für effektive gemütliche Stunden und den gelegentlichen Verzicht auf gemeinsame Aktivitäten. Heike und Michaela für Eure Anteilnahme. Imke, Birte, Ulli und Anke für unsere lange Freundschaft und gut tuenden Telefonate. Allen von den MBK-Freizeiten, denen ich nicht nur meine Begeisterung für Gruppenarbeiten mit Kindern zu verdanken habe, und allen aus dem Hauskreis, der Gemeinde und aus Israel, die mich in Gedanken begleitet haben.

Denn: Zwei sind besser dran als ein Einzelner… wenn sie fallen,
so richtet der eine seinen Gefährten auf.
(Die Bibel, Prediger 4, 9-10)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 7

2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen 11

2.1 Grundbegriffe 11

2.1.1 Prävalenz 11
2.1.2 Diagnosen 12
2.1.3 Verlauf 15
2.1.4 Aufmerksamkeitskomponenten 17

2.2 Diagnostik 20

2.2.1 Exploration 21
2.2.2 Testdiagnostik 22

2.3 Therapie 23

2.3.1 Ergebnisse aus der Therapieforschung 23

2.4 Entstehung 25

2.4.1 Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von AD(H)S 25
2.4.2 Theorie der Verhaltensinhibition (Barkley) 29
2.4.3 Diskussion zur Rolle von exekutiven Funktionen und Inhibition 37

3 Soziale Fertigkeiten 43

3.1 Grundbegriffe 43

3.1.1 Definitionen 44
3.1.2 Dimensionen 44

3.2 Diagnostik 46

3.2.1 Erfassung sozialer Fertigkeiten durch schriftliche Befragung 47
3.2.2 Erfassung sozialer Fertigkeiten durch mündliche Befragung 50
3.2.3 Erfassung sozialer Fertigkeiten durch Beobachtung 50
3.2.4 Störungen sozialer Fertigkeiten 51

3.3 Therapie 52

3.3.1 Personenzentrierte Ansätze 53
3.3.2 Gruppentherapeutische Ansätze 53

3.4 Entstehung 58

3.4.1 Theorie der sozial–kognitiven Informationsverarbeitung (Dodge) 59
3.4.2 Zusammenfassung 66

4 Soziale Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S 68

4.1 Forschungsstand zu sozialen Fertigkeiten und AD(H)S 69

4.1.1 Zusammenhang zwischen sozialen Fertigkeiten und AD(H)S 69

4.1.2 Ursachen für soziale Defizite bei AD(H)S 71
4.1.3 Therapieeffekte 72
4.1.4 Zusammenfassung des Forschungsstandes 75

4.2 Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S 76

4.2.1 Wahrnehmung der Situation 78
4.2.2 Handlungsplanung 81
4.2.3 Handlungsausführung 83

4.3 Folgen AD(H)S-typischer Verarbeitung 86

4.3.1 Folgen defizitärer Wahrnehmung 86
4.3.2 Folgen defizitärer Handlungsplanung 86
4.3.3 Folgen sozial inkompetenter Verhaltensweisen 87

5 Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S 90

5.1 Entwicklung des Therapieprogramms TEAM 91

5.1.1 Ausgangslage 91
5.1.2 Entwicklungsphase 1: Erprobung (2004 / 2005) 92
5.1.3 Entwicklungsphase 2: Theoriebasierte Fertigstellung (2006) 94
5.1.4 Theoretische Basis 96
5.1.5 Auswahl der Interventionen 97
5.1.6 Festlegung der Reihenfolge 97
5.1.7 Festlegung der Altersgruppe 98
5.1.8 Erstellung eines Manuals 98
5.1.9 Erstellung der Materialien 99

5.2 Theoretische Fundierung der Interventionen 100

5.2.1 Interventionen zur Umsetzung der therapeutischen Ziele 102

5.3 Beschreibung des Therapieprogramms TEAM 120

5.3.1 Name und Motto 120
5.3.2 Aufbau und Konzeption des Trainings 120
5.3.3 AD(H)S–spezifische Rahmenbedingungen 121
5.3.4 Elternarbeit 122
5.3.5 Zielgruppe 123
5.3.6 Gruppenzusammensetzung 123
5.3.7 Therapeuten 123
5.3.8 Sitzungsbeschreibungen 124

6 Hypothesen 131

6.1 Hypothesen: Soziale Fertigkeiten 131

6.1.1 Wahrnehmung 131
6.1.2 Handlungsplanung 132
6.1.3 Handlungsausführung 132
6.1.4 Ergänzende Hypothesen zu sozialen Fertigkeiten 133

6.2 Hypothesen: Aktivität / Aufmerksamkeit 133

6.3 Hypothesen: Weitere psychische Faktoren 133

7 Datenerhebung 134

7.1 Untersuchungsdesign und Durchführung 134

7.1.1 Rekrutierung der Stichprobe 134
7.1.2 Durchführung der Testungen 135
7.1.3 Durchführung des Therapieprogramms TEAM 136

8 Messinstrumente 137

8.1 Erfassung: Soziale Fertigkeiten 137

8.1.1 ESF-Konstruktion 137
8.1.2 ESF-Gütekriterien Psychometrische Eigenschaften 142
8.1.3 ISF-Konstruktion 151

8.2 Erfassung: Aktivität / Aufmerksamkeit 152

8.2.1 FBB HKS 152
8.2.2 KITAP 152

8.3 Erfassung: Weitere psychische Faktoren 153

8.3.1 SDQ 153

9 Ergebnisse 155

9.1 Stichprobe 155

9.1.1 Experimentalgruppe 156
9.1.2 Kontrollgruppe 157

9.2 Gesamtergebnisse der verschiedenen Messinstrumente 160

9.2.1 Soziale Fertigkeiten 161
9.2.2 Aktivität / Aufmerksamkeit 163

9.3 Ergebnisse: Soziale Fertigkeiten 164

9.3.1 Effekte Therapieziele Wahrnehmung 164
9.3.2 Effekte Therapieziele Handlungsplanung 168
9.3.3 Effekte Therapieziele Handlungsausführung 174
9.3.4 Zusätzliche Indikatoren für soziale Kompetenzen 176

9.4 Ergebnisse: Aktivität / Aufmerksamkeit 178

9.5 Ergebnisse: Weitere psychische Faktoren 180

9.5.1 Wirkung Medikamente 182

10 Diskussion 183

10.1 Zusammenfassung 183

10.2 Diskussion des theoretischen Hintergrundes 184

10.2.1 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes 184
10.2.2 Diskussion Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S 185

10.3 Diskussion der Evaluationsstudie 187

10.3.1 Diskussion der Ergebnisse 187
10.3.2 Diskussion des methodischen Vorgehens 194
10.3.3 Diskussion des Studiendesigns 196

10.4 Ausblick 198

10.4.1 Perspektiven für die Forschung 198
10.4.2 Perspektiven für die therapeutische Praxis 199

11 Literaturverzeichnis 202

12 Tabellenverzeichnis 221

13 Abbildungsverzeichnis 223

1 Einleitung

Meine Motivation zur Auseinandersetzung mit dem Thema soziale Fertigkeiten und Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) entstand in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und deren Eltern. Vielfach berichten verzweifelte Eltern von Kindern mit ADHS unter großer Scham: „Mein Kind wird am Nachmittag nie zum Spielen eingeladen“, „Unser Kind gerät ständig in Konflikte mit anderen Kindern“, „Er ist schon seit dem Kindergarten Außenseiter“ oder Ähnliches. Die Kinder stellen mit völligem Unverständnis und hoffnungslos fest, dass „Alle“ sie grundlos ärgern oder angreifen und sie von Niemandem gemocht würden. Soziale Probleme treten bei einem überwältigenden Anteil der Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen auf und führen sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern zu erheblichem Leidensdruck.

Mit Eintritt in die Grundschule nimmt die Komplexität der Informationen, die von den Kindern verarbeitet werden müssen, deutlich zu. Der Herausforderung, dem Unterrichtsgeschehen trotz großer Klassen zu folgen, Verhaltensregeln umzusetzen, zum Teil widersprüchlichen Ansprüchen von Lehrern und Mitschülern zu genügen und gleichzeitig eigenen Wünschen und Bedürfnissen gerecht zu werden und sich in unstrukturierten Pausensituationen zurecht zu finden, sind viele Kinder mit ADHS kaum gewachsen. Oft gelingt es ihnen nicht, die komplexe Situation differenziert wahrzunehmen und ihre Aufmerksamkeit auf die relevanten Informationen zu lenken. Ihr eigenes Verhalten so zu steuern, dass es in den verschiedenen Situationen sozial kompetent ist, stellt oft eine deutliche Überforderung dar.

In ihrer Hilflosigkeit reagieren sie mit ungeplanten, ziellosen, oft unangemessenen Verhaltensweisen, oppositionellem Trotzverhalten oder ängstlichem Rückzug.
Hypermotorisches, ablenkendes und kasperhaftes Verhalten oder häufige Regelverstöße führen in der Folge zu Konflikten mit Lehrern und somit bereits in eine soziale Sonderrolle, die sich auch in Ablehnung durch Mitschüler zeigt, wie in Jacobs und Petermann (2007) beschrieben. Diese Verhaltensmuster führen dazu, dass die Kinder langfristig in soziale Isolation geraten und sozial kompetentes Verhalten nicht entstehen kann. Für viele Eltern sind diese Schwierigkeiten mindestens ebenso beunruhigend wie die Schwierigkeiten in Leistungssituationen (Whalen & Henker, 1985).

Für eine gesunde Entwicklung fehlt sozial kompetentes Verhalten als wichtiger Schutzfaktor vor psychosozialen Krisen oder psychischen Krankheiten (Niebank & Petermann, 2002). Viele Kinder mit ADHS entwickeln daraufhin im Laufe der Zeit komorbide Störungen wie oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens, stärker ausgeprägte Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen, affektive vor allem depressive Störungen, Lernstörungen und andere wie beispielsweise Ticstörungen.

Um die Kinder in sozialen Kontexten zu stärken, kristallisierte sich der Bedarf für ein Therapieprogramm immer stärker heraus, das auf der einen Seite die gesamte Bandbreite sozialer Fertigkeiten erfasst und fördert, aber auf der anderen Seite auch die spezifischen Bedürfnisse der Kinder mit ADHS berücksichtigt. Die Hauptsymptome Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität erschweren die Teilnahme an bestehenden Therapieprogrammen wie Petermann und Petermann (2005) in ihrem Training mit aggressiven Kindern beschreiben.

Die Relevanz sozialer Fertigkeiten für die gesunde Entwicklung von Kindern wird sowohl in der Forschung als auch in der Praxis häufig betont. Sehr bedauerlich ist daher, dass es bislang weder gelungen ist, eine einheitliche Definition noch eine umfassende Theorie zur Entstehung sozialer Fertigkeiten zu entwickeln, die es darüber hinaus ermöglichen würde, umfassende Diagnostikmaterialien, beispielsweise für den Kinder- und Jugendbereich, zu erstellen.

Ausgehend von dieser Forschungslage ist es nahe liegend, dass es auch keine theoretisch fundierten Ansätze darüber gibt, welche Ursachen dazu führen, dass speziell Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen Defizite der Entwicklung sozialer Fertigkeiten aufweisen. Somit existiert bislang kein theoretisches Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit ADHS, welches die Basis für die Entwicklung eines Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS darstellen könnte.

Ziel dieser Arbeit ist es, diese Forschungslücken zu minimieren und ein effizientes Therapieprogramm zu entwickeln. Dies geschieht, indem zunächst theoriebasiert der erste Ansatz eines Modells zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit ADHS formuliert wird, das im Weiteren die Basis zur Entwicklung des Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit ADHS „TEAM“ (T= Team, E= Experten, A= Arbeiten, M= Miteinander) darstellt. Dieses entstandene Training wird im Rahmen der vorliegenden Studie auf Wirksamkeit überprüft, wofür ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Fertigkeiten entwickelt wurde.
Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über Aufbau und Inhalte der Arbeit. Im Theorieteil werden zunächst theoretische Grundlagen und die Entwicklung des Trainings „TEAM“ vorgestellt, dessen Evaluation im Methoden- und Ergebnisteil beschrieben wird.
Nach einem einführenden Überblick über Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen wird in *Kapitel 2* schwerpunktmäßig die Theorie über Verhaltensinhibition und exekutive Funktionen von Barkley (1997) vorgestellt und kritisch diskutiert, da diese hervorragende Ansätze für die Erklärung sozialer Defizite bei Kindern mit ADHS liefert. Barkley (1997) geht davon aus, dass Menschen mit ADHS Defizite in der Fähigkeit zur Verhaltensinhibition aufweisen. Dies hat zur Folge, dass erste Handlungsimpulse nicht oder nur unzureichend unterdrückt werden und somit wichtige handlungssteuernde exekutive Funktionen ihre Aufgaben nicht ungehindert wahrnehmen können. Die vier von ihm postulierten Hauptfunktionen (das Arbeitsgedächtnis, die Fähigkeit zur

Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aufmerksamkeit, die Internalisation von Sprache und die Rekonstruktion von Verhaltensweisen) sind mit entsprechenden Unterfunktionen somit in ihrer Funktion eingeschränkt.
Im *Kapitel 3* wird auf soziale Fertigkeiten näher eingegangen, da es sich um einen Bereich handelt, der bei Kindern mit ADHS sehr häufig mit Defiziten verbunden ist. Nach einem allgemeinen Überblick über den aktuellen Forschungsstand folgt die Darstellung der Theorie zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung von Dodge (1986, 1993) und Crick und Dodge (1994) als eine wichtige Grundlage der vorliegenden Arbeit.
In ihrem kognitiven Modell beschreiben die Autoren die Verarbeitung sozialer Informationen und die Entstehung von sozial kompetentem Verhalten in einem sechsstufigen Prozess. Für jeden Verarbeitungsschritt, angefangen bei der Wahrnehmung und Selektion relevanter Schlüsselreize (Schritt 1) bis hin zur Ausführung der Reaktion (Schritt 6), werden Prozesse und Anforderungen beschrieben, die zur gesunden Entwicklung sozialer Fertigkeiten vonnöten, aber somit auch störungsanfällig sind.

Aus den dargestellten Theorien wird in *Kapitel 4* erstmalig ein Modell zur pathogenen Entwicklung sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit ADHS abgeleitet. An dieser Stelle werden in Anlehnung an die Schritte der Informationsverarbeitung von Dodge drei Hauptphasen postuliert: 1. Wahrnehmung der Situation / Zielfindung, 2. Handlungsplanung und 3. Ausführung. Es wird davon ausgegangen, dass unterschiedliche exekutive Funktionen benötigt werden, damit die Informationen in den einzelnen Phasen störungsfrei verarbeitet werden können. Es werden daher pro Phase diejenigen Funktionen herausgearbeitet, die potentiellen Einfluss nehmen. Die von Barkley (1997) postulierten und empirisch weitgehend bestätigten Einschränkungen der exekutiven Funktionen bei Menschen mit ADHS werden somit als mögliche Ursachen für den pathogenen Erwerb sozialer Fertigkeiten angesehen. Es wird dementsprechend davon ausgegangen, dass die defizitären exekutiven Funktionen zu einem ADHS-typischen Verarbeitungsstil sozial relevanter Informationen führen.

Aus dem Modell werden in der Folge ADHS-typische Defizite in der Entwicklung sozialer Fertigkeiten abgeleitet und im nächsten Schritt ein Therapieprogramm entwickelt, das die Kompensation dieser Defizite zum Ziel hat.

Auf die Entwicklung des Therapieprogramms „TEAM“ wird im *5. Kapitel* eingegangen. An dieser Stelle wird zunächst die 3-jährige Phase der Entwicklung beschrieben, bevor dann auf Basis der theoretischen Hintergründe das Training an sich vorgestellt wird. Es handelt sich um zehn einstündige Sitzungen, die einmal pro Woche für Kinder mit ADHS zwischen zweiter und fünfter Klasse, jeweils in Gruppen von vier Kindern und zwei Therapeuten, angeboten werden.

Abgeleitet aus den theoriebasierten Zielen werden in *Kapitel 6* die Hypothesen genannt, die im Rahmen der Evaluationsstudie überprüft werden sollen. Es werden a)

Trainingseffekte in Bezug auf diverse Aspekte sozialer Fertigkeiten erwartet, b) Verbesserungen der verschiedenen Aufmerksamkeitskomponenten sowie c) Verbesserungen weiterer psychischer Begleiterscheinungen.

Im Rahmen des Methodenteils werden in *Kapitel 7* zunächst das Studiendesign und die Datenerhebung vorgestellt. Die experimentelle Vortest/Nachtest-Studie mit Wartekontrollgruppe wurde im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz an der Fachklinik Hochried in Murnau (Oberbayern) anhand einer klinischen Stichprobe von 40 Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen durchgeführt.

Da, wie bereits beschrieben, bislang keine umfassenden und geeigneten Instrumente zur Erfassung sozialer Fertigkeiten bei Kindern existierten, konnte die überwiegende Mehrheit der Hypothesen mit vorhandenen Messinstrumenten nicht erfasst werden. Daher werden in *Kapitel 8* nicht nur die bereits existierenden Instrumente beschrieben, sondern auch die Entwicklung eines Erhebungsbogens zur Erfassung sozialer Fertigkeiten aus Sicht der Eltern (ESF-E) und aus Sicht der Kinder (ESF-K). Mit dem Ziel einer multimodalen Erfassung wurde darüber hinaus ein halbstandardisiertes Kurzinterview (ISF) für die Kinder entwickelt, dessen Gütekriterien ebenfalls in Kapitel 8 dargestellt sind.

Nach der Beschreibung der Stichprobe werden in *Kapitel 9* zunächst die Gesamtergebnisse für die verschiedenen Erhebungsmethoden vorgestellt, bevor dann auf die Ergebnisse der 17 Hypothesen zu sozialen Fertigkeiten, 3 Hypothesen zu Aufmerksamkeitsleistungen und 2 Hypothesen zu zusätzlichen psychischen Belastungsfaktoren eingegangen wird. Mit Hilfe von T-Tests für abhängige Stichproben werden Unterschiede in den Mittelwerten zwischen erstem und zweitem Untersuchungszeitpunkt in der Experimentalgruppe auf Signifikanz geprüft und für die Veränderungen Effektgrößen berechnet. Mit Hilfe univariater Varianzanalysen (ANOVA) wird überprüft, inwieweit sich die Differenzen zwischen erstem und zweitem Untersuchungszeitpunkt in Kontroll- und Experimentalgruppe signifikant voneinander unterscheiden.

In *Kapitel 10* werden die Ergebnisse der Arbeit für Wissenschaft und Praxis diskutiert und ein Ausblick für weitere Entwicklungen gegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in vorliegender Arbeit bei der Nennung von Personen- und Berufsbezeichnungen überwiegend die männliche Form gewählt. Dies soll keinesfalls als Ausdruck von Diskriminierung verstanden werden. Die Aussagen beziehen sich in der Regel auf beide Geschlechter.

2 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sind im letzten Jahrzehnt immer stärker in das Zentrum öffentlichen Interesses gerückt, da diese gemeinsam mit oppositionellen Verhaltensstörungen die häufigsten Störungen des Kindesalters darstellen. Ihr oft chronischer Verlauf geht häufig mit massiven Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus einher. Alle relevanten Lebensbereiche der Kinder, wie Schule, Familie oder der soziale Kontext, sind durch die Störung deutlich beeinträchtigt, was zu starkem Leidensdruck der Kinder, Eltern und auch anderen Bezugspersonen, wie z.B. Lehrern, führt. Der extrem hohe Bedarf an Therapie zeigt sich darin, dass mitunter mehr als die Hälfte der bei Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Ambulanzen oder Beratungsstellen vorgestellten Kinder Symptome aus diesem Störungsspektrum vorweisen (Döpfner & Wolff Metternich, 2006).

Nach allgemeiner Einführung in das Störungsbild und Begriffsklärung werden im Folgenden diejenigen Aspekte der Störung differenzierter dargestellt, die potentiellen Einfluss auf die Entwicklung sozialer Fertigkeiten haben. Im Kapitel 4 wird daraus ein Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit ADHS abgeleitet, aus dem sich wiederum therapeutische Maßnahmen ergeben, die in dem Therapieprogramm TEAM zusammengefasst werden.

2.1 Grundbegriffe

2.1.1 Prävalenz

Sowohl national als auch international herrscht Einigkeit darüber, dass Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern zählen. Es werden Prävalenzraten zwischen 3% und 7% angegeben (Spencer, Biederman & Mick, 2007). In einer Metaanalyse, in die die Ergebnisse von 102 Studien aus allen Kontinenten einflossen, wurde eine weltweite Prävalenz von 5,29% ermittelt (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Hierbei fällt auf, dass Studien, die auf ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) oder DSM III Kriterien beruhen, geringere Prävalenzraten aufweisen als Studien, die auf DSM IV Kriterien (Saß, Wittich & Zaudig, 2003) basieren. Werden die Prävalenzen geschlechtsspezifisch ermittelt, so ergeben sich mit 10% bei Jungen deutlich höhere Werte als unter 5% bei Mädchen. Für die verschiedenen Subtypen von ADHS wurden nach Geschlechtern getrennt in einer breit angelegten Studie (N=2197) von Levy, Hay, Bennett und McStephen (2005) jeweilige Prävalenzen ermittelt. Für den Unaufmerksamen Subtyp (ADHD-I) ergibt sich bei den Jungen eine Prävalenz von 9,9%, bei den Mädchen von 4,2%. Der Hyperaktiv-Impulsive Subtyp (ADHD-HI) hat bei Jungen eine Prävalenz von 3,9% und bei Mädchen von 1,7%. Der Kombinierte Subtyp weist bei Jungen eine Prävalenz von 5,8% auf, während diese bei den Mädchen bei 2,0% liegt. Es zeigen sich also insgesamt in allen Subtypen deutlich höhere Prävalenzraten für Jungen.

Für Europa wird eine Prävalenz von knapp 5% (Polanczyk et al., 2007) angegeben. Das ist identisch mit den Werten der KiGGS Studie des Robert-Koch-Institutes, in der unter deutschen Kindern (7.569 Jungen, 7.267 Mädchen) eine Prävalenz von 4,9% festgestellt werden konnte (Schlack, Hölling, Kurth & Huss, 2007). Ob ADHS vorliegt oder nicht, wurde hierbei durch die Frage ermittelt: „Wurde bei Ihrem Kind durch einen Arzt oder Psychologen die Diagnose ADHS schon einmal gestellt?“. Es kann somit nicht mehr festgestellt werden, nach welchen Kriterien die Diagnosestellung erfolgte. Eine Zusammenschau anderer Studien im deutschsprachigem Raum findet sich bei Kuschel, Ständer, Bertram, Heinrichs, Naumann und Hahlweg (2006). In breit angelegten epidemiologischen Studien, die sich nicht auf klinische Stichproben beschränken, werden hierbei Prävalenzen zwischen 2,2 und 17,8% mit einer mittleren Prävalenzrate von 7% ermittelt. Ein Grund für die hohe Variabilität dieser Ergebnisse liegt in der Unterschiedlichkeit der Messinstrumente, die sich hinsichtlich ihrer Gütekriterien, Anwendungsform (Interview, Fragebögen, Checklisten) und Art der Klassifikation (kategorial vs. dimensional) unterscheiden. Darüber hinaus beeinflussen Beurteiler, Studiendesign, Erhebungszeiträume und Stichproben die Ergebnisse.

Die Brisanz des Themas wird darin deutlich, dass Betroffene (Lehrer, Erzieher, Eltern etc.) die Auftretenswahrscheinlichkeit noch deutlich höher einschätzen (Lauth & Knoop, 1998).
Bei Kindern, die neuropsychologische Hilfe in Anspruch nehmen oder in Beratungsstellen oder psychiatrischen-/psychologischen Praxen vorgestellt werden, wird von AD(H)S Häufigkeiten zwischen 20% (Heubrock & Petermann, 2001) und 40% (Döpfner, 2001) berichtet.

2.1.2 Diagnosen

Die Symptomtrias (Störung von Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität) lässt sich in verschiedenen Diagnosen mit entsprechenden Subtypen der Klassifikationssysteme ICD-10 (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006) und DSM IV (Saß, Wittich & Zaudig, 2003) wiederfinden.

Tabelle 1: Diagnosen DSM IV

Unterscheidungen im DSM IV:	
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – Mischtyp	ADHD-C
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – vorwiegend unaufmerksam	ADHD-I
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – vorwiegend hyperaktiv-impulsiv	ADHD-HI

Tabelle 2: Diagnosen ICD-10

Unterscheidungen im ICD-10:	
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)	ADHS
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)	ADHS SSV

Zusätzlich kann im ICD-10 eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität kodiert werden unter: Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8) (ADS).

Beide Klassifikationssysteme formulieren klare Zuordnungs- und Ausschlusskriterien. Sie stimmen darin überein, dass die Störung vor dem siebenten Lebensjahr beginnt, die Symptome mindestens sechs Monate in zwei oder mehr Lebensbereichen auftreten und Ausmaße annehmen, die für den Entwicklungsstand untypisch sind und zu deutlichen Beeinträchtigungen führen. Allerdings muss angemerkt werden, dass die Diagnosekriterien im ICD-10 sehr viel strenger gefasst sind als im DSM IV. Zwar müssen in beiden Klassifikationssystemen die Symptome in zwei Bereichen auftreten, allerdings bedeutet dies im ICD-10, dass alle Kriterien erfüllt sind, während es im DSM IV ausreicht, wenn die Störung in zwei Bereichen Auswirkung auf das Funktionsniveau hat. Im ICD-10 kann eine Diagnose (F90.0) nur dann gestellt werden, wenn die Kriterien für alle drei Symptombereiche erfüllt sind, während im DSM IV auch dann eine Diagnose gestellt werden kann, wenn nur einzelne Bereiche betroffen sind (ADHD-I; ADHD-H). Der letzte gravierende Unterschied besteht darin, dass im ICD-10 abgeraten wird, Mehrfachdiagnosen zu stellen, während dies im DSM IV erwünscht ist. Die Folgen der unterschiedlich strengen Kriterien sind unter anderem daran erkennbar, dass die Prävalenzraten für die Diagnose F90.0 bis zu 20-fach niedriger sind als die ADHD-Diagnosen des DSM IV (Lee et al. 2008).

In der vorliegenden Studie wurden die Diagnosen anhand des ICD-10 gestellt, da im deutschen Gesundheitssystem dieses als verbindlich gilt und die Studie in der klinischen Praxis durchgeführt wurde. Im Folgenden wird die Abkürzung AD(H)S immer dann verwendet, wenn sich die Aussagen auf Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität beziehen beziehungsweise keine Differenzierung vorgenommen wird. Die Abkürzung ADHS (ohne Klammer) wird dann verwendet, wenn lediglich die Störung mit Hyperaktivität betrachtet wird, während Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität mit ADS abgekürzt werden.

2.1.2.1 Komorbide Störungen und Begleiterscheinungen

Als isolierte Störung tritt AD(H)S nur sehr selten auf. Mit zunehmendem Alter wächst die Gefahr, komorbide Störungen zu entwickeln. Ghanizadeh, Mohammadi und Moini (2008) konnten zeigen, dass lediglich 7,6% der Jungen mit AD(H)S und 21,7% der Mädchen mit AD(H)S keine Komorbiditäten aufweisen. Ein Überblick über Studien zu komorbiden Störungen lässt sich bei Gillberg et al. (2004) finden. Die häufigsten Störungen sind Störungen des Sozialverhaltens, Lernstörungen, Angststörungen, affektive/depressive Störungen, Ticstörungen, Zwangsstörungen und andere.

Als wichtige Begleiterscheinungen von AD(H)S werden in der Literatur darüber hinaus durchgängig auch Störungen sozialer Funktionen/Interaktionen genannt (Antshel, & Barkley, 2008; Hoza, 2007; Nijmeijer, Minderaa, Buitelaar, Mulligan, Hartman & Hoekstra, 2008). Da mangelnde soziale Kompetenzen in den klassischen Diagnosen der ICD-10 und DSM IV nicht kodiert werden können, werden diese auch nur selten systematisch erfasst. Studien mit Angaben zu Häufigkeiten wurden daher kaum gefunden. Eine Reanalyse der Daten aus der MTA-Studie (MTA Cooperative Group, 1999) zeigt, dass ca. 52% der Kinder mit AD(H)S soziale Ablehnung erfahren und nur 1% der Kinder einen hohen sozialen Status besitzt (Hoza et al., 2005). Auf weitere Studien wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

2.1.2.2 Subtypen

Wissenschaftliche Untersuchungen zu Komorbiditäten geben Anstöße zur Revision der Subtypen, deren Validität bereits kurz nach Erscheinen des DSM IV (1994) in Frage gestellt worden ist, und darüber hinaus zur differenzierten Therapieplanung.
Jensen, Martin und Cantwell (1997) trugen diverse Studien zu Komorbiditäten zusammen und stellten fest, dass sich Kinder mit aggressiven komorbiden Störungen in sieben von acht untersuchten Domänen (klinische Phänomenologie, psychosoziale-, demographische-, biologische-, genetische-, familiäre Faktoren, Ansprechbarkeit auf unterschiedliche Behandlungsformen) von Kindern mit AD(H)S ohne aggressive Komorbiditäten unterscheiden. In vier der acht Domänen unterscheiden sich auch die Kinder mit komorbiden ängstlichen Störungen von denen mit „reinem“ AD(H)S. Diese Ergebnisse lassen auf die potentielle Existenz eines AD(H)S Subtyps mit aggressiver Komponente schließen und fordern weitere Untersuchungen zu einem potentiellen AD(H)S Subtyp mit ängstlicher Komponente heraus. Christiansen et al. (2008) sehen Hinweise auf eine genetische Grundlage eines Subtyps ADHD mit Verhaltensproblemen (conduct disorder). Werden verhaltensbezogene, genetische, geschlechtsspezifische, entwicklungs-bezogene, neurobiologische und neuropsychologische Aspekte in die Untersuchung mit einbezogen, so deutet sich für den Unaufmerksamen Subtyp eine weitere Differenzierung in einen Subtyp mit kognitiver Verlangsamung und einen Unaufmerksamen Subtyp an, der jedoch schwache Symptome der Impulsivität und Hyperaktivität aufweist (Desman & Petermann, 2005). Jensen et al. (2001) sehen in der Analyse der Komorbiditätsangaben aus der MTA-Studie (MTA Cooperative Group, 1999) hinreichend Bestätigung für die Bildung vier verschiedener Subtypen: 1. ADHS + Angst, 2. ADHS + Oppositionalität, 3. ADHS + Angst + Oppositionalität, 4. ADHS ohne Komorbiditäten. Sie stellen fest, dass diese Gruppen sich hinsichtlich der Wirksamkeit unterschiedlicher therapeutischer Maßnahmen unterscheiden. So scheinen beispielsweise Behandlungsformen mit Medikation bei Kindern mit ADHS + Oppositionalität und ADHS ohne Komorbiditäten besonders indiziert zu sein.

Zusammenfassend zeigen sich also deutliche Hinweise für die Notwendigkeit der Bildung neuer Subtypen. Um diese empirisch abschließend abzusichern, bedarf es allerdings noch weiterer Forschungsbemühungen.

2.1.3 Verlauf

Nachdem lange Jahre das Hauptaugenmerk auf AD(H)S im Schulalter lag hat sich inzwischen der Fokus gewandelt. AD(H)S gilt als Beeinträchtigung, die sich in den verschiedenen Phasen des Lebens in unterschiedlichen Facetten zeigt. Todd et al. (2008) konnten keine Subtypenstabilität über die verschiedenen Altersspannen hinweg feststellen. Bereits im Kindergartenalter lässt sich die Diagnose AD(H)S stellen (Greenhill, Posner, Vaughan & Kratochvil, 2008). Zu typischen Symptomen zählen zu dem Zeitpunkt feinmotorische Defizite. In Folge von hyperaktivem Verhalten, Spiel- und Interaktionsstörungen sowie Empathiemangel kommt es zu sozialer Ausgliederung und Isolation (Steinhausen, 2006). Je früher die Diagnosestellung erfolgt, umso besser sind die Therapiemöglichkeiten.

Mit dem Eintritt ins Schulalter erreicht die Dramatik der Aufmerksamkeitsstörung einen vorläufigen Höhepunkt (Jacobs & Petermann, 2007). Die Anforderungen an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit nehmen deutlich zu, sodass sich multiple Probleme in akademischen, sozialen und emotionalen Bereichen zeigen. Häufig kommt es in diesem Entwicklungsabschnitt zur erstmaligen klinischen Vorstellung (Steinhausen, 2006).

Im Jugendalter geht bei einem Teil der Betroffenen die Hyperaktivität zurück, während Impulsivität, Ablenkbarkeit und begleitende Erscheinungen, wie Schulleistungsprobleme und soziale Isolation, anhalten. Es kommt vermehrt zu delinquenten Verhaltensweisen, und die Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung wird begünstigt.

In der Darstellung der Entwicklung externalisierender Störungen von Scheithauer und Petermann (2002) stellt AD(H)S in der frühen Kindheit den Beginn der pathologischen Entwicklung dar. Im Übergang von früher Kindheit zur Kindheit entwickeln sich daraus Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten, die in Kindheit und Jugend zu Störungen des Sozialverhaltens werden und in antisoziale Persönlichkeitsstörungen im (jungen) Erwachsenenalter münden. Hurtig et al. (2007) konnten anhand einer Stichprobe von 457 jungen Erwachsenen zeigen, dass AD(H)S am ehesten dann ins junge Erwachsenenalter persistiert, wenn als Kind die Diagnose ADHD-I gestellt wurde, komorbide Angst- und Verhaltensstörungen vorlagen und AD(H)S auch in der Familie auftrat.

In Bezug auf die Aufrechterhaltung der Störung ins Erwachsenenalter hinein liegt eine widersprüchliche Forschungslage vor. In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass etwa 30-70% der Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen auch noch im Erwachsenenalter Merkmale einer Aufmerksamkeitsstörung aufweisen (Stadler et al., 2006). Widersprüchliche Aussagen entstanden durch die Studie von Hill und Schoener (1996), die auf Basis von neun Langzeitstudien zeigen konnten, dass sich die Häufigkeit der Diagnose ungefähr alle 5 Jahre um die Hälfte reduziert. So würde sich eine Häufigkeit von 0,8% im Alter von 20 und 0,05% im Alter von 40 Jahren ergeben. Mit Hilfe einer Metaanalyse (Faraone, Biederman & Mick, 2006) wurden diese scheinbar

widersprüchlichen Aussagen näher untersucht. Es zeigte sich, dass zu unterscheiden ist zwischen Erwachsenen, deren AD(H)S-Symptome den vollen Kriterien der Klassifikationssysteme genügen (Aufrechterhaltung des Syndroms), und solchen, die „Restsymptome“ aufweisen (Aufrechterhaltung der Symptome). Die Studie von Faraone et al. (2006) ergab, dass es bei ca. 15% zu einer Aufrechterhaltung des Syndroms kommt, während bei ca. 65% einige Symptome aufrechterhalten bleiben. Ein Überblick über Follow up Studien findet sich bei Spencer et al. (2007).

2.1.4 Aufmerksamkeitskomponenten

Mit dem Ziel, AD(H)S-typische Defizite im Erwerb sozialer Fertigkeiten zu erklären, ist eine differenziertere Betrachtung der Aufmerksamkeitsfunktionen erforderlich.
Initiiert durch neuropsychologische Forschung hat das Konzept der Aufmerksamkeitsfunktionen erhebliche Veränderungen erfahren. Die Vorstellung einer einheitlichen Aufmerksamkeitsfunktion wurde von der Auffassung ersetzt, dass verschiedene Komponenten der Aufmerksamkeit miteinander interagieren. Posener und Boies (1971) stoßen die Formulierung einer ersten Mehrkomponententheorie an. Ausdifferenziert wurden diese Ansätze 1987, als Posener und Rafal drei grundlegende Komponenten der Aufmerksamkeit unterschieden.
1. Selective Attention (Selektive Aufmerksamkeit) 2. Alertness (Wachheit/ Aufmerksamkeitsaktiviertheit), die sich wiederum in die Aspekte der phasischen und tonischen Alertness aufteilt, und 3. Vigilance (Daueraufmerksamkeit).

Van Zomeren und Brouwer (1994) ordneten den Aufmerksamkeitsaspekten zwei übergeordnete Kategorien zu: a) Selektivität, zu der die fokussierte und geteilte Aufmerksamkeit gehören, und b) Intensität, zu der die Aufmerksamkeitsaktiviertheit und Daueraufmerksamkeit gezählt werden. Als einen weiteren Aspekt der selektiven Aufmerksamkeit nennt Sturm (2005) die Fähigkeit zum Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus (Flexibility). Darüber hinaus unterscheidet er zwischen Daueraufmerksamkeit und Vigilanz.

Tabelle 3: Taxonomie Aufmerksamkeitsaspekte (Sturm, 2005)

Intensität	Aufmerksamkeitsaktivierung (Alterness)
	Daueraufmerksamkeit (Sustained Attention)
	Vigilanz (Vigilance)
Selektivität	Fokussierte Aufmerksamkeit (Focussed Attention)
	Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus (Flexibility)
	Geteilte Aufmerksamkeit (Divided Attention)

Die Unterscheidung der genannten Aspekte von Aufmerksamkeit fließen in die Diagnosestellung der klassischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM IV noch nicht mit ein. Es ist jedoch davon auszugehen, dass unterschiedliche Aspekte der Aufmerksamkeit auf verschiedene Prozesse der sozialen Informationsverarbeitung Einfluss nehmen. So liefert diese Unterscheidung einen wichtigen Beitrag zur Erklärung typischer Defizite von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen im Erwerb sozialer Fertigkeiten. Im Folgenden werden daher die relevanten Aspekte differenzierter dargestellt.

2.1.4.1 Intensität

Aufmerksamkeitsaktivierung

Unter Alertness oder Aufmerksamkeitsaktivierung wird eine allgemeine Reaktionsbereitschaft verstanden, die damit verbunden ist, dass die Aufmerksamkeit in Abhängigkeit zum Ereignis kurzfristig und rasch gesteigert werden kann. Die „phasische Alertness“ bezieht sich auf Situationen, in denen die notwendige Aufmerksamkeitssteigerung durch einen Warnreiz kurz vorher angekündigt wird. Die „tonische Alertness“ (auch als intrinsische Alertness bezeichnet) beschreibt dahingegen die Fähigkeit zur Aufmerksamkeitssteigerung auch ohne vorherigen Warnreiz. Dieses Konzept bezieht sich also auf eine generelle Wachheit, die im Tagesverlauf variiert (Posener & Rafal, 1987).

Daueraufmerksamkeit / Vigilanz

Daueraufmerksamkeit ist dann gefordert, wenn eine Menge an Informationen über einen längeren Zeitraum kontinuierlich verarbeitet werden muss. Zimmermann, Gondan und Fimm (2002) weisen auf die Wichtigkeit der Abgrenzung zur Vigilanz hin, die in der Literatur oft nur sehr ungenau oder gar nicht getroffen wird. Unter Vigilanz wird die Fähigkeit verstanden, in monotonen Situationen schwache und schlecht zu diskriminierende Reize zu entdecken und auf diese angemessen zu reagieren. Nach Sturm (2005) unterscheiden sich Vigilanz und Daueraufmerksamkeit in ihren Reizbedingungen. Während bei der Vigilanz eine Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit bei einer geringen Reizdichte gefordert ist, ist die Reizdichte bei der Daueraufmerksamkeit deutlich höher. Aspekte der Vigilanz spielen beim Erwerb sozialer Fertigkeiten zunächst eine untergeordnete Rolle.

Zuständige Hirnregionen für die Dimensionen der Intensität sind nach Sturm (2005) noradrenerge Kerngebiete der Formatio reticularis, Teile der rechten Hemisphäre (dorsolateraler, präfrontaler und inferior parietaler Kortex), intralaminare und retikuläre Thalamuskerne und der anteriore Anteil des Gyrus Cinguli.

2.1.4.2 Selektivität

Fokussierte Aufmerksamkeit

Fokussierte Aufmerksamkeit bezieht sich auf die Fähigkeit, aus einer Vielzahl an Reizen schnell und zuverlässig alle relevanten Informationen herauszufiltern, ohne sich von Störreizen oder bedeutungslosen Informationen ablenken zu lassen. Untersuchungen von Wagensonner und Zimmermann (1991) zeigen, dass spezifische kognitive Kontrollprozesse den Input einzelner sensorischer Kanäle und Integration der Informationen steuern und überwachen. Zimmermann et al. (2002) weisen darauf hin, dass Prozesse, die die Ausrichtung des Aufmerksamkeitsfokus steuern, lange Zeit zu geringe Berücksichtigung fanden. Es ist davon auszugehen, dass sowohl interne als auch externe Bedingungen diese Steuerung beeinflussen. Zuständige Hirnregionen sind nach Sturm (2005) der dorsolaterale und inferiore frontale Kortex der linken Hemisphäre und fronto-thalamische Verbindungen zum nucleus reticularis.

Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus / Flexibilität

Die Fähigkeit, den Fokus der Aufmerksamkeit den Gegebenheiten der Situation entsprechend zu verschieben, wird als Flexibilität bezeichnet. Eine aktive Kontrolle über die Ausrichtung des Aufmerksamkeitsfokus auf die relevanten Aspekte einer Situation ist somit gewährleistet (Zimmermann et al., 2002). Eslinger und Grattan (1993) bezeichnen kognitive Flexibilität als essentielle Voraussetzung für anpassungsfähiges Verhalten. Für die Verschiebung sind drei Prozesse notwendig, die in unterschiedlichen Hirnregionen angesiedelt sind: 1. die Lösung vom aktuellen Stimulus (inferiorer Parietalcortex), 2. Verschieben des Fokus (colliculi superiores) und 3. Fixierung beim neuen Stimulus (posterior–lateraler Thalamus) (Sturm, 2005).

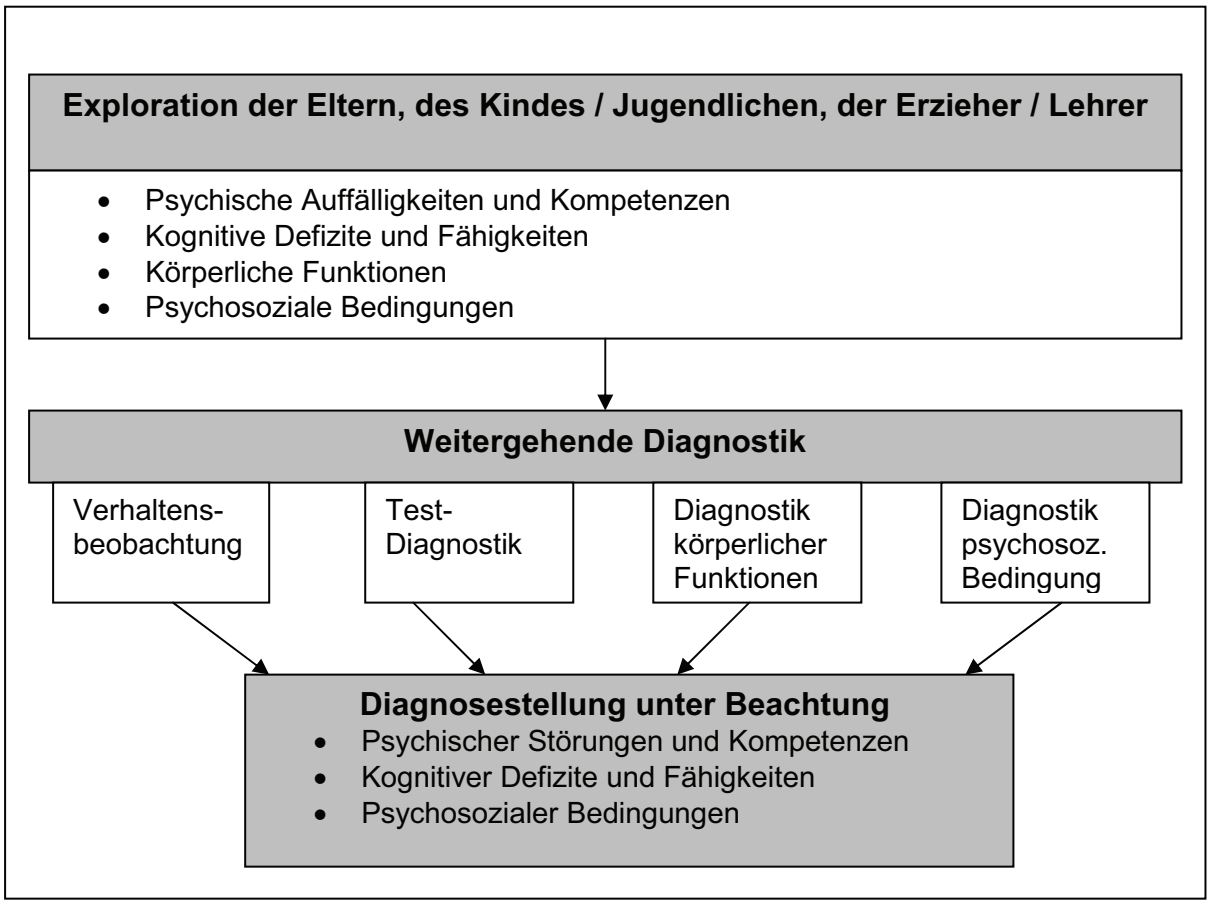
Geteilte Aufmerksamkeit

Die Herausforderung, mehrere Aufgaben gleichzeitig zu erledigen, stellt sich uns in fast allen Alltagssituationen. Die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit ermöglicht es, zwei oder mehr Gegebenheiten oder Abläufe gleichzeitig zu beachten. Auf theoretischer Basis konnte bislang nicht endgültig geklärt werden, ob sich die Kapazität der Aufmerksamkeit auf die parallelen Aufgaben aufteilt (Kapazitätsmodell) oder die Aufmerksamkeit zwischen den Aufgaben wechselt (Zimmermann et al., 2002). Zuständige Hirnregionen für die geteilte Aufmerksamkeit sind nach Sturm (2005) der Präfrontale Kortex und vordere Abschnitte des Cingulum.

2.2 Diagnostik

Die Diagnostik von AD(H)S orientiert sich an den im ICD-10 und DSM IV aufgelisteten Diagnose- und Ausschlusskriterien, die allerdings keinen einheitlichen Diagnostikpfad festlegen. Die Diagnostik erfolgt multimodal, wobei diverse Verfahren zur Selbst- und Fremdbeurteilung in schriftlicher oder mündlicher Form sowie Verhaltensbeobachtungen und Leistungstests zur Anwendung kommen. Jacobs und Petermann (2007) beschreiben die in der Abbildung dargestellten Phasen des diagnostischen Prozesses, an denen sich auch die Diagnostik der Kinder der vorliegenden Studie orientierte.

Abbildung 1: Phasen des diagnostischen Prozesses nach Jacobs & Petermann (2007)



Im Folgenden wird auf diejenigen Verfahrensgruppen eingegangen, die in der vorliegenden Studie Anwendung finden. Die Auflistung gängiger Erhebungsinstrumente soll einen Überblick verschaffen, erhebt jedoch keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

2.2.1 Exploration

Exploration ist ein weitläufiger Begriff, der sich auf selbst- und fremdanamnestische Informationen bezieht, die mündlich, in standardisierter, halbstandardisierter oder freier Form erhoben werden können oder schriftlich in Form von Fragebögen. Nach einer Phase der freien Exploration mit Eltern und Kindern mit dem Ziel der Verhaltensanalyse werden in der Regel (auch aus ökonomischen Gründen) Fremdbeurteilungen mittels Fragebögen erhoben, die sowohl durch Eltern als auch durch Lehrer bzw. Erzieher bearbeitet werden.

Tabelle 4: Selbst-/Fremdbeurteilungsfragebögen Aufmerksamkeitsstörungen

Abkürzung	Test	Autoren
MAI	Münchner Aufmerksamkeitsinventar	Helmke & Renkl (1992)
KIDS 1	Aufmerksamkeits– und Hyperaktivitätsstörungen	Döpfner, Lehmkuhl & Steinhausen (2006)
DISYPS-KJ FBB HKS	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter Fremdbeurteilung	Döpfner, Lehmkuhl (2003)
DISYPS-KJ SBB HKS	Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter Selbstbeurteilung	Döpfner, Lehmkuhl (2003)
CBCL	Child Behavior Checklist Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	KJFD (1998)
TRF	Teacher Reportform Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	KJFD (1994)

Ein Überblick über englischsprachige Screeningverfahren findet sich bei Collett, Ohan & Meyers (2003).

2.2.2 Testdiagnostik

Durch standardisierte Testverfahren werden neben der Aufmerksamkeit auch andere Kernfunktionen wie Gedächtnis, Wahrnehmung, Motorik oder Sprache erfasst. Die klassischen neuropsychologischen Paper-Pencil-Tests werden zunehmend durch computergestützte Verfahren ersetzt, die verschiedene Aspekte von Aufmerksamkeit untersuchen. Leider gibt es bis heute keine diagnosespezifischen Tests (Döpfner, 2006), mit deren Hilfe die Diagnose AD(H)S direkt gestellt werden könnte. Einige gängige Verfahren werden überblicksartig vorgestellt.

Tabelle 5: Testverfahren zur Aufmerksamkeitsdiagnostik (Paper-Pencil)

Abkürzung	Test	Autoren
DL-KE	Differentieller Leistungstest–KE	Kleber & Kleber (1974)
DL-KG	Differentieller Leistungstest–KG	Kleber, Kleber & Hans (1999)
FAIR	Frankfurter Aufmerksamkeits–Inventar	Moosburger & Oehlschlägel (1996)
KHV–VK	Konzentrations–Handlungsverfahren für Vorschulkinder	Ettrich & Ettrich (2006)
KKA	Kasseler–Konzentrations–Aufgabe (kurzzeitige selektive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung)	Krampen (2007)
KT 3-4 R	Konzentrationstest für 3. und 4. Klassen	Nell, Bretz & Sniehotta (2004)
TEA-CH	Test of Everyday Attention for Children. (geteilte Aufmerksamkeit)	Manly, Robertson, Anderson, & Nimmo-Smith (2007)
Test d2	Aufmerksamkeits–Belastungs–Test	Brickenkamp (2002)
TPK	Testreihe zur Prüfung der Konzentrationsfähigkeit	Kurth & Büttner (1999)

Tabelle 6: Testverfahren zur Aufmerksamkeitsdiagnostik (computergestützt)

Abkürzung	Test	Autoren
CAPT	Continuous Attention Performance Test	Nubel, Starzacher & Grohmann (2006)
CPT	Continuous Performance Test	Knye, Roth, Westhus & Heyne (2002)
KITAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung	Zimmermann & Fimm (2001)

2.3 Therapie

Die Therapie von AD(H)S folgt in der Regel einem multimodalen Behandlungsansatz. Kombiniert werden: Psychopharmakotherapie, Psychoedukation von Eltern und Lehrern in Form von Elterntrainings, Interaktionsberatung und Schulungen sowie Personenzentrierte Behandlungsformen meist mit operantem verhaltenstherapeutischem Hintergrund, wie Kontingenzprogrammen, Selbstinstruktionstrainings, Selbstmanagement-Programmen oder Spieltrainings. Als wichtigen Baustein besonders auch mit dem Ziel, Begleiterscheinungen und Komorbiditäten zu behandeln, wird die Durchführung sozialer Kompetenztrainings vorgeschlagen (Döpfner, 2006; Döpfner & Wolff Metternich, 2006; Lauth, 2001). Darüber hinaus werden oftmals auch sonderpädagogische Maßnahmen zur Behandlung begleitender Lernstörungen notwendig. Neuere Therapieprogramme kehren von unspezifischen Aufmerksamkeitstrainings ab mit dem Ziel, selektiv gestörte Aufmerksamkeitsbereiche zu behandeln (Jacobs & Petermann, 2007).

2.3.1 Ergebnisse aus der Therapieforschung

In einer Metaanalyse (van der Oord, Prins, Oosterlaan & Emmelkamp, 2007) wurden diverse Studien (nach Selektion 25) zur Effektivität von verschiedenen Behandlungsformen für AD(H)S zusammengetragen und mittlere Effektstärken berechnet. Miteinander verglichen wurden drei Behandlungsformen:

1. Pharmakotherapie
2. Psychosoziale Therapie
3. Kombination aus Pharmakotherapie und psychosozialer Therapie.

Unter dem Begriff der psychosozialen Therapie wurden sowohl verhaltenstherapeutische, kognitive Therapien und auch verschiedene Formen von sozialen Kompetenztrainings zusammengefasst. Van der Oord et al. (2007) untersuchten Effekte auf die Kernsymptome von AD(H)S, oppositionelles Verhalten, soziale Kompetenzen und akademische Kompetenzen. In Bezug auf die Kernsymptome konnten die größten Effekte (δ=1.53 nach Beurteilung der Eltern und δ=1.83 nach Beurteilung der Lehrer) durch pharmakologische Therapie oder durch die Kombination aus Pharmakotherapie und psychosozialer Therapie (δ=1.89 nach der Beurteilung der Eltern, δ=1.77 nach der Beurteilung der Lehrer) erzielt werden. Deutlich niedrigere, aber dennoch moderate Effekte ließen sich durch reine psychosoziale Therapie erreichen (δ=0.87 nach der Beurteilung der Eltern, δ=0.75 nach der Beurteilung der Lehrer). Die geringsten Effekte ließen sich über alle Therapieformen hinweg in Bezug auf die akademischen Kompetenzen feststellen (δ=0.19 - δ=0.35). Auf die Effekte im Bereich sozialer Kompetenzen wird im Kapitel 4 näher eingegangen.

Die bislang größte und am häufigsten zitierte Studie, die aufgrund der hohen Fallzahlen auch in die Metaanalysen am stärksten mit einfließt ist die MTA-Studie (MTA Cooperative Group, 1999), in der 579 Kinder mit AD(H)S im Alter zwischen 7 und 9,9 Jahren in einem Zeitraum von zunächst 14 Monaten untersucht wurden. Die Zuteilung erfolgte in vier Behandlungsgruppen:

1. Pharmakotherapie (nach Einstellung monatliche ärztliche Konsultationen der Eltern und Rückmeldung durch Lehrer)
2. Intensive verhaltenstherapeutische Behandlung (wöchentliche Elternanweisung, schulbezogene Interventionen, Sommercamp, kindbezogene Interventionen mit graduell abnehmender Involvierung des Therapeuten)
3. Kombination aus Pharmakotherapie und intensiver verhaltenstherapeutischer Behandlung
4. Allgemeine Grundversorgung (hausärztliche Versorgung, die zum Teil medikamentöse Behandlung beinhaltet)

Ergebnisse zeigten, dass in allen Gruppen die AD(H)S-Symptome reduziert werden konnten, wobei es signifikante Unterschiede in dem Ausmaß der Verbesserungen gab. Pharmakotherapie und die Kombination Verhaltenstherapie / Pharmakotherapie zeigten insgesamt die deutlichsten Erfolge. Überraschenderweise war in vielen Bereichen die sehr viel aufwendigere und teurere Kombination aus Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie der reinen Pharmakotherapie nicht überlegen. Ebenso erzielte auch die intensive Verhaltenstherapie allein deutlich geringere Erfolge.

Bemerkenswert ist jedoch, dass in Bezug auf die Förderung sozialer Kompetenzen pharmakologische Therapie allein deutlich geringere Erfolge aufweist als die kombinierte Behandlungsstrategie. Auch andere komorbide Störungen, wie oppositionelles oder ängstliches Verhalten, Lernstörungen und Eltern-Kind-Interaktionen, lassen sich durch die kombinierte Behandlungsstrategie am besten positiv beeinflussen.

Mit dem Ziel, evidenz-basierte psychiatrische Behandlungsformen zu identifizieren, trugen McClellan und Werry (2003) Studien zur Wirkung psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlungsformen aus diversen internationalen Publikationen zusammen. Auch hier bestätigte sich die hohe Wirksamkeit psychopharmakologischer Behandlung mit Stimulanzien. Die Effektivität von Methylphenidat-Präparaten ist dabei am besten untersucht, gefolgt von der Behandlung mit Dextroamphetaminen. Werden neben den reinen Symptomen von AD(H)S auch komorbide Störungen und weitere Begleiterscheinungen in Betracht gezogen, so betonen auch McClelland und Werry die Überlegenheit multimodaler Therapieformen gegenüber isolierter pharmakologischer Behandlung. Eine Studie zur Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei AD(H)S (Dreisörner, 2006) gibt Hinweise darauf, dass Gruppenprogramme, in die Eltern mit einbezogen werden, deutlich wirksamer sind, als wenn lediglich die Kinder behandelt werden.

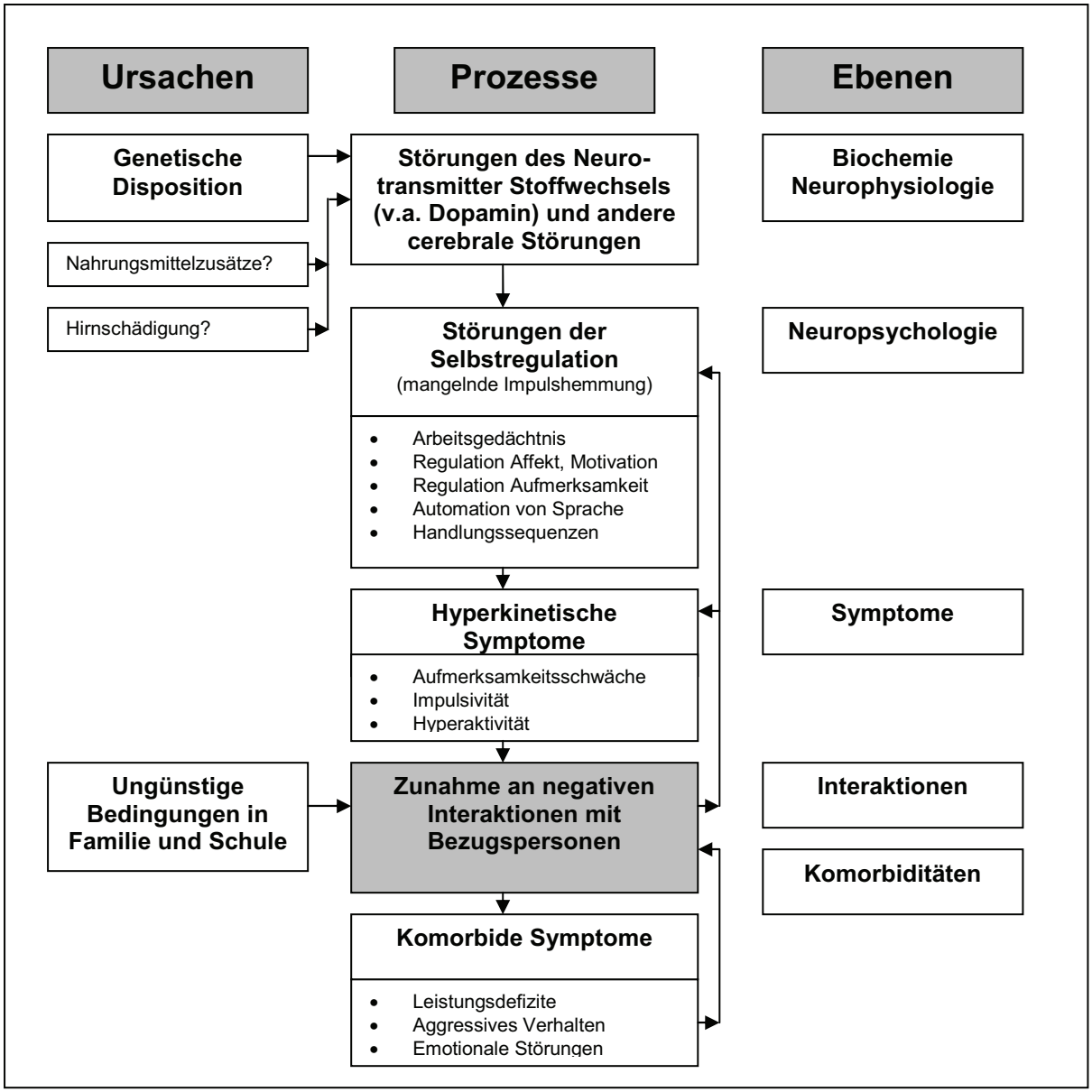
2.4 Entstehung

Der Weg zur Entstehung der Kernsymptome von AD(H)S und in der Folge auch der negativen sozialen Interaktionen und geringen sozialen Kompetenzen wird durch multiple Faktoren beeinflusst. „Angesichts des Syndrom- und Spektrumcharakters der Diagnose kann eine spezifische und allgemeingültige Ätiopathogenese der HKS nicht angenommen werden“ (Steinhausen, 2006). Viele der beeinflussenden Faktoren werden in dem häufig zitierten Biopsychosozialen Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen (Döpfner, 2002, 2006) zusammengefasst, sodass dieses zunächst in Grundzügen vorgestellt wird. Besonders hohen Erklärungswert zur defizitären Entwicklung sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S liefert das neuropsychologische Modell zur Verhaltensinhibition (Barkley, 1997). Es bildet die Grundlage des in vorliegender Arbeit entwickelten Modells zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S (Kapitel 4) und wird daher differenziert dargestellt.

2.4.1 Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von AD(H)S

Im Biopsychosozialen Modell zur Entstehung von Aufmerksamkeitsstörungen (Döpfner, 2002, 2006) wird deutlich, wie genetische, biochemische, neuropsychologische und familiäre Faktoren die Genese hyperkinetischer Symptome beeinflussen und letztendlich auch bewirken, dass negative Interaktionen mit Bezugspersonen zunehmen.

Abbildung 2: Biopsychosoziales Modell zur Entstehung von ADHS (Döpfner, 2002, 2006)



2.4.1.1 Genetische Komponenten

Ein hoher genetischer Einfluss auf AD(H)S ist unumstritten (Greene, Braet, Johnson, Bellgrove, 2007; Spencer et al., 2007; Todd, 2000).

In Zwillingsstudien wird die Erblichkeit dadurch gemessen, dass eineiige Zwillinge (EZ), die 100% gleiche Gene aufweisen, verglichen werden mit zweieiigen Zwillingen (ZZ), die 50% ihrer Gene miteinander teilen. Aus dem Ausmaß, in dem die Korrelationen AD(H)S-typischer Merkmale bei EZ höher sind als bei ZZ wird der genetische Einfluss abgeleitet. Er zeigt an, wieviel Verhaltensvarianz durch genetische Faktoren aufgeklärt werden kann. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass bis zu 80% der Verhaltensvarianz auf erbliche Faktoren zurückzuführen sind (Goodman & Stevenson, 1989; Levy, Hay, McStephen, Wood & Waldman, 1997; Thapar, Holmes, Poulton & Harrington, 1999), wobei Thapar et al. (1999) in einer Übersicht über Zwillingsstudien deutliche Varianzen

der Erblichkeitschätzungen zwischen 0.39 und 0.91 feststellten, die sie durch die Art der Datenerhebung erklären. Basiert diese auf Aussagen von Eltern oder Lehrern, so kann der Einfluss der Erblichkeit dadurch unterschätzt werden, dass Unterschiede zwischen den Kindern übertrieben wahrgenommen werden. In einer aktuelleren Zusammenfassung verschiedener Studien (Faraone et al., 2005) ist die Varianz der einzelnen Studien geringer. Der durchschnittliche genetische Einfluß liegt hier bei 76% und ist im Vergleich zu anderen psychischen Störungen höher (Faraone et al., 2005).

Molekulargenetische Studien legen nahe, dass verschiedene Gene bei der Entstehung von AD(H)S beteiligt sind (Greene et al., 2007; Spencer et al., 2007). Nach genetischen Screeningstudien, in denen alle chromosomalen Lokalisationen untersucht werden, werden einzelne „verdächtigte“ Gene in Assoziationsstudien genauer betrachtet, indem Allele von Menschen mit und ohne AD(H)S verglichen werden. Die Ergebnisse vieler Forschungsbemühungen zusammengefasst kann derzeit davon ausgegangen werden, dass folgende Gene an der Entstehung von AD(H)S beteiligt sind: Dopamin-Rezeptor-Gene (DRD4, DRD5), das Dopamin-Transporter-Gen (DAT), das Dopamin-Beta-Hydroxylase-Gen (DBH), das Serotonin-Transporter-Gen (5-HTT), das Serotonin-Rezeptor-Gen (HTR1B) und das SNAP-25-Gen, das bei der Freisetzung von Neurotransmittern eine Rolle spielt (zum Überblick: Banaschewski, Roessner, Uebel & Rothenberger, 2004; Faraone et al., 2005).

2.4.1.2 Biochemische Komponenten

Das Zusammenwirken beteiligter Gene ist verantwortlich für Fehlregulationen verschiedener Neurotransmitterfunktionen. Hierbei ist es unumstritten, dass es sich um eine Imbalance unterschiedlicher Transmitter handelt (Staller & Faraone, 2007), wobei das dopaminerge und noradrenerge System vorrangige Stellungen einnehmen (Spencer et al., 2007). Durch die Wirkung stimulierender Medikamente (Methylphenidat, Amphetamine) kann davon ausgegangen werden, dass eine zu hohe Dopamin-Transporter-Dichte vorliegt und die Wiederaufnahme des Dopamins durch die präsynaptische Membran erhöht ist, während die Dopamin-Rezeptoren auf der postsynaptischen Membran weniger sensitiv sind (Biederman, 2005; Zametkin & Rapport, 1987). Obwohl die Forschungslage nicht eindeutig ist, sprechen die meisten Befunde somit dafür, dass die Symptome von AD(H)S mit einem Mangel an Dopamin im synaptischen Spalt einhergehen, dessen Konzentration durch die Gabe von Stimulanzien, wie Methylphenidat erhöht wird.

2.4.1.3 Neurophysiologische Komponenten

Erste Hypothesen bezüglich involvierter Hirnregionen entstanden durch die Beobachtung, dass Menschen mit Verletzungen oder Läsionen im Bereich des **präfrontalen Kortex** ähnliche Symptome aufweisen wie Menschen mit AD(H)S (Barkley, 1982). Ins Zentrum weiteren Interesses rückte dann der dorsolaterale und ventrolaterale präfrontale Kortex, da diese Regionen mit Vigilanz, Aufmerksamkeit, Planung, exekutiver Kontrolle und

Arbeitsgedächtnis in Verbindung gebracht werden. Läsionen des orbitofrontalen Kortex werden mit sozialer Disinhibition und mangelnder Impulskontrolle in Verbindung gebracht (Spencer et al., 2007). In den letzten Jahrzehnten konnte das Wissen über beteiligte Hirnareale mit Hilfe bildgebender Verfahren wie SPECT (single photon emission computed tomography), PET (positron emission tomography), fMRI (functional magnetic resonance imaging) erweitert werden. Durch diverse Studien konnte geringeres Volumen des präfrontalen Kortex festgestellt werden (Bush, Valera & Seidman, 2005). Hesslinger, Tebartz van Elst, Thiel, Haegele, Hennig und Ebert (2002) konnten mit Hilfe von fMRI geringere Volumen des frontoorbitalen Kortex nachweisen. Veränderungen im **dorsalen anterioren cingulären Kortex** werden mit Defiziten in Emotions- und Motivationsregulation in Verbindung gebracht (Bush, Luu & Posner, 2000). Weiteren wichtigen Einfluss nehmen die **Basalganglien,** von denen das Striatum eine vorrangige Rolle spielt. Einige Studien weisen darauf hin, dass eines seiner Kerngebiete (Nucleus Caudatus) bei Menschen mit AD(H)S ein geringeres Volumen aufweist (Seidman, Valera & Makris, 2005). Neben dem, dass das Striatum eine der größten Quellen dopaminerger Synapsen ist, spielt es eine zentrale Rolle in den **frontostriatal-pallidal-thalamisch-kortikalen-Kreisläufen**, die für die Steuerung von Verhalten, motorische Kontrolle, Verhaltensinhibition, exekutive Funktionen und Emotionsregulation verantwortlich sind und somit große Relevanz für die Symtome von AD(H)S besitzen. Es werden fünf getrennte Kreisläufe beschrieben, die jedoch miteinander in Verbindung stehen. Je nach Kreislauf werden Signale aus dem entsprechenden Kortexareal an die Basalganglien (1. Striatum - ventrales Striatum, Nucleus Caudatus, Putamen; 2. Pallidum) weitergeleitet und von dort in die verschiedenen thalamischen Kerne, von denen wiederum Rückmeldung an die entsprechenden Kortexareale geleitet wird (Alexander, DeLong, Strick, 1986). Je nach Lokalisation nehmen die verschiedenen Kreisläufe unterschiedliche Funktionen wahr (Alexander et al., 1986; Bradshaw & Sheppard, 2000; Kilgus, 2007):

Tabelle 7: Fünf frontostriatale Kreisläufe

1. Motorischer Kreislauf	Planung, Initiation, Ausführung von Bewegungen
2. Okulomotorischer Kreislauf	Planung, Ausführung von Augenbewegungen
3. Dorsolateraler präfrontaler Kreislauf	Exekutive Funktionen, Selbstbestimmung, Planung, zielgerichtetes Verhalten
4. Lateraler orbitofrontaler präfrontaler Kreislauf	Disinhibition, Ablenkbarkeit, Sozialverhalten, Empathie, Selbstbeobachtung
5. Limbischer Kreislauf	Motivation, Emotion, Neugier, Aufmerksamkeit

Für die Erklärung defizitärer sozialer Kompetenzen bei Kindern mit AD(H)S spielen neuropsychologische Modelle eine besondere Rolle. Mangelnde Verhaltensinhibition und Defizite in den exekutiven Funktionen können der Erklärung sozialer Defizite dienen. Im Folgenden wird daher auf den theoretischen Ansatz von Barkley (1997) detailliert eingegangen.

2.4.2 Theorie der Verhaltensinhibition (Barkley)

Unter Verhaltensinhibition versteht Barkley die Fähigkeit, erste Handlungsimpulse zu unterdrücken, Reaktionen zu verzögern, also durch Selbstkontrolle Handlungstendenzen zu hemmen und Zeit vor einer Reaktion zu gewinnen. Er unterscheidet drei verschiedene Aspekte von Verhaltensinhibition:

1. Hemmung eines dominanten Handlungsimpulses auf einen Reiz
2. Unterbrechung einer laufenden Handlung
3. Hemmung interferierender Handlungstendenzen

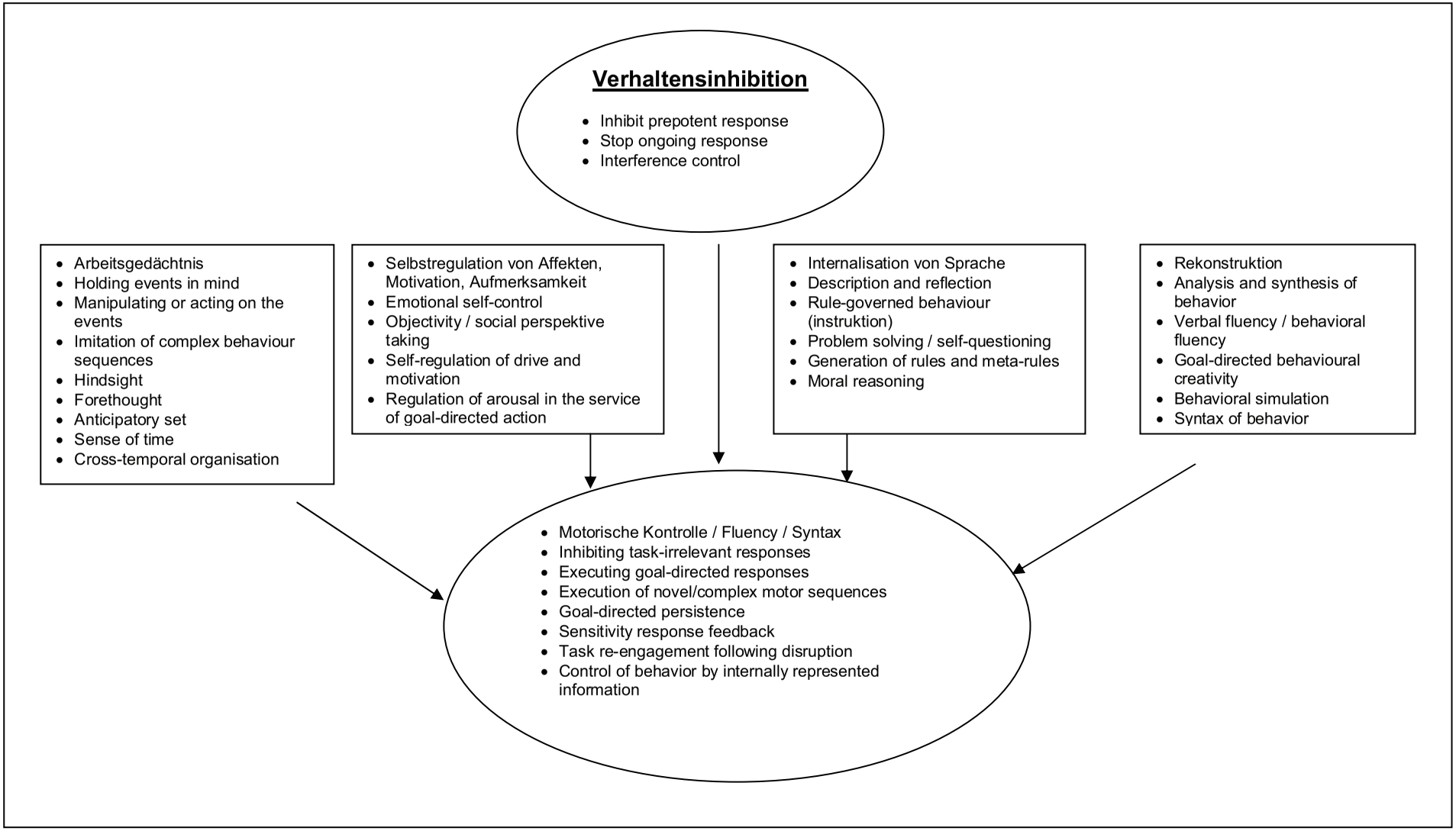
Nach Barkley ist Verhaltensinhibition mit daraus resultierenden zeitlichen Ressourcen Voraussetzung dafür, dass die - im präfrontalen Cortex angesiedelten – exekutiven Funktionen ihre handlungssteuernden Aufgaben wahrnehmen können. Sowohl die Verhaltensinhibition als auch die exekutiven Funktionen nehmen direkten Einfluss auf die Motorik. Zu ihnen zählen:

1. Arbeitsgedächtnis (verbal und nonverbal)
2. Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aufmerksamkeit
3. Internalisation von Sprache
4. Rekonstruktion (Analyse und Synthese von Handlungssequenzen)

Die Auswirkung eingeschränkter Verhaltensinhibition und exekutiver Funktionen bei Menschen mit AD(H)S wird von Barkley (1997) ausführlich beschrieben.

Die folgende Abbildung soll zunächst einen Überblick über die beteiligten Komponenten der Theorie von Barkley (1997) geben, bevor in der Folge auf diejenigen Funktionen näher eingegangen wird, die potentiell Einfluss auf die Entwicklung sozialer Fertigkeiten nehmen.

Abbildung 3: Verhaltensinhibition, Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen (Barkley, 1997)



2.4.2.1 Arbeitsgedächtnis

Mangelnde Handlungsinhibition hat nach Barkley (1997) zur Folge, dass das Arbeitsgedächtnis mit seinen Subfunktionen nur eingeschränkte Leistungen erbringen kann. Die Auswirkungen zeigen sich in diversen Bereichen:

a) In Abhängigkeit der Komplexität von Reizen können relevante Informationen nicht oder nur unzureichend im Arbeitsgedächtnis gespeichert und verarbeitet werden (holding events in mind).

b) Informationen aus vergangenen Situationen können nicht angemessen abgerufen und im Arbeitsgedächtnis repräsentiert werden (hindsight).

c) Kapazitäten zur zukunftsorientierten Planung (forethought) unter Berücksichtigung (anticipatory set) möglicher Ergebnisse und Folgen stehen nicht ausreichend zur Verfügung.

d) Aufgrund mangelnder interner Repräsentationen werden zeitliche Aspekte in der Handlungsplanung kaum berücksichtigt (sense of time).

e) Handlungen, in denen zukünftige Aspekte berücksichtigt werden müssen, also sofern wenn-dann-Beziehungen (cross-temporal) bestehen, sind weniger effektiv.

f) Handlungen werden in erster Linie durch direkte Konsequenzen gesteuert, Folgen in entfernter Zukunft beeinflussen aktuelles Verhalten nur wenig.

g) Beobachtete längere Verhaltenssequenzen können nicht imitiert (imitation) werden.

Signifikante Verhaltensdefizite erscheinen bei sozial kompetenten oder anderen adaptiven Verhaltensweisen, die nicht unmittelbar verstärkt werden, sondern persönliche oder soziale Konsequenzen mit sich bringen, die sich erst in der Zukunft positiv auswirken.

Mit Hilfe empirischer Studien gelang es, zentrale Defizite des Arbeitsgedächtnisses nachzuweisen:

Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson und Tannock (2005) konnten in einer Metaanalyse, in die 26 empirische Studien einflossen, zeigen, dass sowohl das visuell-räumliche als auch das auditiv-verbale Arbeitsgedächtnis bei Kindern mit AD(H)S unabhängig von möglichen komorbiden Störungen im Vergleich zu Kindern ohne AD(H)S beeinträchtigt ist. In ihre Metaanalyse flossen Studien ein, die neben den beiden verschiedenen Typen des Arbeitsgedächtnisses auch die unterschiedlichen Prozesse des

Arbeitsgedächtnisses: Speicherung (storage) und Manipulation (manipulation) erfassten. Es konnte gezeigt werden, dass über die Studien hinweg die größten Defizite bei Kindern mit AD(H)S (gemessen in Effektstärken=δ) im Bereich des visuell-räumlichen Kurzzeitgedächtnisses (Manipulation δ=1.06; Speicherung δ=0.85) auftauchen und die Defizite im auditiv-verbalen Arbeitsgedächtnis etwas schwächer ausgeprägt sind (Manipulation δ=0.43; Speicherung δ=0.47). Durch die Metaanalyse von Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone und Pennington (2005), in der neben vielen anderen exekutiven Funktionen auch das Arbeitsgedächtnis betrachtet wurde, wurden ähnliche Ergebnisse ermittelt. Es zeigte sich, dass, auch wenn die einzelnen Studien heterogene Ergebnisse aufweisen, insgesamt deutliche Defizite im auditiv-verbalen Arbeitsgedächtnis (δ=0.55) und räumlich-visuellen (δ=0.63) Arbeitsgedächtnis bei Kindern mit AD(H)S zu verzeichnen sind.

Die Kapazität des auditiv-verbalen Arbeitsgedächtnisses wurde oft mit Untersuchungen von Zahlenspannen (Digit-Span) erfasst. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene mit AD(H)S im Vergleich zu gesunden Personen deutliche Probleme bei der Wiederholung von Zahlenreihen (storage) aufwiesen und insbesondere dann, wenn die Wiederholung in umgekehrter Reihenfolge erfolgen sollte (manipulation) (Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996). Auf mangelnde Fähigkeiten zur mentalen Repräsentation bei AD(H)S weisen Studien mit Aufgaben zum „Turm von Hanoi“ hin (Weyandt & Willis, 1994). Diverse Studien konnten zeigen, dass es zu AD(H)S-typischen Defiziten kommt, wenn komplexe Informationen über eine längere Zeitspanne hinweg im Arbeitsgedächtnis gehalten werden müssen (Barkley, 1997). Grodzinsky und Diamond (1992) konnten zeigen, dass Kinder mit AD(H)S weniger gut in der Lage sind, längere und neue Verhaltenssequenzen einfacher motorischer Handlungen zu imitieren.

Neueste Untersuchungen beschäftigen sich mit der Frage, ob es subtypenspezifische Unterschiede im Arbeitsgedächtnis gibt. Li, Guo, Huang, Yang, Guo und Sun (2008) konnten in ihrer Studie zwar ebenfalls bestätigen, dass Kinder mit AD(H)S im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe schlechtere Ergebnisse im visuellen und verbalen Arbeitsgedächtnis aufweisen. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Subtypen konnten sie in den meisten untersuchten exekutiven Funktionen allerdings nicht finden.

Shiels et al. (2008) beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Frage, ob es Zusammenhänge zwischen den empirisch bestätigten kognitiven Defiziten im Bereich des Arbeitsgedächtnisses und motivationalen Aspekten gibt. Neurophysiologische Verbindungen zwischen dem ventralen Frontalhirn, in dem belohnende Stimuli verarbeitet werden, und dem dorsolateralen präfrontalen Kortex, in dem exekutive Funktionen angesiedelt sind, lassen auf einen Zusammenhang schließen (Shiels et al., 2008). Hierfür untersuchten sie Kinder mit ADHD-C in computerbasierten Aufgaben zum visuell-räumlichen Arbeitsgedächtnis, in denen die Kinder Reihenfolgen von Reizen in gleicher (Speicherung) und umgekehrter Reihenfolge (Manipulation) wiedergeben sollen. Die Gruppe von Kindern, die diese Aufgaben unter motivierenden Bedingungen (sofortige

Verstärkung durch positive Rückmeldung am PC) bearbeiteten, zeigten signifikant bessere Leistungen in der Wiedergabe in umgekehrter Reihenfolge. Diese ersten Ergebnisse deuten auf ein Zusammenspiel zwischen Motivation und Arbeitsgedächtnis hin. Es besteht jedoch weiterer Forschungsbedarf, um zu überprüfen, ob sich dieser Zusammenhang tatsächlich nur im Bereich der rückwärtigen Wiedergabe zeigt und welcher Art das Zusammenspiel ist. Für die Praxis sind diese Ergebnisse wichtig, da sie nahe legen, dass das Arbeitsgedächtnis nicht nur, wie Bedard, Jain, Johnson und Tannock (2007) zeigen durch die Gabe von Methylphenidat verbessert werden kann, sondern auch durch verhaltenstherapeutische Interventionen.

Mehrfach wird auch auf die Wichtigkeit des Arbeitsgedächtnisses für den Erwerb sozialer Fertigkeiten hingewiesen (Milch-Reich, Campbell, Pelham, Connelly & Geva, 1999; Shiels et al., 2008). Auf diesen Zusammenhang wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

2.4.2.2 Selbstregulation von Affekten, Motivation und Aufmerksamkeit

Mangelnde Verhaltensinhibition führt dazu, dass selbstregulative Prozesse nicht aktiviert werden können. Reaktionen folgen ersten automatischen Impulsen, sodass selbstgesteuerte Modulation von Affekten, Motivation und Erregungsniveau nicht möglich sind. Somit sind wichtige Voraussetzungen für zielorientierte Verhaltensweisen nicht erfüllt. Als betroffene Subfunktionen nennt Barkley (1997):

a) Defizitäre Kontrolle eigener Emotionen (Emotional self-control)
b) Geringe Selbststeuerung von Antrieb und Motivation (Self-regulation drive / motivation)
c) Wenig Einfluss auf das Erregungsniveau (arousal)
d) Wenig Kapazität zu sozialer Perpektivenübernahme und Objektivität (perspective taking / objectivity)

In Bezug auf Kinder mit AD(H)S nennt Barkley (1997) folgende potentielle Beeinträchtigungen:

1. Höhere emotionale Reaktivität in emotions-evozierenden Situationen
2. Keine Antizipation von Emotionen im Rahmen zukünftiger Situationen
3. Geringe Fähigkeit, die Wirkung eigener Emotionen auf Andere einzuschätzen und geringere Empathie
4. Geringe Kapazitäten, Emotion, Motivation und Aufmerksamkeit in Bezug auf zielgerichtetes Verhalten zu regulieren
5. Die Fähigkeit, zielgerichtete Verhaltensweisen aufrechtzuerhalten, wird durch externe Einflüsse determiniert

Empirisch konnte belegt werden, dass Inhibition für Emotions- und Motivationsregulation eine bedeutende Rolle spielt (Kopp, 1982). Weitere Hinweise auf den Zusammenhang dieser Komponenten ergeben Untersuchungen neurologischer Patienten, da Menschen

mit Frontalhirnschädigungen sowohl Defizite in der Emotionsregulation als auch in Inhibitionsfähigkeiten aufweisen (Barkley, 1997). Höhere Emotionalität von Kindern mit AD(H)S konnte in Studien zur Interaktion mit Gleichaltrigen gezeigt werden (Pelham & Bender, 1982). Niedrigeres Niveau von Antrieb, Motivation und Aufwand bei zielgerichteten Aufgaben zeigte sich in diversen Studien zu Performanz repetativer Aufgaben unter niedrigen Verstärkungsbedingungen (Barkley, 1997).

Erst in den letzten Jahren wurde die Wichtigkeit der Emotionsregulation für Kinder mit AD(H)S herausgestellt und verstärkt wissenschaftlich untersucht, sodass in diesem Bereich im Vergleich zu den anderen exekutiven Funktionen weniger Studien existieren. Zunächst werden einige Studien vorgestellt, in denen Defizite in der Emotionsregulation bei Kindern mit AD(H)S nachgewiesen wurden. In der Folge wird auf subtypenspezifische Unterschiede und die Beziehung zwischen emotionalen Defiziten und sozialen Problemen eingegangen.

Desman, Schneider, Ziegler-Kirbach, Petermann, Mohr und Hampel (2006) konnten Defizite in der Emotionsregulation besonders bei jüngeren Kindern (8-10 Jahre) mit AD(H)S nachweisen. Es konnte gezeigt werden, dass sich Kinder mit AD(H)S in Go/No-go-Aufgaben mit verschiedenen Verstärkerbedingungen mehr herausgefordert fühlten und sich Defizite in Stressverarbeitungsstrategien herausstellten, da sich Kinder mit AD(H)S mit den Aufgaben gedanklich stärker weiter beschäftigten. Sie gaben dahingegen allerdings höhere Situationskontrolle an. Im Vergleich zu den 11- bis 12-jährigen Kindern fühlten sich die 8- bis 10-jährigen mit AD(H)S tendenziell weniger wohl und stärker resigniert und aggressiv.
Mangelnde Empathie bei Kindern mit AD(H)S konnte in einer Studie von Braaten und Rosén (2000) bestätigt werden. Kindern mit und ohne AD(H)S wurden hierbei mit Bildern verdeutlichte kurze Episoden vorgelesen. In der Folge sollten sie a) die Emotionen der Kinder in der Geschichte beschreiben, b) die Wirkung, die die Kinder der Geschichte auf die eigenen Emotionen erzielten, und c) die Gründe für die eigenen Emotionen benennen. Im Vergleich der Kinder mit und ohne AD(H)S zeigte sich bei Kindern mit AD(H)S weniger Ähnlichkeit eigener Emotionen mit den Emotionen der Kinder in der Geschichte. In der Begründung für eigene Gefühle wurde kein Bezug genommen auf Gefühle der Kinder in der Geschichte. Sie zeigten insgesamt weniger Empathie und gaben höhere Werte in Traurigkeit, Ärger und Schuld an.

Berlin, Bohlin, Nyberg und Janols (2004) konnten zeigen, dass Emotionskontrolle ein wichtiger Prädiktor für die Diagnose AD(H)S darstellt.

Mehrere Studien legen nahe, dass es in Bezug auf die Emotionsregulation subtypenspezifische Unterschiede gibt. So wird angenommen, dass Kinder mit dem Subtyp ADHD-I weniger unter emotionaler Dysregulation leiden als Kinder mit den Subtypen ADHD-C und ADHD-HI (Spencer et al., 2007).

Wheeler Maedgen und Carlson zeigten bereits 2000, dass besonders Kinder mit ADHD-C unter emotionaler Dysregulation leiden. Hampel, Manhal, Roos und Desman konnten (2008) zeigen, dass Jungen mit ADHD-C und ADHD-HI größere Defizite in der Emotionsregulation aufweisen als gesunde Kinder der Kontrollgruppe. In zwei Studien wurde deutlich, dass die Kinder mit ADHD mehr maladaptive Copingstrategien anwendeten als Kinder ohne. Dieser Unterschied ist bei Kindern mit Hyperaktiv-Impulsivem Subtyp noch stärker ausgeprägt als bei Kindern, die die Diagnose des Kombinierten Subtyps inne haben. Um detailliertere Angaben über subtypspezische Unterschiede treffen zu können, sind weitere Forschungsbemühungen notwendig.

In Bezug auf den Erwerb sozialer Fertigkeiten scheint die defizitäre Emotionsregulation eine vorrangige Rolle zu spielen. Braaten und Rosén (2000) und Kats-Gold, Besser und Priel (2007) betonen die Wichtigkeit der Emotionsregulation für die Entwicklung prosozialer Verhaltensweisen. Eisenberg et al. (1994) weisen auf signifikante Zusammenhänge zwischen Emotionsintensität und Regulation auf der einen Seite und empathischem Verhalten, Personal Distress und Perspektivenübernahme auf der anderen Seite hin. In ihrem Modell gehen sie davon aus, dass Menschen, die über angemessene Emotionsintensität und Emotionsregulation verfügen, mehr prosoziales Verhalten zeigen, das sich unter anderem durch Fürsorge auszeichnet. Mangelnde Emotionsregulation führt je nach Emotionsintensität zu unkontrollierten aversiven Verhaltensweisen oder zu reiz-suchendem unangemessenem Verhalten.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die von Barkley postulierte beeinträchtigte Emotionsregulation bei Kindern mit AD(H)S empirische Bestätigung gefunden hat (Braaten & Rosén, 2000; Desman et al., 2006; Hampel et al., 2008; Wheeler Maedgen & Carlson, 2000) und von einem starken Einfluss auf den Erwerb sozialer Fertigkeiten ausgegangen werden kann. Desman et al. (2006) und Hampel et al. (2008) weisen auf die Wichtigkeit psychosozialer Therapieprogramme hin, die sich an den Bedürfnissen der Kinder orientieren.

2.4.2.3 Internalisation von Sprache

Unter Internalisation von Sprache versteht Barkley (1997) die Fähigkeit, Sprache zu verinnerlichen, innere Dialoge zu führen und durch Selbstverbalisation selbstgesteuerte Handlungsanweisungen zu generieren. Internalisation von Sprache stellt somit eine wichtige Voraussetzung für Selbstkontrolle dar. Berk und Potts (1991) weisen auf die Reziprozität von Selbstkontrolle/Inhibition und Internalisation von Sprache hin. Verhaltenshemmung ist Voraussetzung, dass innerer Dialog beginnen kann, und durch Selbstverbalisation kann die Fähigkeit zur Selbstkontrolle wiederum verstärkt werden.

Nach Barkley (1997) beeinflusst Internalisation von Sprache folgende Aspekte:

a) Beschreibung und Reflektion von Situationen (Description/reflection)
b) Selbstprüfung und Problemlösefertigkeiten (Problem solving/self-questioning)
c) Generierung von Regeln und Metaregeln (Rules/metarules)
d) Regelgeleitetes Verhalten
e) Internalisierung gesellschaftlicher Werte und Normen (Moral reasoning)

Diverse Studien bestätigten, dass Kinder mit AD(H)S weniger Bereitschaft zu regelgeleitetem Verhalten zeigen (Danforth, Barkley & Stokes, 1991). Auch für geringere Problemlösefertigkeiten konnten empirische Belege erbracht werden (Hamlett, Pellegrini & Conners, 1987). Bear und Rys (1994) zeigen, dass moralische Entwicklung (Moral Reasoning) hohen Einfluss auf schulisches Verhalten, soziale Kompetenzen und soziale Akzeptanz nimmt.
Studien von Nucci und Herman (1982) bestätigen, dass die moralische Entwicklung bei Kindern mit AD(H)S beeinträchtigt ist.

2.4.2.4 Rekonstruktion - Analyse und Synthese von Handlungssequenzen

Unter der letzten exekutiven Funktion, die laut Barkley (1997) von mangelnder Inhibition betroffen ist, nennt er die Rekonstitution. Gemeint sind in erster Linie zwei Prozesse:

1. Analyse: Das Zerlegen von Handlungssequenzen in einzelne Aspekte, damit diese verschiedenen kognitiven Funktionen zur Verfügung stehen.
2. Synthese: Das Zusammenfügen verschiedener, zum Teil modulierter, „Einzelaspekte“ zu neuen verbalen Aussagen oder Antworten.

Nach Barkley werden folgende Funktionen durch Rekonstitution beeinflusst:

a) Kreatives zielgerichtetes Verhalten (Goal-directed behavioral creativity)
b) Simulation von Verhalten (Behavioral simulation)
c) Syntax (Zusammenfügen) des Verhaltens (Syntax of behavior)
d) Gefügigkeit/Flüssigkeit von Verhalten und Sprache (Verbal/behavioral fluency)

Diverse Studien zeigten, dass Kinder mit AD(H)S besonders in komplexen, sprachbasierten Aufgaben Defizite aufweisen. Hamlett, Pellegrini und Conners (1987) zeigten beispielsweise, dass sie in verbalen Problemlöseaufgaben deutlich schlechter abschnitten als Kinder ohne AD(H)S. Patienten mit Frontalhirnschädigungen zeigten Schwierigkeiten, sobald sie neue, komplexe, alternative motorische oder verbale Antwortsequenzen generieren sollten (Barkley, 1997).

2.4.2.5 Motorische Kontrolle

Die motorische Ausführung jeglicher Handlungsimpulse wird nach Barkley (1997) durch das Zusammenspiel der exekutiven Funktionen und der Verhaltensinhibition beeinflusst. Spielen alle diese Faktoren optimal zusammen, so können irrelevante Handlungsimpulse gehemmt oder bei Unterbrechungen zielgerichtete Verhaltensweisen wieder aufgenommen werden. Neue, komplexe, zielorientierte Handlungen werden ausgeführt und durch interne Prozesse gesteuert. Feedback auf das Verhalten wird wahrgenommen und steht für zukünftige Handlungsplanung zur Verfügung.

2.4.3 Diskussion zur Rolle von exekutiven Funktionen und Inhibition

Defizite in den exekutiven Funktionen und Inhibition bei Menschen mit AD(H)S haben in enormem Umfang empirische Überprüfung erfahren und Bestätigung gefunden (Doyle, 2006; Mares, 2007; Rommelse, Altink, Oosterlaan, Buschgens, Buitelaar & Sergeant, 2008). Entsprechende Defizite konnten über die verschiedenen Altersgruppen und Geschlechter hinweg festgestellt werden. Nachdem sich die meisten Studien mit Jungen im Teenageralter beschäftigten, konnten die Defizite auch bei präadoleszenten Mädchen nachgewiesen werden (Hinshaw, Carte, Sami, Treuting & Zupan, 2002). Seidman, Biederman, Faraone, Weber und Ouellette (1997) konnten zeigen, dass Defizite in exekutiven Funktionen in das Junge Erwachsenenalter anhalten. Eine Studie von Lovejoy et al. (1999) zeigte, dass die Defizite auch im Erwachsenenalter noch nachweisbar sind.
Geringe aber dennoch signifikante Korrelationen zwischen Hauptsymptomen und exekutiven Funktionen lassen die Vermutung einer erblichen Komponente entstehen, die 2008 von Rommelse et al. überprüft wurde, indem sie in 238 Familien mit Kindern, die von AD(H)S betroffen sind, und 147 Kontrollfamilien die Inhibitionsfähigkeit, das Arbeitsgedächtnis und den IQ von Kindern mit AD(H)S mit den Werten ihrer nicht betroffenen Geschwister verglichen. Für die Variablen Arbeitsgedächtnis und Inhibition konnten signifikante Korrelationen festgestellt werden, was eine erbliche Komponente nahe legt.

Biederman et al. (2004) konnten zeigen, dass Kinder mit AD(H)S, die gleichzeitig Defizite in exekutiven Funktionen aufweisen, einem deutlich höheren Risiko unterliegen, schlechte schulische Leistungen zu erbringen als Kinder, bei denen „nur“ AD(H)S diagnostiziert wurde.

Willcutt et al. (2005) untersuchten in einer Metaanalyse 83 Studien zu Defiziten in exekutiven Funktionen und Inhibition bei Menschen mit ADHS. Es wurden für alle 13 untersuchten exekutiven Funktionen Defizite nachgewiesen. Die deutlichsten und einheitlichsten Hinweise für Defizite konnten für die Bereiche Inhibition, Arbeitsgedächtnis, Planung und Vigilanz herausgestellt werden. Im Vergleich zu den Kontrollgruppen konnten hier Effektstärken (δ) zwischen 0.61 und 0.69 festgestellt werden.

Neben den vielen empirischen Hinweisen, die für einen engen Zusammenhang zwischen AD(H)S und Defiziten in den exekutiven Funktionen sprechen, lassen sich jedoch auch kritische Einwände anführen, so muss darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse der verschiedenen Studien recht uneinheitlich waren. Werden Menschen mit und ohne AD(H)S verglichen, so können auf Gruppenebene zwar signifikante Unterschiede festgestellt werden, allerdings sind die Unterschiede nicht bei jeder Einzelperson nachzuweisen und die Effekte insgesamt nicht sehr hoch. Nach Willcutt et al. (2005) liegt die gewichtete mittlere Effektstärke über alle Studien und Variablen bei δ=0.59 und ist somit im Vergleich zu den Effektstärken für die drei Hauptsymptome Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsproblematik, die zwischen δ=2.5 und δ=4.0 liegen, deutlich geringer. Eine hohe Varianz zwischen den Kindern mit AD(H)S zeigt sich darin, dass bei bis zu 50% der Kinder keine durch die üblichen Testverfahren (Übersicht über verschiedene Testverfahren bei Willcutt et al., 2005) messbaren Defizite in den exekutiven Funktionen vorliegen.
Um diese heterogene Forschungslage zu erklären, wurden verschiedene Ansätze herangeführt. Als moderierende Faktoren können hier familiäre Einflüsse oder auch komorbide Störungen gesehen werden.
Auf einen hohen genetischen Einfluss auf die Entwicklung von Defiziten in der Inhibitionsfähigkeit weisen Crosbie, Pérusse, Barr und Schachar (2008) sowie Crosbie und Schachar (2001) hin. Im Hinblick auf familiäre Mitbetroffenheit wurden Kinder mit AD(H)S und schwacher Inhibitionsfähigkeit mit Kindern verglichen, die ebenfalls eine AD(H)S-Diagnose, aber intakte Inhibitionsfähigkeit zeigen. Es wurde deutlich, dass die Familien von Kindern mit schwacher Inhibitionsfähigkeit deutlich häufiger auch von AD(H)S betroffen sind (48,1%) als von Kindern, deren Inhibitionsfähigkeit nicht beeinflusst ist (18,5%). Seidman et al. (1995) konnten zeigen, dass Jugendliche mit AD(H)S, bei denen die Diagnose auch in der Familie auftritt, schlechtere Leistungen im Strooptest und Wisconsin Card Sorting Test zeigten. Crosbie und Schachar (2001) postulieren aufgrund dieser Ergebnisse einen familiären Subtyp von AD(H)S, der sich durch mangelnde Inhibitionsfähigkeit auszeichnet. Sollte diese Unterscheidung zwischen familiärem AD(H)S und nicht-familiärem AD(H)S tragbar sein, so könnte dies einen Ansatz zur Erklärung der heterogenen Forschungslage darstellen.
Einen moderierenden Einfluss auf die exekutiven Funktionen haben möglicherweise auch die komorbiden Störungen. So weisen viele Studien darauf hin, dass bei komorbiden Lernschwierigkeiten die exekutiven Funktionen stärker beeinträchtigt sind (Doyle, 2006).

Mit dem Ziel, das vollständige Fehlen von Defiziten in exekutiven Funktionen bei einem Teil der Kinder mit AD(H)S zu erklären, werden Argumente aus zwei verschiedenen Bereichen diskutiert. Die Gründe können zum einen darin liegen, dass Defizite zwar vorhanden, diese jedoch mit eingesetzten Messinstrumenten nicht aufzeigbar sind, oder zum anderen darin, dass Defizite in den exekutiven Funktionen kein Schlüsselmerkmal für AD(H)S darstellen und somit tatsächlich nicht vorhanden sind.

In Bezug auf die Messinstrumente muss hingewiesen werden, dass diese in der Regel der neuropsychologischen Forschung über Hirnschädigungen bei Erwachsenen entstammen und somit möglicherweise nicht die nötige Sensitivität für die AD(H)S-typischen Defizite aufweisen (Sonuga-Barke et al., 2008). Auch ist es darüber hinaus möglich, dass entscheidende Regionen des Frontalhirns zwar beeinträchtigt sind, aber kompensatorische Mechanismen eingesetzt haben, sodass sich entsprechende Defizite nicht mehr nachweisen lassen (Doyle, 2006).

In Bezug auf die Frage, ob es sich bei den Defiziten in exekutiven Funktionen tatsächlich um ein Schlüsseldefizit handelt beziehungsweise ein kausaler Zusammenhang zu AD(H)S besteht, ist eine breite Diskussion entbrannt. Werden die verschiedenen Argumente zusammengefasst, so sprechen nur wenig Argumente für ein Schlüsseldefizit beziehungsweise einen kausalen Zusammenhang. Die heterogene Forschungslage wird in dieser Diskussion als Hauptargument herangeführt. Liegen tatsächlich nur bei ca. 50% der betroffenen Menschen entsprechende Defizite vor (Willcutt, 2005), so spricht dies - selbst wenn in Betracht gezogen wird, dass die Menge aufgrund zweifelhafter Messinstrumente möglicherweise etwas überschätzt wird - dennoch nicht für vorrangige Zentralität des Defizits. Darüber hinaus wird insbesondere von Sergeant (2000) kritisch angemerkt, dass die Defizite in den exekutiven Funktionen nicht spezifisch für die Diagnose AD(H)S sind, sondern auch bei anderen Störungsbildern, wie Störungen des Sozialverhaltens oder anderen Verhaltensauffälligkeiten auftreten können.

2.4.3.1 Alternative theoretische Annahmen

In der Annahme, dass Defizite in den exekutiven Funktionen als alleinige Ursache für die Erklärung von AD(H)S nicht in Frage kommen, werden alternative Theorien und Ansätze diskutiert. Eine vorrangige Rolle in der Literatur spielt hierbei die Theorie vom kognitiv-energetischen Modell von Sergeant (2000, 2005) und der Ansatz zur mangelnden Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (Sagvolden et al., 1998; Sonuga-Barke 2002, 2005, Sonuga-Barke et al., 2008).

Sergeant (2000, 2005) geht in seinem kognitiv-energetischen Modell davon aus, dass das Hauptdefizit bei AD(H)S darin besteht, das notwendige Energielevel an die Anforderungen anzupassen. Er betont, dass Inhibitionsdefizite keine speziellen AD(H)S-Defizite darstellen, sondern in Abhängigkeit davon variieren, inwiefern die Menschen in der Lage sind, ihren Energielevel den Anforderungen anzupassen. Basis seiner Ausführungen sind beispielsweise bildgebende Verfahren, die zeigen, dass die Hirnaktivität von Menschen mit AD(H)S beispielsweise bei Stoppsignalaufgaben schon vor der Darbietung des Stoppreizes abweicht. Kritisch kann zu diesem Ansatz angemerkt werden, dass die Messung des Energielevels sehr schwierig ist. Entscheidenden Einfluss auf den Energielevel scheint die Geschwindigkeit zu haben, in der Reize präsentiert werden (Eventrate). Hohe Eventraten führen zu hoher Aktivierung, während niedrige Eventraten mit Unteraktivierung einhergehen. Studien zu Eventraten sollen somit

Hinweise über den Energielevel geben. Obwohl widersprüchliche Ergebnisse existieren, scheinen Menschen mit AD(H)S im Vergleich zu Menschen ohne AD(H)S bei niedrigen Eventraten mehr Fehler zu machen als bei mittleren und hohen Eventraten.

Ein weiterer inzwischen auch empirisch untersuchter und bestätigter motivationaler Ansatz ist der Ansatz zur mangelnden Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (Sagvolden et al., 1998; Sonuga-Barke, 2002, 2005; Sonuga-Barke et al., 2008). In Situationen, in denen die Möglichkeit besteht, zwischen verschiedenen Belohnungen zu wählen, tendieren Kinder mit AD(H)S dazu, sich für sofortige Belohnungen zu entscheiden, auch dann, wenn diese kleiner ausfallen als Belohnungen, die später gegeben werden. Sind Kinder mit AD(H)S gezwungen Belohnung aufzuschieben, so resultiert aus der Situation unaufmerksames und hyperaktives Verhalten (Sonuga-Barke, 2002). Die Kinder sind nicht in der Lage, die Vorteile von späterer Belohnung zu sehen, und verbinden die Situation des Aufschubes daher ausschließlich mit negativen Affekten, die möglichst vermieden werden sollen.
Neurophysiologisch ist die Fähigkeit des Belohnungsaufschubes mit neurologischen Kreisläufen verbunden, die das ventrale Striatum (besonders den Nucleus Accumbens) mit den frontalen Regionen, wie dem anterior cingulären und orbitofrontalen Kortex, verbinden und reziprok diese Regionen dann über das ventrale Pallidum mit dem Thalamus (Sonuga-Barke et al., 2008). Dieser Kreislauf ist funktionell unabhängig von den anderen frontostriatalen Kreisläufen, die in Verbindung mit den exekutiven Funktionen stehen.
Empirisch überprüft wurde dieser Ansatz in Studien, die untersuchten, ob Kinder mit AD(H)S im Vergleich zu Kindern einer Kontrollgruppe signifikant häufiger kleinere Belohnungen wählten, die sie sofort erhielten, als größere, die sie erst später bekamen, oder in Aufgaben, in denen Belohnungsaufschub gefordert war, schlechter abschnitten. In einer Reihe von Studien konnten entsprechende Defizite in der Fähigkeit, Belohnungen aufzuschieben, bei Menschen mit AD(H)S bestätigt werden (Kuntsi, Oosterlaan & Stevenson, 2001; Sonuga-Barke, Taylor, Sembi & Smith 1992; Toplak, Jain & Tannock, 2005). Antrop, Stock, Verté, Wiersema, Baeyens und Roeyers (2006) konnten zusätzlich zu der Bestätigung, dass Kinder mit AD(H)S im Vergleich zu Kindern einer Kontrollgruppe und Kindern mit Autismus häufiger kleine sofortige Belohnungen wählten, auch zeigen, dass sich dieser Unterschied aufhob, sobald die „Wartezeit“ durch interessante Stimulation „erleichtert“ wurde.
Kritisch muss auch zu diesem Ansatz angeführt werden, dass vergleichbar zu den Ergebnissen zu exekutiven Funktionen auch die Unterschiede in der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub zwischen den Gruppen AD(H)S ja/nein zwar signifikant sind, die Effektstärken (δ) jedoch auch hierbei nicht besonders groß sind (0.57-0.71) (Sonuga-Barke et al., 2008). Nicht alle Kinder mit AD(H)S zeigen Defizite in der Fähigkeit Belohungen aufzuschieben. Darüber hinaus wurden bislang mit Ausnahme der Studie zu Autismus (Antrop et al., 2006) keine Studien zur Spezifität dieses Merkmales durchgeführt, sodass keine Aussagen darüber getroffen werden können, ob es sich um ein AD(H)S-spezifisches Defizit handelt.

2.4.3.2 Multifaktorielle Modelle zur Erklärung von AD(H)S

Konfrontiert mit einem sehr heterogenen neurophysiologischen Bild sind die Bemühungen, eine einheitliche Grundlage oder Hauptursache für AD(H)S – wie Defizite in exekutiven Funktionen oder Belohnungsaufschub – zu finden, deutlich zurückgegangen. Vielmehr wird seit den letzten Jahren nach Modellen gesucht, in denen verschiedene Ansätze integriert werden, sodass die Heterogenität besser erklärt wird.

Ein zentrales Modell ist das „dual pathway model of behaviour and cognition“ von Sonuga-Barke (2002). Hier wird postuliert, dass die drei Kernsymptome von ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Impulsivität) auf Basis zweier unterschiedlicher zugrunde liegender Mechanismen entstehen können. Der erste Mechanismus bezieht sich auf die kognitiven Dysfunktionen, bei denen davon ausgegangen wird, dass eine Störung der dopaminär beeinflussten mesokortikalen Kontrollkreisläufe zu einem Defizit der Inhibitionsfähigkeit führt, das dann die Ursache von Dysregulation von Kognitionen und Verhalten darstellt und in den Symptomen von AD(H)S resultiert. Dieser zugrunde liegende Mechanismus wird als kontextunabhängig dargestellt.
Der zweite Weg ist motivationaler Natur und basiert auf Störungen des ebenfalls dopaminär beeinflussten mesolimbischen Belohnungskreislaufs und kulturellen Normen und Werten, die gemeinsam zu einer Abneigung gegenüber Belohnungsaufschub führen, die als Ursache für die Symptome von AD(H)S anzusehen ist. Dieser motivationale Mechanismus ist stärker abhängig vom Kontext.
Auf welche Art und Weise diese beiden Mechanismen miteinander interagieren, ob und in welchem Maße es sich um additive Synergieeffekte oder getrennte Mechanismen handelt, ist bis heute nicht abschließend geklärt. Thorell (2007) konnte zeigen, dass beide Aspekte unabhängige, unkorrelierte Prädiktoren für AD(H)S-Symptome darstellen. Werden die AD(H)S-Symptome getrennt betrachtet, so zeigen sich lediglich signifikante Haupteffekte für Defizite in exekutiven Funktionen in Bezug auf Unaufmerksamkeit. Für Defizite in der Fähigkeit, Belohnungen aufzuschieben, finden sich Haupteffekte in Bezug auf Hyperaktivität und Impulsivität. Es kann davon ausgegangen werden, dass beide Aspekte prädiktive Validität besitzen, die sich in der Kombination nach Möglichkeit erhöht, wobei nicht davon ausgegangen werden kann, dass das Modell in der Lage ist, die komplette Heterogenität zu erklären (Sonuga-Barke et al., 2008).

Den Forschungsstand zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Defizite in Inhibition und exekutiven Funktionen zwar weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung für die Diagnose AD(H)S darstellen, es jedoch empirisch eindeutig bestätigt ist, dass ein enger Zusammenhang zu AD(H)S besteht (Sonuga-Barke et al., 2008). Modelle zur eingeschränkten Inhibitionsfähigkeit und exekutiven Funktionen sind bis heute die meist zitierten Erklärungsansätze, auch wenn inzwischen als unumstritten gilt, dass es sich bei diesen Defiziten nicht um alleinige Schlüssel- oder Kerndefizite handelt. Die Suche nach „dem einen“ Kerndefizit wurde zu Gunsten mehrfaktorieller Modelle aufgegeben, sodass sich auch die lange Diskussion, ob es sich bei AD(H)S in erster Linie

um ein kognitves oder motivationales Defizit handelt, erübrigt hat. In Zukunft müssen verschiedene Erklärungsansätze, wie beispielsweise der zum Belohnungsaufschub - der ebenfalls breite empirische Bestätigung gefunden hat - integriert werden und Zusammenhänge der einzelnen Aspekte untersucht werden, um zu einer umfassenden Theorie zu gelangen.

In der vorliegenden Arbeit fließt in erster Linie der Ansatz von Barkley (1997) zu mangelnder Inhibitionsfähigkeit in die Erklärung sozialer Defizite von Kindern mit AD(H)S ein. Darüber hinaus wird in der Diskussion jedoch darauf eingegangen, wie soziale Defizite auch durch den Ansatz zum Belohnungsaufschub erklärt werden können. Da das Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S zum Ziel hat, wahrgenommene Defizite in sozialen Kontexten zu erklären und nicht den Anspruch erhebt, eine umfassende Theorie für alle Menschen mit AD(H)S zu generieren, wird es trotz der zentralen Kritikpunkte (der relativ geringen Effektstärken und der Beobachtung, dass entsprechende Defizite nicht nur bei AD(H)S auftreten), als legitim angesehen, das Modell auf Basis der Theorie von Barkley (1997) zu entwickeln. Die Kritikpunkte stellen somit für das vorliegende Anliegen kein Hindernis dar.

3 Soziale Fertigkeiten

Die Fähigkeit, sich sozial kompetent zu verhalten, stellt eine unerlässliche Basisfertigkeit dar, die in den unterschiedlichsten Lebensphasen entscheidend zum erfolgreichen Bewältigen aktueller Entwicklungsaufgaben beiträgt und somit das Wohlergehen der Menschen deutlich verbessert. Gute soziale Kompetenzen führen bereits im frühen Kindesalter dazu, dass die Kinder Situationen richtig einschätzen und sich durch Modelllernen ein breites Handlungsrepertoire aneignen können. Stehen ihnen dann flexible sozial kompetente Verhaltensweisen zur Verfügung gelingt es, tragfähige Beziehungen aufzubauen, die in Krisenzeiten Halt geben und Schutz vor der Entwicklung psychischer Störungen darstellen. Im späteren Arbeitsleben zählen soziale Kompetenzen zu einer der wichtigsten Schlüsselqualifikationen, ohne die eine zufriedenstellende, erfolgreiche berufliche und private Karriere kaum denkbar ist.

Die Relevanz und Wichtigkeit sozialer Kompetenz spiegelt sich auch in der Geschichte der Psychologie wider: Bereits in ihren frühen Zeiten beschrieb beispielsweise Thorndike (1920) das Konzept der sozialen Intelligenz als eine Fähigkeit von Menschen, in zwischenmenschlichen Beziehungen weise zu handeln. In den letzten 30 Jahren erlangte das Konzept der sozialen Kompetenz besonders in der Verhaltenstherapie zunehmende Popularität (Petermann & Groen, 2006; Petermann, 2002).

3.1 Grundbegriffe

In Anbetracht der Tatsache, dass die hohe Bedeutung sozialer Kompetenzen unbestritten ist, erscheint es umso erstaunlicher, dass die Literatur eine breite Vielfalt an Definitionen, Dimensionen, Konzepten und Ansätzen anbietet und es bislang nicht gelungen ist, diese Heterogenität zu überwinden. Es tauchen Begriffe auf wie: Soziale Fertigkeiten (z.B. Gresham & Reschly, 1987), interpersonale Kompetenz (z.B. Buhrmeister, Furman, Wittenberg & Reis, 1988), emotionale Kompetenz (z.B. Goleman, 1995) und viele andere. Eine Abgrenzung der unterschiedlichsten Begriffe oder einheitliche Verwendung ist bislang nicht gegeben. Vergleichbar zu der begrifflichen Vielfalt ist auch die Vielfalt an relevanten Merkmalen, die als sozial kompetent gelten, und diverser Dimensionen, die sozial kompetenten Verhaltensweisen möglicherweise zugrunde liegen.
Als mögliche Gründe für diese Heterogenität nennt Wittmann (2005) zum einen die unterschiedlichen Wissenschaftsbereiche, in denen das Thema diskutiert wird, und zum anderen die Komplexität des Konstruktes allgemein. Forschung zu sozialen Kompetenzen ist in Gebieten wie der Soziologie, Pädagogik oder der Psychologie angesiedelt. Selbst innerhalb der Psychologie finden sich theoretische Ansätze in verschiedenen Bereichen, wie der Klinischen/Pädagogischen Psychologie oder Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie. In den Fachbereichen wird „soziale Kompetenz“ jeweils in unterschiedlichen theoretischen und praktischen Bezügen diskutiert. Ob ein Verhalten als sozial kompetent bewertet wird, ist abhängig vom soziokulturellen Hintergrund, Situationsbedingungen, Alter und Geschlecht der Personen, die es zeigen.

3.1.1 Definitionen

Um sprachlichen Verwirrungen entgegenzuwirken, wird zunächst eine definitorische Abgrenzung der verschiedenen Begriffe vorgenommen, wie sie in vorliegender Arbeit verwendet werden. Generell wird die Bezeichnung soziale Kompetenz im Folgenden als übergeordnetes Konstrukt verstanden (Gresham & Reschly, 1987; Kanning, 2003).
Die gewählten Definitionen von sozial kompetentem Verhalten und sozialer Kompetenz orientieren sich an Kanning (2002). Unter sozial kompetentem Verhalten wird das Verhalten einer Person verstanden, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird. Unter sozialer Kompetenz wird die Gesamtheit von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person verstanden, die zu sozial kompetentem Verhalten führt. Soziale Fertigkeiten stellen Teilbereiche der sozialen Kompetenz dar, die ein relativ geringes Abstraktionsniveau mit sich bringen und durch Lernprozesse erworben werden (Kanning, 2003). Nach Gresham und Reschly (1987) fallen unter soziale Fertigkeiten interpersonelle Verhaltensweisen, selbstbezogenes und aufgabenbezogenes Verhalten.

3.1.2 Dimensionen

Trotz heterogener Forschungslage scheint Einigkeit darüber zu bestehen, dass es sich bei sozialer Kompetenz um ein multidimensionales Konstrukt handelt. Bezüglich Anzahl und Inhalt der Dimensionen ist allerdings nach wie vor kein Konsens in Sicht. Caldarella und Merrel (1997) untersuchten in einer breit angelegten Metaanalyse 21 faktorenanalytische Studien aus zwei Jahrzehnten und konnten fünf Dimensionen sozialer Fertigkeiten bei Kindern und Jugendlichen extrahieren:

Tabelle 8: Fünf Dimensionen sozialer Fertigkeiten nach Caldarella & Merrel, 1997

1. Beziehungen zu Gleichaltrigen
Soziale Interaktion, prosoziales Verhalten, Empathie, soziale Teilhabe, Unterstützung Gleichaltriger, soziale Integration, Führungsqualitäten u. a.
2. Selbstmanagement
Selbstkontrolle, soziale Unabhängigkeit, soziale Verantwortung, Frustrationstoleranz, Einhalten von Regeln, Kooperation u. a.
3. Schulbezogene Fähigkeiten
Akzeptanz / Einhalten von Klassenregeln, Aufgabenorientierung, schulische Verantwortung u. a.
4. Compliance
Soziale Kooperation, Mitwirkungsbereitschaft, Kompetenz u. a.
5. Selbstbehauptung
Initiative übernehmen, Aktivitäten ins Leben rufen, Selbstsicherheit u. a.

Kanning (2003) sichtete diverse Auflistungen sozialer Kompetenzen, trug ca. 100 Nennungen zusammen, sortierte diese nach inhaltlichen Gesichtspunkten und fasste Synonyme unter gemeinsamen Begriffen zusammen. Es konnten auf diese Art und Weise drei Hauptdimensionen extrahiert werden, deren empirische Bestätigung allerdings noch aussteht:

Tabelle 9: Dimensionen nach Kanning, 2003

perzeptiv / kognitiver Bereich
Selbstaufmerksamkeit, Personenwahrnehmung, Perspektivenübernahme, Kontrollüberzeugungen, Wissen u. a.
motivational / emotionaler Bereich
emotionale Stabilität, Prosozialität, Wertepluralismus u. a.
behavioraler Bereich
Durchsetzungsfähigkeit, Kommunikation, Handlungsflexibilität, Konfliktverhalten, Selbststeuerung, Extraversion u. a.

3.2 Diagnostik

Die diagnostische Erfassung sozialer Fertigkeiten bei Kindern und Jugendlichen ist sowohl für die Therapieplanung als auch für die Evaluation therapeutischer Bemühungen von entscheidender Wichtigkeit.
Die Suche nach geeignetem deutschsprachigem Diagnostikmaterial stellt den Diagnostiker jedoch vor eine deutliche Herausforderung. Wie Kanning (2003) beschrieb, zeigt sich: „Ein allumfassendes Instrument, das sich gleichsam wie der Hase aus dem Zylinder ziehen lässt und soziale Kompetenz als Ganzes zu messen vermag, gibt es nicht und wird es sicherlich auch niemals geben." (Kanning, 2003, 30). Viele Gründe können dafür angeführt werden, dass sich dieser Zustand bis heute nicht grundlegend verändert hat. So liegt eines der Grundprobleme in der Definitionsvielfalt und der Unterschiedlichkeit von Vorstellungen über die Inhalte des Konstrukts sozialer Kompetenzen (Bastians & Runde, 2002).
Weitere Gründe für den „beklagenswerten Zustand" der Diagnostik sozialer Kompetenzen sieht Petermann (2005) unter anderem darin, dass Erklärungs- und Entwicklungsmodelle der sozialen Kompetenz fehlen. Vorstellungen über die Altersspezifität bzw. Altersangemessenheit der sozialen Kompetenz existieren nur wenig. Der Einfluss innerfamiliärer Prozesse, wie beispielsweise familiärer Stress, auf die Beziehung zu Gleichaltrigen ist wenig untersucht und fließt in die Diagnostik daher nicht mit ein. Ebenso wurde auch die Erfassung von Interaktionen zu Gleichaltrigen als Erklärung für die Entwicklung und Entstehung sozialer Kompetenzen bislang in der Diagnostik zu wenig berücksichtigt, wie Biermann und Montminy (1993) bereits anmerkten.
War es aufgrund dieser Umstände bislang nicht möglich, ein einheitliches, allumfassendes Diagnostikmaterial zu erstellen, so gelang es vielen Autoren dennoch, für spezielle Teilbereiche Materialien zu entwickeln.

Zur Erfassung der relevanten Merkmale stehen prinzipiell die verschiedensten methodischen Ansätze zur Verfügung und kommen auch zum Einsatz. Einen Gesamtüberblick über Verfahren zur Erfassung sozialer Kompetenzen gibt Kanning (2003) in seiner Monographie „Diagnostik sozialer Kompetenzen", die in der Reihe Kompendien Psychologische Diagnostik erschienen ist.

Die folgenden Darstellungen sollen einen Überblick geben über Erhebungsinstrumente, die im Kinder- und Jugendbereich eingesetzt werden und Teilaspekte sozialer Fertigkeiten erfassen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und erhalten ihre Informationen in erster Linie aus dem Testhandbuch Brickenkamp (Brähler, Holling, Leutner & Petermann, 2002) und der oben genannten Monographie. Es werden besonders diejenigen Erhebungsmethoden (schriftliche und mündliche Befragung) mit ihren Vor- und Nachteilen diskutiert, die auch in der vorliegenden Studie zur Anwendung kommen.

3.2.1 Erfassung sozialer Fertigkeiten durch schriftliche Befragung

Aufgrund von Ökonomie und eines recht hohen Grades an Objektivität ist die schriftliche Befragung eine der gängigsten Methoden zur Erfassung psychischer Konstrukte. In Selbstbeurteilungsverfahren geben die Kinder und Jugendlichen Auskunft über ihre Verhaltensweisen, Einstellungen und Ähnliches.

Dahingegen werden im Fremdbeurteilungsverfahren Eltern, Lehrer oder andere Bezugspersonen gebeten, Verhalten, Einstellungen, emotionale Zustände und Ähnliches, der Kinder und Jugendlichen zu beurteilen. Die Antwortformate bei schriftlichen Befragungen können „offen“ sein, sodass die Antworten frei formuliert werden, oder „geschlossen“, sodass die Antwortkategorien bereits vorgegeben sind. Aufgrund der besseren Auswertungsobjektivität und Ökonomie werden meist geschlossene Antwortformate gewählt.

3.2.1.1 Selbstbeurteilungsfragebögen für Kinder und Jugendliche

In folgenden Selbstbeurteilungsfragebögen werden Teilaspekte sozialer Fertigkeiten erfasst:

Tabelle 10: Selbstbeurteilungsfragebögen für Kinder und Jugendliche

Fragebogen	Skalen zur Erfassung sozialer Fertigkeitsbereiche	Autoren
BAS Beschreibungsbogen für aggressive Situationen	Aggressionsdiagnostik	Petermann & Petermann (2005)
DISYPS-KJ Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV	Störungen des Sozialverhaltens	Döpfner & Lehmkuhl (2003)
EAS Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen	Aggressionen gegen Personen, Gegenstände, sich selber	Petermann & Petermann (2000)
FDI 4-6 Fragebogen zur Erfassung von Dimensionen der Integration von Schülern	Soziales Integriertsein	Haeberlin, Moser, Bless & Klaghofer (1989)
HAPEF-K Hamburger Persönlichkeits-Fragebogen für Kinder	Aggression, Extraversion	Wagner & Baumgärtel (1978)
MPT-J Mehrdimensionaler Persönlichkeitstest für Jugendliche	Soziale Erwünschtheit, Soziale Zurückhaltung, Aggressivität	Schmidt (1981)
PFK 9-14 Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9-14	Bereitschaft zu sozialem Engagement, Zurückhaltung und Scheu im Sozialkontakt, Bedürfnis nach Alleinsein und Selbstgenügsamkeit, Bedürfnis nach Ich-Durchsetzung	Seitz & Rausche (2004)
SFS 4-6 Sozialfragebogen für Schüler für 4. bis 6. Klassen	Soziale Angst, Sozialinteresse, Kontaktbereitschaft, Sozialerfahrungen mit Mitschülern sowie Lehrern	Pettilon (1984)
SVF-KJ Stressverarbeitungsfrage-bogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche	Bedürfnis nach sozialer Unterstützung, Aggression	Hampel, Petermann & Dickow (2001)

In Selbstbeurteilungsverfahren können insbesondere innere Zustände von Menschen gut erfasst werden, die für die „Außenwelt“ kaum ersichtlich sind. Allerdings sind diese Angaben auch leicht zu verfälschen. Zum Teil geschieht die Verfälschung unabsichtlich, weil Menschen nicht immer im Kontakt zu ihren eigenen Gefühlen sind oder sich erinnern

können, was sie getan oder gedacht haben. Oft geschieht sie jedoch auch mit Absicht, um ein gutes Bild von sich selber zu erzeugen (Zimbardo & Gerring, 2008).
Um psychisches Erleben und Verhalten von Menschen möglichst objektiv zu erfassen, reicht es daher nicht, Selbstbeurteilungsverfahren zum Einsatz kommen zu lassen, sodass sehr häufig auch Fremdbeurteilungsverfahren verwendet werden.

3.2.1.2 Fremdbeurteilungsfragebögen für Kinder und Jugendliche

In folgenden Fremdbeurteilungsfragebögen werden Teilaspekte sozialer Fertigkeiten erfasst:

Tabelle 11: Fremdbeurteilungsfragebögen für Kinder und Jugendliche

Fragebogen	Skalen zur Erfassung sozialer Fertigkeitsbereiche	Autoren
BFL Beurteilungshilfen für den Lehrer	Aggressives Verhalten, Soziales Selbstbehauptungsverhalten, Soziales verantwortungsvolles und hilfsbereites Verhalten, Sozialsensibles und kommunikatives Verhalten, Kooperatives Verhalten, Tolerantes und konstruktives Problemlöseverhalten	Janowski, Fittkau & Rauer (1981)
DEF Diagnostischer Elternfragebogen	Beziehungen zu anderen Personen	Dehmelt, Kuhnert & Zinn (1993)
DISYPS-KJ Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV	Störungen des Sozialverhaltens	Döpfner & Lehmkuhl (2003)
ET 6-6 Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahren	Interaktion mit Erwachsenen, Interaktion mit Gleichaltrigen, Verhalten in der Gruppe, Soziale Eigenständigkeit, Emotionale Entwicklung	Petermann, Stein & Macha (2006)
GES Griffths Entwicklungsskalen	Persönlich-soziale Entwicklung	Bramdt & Sticker (2001)
Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten	Kooperation, Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle, Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft, angemessene Selbstbehauptung sowie Sozialkontakt	Petermann & Petermann (2006b)
VBV 3-6 Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder	Sozial-emotionale Kompetenzen, Oppositionell-aggressives Verhalten	Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt (1993)
WET Wiener Entwicklungstest	Sozial-emotionale Entwicklung	Kastner-Koller & Deimann (1998)

Da Erleben und Verhalten in verschiedenen Situationen variieren, kann eine besonders hohe Objektivität nur dadurch erreicht werden, dass verschiedene Menschen (Eltern, Lehrer, Freunde etc.) befragt werden. Nachteile von Fremdbeurteilungen sind darin zu sehen, dass diese sehr beeinflusst sind durch Meinungen und Einstellungen der beurteilenden Personen selber. Besteht beispielsweise eine hohe Sympathie zwischen beiden Personen, werden die Urteile günstiger ausfallen und Fehler oder Schwächen möglicherweise übersehen. Diese Art der Urteilsverzerrung wird als Halo–Effekt bezeichnet (Zimbardo & Gerring, 2008). Eine andere Art der Verzerrung ist der Stereotypen-Effekt. Hierbei gerät die beurteilende Person in die Gefahr, Menschen einer bestimmten „Kategorie“ zuzuordnen und dieser Kategorie entsprechende Merkmale zu beschreiben.

3.2.2 Erfassung sozialer Fertigkeiten durch mündliche Befragung

Während die Objektivität in schriftlichen Befragungen zwar recht hoch ist, da alle kontrollierbaren Bedingungen möglichst konstant gehalten werden können, besteht die Gefahr, dass Fragen unterschiedlich oder gar nicht verstanden werden. Durch das meist geschlossene Antwortformat wird der Bereich der Antworten stark eingeschränkt, sodass unter Umständen wichtige Aspekte vernachlässigt werden. Die mündliche Befragung in Form von Interviews ist in der Durchführung aufwendiger und die Auswertung je nach Grad der Standardisierung anfälliger für den Einfluss subjektiver Bewertungen. Bei standardisierten Interviews sind die Fragen wörtlich vorgegeben, sodass die Antworten lediglich notiert werden müssen. Diese sind dann mit denen anderer Interviewpartner vergleichbar, womit die Kriterien für Durchführungsobjektivität erfüllt und die Ergebnisse teilweise sogar quantitativ auswertbar sind. Während in halbstandardisierten Interviews meist ein Interviewleitfaden vorliegt, der Themen und wichtige Fragen in wörtlicher Form vorgibt, wird in freien Interviews nur noch das Thema vorgegeben. Bei diesen Formen sinkt die Objektivität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse, allerdings gelingt es besser, auf individuelle Situationen einzugehen. Fragen können direkt geklärt werden, und über wenig bekannte Sachverhalte werden neue Informationen herausgearbeitet.
Spezifische Interviews zur Erfassung sozialer Fertigkeiten konnten bislang nicht gefunden werden. Im Rahmen dieser Studie wird eines entwickelt, das in Kapitel 8 genauer beschrieben wird.

3.2.3 Erfassung sozialer Fertigkeiten durch Beobachtung

Ebenso können Beobachtungsverfahren zum Einsatz kommen. Bortz und Döring (2006) unterscheiden dabei zwischen Alltagsbeobachtung und systematischer Beobachtung. Während die Alltagsbeobachtung von individuellen Interessen gesteuert relativ beliebig vonstatten geht, setzt die systematische Beobachtung einen genauen Beobachtungsplan mit Beobachtungsregeln voraus. Die für die Wissenschaft relevante Form der systematischen Beobachtung kann als teilnehmende Beobachtung erfolgen, wobei sich die beobachtende Person mit in die Situation begibt, die beobachtet werden soll, oder als nicht teilnehmende Beobachtung, in der sich die beobachtende Person außerhalb der Situation, beispielsweise hinter einer Einwegscheibe, befindet. Beide Formen der

Beobachtung können offen durchgeführt werden, das heißt, die Personen wissen, dass sie beobachtet werden, oder verdeckt, sodass die Testpersonen nicht wissen, dass sie sich im Fokus der Beobachtung befinden.
Verfahren zur systematischen Beobachtung werden häufig in der Evaluation von Therapieverläufen eingesetzt. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über Beobachtungsbögen aus den Trainings mit aggressiven Kindern (Petermann & Petermann, 2005), mit Jugendlichen (Petermann & Petermann, 2007) und mit sozial unsicheren Kindern (Petermann & Petermann, 2006a):

Tabelle 12: Beobachtungsbögen für Kinder und Jugendliche

Beobachtungsbogen	Skalen zur Erfassung sozialer Fertigkeitsbereiche	Autoren
BAV Beobachtungsbogen für aggressives Verhalten	14 Kategorien Beispielsweise: angemessene Selbstbehauptung, Kooperation und helfendes Verhalten, Selbstkontrolle, Empathie	Petermann & Petermann (2005)
BSU Beobachtungsbogen für sozial unsicheres Verhalten	12 Kategorien Beispielsweise: Gefühle, Gesichtsausdruck, Körperausdruck, Tätigkeiten und Sozialkontakt, sich selbstbehauptende und eigenständige Aktivitäten	Petermann & Petermann (2006a)
TMK Beobachtungsbogen zur Therapiemitarbeit des Kindes	4 Kategorien verbal, nonverbal, Aufgaben und Regeln, sich einbringen	Petermann & Petermann (2005)

Im Vergleich zu anderen Erfassungsmethoden liefert bei der Beobachtung das direkte Verhalten die Basis für die Diagnosestellung. Hierin liegt ein klarer Vorteil gegenüber Fragebögen, die mehr oder minder verzerrte Berichte über vergangenes Sozialverhalten darstellen (Kanning, 2003).
Bastians & Runde (2002) betonen die Wichtigkeit multimedialer Beobachtung, in der auch Interaktionen mit Hilfe verschiedenster neuer Medien erfasst und untersucht werden können. Aktuell werden multimediale Verfahren hauptsächlich in der Personalauswahl (Assessment Center etc.) angewandt. Im klinischen Bereich besteht hier noch erhebliches Entwicklungspotential, da die Verfahren bislang den zeitlichen Rahmen im klinischen Alltag sprengen.

3.2.4 Störungen sozialer Fertigkeiten

Der Erwerb sozialer Fertigkeiten stellt für die gesunde Entwicklung von Kindern eine wichtige und notwendige Voraussetzung dar. Gelingt es den Kindern, im Laufe ihrer Entwicklung Fertigkeiten zu erwerben, die es ihnen ermöglichen, in Interaktionen eigene Bedürfnisse und Ziele umzusetzen und gleichzeitig auf die Bedürfnisse der Anderen zu reagieren, so fühlen sie sich in der Beziehung zu Gleichaltrigen kompetent und erleben

Gemeinschaften als positiv. Macht ein Kind diese Erfahrungen nicht, so fehlt ein wichtiger Schutzfaktor vor psychosozialen Krisen oder psychischen Krankheiten (Niebank & Petermann, 2002) und die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wird begünstigt (Petermann & Groen, 2006). Auch nach Nixon (2001) bringen gestörte Beziehungen zu Gleichaltrigen ein signifikant höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Krankheiten mit sich. Defizite begünstigen nicht nur psychische Störungen, sondern erhöhen das Risiko zu Drogenmissbrauch (Greene, Biederman, Faraone, Wilens, Mick & Blier, 1999) und die Wahrscheinlichkeit des Schulausschlusses und Kriminalität (Parker & Asher, 1987).

Defizite sozialer Fertigkeiten tauchen als Begleiterscheinungen bei beinahe allen psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters auf. In der multiaxialen Diagnostik nach ICD-10 können jedoch auch folgende Hauptdiagnosen gestellt werden, die Störungen im sozialen Miteinander beinhalten.

Störungen des Sozialverhaltens, dazu zählen: F90.8 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen, F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen, F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten oder F91.8 Sonstige Störungen des Sozialverhaltens.

Emotionale Störungen, dazu zählen: F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung, F92.8 sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen oder F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit.

Ferner können auch folgende „Sonstige Störungen“ diagnostiziert werden:
F93.8 Sonstige emotionale Störung des Kindesalters (dazugehörige Begriffe: Identitätsstörung / Rivalität in der Peer-Gruppe (nicht mit Geschwistern) / Störung mit Überängstlichkeit) und F94.8 Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit (dazugehörige Begriffe: Störungen sozialer Funktionen mit Rückzug und Schüchternheit aufgrund von Defiziten in der sozialen Kompetenz).

3.3 Therapie

Die Förderung sozialer Fertigkeiten stellt in verschiedensten Kontexten ein wichtiges Ziel dar. Entsprechende Programme tauchen beispielsweise in Managementschulungen, beruflicher Rehabilitation, schulischen Präventionsprogrammen, aber sehr häufig auch im Rahmen der Psychotherapie verschiedenster psychischer Störungen auf. Je nach Anwendungsbereich variieren Trainingsmodalitäten, Ziele, Methoden und Settingvariablen. So verwundert es nicht, dass von „dem“ Training sozialer Fertigkeiten nicht gesprochen werden kann. Um eine Ahnung von der überwältigenden Masse an Therapieansätzen zu erhalten, geben die Untersuchungsergebnisse von Topping, Holmes und Bremner (2000) einen guten Anhaltspunkt, die bei einer Sichtung internationaler Literatur allein mehr als 700 schulbezogene Maßnahmen zur Förderung

sozialer Kompetenzen identifizieren konnten. Der folgende Abschnitt konzentriert sich auf Ansätze, die in der Behandlung von Kindern mit klinisch relevanten psychischen Auffälligkeiten zum Tragen kommen. Selbst beschränkt auf diesen Teilbereich, taucht eine breite Vielfalt an Programmen auf, die von Selbstsicherheitstrainings, Antiaggressionstrainings über Programme zu Drogenprophylaxe bis hin zu Kompetenztrainings zur Verbesserung der sozialen Integration nach Straftaten reichen und viele andere Bereiche darüber hinaus umfassen. Um diese Vielfalt zu systematisieren, kann zunächst eine sehr grobe Unterscheidung getroffen werden zwischen personenzentrierten Ansätzen und solchen, die in Gruppen durchgeführt werden.

3.3.1 Personenzentrierte Ansätze

Dass die Stärkung sozialer Kompetenzen in Einzelpsychotherapien häufig eine wichtige Rolle spielt, lässt sich unter anderem daraus schließen, dass beispielsweise viele psychotherapeutische Lehrbücher zur Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen „sozialen Kompetenzen“ ein eigenes Kapitel widmen zum Beispiel: Lauth, Brack & Linderkamp (2001) (Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen) oder Mattejat (2006) (Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien).

Trotz der offensichtlichen Relevanz im einzeltherapeutischen Setting liegen hierfür, wie Jerusalem & Klein-Heßling (2002) zusammenfassten, bislang nur wenig Evaluationsstudien vor. Anders verhält es sich im Bereich der gruppentherapeutischen Angebote.

3.3.2 Gruppentherapeutische Ansätze

Defizite im sozialen Miteinander im Rahmen einer Gruppe zu kompensieren, bringt eine hohe Plausibilität mit sich, die neben hoher Ökonomie und Realitätsnähe mit Ursache dafür ist, dass die überwältigende Mehrheit publizierter Programme gruppentherapeutischer Natur ist. Zusammenstellungen zum Überblick über verschiedene Trainingsprogramme lassen sich beispielsweise bei folgenden Autoren finden: Jugert, Rehder, Notz, und Petermann, (2006); Petermann (2005), Petermann und Groen (2006).

Generell lassen sich Gruppentherapien darin unterscheiden, ob sie in der Zusammensetzung homogen oder heterogen, geschlossen oder offen und kurz oder langfristig sind (Staats, 2005). Homogene Gruppen zeichnen sich durch ein gemeinsames Anliegen der Teilnehmenden aus. Oft entwickeln sie rasch ein hohes Zusammengehörigkeitsgefühl und erreichen somit schnell eine arbeitsfähige Ausgangsposition. Eine heterogene Gruppenzusammensetzung bietet sich vor allem dann an, wenn die Ziele weiter gesteckt sind und beispielsweise generelle Interaktionsmuster oder Auswirkungen von Persönlichkeitszügen langfristig verändert werden sollen. Geschlossene Gruppen kennzeichnen sich aus durch einen gemeinsamen Anfang und zeitgleiches Ende der Therapie. Die Gruppenzusammensetzung bleibt somit im Laufe der Therapie stabil. In der Praxis lassen sich geschlossene Gruppen mitunter

nur schwer realisieren, sodass ausscheidende Mitglieder durch andere ersetzt werden müssen. In diesem Fall wird von halboffenen Gruppen gesprochen. Die Teilnehmenden erleben die Gruppe im Laufe der Zeit aus verschiedenen Perspektiven, was ihnen helfen kann, sich selber in unterschiedlichen Rollen zu erleben. Vollständig offene Gruppen gehen mit geringen Verpflichtungen der Teilnehmenden einher und bieten somit, als ein sehr niederschwelliges Angebot, auch Menschen Unterstützung, die in einem engeren Rahmen keine Hilfe annehmen würden. Je nach therapeutischem Rahmen und Indikation unterscheidet sich auch die Dauer, über die sich eine Gruppe erstreckt.

Aus Sicht verschiedener psychotherapeutischer Fachrichtungen lässt sich feststellen, dass analytisch oder tiefenpsychologisch orientierte Gruppen oft heterogen zusammengesetzt, in einer halboffenen Form, über einen längeren Zeitraum hinweg angeboten werden.
Verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppen dahingegen werden häufig als geschlossene, homogene Gruppen angeboten, die in einem relativ kurzen und von vornherein festgelegten Zeitraum stattfinden. Oft orientieren sich diese an manualisierten Stundenentwürfen, die ein hohes Maß an Strukturiertheit mitbringen. Einen Einblick in verschiedene verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme bietet Fiedler (1996). In Bezug auf Therapieprogramme zum Aufbau sozialer Fertigkeiten zeichnet sich eine lange verhaltenstherapeutische Tradition ab (Linderkamp, 2001b), die in den sechziger Jahren mit den Aussagen von Lazarus begann, der davon ausging, dass mangelndes Sozialverhalten das Ergebnis falscher oder nicht gelernter Fertigkeiten sei. Es entstanden erste Fertigkeitentrainings. Im Rahmen der kognitiven Wende wurden die frühen Programme Anfang der siebziger Jahre durch Aspekte wie soziale Einstellungen oder soziale Wahrnehmung ergänzt. In dieser Zeit entstand beispielsweise das Assertiveness Training Programm ATP von Ullrich de Muynck und Ullrich (1976) als ein Trainingsprogramm zur Förderung von Selbstsicherheit. Zunehmend wurden auch interne Prozesse der Informationsverarbeitung berücksichtigt, sodass Problemlösetrainings und Selbstkontrolltechniken eingesetzt wurden. Auswirkungen auf die Gestaltung der Therapiekonzepte hat die Theorie der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (Dodge, 1986) bereits seit Anfang der neunziger Jahre.

3.3.2.1 Methoden verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien

Viele der aktuellen Trainings sind kognitiv behavioraler Natur und bedienen sich verhaltenstherapeutischer Methoden und Techniken. Operante Methoden werden eingesetzt, um durch den gezielten Einsatz von Verstärkern erwünschte Verhaltensweisen aufzubauen (Token-Programme) oder durch den Entzug von Verstärkern (Response-Cost-Programme) unangemessenes Verhalten abzubauen. Methoden der kognitiven Umstrukturierung helfen, den Zusammenhang zwischen Kognitionen und Emotionen zu erkennen und irrationale bzw. wenig hilfreiche Überzeugungen, Einstellungen und Gedanken durch rationale bzw. hilfreiche zu ersetzen. Da Selbstverbalisierungen wichtige handlungssteuernde und emotionsauslösende Funktionen haben, werden diese dahingehend verändert, dass sie

zu sozial kompetentem Verhalten führen. Verstärkende selbstbezogene Aussagen werden eingeführt und Selbstinstruktionen können genutzt werden, um Handlungen schrittweise durchzuführen. In Rollenspielen erhalten Kinder und Jugendliche direkte Rückmeldung zu ihrem Verhalten. Sie können ihr eigenes Verhaltensrepertoire erweitern und lernen, sich auch in ihre Interaktionspartner hineinzuversetzen. Modelllernen kommt dann zum Tragen, wenn es Ziel ist, sozial kompetente Verhaltensweisen im Rollenspiel zu imitieren. Durch Kommunikations- und Problemlösetraining werden Sprecher- und Zuhörerfertigkeiten aufgebaut, die dazu führen, eigenen Wünschen und Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen, ohne die Bedürfnisse Anderer dabei zu missachten. Mit Übungen zur Selbst- und Fremdwahrnehmung lernen Kinder, eigene emotionale Befindlichkeiten und Verhaltensweisen zu beobachten und diese bei Anderen richtig einzuschätzen. Durch häufig eingesetzte Verhaltensübungen werden neue Verhaltensweisen kennengelernt und ins Verhaltensrepertoire aufgenommen.

3.3.2.2 Effektivität verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien

In einer viel zitierten Metaanalyse von Beelmann, Pfingsten und Lösel (1994) wurden 49 Studien zur Effektivität von sozialen Kompetenztrainings für Kinder untersucht. Die Trainings wurden nach inhaltlichen Kriterien vier verschiedenen Gruppen zugeordnet:

1. „Social skills“: Verhaltensorientierte Trainings zum Aufbau konkreter Verhaltensweise im Sinne motorischer Handlungen, die mit Hilfe von Verstärkungstechniken geübt werden.
2. “Social problem-solving“: Soziale Problemlösetrainings, in denen Problemlösefertigkeiten dadurch trainiert werden, dass mögliche Konsequenzen von Handlungen eingeschätzt werden sollen, um verschiedene Handlungsalternativen zu generieren.
3. „Social perspective taking“: Trainings zur sozialen Perspektivenübernahme, in denen soziale Interaktionen aus Sicht der anderen Interaktionspartner wahrgenommen und bewertet werden und somit Empathiefähigkeit gesteigert wird.
4. „Self-controll trainings“: Selbstkontrolltrainings, in denen Kinder lernen sollen, durch kognitive Steuerung ihr eigenes Verhalten zu kontrollieren.

Neben dieser Einteilung wurde zusätzlich zwischen uni- und multimodalen Therapiekonzepten unterschieden. Beelmann et al. untersuchten nun die Effektivität von Trainingsformen in Bezug auf verschiedene Indikations- und Altersgruppen. An Indikationen unterschieden sie:

a) externalisierende Störungen
b) internalisierende Störungen
c) Risiko-Kinder im Sinne von: Vernachlässigung oder Traumatisierung
d) gesunde Kinder.

Die Erfolge der Trainings wurden anhand vier verschiedener Kriterien erhoben:

1. Sozial-kognitive Fertigkeiten (social-cognitive skills)
2. Interaktionsverhalten (social interaction skills)
3. Soziale Anpassung (social adjustment)
4. Selbstkonzept (self-related cognitions / affekts)

Es wurden mittlere Effektstärken (δ) für die verschiedenen Gruppen berechnet, die in Bezug auf die Stichprobengrößen gewichtet wurden.
Die Ergebnisse zusammengefasst zeigten, dass ca. zwei Drittel (68%) aller Kinder von den Trainings profitieren. Es ergaben sich mittlere Effektstärken von 0.47. Es erwies sich, dass alle Trainingsformen mit Ausnahme der unimodalen Perspektivübernahmetrainings signifikante Effekte erbrachten.

Die größten Veränderungen zeigten sich im Bereich der sozial-kognitiven Fertigkeiten (hohe Effektstärken) und im sozialen Interaktionsverhalten (mittlere Effektstärken). Die insgesamt größten Effekte ergaben sich in Bezug auf sozial-kognitive Fertigkeiten bei Kindern aus Risikogruppen (δ=1.12) und Kindern im Alter zwischen 3-5 und 9-11 Jahren (δ=1.12, δ=0.91). Über dieses hinaus lässt sich feststellen, dass unimodale Verfahren lediglich Effekte auf die direkten Zielvariablen (sozial-kognitive Fertigkeiten und Interaktionsverhalten) ausüben, wogegen multimodale Verfahren zu weitreichenderen Veränderungen führen. Verbesserungen des Selbstkonzepts der Kinder ließen sich lediglich durch multimodale Selbstkontrolltrainings (δ=0.26) erreichen. Langzeiteffekte wurden lediglich in 20 von 70 Studien mit erfasst. Langfristig signifikante Effekte ließen sich nur in Bezug auf sozial-kognitive Fertigkeiten nachweisen, wobei auch hier die mittlere Effektstärke gering ausfällt (δ=0.26).

DuPaul und Eckert untersuchten (1997) in einer Metaanalyse 63 Studien, in denen Effekte schulischer Interventionen (Kontingenzmanagement, kognitiv-behaviorale Interventionen oder Veränderungen im Lehrverhalten) bei Kindern mit ADHS ermittelt wurden. In Between-Subject Design Studien (Wartekontrollgruppe Design) zeigten sich in Bezug auf Verbesserung des Verhaltens (mehr prosoziale und weniger regelwidrige Verhaltensweisen) Effektstärken von δ=0.45. In Within-Subject Design Studien (Vorher-Nachher Design) zeigten sich in Bezug auf verbessertes Verhalten der Kinder Effektstärken von δ=0.65. Hierbei erwiesen sich Interventionen mit Kontingenzmanagement mit Effekstärken von δ=0.95 als deutlich wirkungsvoller als Interventionen mit Veränderung im Lehrverhalten (Effektstärken von δ=0.69). Die höchsten Effektstärken (δ=1.16) in Bezug auf Verhaltensverbesserungen ließen sich in Einzelfallstudien zeigen.

Diverse Studien konnten die Effektivität sozialer Kompetenztrainings bei externalisierenden Störungen zeigen (Bienert & Schneider, 1995; Blonk, Prins & Sergeant, 1996; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Auch bei sozial-phobischen Störungen konnte die Wirksamkeit nachgewiesen werden (Beidel, Turner & Morris, 2000; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000).

Den Forschungsstand zusammenfassend lässt sich somit auch hier eine heterogene Forschungslage feststellen. Dass Therapieansätze zur Stärkung sozialer Fertigkeiten positive Effekte aufweisen, kann als bestätigt angesehen werden, allerdings variiert das Ausmaß der Effekte je nach Therapieprogramm und Studie zum Teil beträchtlich. Die mittleren Effektstärken über alle Studien hinweg liegen lediglich im mittleren Bereich, was möglicherweise dadurch erklärt werden kann, dass nicht alle Therapieprogramme speziell auf die Bedürfnisse der Indikationsgruppen abgestimmt sind beziehungsweise oft gar keine spezifischen Indikationsgruppen beschrieben werden.

3.4 Entstehung

Bei Betrachtung des Forschungsstandes verwundert es nicht, dass die Suche nach „der einen“ Theorie zum Erwerb sozialer Fertigkeiten nicht von Erfolg gekrönt ist. Die Forschung zusammenfassend betont Kanning (2002), dass zwar Bemühungen unternommen werden, extreme Formen sozialer Inkompetenz, wie z. B. die der Aggression, zu erklären, sich viele Autoren jedoch auf die Differenzierung unterschiedlicher Kompetenzen beschränken und auf ein Entstehungsmodell vollends verzichten.
Daraus folgend besteht bislang keine allgemein akzeptierte oder gar empirisch abgesicherte Theorie der Genese sozialer Kompetenzen. Dennoch gibt es Ansätze, die unterschiedlich ausführlich empirisch überprüft sind und mehr oder weniger komplex verschiedene Teilaspekte zur Genese sozialer Fertigkeiten theoretisch beschreiben. Viele dieser theoretischen Modelle entstammen kognitions-, emotions-, lern- oder entwicklungspsychologischen Ansätzen. Hierzu können beispielsweise das Modell der elaborierten Genese von Kanning (2002), das Konzept der affektiven sozialen Kompetenz von Denham et al. (2001), Regelkreismodelle, wie beispielsweise von Hinsch und Pfingsten (2007), oder die sozial-kognitive Lerntheorie von Bandura (1986) gezählt werden.

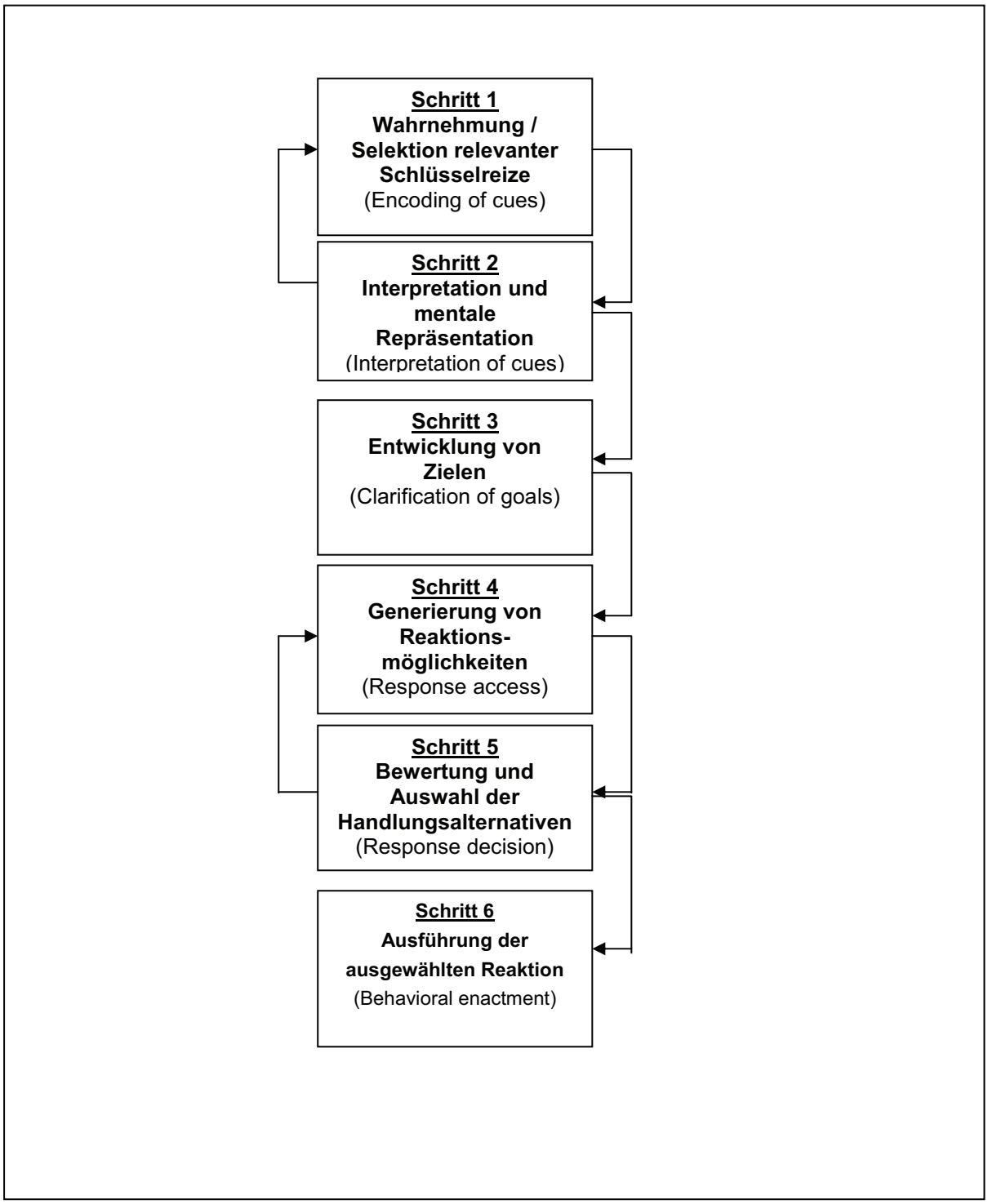
Als Grundlage dieser Arbeit und Entwicklung des Trainings TEAM wird im Folgenden die Theorie der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung von Dodge (1986, 1993), vgl. auch Crick und Dodge (1994), genauer dargestellt. Die Auswahl geschah aus folgenden Gründen: In der differenzierten Darstellung sozial- kognitiver Prozesse wird eine zentrale Rolle unterschiedlicher Aufmerksamkeitsprozesse deutlich, sodass sich diverse Annahmen zur Erklärung typischer Defizite von Kindern mit AD(H)S ableiten lassen. Darüber hinaus regte die Theorie eine Fülle empirischer Untersuchungen an, ist somit gut erforscht und erfreut sich internationaler Akzeptanz. Sie bildet sowohl die Basis für das in Kapitel 4 dargestellte Modell der pathologischen Genese sozialer Verhaltensweisen bei Kindern mit ADHS als auch für die konkreten Interventionen, die im Rahmen der Entwicklung des Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S „TEAM“ ausgewählt wurden bzw. entstanden sind.

3.4.1 Theorie der sozial–kognitiven Informationsverarbeitung (Dodge)

In der Theorie der sozial–kognitiven Informationsverarbeitung werden in einem Stufenmodell Prozesse beschrieben, die auf kognitiver Ebene zwischen dem ersten Schritt der Wahrnehmung einer sozialen Situation und dem konkreten Verhalten der Person vonstatten gehen. Dabei wurde zunächst fünf und in der revidierten Version (Crick & Dodge, 1994) von sechs aufeinander folgenden Verarbeitungsschritten ausgegangen, die größtenteils unbewusst, mit sehr hoher Geschwindigkeit, durchlaufen werden. Während Crick und Dodge (1994) in ihrer Neuformulierung des Modells nach wie vor davon ausgehen, dass die einzelnen Verarbeitungsschritte nacheinander, also zeitlich linear, durchlaufen werden, betonen sie die Nichtlinearität des Modells in Bezug darauf, dass viele unterschiedliche Prozesse simultan vonstatten gehen und somit zeitgleich verschiedene Verarbeitungsschritte durchlaufen werden. Mit dieser Erweiterung wird der Komplexität der Realität Rechnung getragen und Herausforderungen, die eine soziale Situation mit sich bringen, werden deutlicher. Während gleichzeitig neue Reize wahrgenommen werden, müssen beispielsweise für vorherige Reize Reaktionsmöglichkeiten generiert und auf noch frühere Reize Reaktionen gezeigt werden. Auch wenn davon ausgegangen wird, dass die Prozesse hoch automatisiert ablaufen und dem Bewusstsein in der Regel nicht zugänglich und somit auch schwer zu erfassen sind, bietet Dodge hiermit ein Modell, von dem sich auf unterschiedlichen Stufen der Verarbeitung viele Ansatzpunkte zur Erklärung pathologischer Entwicklungsprozesse bei Kindern mit ADHS ableiten lassen.

Die folgende Abbildung soll einen ersten Überblick über die Verarbeitungsschritte geben, bevor auf diese detaillierter eingegangen wird. Nach der Beschreibung der kognitiven Herausforderungen eines jeden Schrittes werden mögliche pathologische Entwicklungen und deren empirische Belege dargestellt.

Abbildung 4: Theorie der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (vgl. Dodge, 1994)



Schritt 1: Wahrnehmung und Selektion relevanter Schlüsselreize

Konfrontiert mit einer überwältigenden Menge an Informationen stellt jede soziale Situation zunächst Herausforderungen an die Wahrnehmung. Aus der Vielzahl visueller oder akustischer Eindrücke, ausgesprochener oder unausgesprochener Wünsche der Interaktionspartner, aber auch eigener Ziele, Wünsche und Empfindungen gilt es, „Wesentliches von Unwesentlichem“ zu trennen. Prozesse der Aufmerksamkeitsfokussierung sind nun dafür verantwortlich, all diejenigen externen oder internen Schlüsselreize herauszufiltern, die für das adäquate Verständnis der Ausgangssituation notwendig sind. Die selektierten Informationen werden dann mit Hilfe von Rehearsal- und Mnemotechniken kurzfristig gespeichert (Dodge, 1986).

Störungen der Verarbeitung in der ersten Phase können quantitativer oder auch qualitativer Natur sein, wobei beide Formen fehlerhafter Verarbeitung mit Defiziten in der selektiven Aufmerksamkeit oder Daueraufmerksamkeit in Verbindung stehen.

a) Quantitative Störungen der Verarbeitung zeichnen sich dadurch aus, dass die Menge an Informationen, die wahrgenommen wird, unzulänglich ist. Dodge und Newman (1981) konnten beispielsweise zeigen, dass chronisch aggressive Kinder weniger relevante Reize oder Informationen in ihre Handlungsplanung mit einbezogen und somit schneller reagierten als nicht-aggressive Kinder.

b) Qualitative Störungen der Wahrnehmung und Selektion zeichnen sich dadurch aus, dass die Aufmerksamkeit nur auf einen Teil der relevanten Reize fokussiert ist. So werden feindliche Signale beispielsweise stärker wahrgenommen als freundlich zugewandte Signale. Gouze (1987) stellte fest, dass aggressive Kinder ihre Aufmerksamkeit stärker auf feindliche Reize fokussieren und diese nur sehr schwer auf positive Reize verschieben können.

Schritt 2: Interpretation und mentale Repräsentation der relevanten Reize

Fast zeitgleich zur Wahrnehmung wird den Reizen und Informationen eine Bedeutung beigemessen. Es wird nach Gründen, Ursachen und Motiven der Interaktionspartner gesucht. In diesem Prozess der Interpretation werden die selektierten Reize mit bereits vorhandenen Wissensstrukturen verglichen. Dieser Prozess wird sowohl durch frühere Erfahrungen beeinflusst als auch durch angeborene Faktoren, wie es oft beim Erkennen von Hinweisen auf Gefahr der Fall ist. Abhängig von der Interpretation der Ausgangssituation wird gleichzeitig die Wahrnehmung und Selektion der relevanten Informationen und Reize gesteuert, sodass von einer engen Wechselwirkung zwischen Schritt 1 und 2 ausgegangen werden kann. In dem Modell symbolisiert Dodge die Beeinflussung der selektiven Wahrnehmung durch vorhandene Wissens- und Erfahrungsstrukturen mittels einer Feedbackschleife vom zweiten zum ersten Schritt.

Störungen in der Verarbeitung, die zu pathologischen Interpretationen führen, können laut Dodge (1986) zum einen in Fertigkeitsdefiziten und zum anderen in systematischen kognitiven Verzerrungen liegen.

a) Die unter Fertigkeitsdefiziten subsummierten Ursachen für das Zustandekommen von ungünstigen Interpretationen hängen mit ebenfalls fehlender oder fehlerhafter Aufmerksamkeitsfokussierung zusammen und damit verbunden mit einer verzerrten Wahrnehmung. Dodge nennt folgende Aspekte:

1. Situationen werden missinterpretiert, da die Selektion relevanter Informationen einseitig und somit unvollständig war. Wird die Aufmerksamkeit, wie bereits beschrieben, beispielsweise nur auf negative Informationen gelenkt, so werden auch nur negative Reize wahrgenommen und dementsprechend einseitig interpretiert.
2. Situationen werden missinterpretiert, weil relevante Informationen gar nicht erst in den Prozess der Interpretation einfließen. Ein impulsiver Verarbeitungsstil kann beispielsweise dazu führen, dass spezifische Charakteristika einer neuen Ausgangssituation gar nicht oder nur unzureichend wahrgenommen werden. Interpretationen basieren dann lediglich auf Rückschlüssen aus vergleichbaren Situationen der Vergangenheit.
3. Als weitere aufmerksamkeitsbezogene Ursache für Missinterpretation nennt Dodge (1993) Defizite in der sozialen Perspektivenübernahme (Identifikation von Gedanken und Beurteilungen Anderer) und emotionaler Perspektivenübernahme (Identifikation von Emotionen Anderer). Goldmann, Corsini und DeUrioste stellen (1980) beispielsweise fest, dass unbeliebte Kinder die Emotionen Anderer weniger gut beschreiben können als beliebte Kinder.

b) Systematische kognitive Verzerrungen sind darüber hinaus ebenfalls wichtige Aspekte für das Zustandekommen ungünstiger Interpretationen. Vorhandene Wissens- und Persönlichkeitsstrukturen nehmen systematischen Einfluss auf die Bewertung der Ausgangssituation. Hierzu zählen fehlerhafte Anwendung kognitiver Schemata, fehlerhafte Attributionen für Ursachen, unzutreffende Annahmen über Absichten beteiligter Personen, Bewertungen eigener Verhaltensweisen, Selbstwirksamkeitserwartungen und Erwartungen bezüglich zukünftiger Ereignisse.

1. Zu der Nutzung von Schemata konnten Dodge und Tomlin (1987) zeigen, dass aggressive Kinder im Vergleich zu nicht aggressiven Altersgenossen zur Interpretation einer Situation mehr Informationen aus vorhandenen Wissensstrukturen (Schemata) nutzen und die Beurteilung weniger auf Informationen basiert, die die aktuelle Situation mit sich bringt.
2. Strassberg und Dodge (1987) konnten zeigen, dass auch die Art der Schemata, die verwendet werden, systematisch verschieden sein kann. So zeigten sie, dass aggressive Kinder mehr auf aggressive Schemata zurückgreifen als nicht aggressive Kinder.

3. In Bezug auf die Kausalattributionen konnten Ames, Ames und Garrison (1977) zeigen, dass Kinder, die schlecht integriert sind (niedriger Peerstatus), die Ursachen für positive Interaktionen nicht in sich selber, sondern in externen, nicht kontrollierbaren Quellen sehen. Ursachen für negative Interaktionen werden dahingegen internal attribuiert. In der Folge kann sich keine positive Selbstwirksamkeitserwartung entwickeln, und die Kinder können weder aus den Situationen profitieren noch kommt es zu Selbstwertsteigerungen.
4. Mehrfach konnte gezeigt werden, dass neben der Kausalattribution auch die Annahmen bezüglich der Absichten des Gegenübers erheblichen Einfluss auf die Interpretation der Ausgangssituation nehmen. Viele der sozial abgelehnten Kinder gehen von feindlichen Absichten ihres Gegenübers aus. Milich und Dodge (1984) konnten in einer klinischen Stichprobe zeigen, dass hyperaktive aggressive Kinder ihren Interaktionspartnern häufig feindliche Absichten unterstellten. Dodge und Newman (1981) konnten zeigen, dass Kinder dann mehr feindliche Absichten zuschrieben, wenn sie mit einem hohen Maß an Impulsivität reagierten.

Weiteren Einfluss auf die Interpretation einer Situation (Crick & Dodge, 1994) hat die Bewertung vorangegangener sozialer Interaktionen (evaluation of past perfomance) und die Einschätzung, ob die Ziele, die in der Situation verfolgt werden sollen, realistischerweise erreicht werden können (evaluation of goal attainment). Diese Einschätzungen haben wiederum Einfluss auf die Bewertung der eigenen Person (self-evaluation) und die Bewertung anderer Personen (evaluation of others). Werden eigene Wünsche und Ziele in sozialen Situationen nicht erreicht oder erfüllt, so sinkt die Selbstwirksamkeitserwartung, und die Kinder erleben sich als sozial inkompetent. Die Kinder sind solchen Misserfolgen gegenüber unterschiedlich robust, das heißt, die Häufigkeit, mit der Misserfolge auftreten müssen, damit sie dauerhaften Einfluss auf das Selbstbild der Kinder haben, differiert. Früher oder später bilden sich in Folge der frustrierenden Interaktionen jedoch negative kognitive Schemata, die im Gedächtnis als latente Strukturen gespeichert sind.

Schritt 3: Entwicklung von Zielen

Sobald die Ausgangssituation erfasst ist, entwickeln Kinder Ziele oder Wünsche in Bezug auf den Fortgang der Situation. Diesen Schritt der Verarbeitung führten Crick und Dodge erstmals (1994) in ihrer revidierten Darstellung des Modells ein. Es konnte gezeigt werden, dass die Art und Qualität der Ziele Einfluss auf die soziale Akzeptanz der Kinder nimmt. Ziele, die für die Gemeinschaft förderlich sind, korrelieren positiv mit sozialer Akzeptanz.

Störungen in der Verarbeitung können dazu führen, dass keine Ziele generiert werden, die zu sozial kompetentem Verhalten führen. Nach Dodge kann es dazu kommen, dass entweder gar keine Zieldefinition stattfindet oder aber unangemessene Ziele formuliert werden.

a) Ein stark impulsiver Verarbeitungsstil und mangelnde verhaltensinhibitorische Prozesse können dazu führen, dass der Prozess der Zielfindung vollständig übersprungen und ersten Handlungsimpulsen direkt gefolgt wird.

b) Findet die Zielfindung statt, so kann die Art der ausgewählten Ziele ungünstig sein. In einer Studie (Crick & Dodge, 1989) wurden Ziele zurückgezogener, aggressiver und pro-sozialer Kinder verglichen, die diese in Bezug auf verschiedene Ausgangssituationen nannten. Zurückgezogene und aggressive Kinder nannten deutlich seltener gemeinschaftsstiftende Ziele als die pro-sozialen Kinder. Crick und Dodge zeigten in einer Studie (1992), dass sozial abgelehnte Kinder mit impulsiv-vergeltendem Aggressionsverhalten hohes Verlangen nach sozialer Akzeptanz zeigen und mit dem Ziel, diese zu erlangen, in feindliche Interaktion mit Anderen treten. Alternativ zu feindlichen Zielen wählen andere Kinder, die ebenfalls sozial schlecht integriert sind, bei gefürchteter oder erlebter Ablehnung oft Ziele, die mit Rückzugsverhalten einhergehen. Sie umgehen somit erneute Verletzungen, verhindern jedoch auch das Erleben positiver Erfahrungen. Negative Schemata können somit nicht oder nur unzureichend revidiert werden.

Schritt 4: Generierung von Reaktionsmöglichkeiten

Im nächsten Schritt wird das Repertoire an möglichen Reaktionen oder Handlungen aktiviert. Durch mentale Repräsentationen wahrgenommener Reize werden sowohl Verhaltensimpulse als auch affektive Reaktionen ausgelöst. Diese „Antwort- oder Reaktionsmuster“ erfolgen nicht willkürlich, sondern werden gesteuert durch kognitive Repräsentationen vorangegangener Erfahrungen und unterliegen somit bestimmten Regeln. Reaktionsmuster können Verbalisationen, motorische Aktivitäten, endokrine Ausscheidungen oder Affektausdrücke beinhalten. Quantität und Qualität des Repertoires möglicher Reaktionen sind abhängig von vorangegangenen Erfahrungen und können somit von Kind zu Kind stark variieren.

Bei **Störungen in der Informationsverarbeitung** des vierten Schrittes können drei verschiedene Ursachen zum Tragen kommen. Sie können zum einen Folge vorangegangener fehlerhafter Informationsverarbeitung sein und zum anderen die Folge von quantitativ oder qualitativ fehlerhafter Auswahl der Reaktionsmöglichkeiten.

a) Fehler oder Unzulänglichkeiten in vorherigen Verarbeitungsschritten können sich dadurch auswirken, dass es beispielsweise aufgrund mangelnder selektiver Aufmerksamkeit nicht gelang, alle relevanten Informationen zu erfassen. So konnte in der Folge auch keine angemessene mentale Repräsentation der Situation entstehen. Möglicherweise wurden nur feindliche Informationen gespeichert, sodass nun lediglich Handlungsstrategien zur Verteidigung generiert werden.

b) Treten Fehler in der Suche nach Reaktionsmöglichkeiten auf, so können diese quantitativer Natur sein. In diesem Fall werden nur wenig Handlungsalternativen aktiviert. Eine mögliche Ursache hierfür kann sein, dass tatsächlich wenig Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, oft ist es allerdings so, dass zwar viele vorhanden, wenige jedoch kognitiv zugänglich sind. Ergebnisse von Pettit, Dodge und Brown (1988) legen nahe, dass sozial schlecht integrierte Kinder weniger Handlungsalternativen generieren als gut integrierte Kinder.

Mit zunehmendem Alter wächst zwar die Menge der Handlungsalternativen, allerdings unterscheidet sich von Kind zu Kind die Qualität der Reaktionen in zunehmendem Maße. Dodge (1993) weist darauf hin, dass aggressive Jugendliche zwar viele Handlungsalternativen aufweisen, diese jedoch meistens negativ sind. Sozial kompetente Handlungsalternativen stehen ihnen, wenn überhaupt, nur im geringen Ausmaß zur Verfügung. Depressive Kinder dahingegen tendieren dazu, Handlungsalternativen zu generieren, bei denen sie auf Hilfe Anderer angewiesen sind. Crick und Dodge fassen die Forschungslage 1994 so zusammen, dass sozial schlecht angepasste Kinder unterstützt werden müssen, sich an angemessene Verhaltensweisen zu erinnern, neue zu entwickeln und ihr Repertoire an Verhaltensweisen zu erweitern.

Schritt 5: Bewertung und Auswahl der Handlungsalternativen

Bevor es zur Ausführung eines bestimmten Verhaltens kommt, wird die Vielzahl möglicher Reaktionsmuster im nächsten Schritt bewertet. Hierfür müssen zum einen die möglichen Konsequenzen der Handlung richtig eingeschätzt werden und zum anderen die Wahrscheinlichkeit, mit der die Handlung auch den gewünschten Erfolg mit sich bringt.
Es wird davon ausgegangen, dass diejenigen Handlungsalternativen ausgewählt werden, die nach moralischen Kriterien als positiv bewertet werden und deren erwartete Folgen erwünscht sind. Zudem orientiert sich die Auswahl daran, ob das Kind davon überzeugt ist, dass es die nötigen Fertigkeiten besitzt, um die Handlung erfolgreich auszuüben. Hierbei wird anlehnend an Bandura (1994) die Wichtigkeit der Selbstwirksamkeitserwartung betont.
Anzumerken ist an dieser Stelle, dass nicht alle Reaktionen der Evaluation unterliegen. Endokrine Ausscheidungen, Veränderung der Herzrate oder affektive Äußerungen werden spontan gezeigt und unterliegen der inhibitorischen Kontrolle durch Bewertung somit nicht.

Störungen der Informationsverarbeitung, die zu ungünstiger Handlungsauswahl führen, können Folge dreier verschiedener Ursachen sein: Der Schritt der Evaluation wird vollständig ausgelassen, die Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich angemessener Verhaltensweisen ist gering, sodass diese nicht ausgewählt werden, oder die Folgen unangemessener Verhaltensweisen werden als positiv bewertet.

a) Fehlt Kindern die Fähigkeit zur Impulskontrolle, so können verhaltenshemmende Bewertungsprozesse nicht in Gang gesetzt werden, der Schritt der Evaluation wird übersprungen, und das Kind folgt seinem ersten Handlungsimpuls. Häufig führt dies zu unangemessenen Verhaltensweisen. Whalen, Henker, Collins, McAuliffe und Vaux (1979) sehen in dem Ausbleiben der Evaluation die Gründe für impulsives Verhalten hyperaktiver Kinder.

Ein Mangel an Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf angemessene Verhaltensweisen führt ebenfalls dazu, dass sozial kompetente Verhaltensweisen nicht ausgewählt und in der Folge auch nicht ausgeführt werden. Sozial kompetentes Verhalten kann somit nicht etabliert werden. Wheeler und Ladd (1982) bestätigen durch ihre Studie die Hypothese, dass Kinder, die sozial nicht akzeptiert sind, weniger positive Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf angemessenes Verhalten zeigen als sozial akzeptierte Kinder.

c) Als letzte Ursache für ungünstige Handlungsauswahl sind ungünstige Bewertungsmuster zu nennen. Diverse Studien zeigen, dass beispielsweise aggressive Kinder Aggressionen als weniger moralisch „schlecht“ einschätzen oder diese als freundlicher einstufen als nicht aggressive Kinder (Crick & Ladd, 1991).

Schritt 6: Ausführung der ausgewählten Reaktion

Nach der Auswahl der am besten bewerteten Handlungsalternative kommt es im letzten Schritt zur Ausführung der ausgewählten Reaktionen. Hierunter können motorische oder verbale Reaktionen fallen, aber auch unbewusste Reaktionen, wie beispielsweise endokrine Ausscheidungen. Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung des letzten Schrittes sind nun die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die im Laufe der Entwicklung durch Beobachtung, Wiederholung und Übung erworben wurden.

3.4.2 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Dodge (1986) und Crick und Dodge (1993) mit ihrer Theorie zur sozial kognitiven Informationsverarbeitung ein Modell geschaffen haben, das die Komplexität beteiligter Prozesse für den Erwerb sozialer Fertigkeiten gut abbildet. Der ursprünglichen Kritik, das Stufenmodell würde eine Linearität der Abläufe suggerieren, wurde von Crick und Dodge (1994) insofern begegnet, dass die Autoren die zeitliche Linearität aufrechterhalten, das heißt, die einzelnen Schritte werden zwar nacheinander durchlaufen, allerdings können viele Prozesse zeitgleich vonstatten gehen. Ergänzt werden sollten die Prozesse nach Lemerise und Arsenio (2000) noch durch den Einfluss emotionaler Prozesse, die für den Erwerb sozialer Kompetenzen über die kognitiven Einflüsse hinaus relevant erscheinen. Durch diese neueren Hinweise wird deutlich, dass die real vonstatten gehenden Prozesse noch weit komplexer sind, als je ein Modell es abzubilden vermag.

Während das Modell bereits als Grundlage zur Erklärung für aggressives und depressives Verhalten herangezogen wurde, konnten keine Publikationen gefunden werden, in denen das Modell zur Erklärung sozialer Defizite von Menschen mit Aufmerksamkeitsstörungen zu Rate gezogen ist. Dies ist umso erstaunlicher, wenn man den von Dodge (1986) und Crick und Dodge (1994) erwähnten Einfluss von Aufmerksamkeit auf die Informationsverarbeitung in den einzelnen Stufen betrachtet. Eine Studie von Matthys, Cuperus und van Engeland (1999) zeigt, dass Kinder mit AD(H)S weniger Schlüsselreize enkodieren und weniger Antworten generieren.

Je deutlicher die Komplexität zutage tritt, um so verständlicher wird es auch, wie hoch die Herausforderungen sind, die soziale Situationen an Menschen mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen stellen. Fähigkeiten zur selektiven Aufmerksamkeit sind Voraussetzung zur differenzierten Wahrnehmung der Ausgangssituation und somit auch verantwortlich für das erfolgreiche Durchlaufen der nachfolgenden Verarbeitungsschritte. Darüber hinaus ist die Fähigkeit zur Impulskontrolle dafür verantwortlich, dass erste Verhaltensimpulse gehemmt werden und somit die wichtigen Stufen der Zieldefinition, Generierung und Bewertung von Handlungsalternativen überhaupt durchlaufen werden können.

Aus der Theorie lassen sich Ansätze ableiten, warum es bei Kindern mit AD(H)S zu defizitären sozialen Fertigkeiten kommt. Es lassen sich allerdings keine Aussagen darüber treffen, welche spezifischen Defizite dafür verantwortlich sind, dass die Aufmerksamkeit nicht angemessen fokussiert oder Handlungsimpulse gehemmt werden können.

4 Soziale Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S

Obwohl die Relevanz von Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung im letzten Jahrzehnt zunehmend deutlich geworden ist und auch die Wichtigkeit sozialer Kompetenzen für eine gesunde Entwicklung unumstritten bleibt, existieren bis dato nur erstaunlich wenig Forschungsbemühungen, die soziale und interpersonelle Aspekte von AD(H)S untersuchen (Johnston & Mash, 2001; Nijmeijer, Minderaa, Buitelaar, Mulligan, Hartman & Hoekstra, 2008). Der von den betroffenen Familien beschriebene und in der psychotherapeutischen Arbeit häufig beobachtete Zusammenhang zwischen AD(H)S und sozialen Problemen wird auch in der Literatur häufig benannt (De Boo & Prins, 2007; Hoza, 2007). Trotz der Einigkeit darüber, dass Defizite in sozialen Funktionen bei Kindern mit AD(H)S extrem häufig auftreten und diesen Kindern somit ein wichtiger Schutzfaktor gegen Entstehung sekundärer psychischer Erkrankungen oder Krisen fehlt, wurden bislang erstaunlicher- und bedauerlicherweise nur wenig Bemühungen unternommen, die speziellen Ursachen für die sozialen Defizite der Kinder mit AD(H)S umfassend zu untersuchen. Ein theoretisch fundiertes Modell, das diese Defizite zu erklären vermag, wurde bislang noch nicht entwickelt, sodass auch keine Basis existiert, aus der sich Ableitungen für etwaige Therapien ziehen lassen könnten.

Im Folgenden soll zunächst ein grober Überblick über die bereits existierenden Forschungsbemühungen zum Zusammenhang zwischen AD(H)S und sozialen Fertigkeiten, Ursachen bestehender Defizite und Therapiestudien gegeben werden. Im nächsten Schritt wird dann auf Basis der bereits dargestellten Theorien zu sozial kognitiver Informationsverarbeitung (Kapitel 3) und der Theorie zur Verhaltensinhibition (Kapitel 2) ein Modell zur Erklärung pathologischer Entwicklung sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S abgeleitet.

4.1 Forschungsstand zu sozialen Fertigkeiten und AD(H)S

4.1.1 Zusammenhang zwischen sozialen Fertigkeiten und AD(H)S

Um zu zeigen, dass mit der Diagnose AD(H)S oft auch massive Probleme im Sozialverhalten und der sozialen Integration einhergehen, wurden einige empirische Studien durchgeführt.

Normand, Schneider und Robaey (2007) zeigen auf, dass Kinder mit AD(H)S nicht nur häufig von ihren Mitschülern abgelehnt werden, sondern auch deutlich seltener enge Freundschaften eingehen und aufrecht erhalten können. Hoza et al. (2005) stellten in einer Reanalyse der Daten der MTA-Studie (MTA Cooperative Group, 1999) fest, dass ca. 52% der Kinder mit AD(H)S soziale Ablehnung erfahren und nur 1% der Kinder einen hohen sozialen Status besitzt. Werden bei dieser Analyse die Kinder nicht berücksichtigt, die in keine der Gruppierungen passen, so werden sogar 80% der Kinder sozial abgelehnt. Ähnliche Ergebnisse zeigen Guevremont und Dumas (1994). Ihnen zufolge erleben sich ca. 50% der Kinder mit AD(H)S von anderen Kindern abgelehnt oder zeigen Schwierigkeiten in Beziehungen zu Gleichaltrigen, was jedoch alleine nicht als Indiz für defizitäre soziale Kompetenzen gewertet werden kann. Nach Pelham und Bender (1982) werden sogar vier Fünftel der „hyperaktiven“ Kinder von ihren Mitschülern als unbeliebt bezeichnet.

Carlson, Lahey, Frame, Walker und Hynd (1987) konnten zeigen, dass selbst Kinder mit AD(H)S, die keine komorbiden Störungen (wie dissoziales Verhalten) aufweisen, dennoch weniger beliebt sind und stärker abgelehnt werden als Kinder ohne AD(H)S. Ähnliches wird auch in einer sehr aktuellen Studie bestätigt (Ohan & Johston, 2007), in der deutlich wird, dass Mädchen mit AD(H)S unabhängig davon, ob sie oppositionelle komorbide Störungen aufweisen, im Vergleich zu Mädchen der Kontrollgruppe häufiger „sozial schädliche“ Verhaltensweisen zeigen, wobei die Mädchen mit komorbiden oppositionellen Verhaltensstörungen die stärksten Abweichungen in aggressivem Verhalten und die geringsten Werte in oppositionellem Verhalten aufweisen.

King und Young (1982) zeigten, dass Kinder mit AD(H)S generell unabhängig von den Subtypen aus Sicht der Lehrer bei ihren Mitschülern einen negativeren Status haben als Kinder ohne AD(H)S. Auch Wheeler Maedgen und Carlson (2000) gehen davon aus, dass soziale Defizite bei allen Subtypen von AD(H)S auftreten, diese jedoch je nach Subtyp unterschiedliche Aspekte betreffen. Sie konnten zeigen, dass Kinder mit kombiniertem Subtyp (ADHD-C) mehr aggressives Verhalten aufweisen und sich ihre emotionale Dysregulation durch starke Intensität der Emotionen auszeichnet, während Kinder mit dem unaufmerksamen Subtyp (ADHD-I) passives Verhalten in sozialen Situationen zeigen und in Selbstbeurteilungsfragebögen wenig soziales Wissen angeben. Mikami, Huang-Pollock, Pfiffner, McBurnett und Hangai (2007) haben die Antworten von 116 Kindern in einer „Chatroom Aufgabe“ verglichen und konnten zeigen, dass Kinder mit

ADHD generell mehr Antworten gaben, die nicht zum Thema passten als Kinder ohne ADHD. Kinder mit ADHD-I gaben weniger Antworten, was die Autoren auf geringere Arbeitsgeschwindigkeit zurückführten, und zeigten geringere Merkfähigkeit. Kinder mit ADHD-C gaben mehr „feindliche“ Antworten. Aktuelle Forschungsergebnisse im Bereich des Vorschulalters stehen zu diesen Ergebnissen im Widerspruch. Riley, Dupaul, Pipan, Kern, Brakle und Blum (2008) konnten keine Unterschiede im Funktionsniveau von Kindern mit ADHD-C und ADHD-HI in den Bereichen soziale Fertigkeiten, externalisierende Störungen, internalisierende Störungen oder vorschulische Fähigkeiten feststellen.

Diese Ergebnisse zusammengefasst lässt sich festhalten, dass es durchaus Hinweise gibt, die darauf schließen lassen, dass sich Kinder mit unterschiedlichen Subtypen von AD(H)S in den Mustern ihres Sozialverhaltens unterscheiden. Hier besteht jedoch weiterer Forschungsbedarf.

In einigen Studien (Diamantopoulou, Rydell, Thorell & Bohlin, 2007; Wåhlstedt, Thorell & Bohlin, 2008) konnte gezeigt werden, dass Symptome von AD(H)S Prädiktoren für spätere psychosoziale Probleme darstellen. Hier wurde ebenfalls gezeigt, dass auch Defizite in exekutiven Funktionen Einfluss auf psychosoziale Faktoren nehmen. Haupteffekte von Defiziten in exekutiven Funktionen konnten bislang allerdings nur in Bezug auf schulische, aber nicht auf soziale Funktionen nachgewiesen werden.

Mrug et al. (2008) beschreiben die sozialen Defizite von Kindern mit AD(H)S als äußerst besorgniserregende Schlüsseldefizite. Das Ziel ihrer Studie war es, Cut-off Werte für unterschiedliche soziale Indikatoren festzulegen, anhand derer zwischen Kindern mit und ohne AD(H)S differenziert werden soll.

Die Brisanz der Folgen defizitärer sozialer Fertigkeiten wurde bereits in Kapitel 3 dargestellt. Den Kindern fehlt nicht nur ein wichtiger Schutzfaktor in psychosozialen Krisen, sondern die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen wird begünstigt und das Risiko, in Kriminalität zu geraten und von der Schule ausgeschlossen zu werden, ist nachweislich höher. Greene, Biederman, Faraone, Sienna und Garcia-Jetton (1997) konnten zeigen, dass Kinder mit AD(H)S, die zusätzlich an sozialen Defiziten leiden, nach vier Jahren ein höheres Risiko aufweisen, Angststörungen, Depressionen oder Verhaltensstörungen zu entwickeln. Eine erhöhte Gefahr, drogenabhängig zu werden ließ sich ebenfalls empirisch nachweisen (Greene et al., 1999).

In der Literatur werden Defizite im psychosozialen Bereich nicht nur als Folge von AD(H)S dargestellt, sondern auch der umgekehrte Zusammenhang wird beschrieben. Nach Panksepp (2007) wird die Reifung von Frontalhirnstrukturen durch soziales Spiel besonders im Vorschulalter deutlich gefördert. Er stellt daher die noch empirisch zu

überprüfende Hypothese auf, dass durch vermehrtes soziales Spiel die Inhibitionsfähigkeit gefördert und AD(H)S-Symptome reduziert werden können.
Werden die Studien zusammenfassend betrachtet, lässt sich die These, dass Defizite in sozialen Fertigkeiten oft mit AD(H)S einhergehen, auch empirisch bestätigen. Dennoch bleibt die Frage, warum Kinder mit AD(H)S besonders in diesem Bereich Schwierigkeiten aufweisen. Auch der Frage nach den Ursachen gehen einige Wissenschaftler nach.

4.1.2 Ursachen für soziale Defizite bei AD(H)S

Über die Gründe der sozialen Defizite gibt es bislang kaum theoretische Erklärungsmodelle. In einem Überblicksartikel zu Sozialen Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S stellt Hoza (2007) zusammenfassend fest, dass die den Schwierigkeiten zugrunde liegenden Mechanismen nach wie vor kaum verstanden sind.
In den wenigen Studien, die Ursachen für soziale Defizite zu identifizieren versuchen, werden in der Regel lediglich Teilaspekte untersucht. So lassen sich Verhaltensweisen von Kindern mit AD(H)S identifizieren, die in engem Zusammenhang mit sozialer Ablehnung stehen.

Eine Ursache für soziale Defizite könnte beispielsweise darin liegen, dass die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung defizitär ist, da die eigenen Leistungen oft überschätzt werden. Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina und Milich (2000) konnten diese mangelnde Fähigkeit zur Selbstevaluation feststellen. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass aggressive und antisoziale Verhaltensweisen, die bei Kindern mit AD(H)S überdurchschnittlich häufig auftreten, bei der Entwicklung sozialer Probleme eine entscheidende Rolle spielen (Hinshaw & Melnick, 1995). Nijmeijer et al. (2008) sehen die Gründe für soziale Defizite in mangelnder Fähigkeit, soziale Hinweisreize zu verstehen. Landau und Milich (1988) konnten zeigen, dass Kinder mit AD(H)S ihr Verhalten deutlich weniger an den Bedürfnissen der Umwelt orientieren als Kinder ohne AD(H)S, was vermutlich ebenfalls im Zusammenhang mit defizitären sozialen Verhaltensweisen steht. Ebenso kann nach Landau und Milich (1988) davon ausgegangen werden, dass defizitäre kommunikative Fähigkeiten für die Entstehung sozialer Probleme eine Rolle spielen oder die mangelnden Fähigkeiten, interpersonelle Konflikte zu lösen (Grenell, Glass & Katz, 1987). Beobachtungsstudien legen nahe, dass hyperaktive Kinder durch vermehrtes Sprechen und Unruhe auffallen, diese häufiger in negative Interaktionen verwickelt sind und die Mitspielenden oft herumkommandieren (Pelham & Bender, 1982). Auch hierin können Ursachen für soziale Defizite liegen. Sandler, Hooper, Watson, Coleman, Footo und Levine (1993) benennen das vermehrte Sprechen von Kindern mit AD(H)S als Prädiktor für soziale Defizite. Kats-Gold, Besser und Priel (2007) betonen die Wichtigkeit von emotionaler Kompetenz für die Entstehung sozialer Kompetenzen. Unter emotionaler Kompetenz verstehen sie angemessenes Erkennen, Regulieren und Ausdrücken von Emotionen. Anhand einer Studie mit 101 Jungen können sie zeigen, dass das Erkennen von Emotionen bei Kindern der Experimentalgruppe (Jungen mit auffälligen Werten in AD(H)S-Fragebögen) deutlich schlechter ist. Defizite im Erkennen

von Emotionen in den Gesichtern von Mitmenschen konnten auch durch Studien von Sinzig, Morsch und Lehmkuhl (2008) und Yuill und Lyon (2007) bestätigt werden.

Widersprüchliche Befunde lassen sich zu der Frage finden, ob Kinder mit AD(H)S ein Wissensdefizit im Bereich sozial angepassten Verhaltens aufweisen oder, wie es Whalen und Henker (1985) vertreten, vorhandenes Wissen lediglich nicht zur Anwendung kommt (Produktionsdefizit). Ergebnisse einer Studie von Grenell, Glass und Katz (1987) deuten darauf hin, dass sowohl ein Wissens- als auch ein Produktionsdefizit vorliegt.

Nach Sichtung diverser Publikationen kann festgehalten werden, dass eine umfassende und weitläufig akzeptierte Theorie, die die Ursache sozialer Defizite bei Kindern mit AD(H)S erklärt, bislang fehlt (Hoza, 2007; Nixon, 2001). Dass die Erkenntnisse wichtiger Forschungsgebiete zu sozialer Informationsverarbeitung kaum auf den AD(H)S-Bereich angewendet wurden, beschreiben Landau und Moore (1991) als bedauernswert.

4.1.3 Therapieeffekte

Über die Effektivität therapeutischer Bemühungen in Bezug auf die Förderung sozialer Kompetenzen bei Kindern mit AD(H)S liegen wenig einheitliche Erkenntnisse vor (Nijmeijer, 2008) Die wenigen existierenden Studien ergaben zum Teil widersprüchliche Ergebnisse.

In dem Überblick zum Forschungsstand über soziale Fertigkeiten und AD(H)S betont Hoza (2007), dass eine Kombination aus Medikation und sozialem Kompetenztraining die deutlichsten Effekte auf soziale Fertigkeiten mit sich bringt. Er bezieht sich in erster Linie auf Studien, in denen die Daten der MTA-Studie reanalysiert werden. Ein etwas anderes Bild ergibt sich aus Übersichten zu psychosozialen Behandlungsformen von Antshel und Barkley (2008) und Barkley (2002). Sie kommen zu dem Schluss, dass Eltern- und Lehrertrainings die überzeugendsten empirischen Bestätigungen gefunden haben. Während die Effekte von kognitiver Verhaltenstherapie gering erscheinen, sind die Ergebnisse von Gruppentrainings uneinheitlich.

In die Metaanalyse von van der Oord et al. (2007) flossen die Ergebnisse von 25 Studien zur Effektivität verschiedener Behandlungsformen für AD(H)S auch in Bezug auf den Erwerb sozialer Fertigkeiten ein. Die Ergebnisse zeigen die größten Zuwächse an sozialen Kompetenzen durch die Kombination von medikamentöser Behandlung und psychosozialer Interventionen (δ=0.71 Beurteilung durch die Eltern, δ=1.08 Beurteilung durch die Lehrer), wobei die Therapieerfolge durch Medikation alleine nicht signifikant geringer waren (δ=0.62 Beurteilung durch die Eltern, δ=1.06 Beurteilung durch die Lehrer). Geringere aber dennoch moderate Effekte ließen sich durch reine psychosoziale Interventionen nachweisen (δ=0.54 Beurteilung durch die Eltern, δ=0.71 Beurteilung durch die Lehrer), wobei darauf hingewiesen werden muss, dass unter psychosozialen Interventionen verschiedenste Therapieformen von Einzelverhaltenstherapie über Elterntrainings bis hin zu sozialen Kompetenztrainings subsummiert wurden.

In Bezug auf die Wirkung medikamentöser Behandlung (mit Methylphenidat) auf die sozialen Fertigkeiten und den sozialen Status der Kinder konnte festgestellt werden, dass die Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistungen unter Medikation auch mit verändertem Sozialverhalten einhergeht. Flapper und Schoemaker (2008) konnten zeigen, dass die Lebensqualität von Kindern mit AD(H)S durch die Gabe von Methylphenidat verbessert wird. Sie weisen jedoch darauf hin, dass zusätzlich zu der Medikation ein multimodales Therapiekonzept eingeleitet werden sollte, um motorische, akademische und soziale Unterstützung zu bieten. Whalen, Henker, Collins, Finck und Dotemoto (1979) konnten schon sehr früh zeigen, dass bei Kindern mit AD(H)S unter Medikation weniger störendes Verhalten auftritt, die Intensität der Antworten etwas abgeschwächt ist, sie weniger unangemessene Antworten geben und sie stärker in Aufgaben involviert sind. Darüber hinaus stellten sie jedoch auch fest, dass die Kinder unter Medikation weniger positive Affekte Anderen gegenüber zeigten und sich selber mehr negative Emotionalität entgegenbrachten. Es erwies sich, dass nicht nur die negativen Verhaltensweisen, sondern leider auch die neutralen und positiven abnahmen. Auch Hinshaw, Henker, Whalen, Erhardt und Dunnington (1989) konstatierten, dass trotz einer Verringerung von aggressiven und unkooperativen Verhaltensweisen nicht von einem Zuwachs an prosozialen Verhaltensweisen ausgegangen werden kann. Whalen, Henker, Buhrmester, Hinshaw, Huber und Laski (1989) konnten feststellen, dass Kinder mit AD(H)S unter Medikation von ihren Peers häufiger als „bester Freund“ bezeichnet wurden und sie lieber in Gesellschaft mit ihnen sind, allerdings bleiben sie noch immer unter dem Beliebtheitsgrad der Kinder ohne AD(H)S.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Medikation allein zwar moderate Effekte auf soziale Faktoren ausübt, indem unangemessenes Verhalten reduziert wird. Prosoziales Verhalten wird dahingegen allein durch die Medikation nicht aufgebaut oder sogar ebenfalls reduziert.

Studien zu den Effekten rein verhaltenstherapeutischer Interventionen auf das Sozialverhalten von Kindern mit AD(H)S existieren laut Landau und Moore (1991) fast gar nicht. Eine Ausnahme bieten die Studien von Pelham und Bender (1982), die zeigen konnten, dass lediglich eine Kombination eines Tokenprogramms mit einem Verhaltenstraining, das Modelllernen beinhaltet, sich positiv auf das Sozialverhalten von Kindern mit AD(H)S auswirkt. Selbst diese Effekte seien nach Landau und Moore zwar statistisch, aber nicht klinisch relevant. Auch zu der Wirkung von kognitiv/verhaltenstherapeutischen Interventionen konnten nur wenige und wenn dann sehr alte Studien gefunden werden, die eine positive Wirkung auf das Sozialverhalten von Kindern mit AD(H)S nachweisen. Douglas, Parry, Marton und Garson (1976) konnten zeigen, dass in Folge eines Problemlösetrainings der Umgang mit Frust bei Kindern mit AD(H)S verbessert wurde. Bedauerlicherweise wurden in dieser Studie keine Angaben zum generellen Sozialverhalten erhoben, sodass Aussagen darüber nicht getroffen werden können.

Kendall und Branswell (1982) untersuchten Effekte eines kognitiv/verhaltenstherapeutischen Trainings auf Kinder mit erhöhter Impulsivität. Es konnten nur sehr moderate Effekte in Bezug auf verbesserte akademische und kognitive Fertigkeiten identifiziert werden und nur sehr kurzfristige bezüglich des Sozialverhaltens.

In Bezug auf Gruppentrainings sozialer Fertigkeiten finden sich widersprüchliche Ergebnisse. Auf der Suche nach möglichen Moderatoreffekten für den Erfolg dieser Interventionen fanden Dee Bo und Prins (2007) nach ausführlicher Literaturrecherche vier Studien, in denen positive Effekte nachgewiesen werden konnten. In der Studie von Antshel und Remer (2003) wird beispielsweise deutlich, dass ein 8-wöchiges Training sozialer Fertigkeiten eine Steigerung der Selbstbehauptungsfähigkeiten bewirkte. Nahmen die Kinder an einer diagnose-inhomogenen Gruppe teil, so schätzten die Eltern darüber hinaus die Kooperationsfähigkeiten höher ein, und die Kinder selber gaben gesteigerte Empathiefähigkeit an. Als wichtigster Wirkfaktor für soziale Kompetenztrainings wurde von Dee Bo und Prins (2007) vor dem reinen Fertigkeitentraining und der Wirkung von Elterntraining die begleitende Medikation genannt. Als Moderatoren für die Effektivität von Trainings nennen Dee Bo und Prins (2007) den Einfluss verschiedener Subtypen, Komorbiditäten, Geschlecht und Alter.

Grimm und Mackowiak (2006) konnten nachweisen, dass ein Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) als präventive intensive Kurzzeit-Intervention (7 Sitzungen) Belastungen in familiären Erziehungssituationen und erlebtem Stress in der Familie deutlich reduzieren konnte. Wurden Verhaltensübungen in die Therapie integriert, konnten positive Effekte sogar noch verstärkt werden.

Wird der Forschungsstand zusammenfassend betrachtet, so wird deutlich, dass sich insgesamt immer noch recht wenige Studien mit der Frage von Therapieeffekten auf soziale Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S beschäftigen und diese wenigen Studien sehr heterogene Ergebnisse mit sich bringen. Oft können Effekte nur in Teilbereichen sozialer Fertigkeiten nachgewiesen werden. Erklären lassen könnte sich diese Forschungslage dadurch, dass bislang, wie in Kapitel 3 beschrieben, weder einheitliche Definitionen noch Theorien existieren, die soziale Kompetenzen umfassend beschreiben und erklären können. Auf dieser Grundlage ist es bislang auch nicht gelungen, geeignete Diagnoseinstrumente zu entwickeln, was eine Ursache dafür sein kann, dass Erfassung sozialer Kompetenz sehr uneinheitlich und ungenau ist. Die zum Teil auch nur sehr geringen Effekte lassen sich möglicherweise dadurch erklären, dass bei den verwendeten Trainings in der Regel eine AD(H)S-spezifische Ausrichtung nicht zu erkennen war und somit auf die speziellen Bedürfnisse der Kinder mit AD(H)S vermutlich nicht genügend eingegangen worden ist.

Landau und Moore (1991) betonen, dass zunächst AD(H)S-spezifische sozial-kognitive Defizite identifiziert werden müssten, auf deren Grundlage dann geeignete Interventionen abgeleitet werden können. Auch Antshel und Barkley (2008) stellen die Wichtigkeit heraus, theoriegeleitet psychosoziale Interventionen zu entwickeln. Und nach umfassender Sichtung der Literatur stellt Hoza (2007) fest, dass es wichtig ist, für Kinder mit AD(H)S Therapieprogramme zu entwickeln, die auf die speziellen Bedürfnisse abgestimmt sind.

4.1.4 Zusammenfassung des Forschungsstandes

Den Forschungsstand zusammengefasst kann festgehalten werden, dass ein enger Zusammenhang zwischen AD(H)S und sozialen Problemen mehrfach nachgewiesen werden konnte. Hieraus lässt sich ableiten, dass der Bedarf an Förderung sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S unbestritten ist, da auch die gravierenden Folgen mangelnder sozialer Fertigkeiten für die gesunde Entwicklung von Kindern vielfach empirische Bestätigung gefunden haben. Diese Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit geeigneter therapeutischer Interventionen.

Im Hinblick auf die Ursachen der Defizite im Sozialverhalten ist die Forschungslage leider sehr viel unklarer. Unterschiedliche Ansätze versuchen, Teilbereiche sozialer Defizite zu erklären, es kann jedoch festgehalten werden, dass eine umfassende Theorie zur Erklärung dieser Defizite bislang nicht existiert.

In der Folge lassen sich auch keine Therapiekonzepte finden, die theoriegeleitet auf die typischen Defizite von Kindern mit AD(H)S eingehen. Diese Sachlage wird als eine Ursache dafür gesehen, dass es bislang kaum gelungen ist, durchgängig positive Therapieerfolge in der Förderung sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S empirisch nachzuweisen.

4.2 Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S

Mit dem Ziel, die Entstehung sozialer Defizite bei Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S zu erklären und somit auch Ansatzpunkte zur Therapie identifizieren zu können, wurde ein Modell entwickelt, das im Folgenden vorgestellt wird. In Anlehnung an Dodge (1986, 1993) und Crick und Dodge (1994) wird davon ausgegangen, dass soziale Informationen stufenweise verarbeitet werden, wobei sich die Prozesse, die auf den einzelnen Stufen sowohl kognitiv als auch emotional oder behavioral vonstatten gehen, wechselseitig beeinflussen. In dem Modell werden Annahmen darüber getroffen, inwieweit sich AD(H)S–typische Defizite auf die Verarbeitung auswirken und es somit zu systematischen Fehlern auf den einzelnen Stufen der Verarbeitung kommt. Diese Annahmen erfolgen theoriegeleitet und werden in erster Linie aus der Theorie von Barkley (1997) zu den Defiziten in der Verhaltensinhibition und eingeschränkten exekutiven Funktionen gespeist, die auch, wie in Kapitel 2 beschrieben, theoretische Bestätigung gefunden haben.

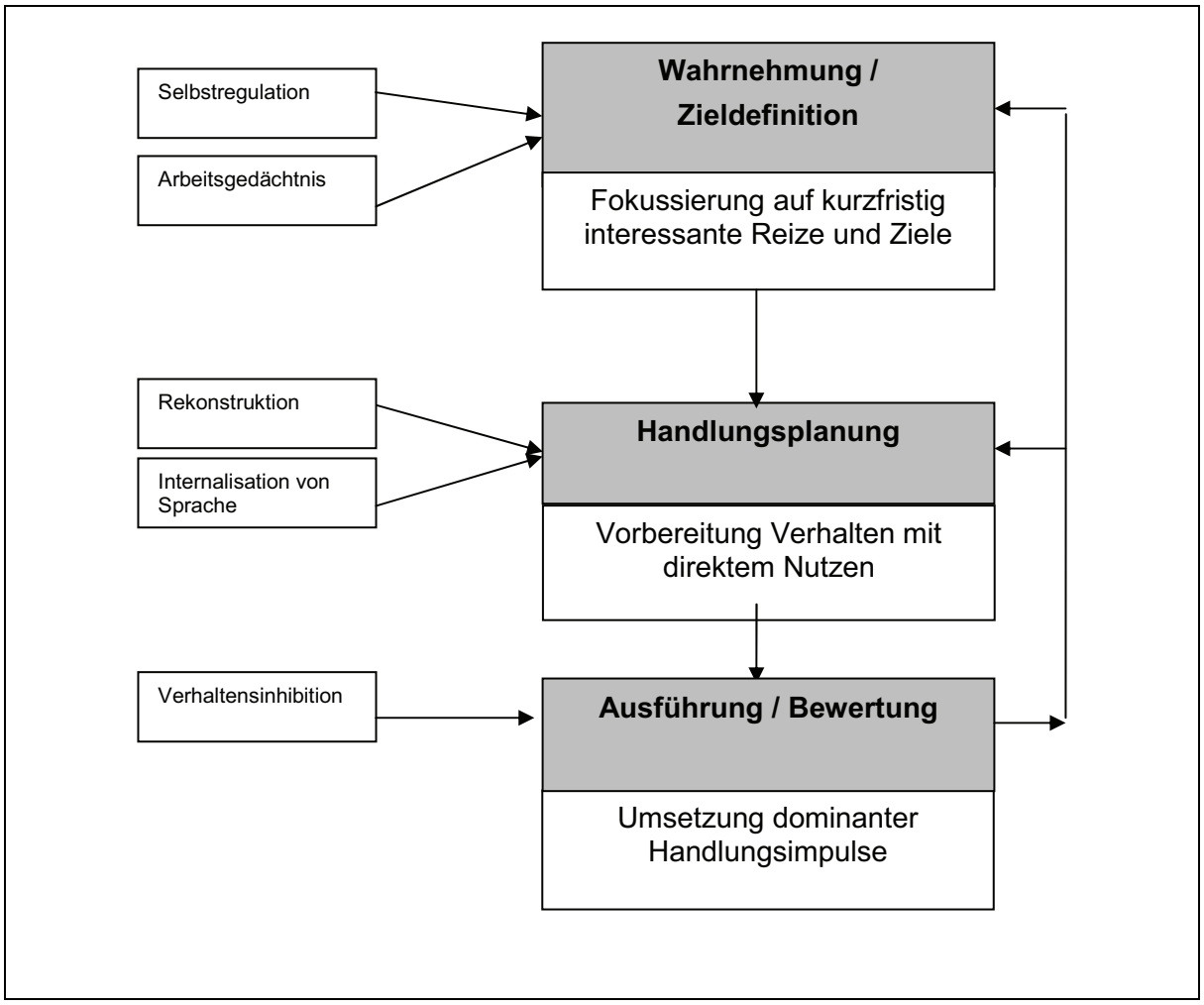
Um die Verarbeitungsmuster beschreiben zu können, wird der Prozess der Informationsverarbeitung in drei Hauptphasen untergliedert:

Wahrnehmung / Zieldefinition	(Dodge: Stufen 1-3)
Handlungsplanung	(Dodge: Stufen 4-5)
Ausführung des Verhaltens	(Dodge: Stufe 6)

Es wurden hierbei jeweils die Schritte von Dodge zusammengefasst, die potentiell von ähnlichen AD(H)S-typischen Defiziten beeinflusst werden.

Zur Orientierung werden die Grundzüge des Modells zunächst grafisch dargestellt, bevor im Weiteren die einzelnen Prozesse in den jeweiligen Phasen der Verarbeitung beschrieben und anhand eines Beispiels jeweils veranschaulicht werden.
Am Ende des Kapitels wird dann auf die Folgen eingegangen, die sich aus der defizitären Verarbeitung ergeben, sodass daraus konkrete Therapieziele abgeleitet werden können.

Tabelle 13: Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S



4.2.1 Wahrnehmung der Situation

In der ersten Phase der Selektion relevanter Schlüsselreize der Ausgangssituation kommt es bei den Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen bereits zu systematischen Fehlern. Es gelingt ihnen nicht, ihre Aufmerksamkeit auf alle relevanten Informationen zu lenken und somit die Ausgangssituation mit all ihren Facetten adäquat zu erfassen. Nun stellt sich die Frage, welche der vorhandenen Informationen wahrgenommen werden und welche nicht. Kinder mit AD(H)S nehmen in der Regel vor allem diejenigen Informationen, Impulse oder Reize wahr, die ihr Interesse wecken. Dies kann der Tischnachbar in der Unterrichtsstunde sein, ein rotes Rennauto, das auf der Straße vorbei fährt, oder die Idee, mitten in der Unterrichtsstunde aufzuspringen, um etwas zu erledigen. Oftmals handelt es sich hierbei um Informationen, die bei den Kindern Emotionen auslösen und daher eine starke Wirkung zeigen. Andere für die Kinder uninteressante Informationen und Reize werden nicht oder nicht differenziert genug wahrgenommen.

Welche Reize oder Informationen das Interesse des Kindes wecken und somit dazu führen, dass sie wahrgenommen werden, hängt stark von der Interpretation der einzelnen Informationen und Reize ab. Verspricht die Auseinandersetzung mit einem Reiz unmittelbare positive Konsequenzen oder sofortige Folgen, so wird genau dieser Reiz oder die Information als persönlich relevant interpretiert und zieht die Aufmerksamkeit auf sich. Zu systematischen Fehlinterpretationen von Situationen kommt es bei Kindern mit AD(H)S also daher, dass all das als wichtig erachtet wird, was kurzfristig positive Folgen erwarten lässt. Informationen und Reize, die sich in der Zukunft auswirken, werden in ihrer Relevanz unterschätzt und erscheinen daher unwichtig.

Sobald die Situation erfasst ist und die scheinbar wichtigen Informationen wahrgenommen wurden, schließt sich die Phase der Zielfindung an. Bei Kindern mit AD(H)S sind in dieser Phase zwei Prozesse denkbar. Zum einen ist es möglich, dass die Phase vollständig ausgelassen wird und die Kinder scheinbar zielloses Verhalten zeigen, und zum anderen, dass inadäquate Ziele ausgewählt werden, das heißt solche, die nicht zu sozial kompetentem Verhalten führen bzw. sozial nicht akzeptiert sind. Es stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien Kinder mit AD(H)S die Ziele für ihr Verhalten auswählen und welche es konkret sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass Kinder mit AD(H)S in erster Linie kurzfristige Ziele auswählen, also solche, die kurzfristigen Gewinn versprechen. Die sofortige Erfüllung von Wünschen oder die unmittelbare Befriedigung von Bedürfnissen sind oft die Ziele, die dem Verhalten von Kindern mit AD(H)S zugrunde liegen. So kann es beispielsweise ein Ziel sein, die aufgestaute Wut „raus zu lassen“, Neugierde zu stillen oder im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen. Häufig handelt es sich um egoistische Ziele. An Stelle von sozial akzeptierten Zielen werden welche augwählt, die sozial wenig Akzeptanz finden. Als sozial akzeptiert gelten Ziele dann, wenn neben den eigenen Bedürfnissen auch die Bedürfnisse der Mitmenschen sowie soziale Normen, Werte und Regeln berücksichtigt werden.

4.2.1.1 Theoretische Erklärung der defizitären Selektion

Erklärt werden kann die unzureichende Selektion von Informationen und Reizen durch die von Barkley (1997) postulierten Defizite in den exekutiven Funktionen des Arbeitsgedächtnisses und der Selbstregulation.

Entscheidenden Einfluss nimmt in dieser Phase die Subfunktion der Emotionalen Selbstkontrolle (emotional selfcontrol). Das für Kinder mit AD(H)S bekannte Defizit in der Emotionsregulation, das auch von vielen anderen Autoren bestätigt worden ist (Desman et al. 2006; Kats-Gold et al. 2007; Kopp, 1982; Wheeler Maegden & Carlson, 2000; Pelham & Bender, 1982), führt dazu, dass aktivierte Affekte und Emotionen nicht selbstgesteuert reguliert und abgeschwächt werden können. Sobald emotionsauslösende Informationen oder Reize wahrgenommen werden, sind die Kinder von den Emotionen geradezu überflutet, sodass die Aufmerksamkeit auf die emotions-induzierende Information fixiert bleibt. Die Defizite in der Selbststeuerung von Antrieb, Erregungsniveau und Motivation (drive, arousal, motivation) führen dazu, dass die Kinder nicht in der Lage sind, ihre Aufmerksamkeit auf andere relevante Aspekte der Situation zu richten, sodass wichtige Informationen und Reize nicht wahrgenommen werden und die Ausgangssituation in ihrer Komplexität nicht erfasst wird. In einer aktuellen Studie von Fine, Semrud-Clikeman, Butcher und Walkowiak (2008) konnten starke Defizite von Kindern mit AD(H)S in sozialer Wahrnehmung und insbesondere der Wahrnehmung von Emotionen bestätigt werden. Normand, Schneider und Robaey (2007) betonen die Defizite von Kindern mit AD(H)S, ihre Aufmerksamkeit auf Emotionen und Bedürfnisse anderer Menschen zu richten. Matthys, Coperus und van Engeland (1999) zeigen, dass Kinder mit AD(H)S tatsächlich weniger Hinweisreize enkodieren als Kinder ohne AD(H)S

4.2.1.2 Theoretische Erklärung verzerrte Interpretation der Reize

Die Erklärung dafür, dass es zu systematischen Fehlinterpretationen der Reize kommt, lässt sich aus der von Barkley (1997) benannten eingeschränkten Funktionsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses und seiner Subfunktionen ableiten. Gelingt es den Kindern aufgrund ihrer mangelnden Fähigkeit zur Verhaltensinhibition nicht, aktuelle Informationen über die Ausgangssituation ausreichend lange im Arbeitsgedächtnis zu speichern (holdig events in mind), so entgeht ihnen die Möglichkeit, die aktuelle Situation mit bereits vergangenen ähnlichen Situationen zu vergleichen (hindsight) und mögliche Folgen für die Zukunft abzuschätzen (forethought). Da nach Barkley (1997) die benannten Subfunktionen (hindsight, forethought, anticipation) bei Kindern mit AD(H)S - wenn überhaupt - nur eingeschränkt funktionieren, kann davon ausgegangen werden, dass mögliche Auswirkungen auf die entferntere Zukunft der Kinder in der aktuellen Situation nicht bedacht und beachtet werden. Sie werden daher nicht wahrgenommen oder als irrelevant abgetan, sodass es zu einer Fehlinterpretation der Situation kommt. Als interessant interpretiert und damit verbunden wahrnehmungsleitend sind in der Regel eben nicht die Reize, die positive Konsequenzen in der Zukunft versprechen, sondern nur diejenigen Reize und Informationen, bei denen sofortige Bedürfnisbefriedigung oder Verstärkung vermutet wird.

4.2.1.3 Theoretische Erklärung dysfunktionaler Zieldefinition

Auch die Auswahl kurzfristiger Ziele lässt sich theoretisch durch die Defizite in der Selbststeuerung (insbesondere der Emotionen) und des Arbeitsgedächtnisses erklären. Gelingt es den Kindern nicht, ihre Emotionen zu regulieren und zukünftige Folgen des eigenen Verhaltens abzuschätzen, so resultiert die Auswahl von Zielen, die kurzfristigen Gewinn bringen. Da sich die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Mitmenschen oder das Einbeziehen sozialer Werte, Normen oder Regeln häufig nur langfristig positiv auswirken, kurzfristig oft jedoch das Zurückstellen eigener Wünsche und Bedürfnisse erfordern, kommt es dazu, dass sozial akzeptierte Ziele nicht ausgewählt werden.

Folgendes Beispiel soll systematische Fehler von Kindern mit AD(H)S in der Phase der Wahrnehmung veranschaulichen:

Beispiel Thomas (1)

Man stelle sich folgende Schulsituation vor:
Thomas, ein Kind mit ADHS, besucht die vierte Klasse einer regulären Grundschule. Da Weihnachten vor der Tür steht, ist es den Kindern erlaubt, im Matheunterricht eine Kerze anzuzünden. Nachdem die Lehrerin ankündigte, dass in der nächsten Mathestunde eine Klassenarbeit geschrieben wird, beginnt sie, so wie es bei der Lehrerin üblich ist, den Stoff, der für die Klassenarbeit wichtig ist, noch einmal zu wiederholen.
Den meisten Kindern der Klasse gelingt es, die aktuelle Situation mit der Vergangenheit zu vergleichen. Sie erinnern sich, dass immer vor den Klassenarbeiten das Wichtigste noch einmal wiederholt wird und dass es daher für den erwünschten Erfolg in der Klassenarbeit wichtig ist, in dieser Stunde aufzupassen. Die Kinder erachten die von der Lehrerin gegebenen Informationen als relevant und verfolgen den Unterricht aufmerksam. Anders jedoch bei Thomas. Ihm gelingt dieser Abgleich mit Ereignissen aus der Vergangenheit nicht, womit er die Relevanz der Situation nicht erkennt und die Informationen der Lehrerin vermutlich nicht als persönlich relevant interpretiert. Viel interessanter ist da die Kerze, die so schön flackert und aus deren Wachs man wunderbare kleine Kügelchen formen kann. Und als ihm jetzt noch auffällt, dass Johannes vor ihm sitzt, ein Junge, der gemeinsam mit anderen Viertklässlern ihn am Morgen auf dem Schulweg geärgert hat, steigt der Ärger wieder in ihm auf und somit das Bedürfnis, es ihm jetzt mal richtig heimzuzahlen. Endlich sieht er seine Zeit gekommen…Während die Mitschüler von Thomas eifrig darauf bedacht sind, jedes Wort der Lehrerin mitzubekommen, da es ihr Ziel ist, eine gute Note in der Klassenarbeit zu bekommen, und sie hoffen, nun noch einige wichtige Informationen zu erhalten, verfolgt Thomas ganz andere Ziele. Die Klassenarbeit erscheint noch in weiter Ferne und kann daher sein Interesse ganz und gar nicht wecken. Um zu wissen, was er in den nächsten Minuten machen sollte, braucht er nicht lange nachzudenken… das Ziel steht fest: Wiederherstellen der Gerechtigkeit oder anders ausgedrückt: Rache! Ungestört von allem, was im Klassenraum sonst noch so geschieht, richtet er seine Aufmerksamkeit auf das rote Kerzenwachs und formt sich genüsslich ein kleines Wurfgeschoss…

4.2.2 Handlungsplanung

Sobald die Ziele für das eigene Verhalten feststehen, wird die eigene Reaktion auf die Ausgangssituation vorbereitet. Hierzu werden zunächst Handlungsalternativen aktiviert, aus denen dann die richtigen ausgewählt werden. Bei Kindern mit AD(H)S kann davon ausgegangen werden, dass keine breite Vielfalt an Handlungsalternativen aktiviert wird, sondern analog zu den Zielen nur diejenigen, die kurzfristigen Nutzen oder positive Folgen versprechen. Positive Folgen können Reaktionen von Klassenkameraden, Eltern oder Lehrern sein oder aber auch die Aktivierung des eigenen Erregungsniveaus oder der Abbau innerer Spannungen.
Darüber hinaus steht den Kindern mit AD(H)S auch innerhalb dieses begrenzten Bereiches nur eine geringe Anzahl an Handlungsalternativen zur Verfügung. Dem ersten Handlungsimpuls folgend, werden somit in der Regel dominante Verhaltensweisen ausgewählt, die kurzfristigen Nutzen versprechen.

4.2.2.1 Theoretische Erklärung: Defizitäre Aktivierung von Verhaltensweisen

Zur Erklärung dafür, dass nur eine geringe Anzahl von Verhaltensweisen aktiviert wird, lassen sich folgende Ansätze anführen:

Die bereits ausgeführten Defizite in der Selbststeuerung von Emotionen und im Arbeitsgedächtnis sind verantwortlich dafür, dass analog zu den Zielen lediglich Verhaltensweisen aktiviert werden, die kurzfristigen Nutzen versprechen. Hierin liegt also die Begründung, dass lediglich Handlungsalternativen aus einem sehr begrenzten Spektrum zur Verfügung stehen.

Dass aber auch innerhalb dieses Spektrums wiederum nur eine geringe Anzahl an Handlungsalternativen zur Verfügung steht, lässt sich vor allem durch die von Barkley (1997) benannten Defizite der exekutiven Funktionen der Rekonstruktion erklären. Nach Bronowski (1977) beinhaltet der Prozess der Rekonstruktion zwei zentrale Prozesse: Die Analyse (Analysis) von Handlungssequenzen und Synthese (Synthesis) neuer Verhaltensweisen. Im Rahmen der Analyse werden Handlungssequenzen in ihre Einzelheiten zerlegt, um daraus im Rahmen der Synthese neue Verhaltensweisen entstehen zu lassen. Funktionieren beide Prozesse, so können neue kreative Verhaltensweisen (Creativity) entstehen, und das zur Verfügung stehende Handlungsrepertoire erweitert sich. Die von Barkley (1997) postulierten Defizite in der Rekonstruktion bei Kindern mit AD(H)S werden beispielsweise von Funk, Chessare, Weaver und Exley (1993) und Alessandri (1992) empirisch gestützt, die zeigen konnten, dass Kinder mit AD(H)S weniger Kreativität zeigen als Kinder ohne AD(H)S. Matthys, Coperus und van Engeland konnten in ihrer Studie (1999) zeigen, dass Kinder mit AD(H)S weniger Handlungsalternativen generierten als Kinder ohne AD(H)S
Die mangelnde Fähigkeit zur Synthese und Analyse von Handlungssequenzen hat demnach zur Folge, dass Kinder in sozialen Situationen weniger gut in der Lage sind, neue Verhaltensweisen zu generieren, sodass sich das Handlungsrepertoire nicht oder nur unzureichend erweitert.

Als einen weiteren Aspekt dieses Defizits nennt Barkley (1997) zusätzlich die mangelnde Fähigkeit von Kindern mit AD(H)S zum Modelllernen, was ebenfalls dazu führt, dass neue sozial kompetente Verhaltensweisen nicht erworben werden können.

4.2.2.2 Theoretische Erklärung: Dysfunktionelle Handlungsauswahl

Eine theoretische Erklärung dafür, dass aus den potentiellen Verhaltensweisen in der Folge meist solche ausgewählt werden, die nicht sozial kompetent sind, liegt zum einen darin, dass wie bereits beschrieben unreflektiert dem ersten Handlungsimpuls gefolgt wird, und zum anderen in der ebenfalls von Barkley beschriebenen mangelnden Fähigkeit zur Internalisation von Sprache. Die Fähigkeit, Sprache zu verinnerlichen, also innere Dialoge zu führen, führt sowohl zu mehr Selbststeuerung des Verhaltens als auch dazu, äußere Regeln, Werte und Normen zu verinnerlichen (Moral reasoning, rule-governed behaviour). Erst wenn diese intern repräsentiert sind, können sie in die Bewertung von Handlungsalternativen einfließen und dafür sorgen, dass sozial angemessene Verhaltensweisen ausgewählt und auch gezeigt werden. Danford, Barkley und Stokes (1991) konnten zeigen, dass Kinder mit AD(H)S weniger Bereitschaft zu regelkonformem Verhalten zeigen. Die Folgen mangelnder Fähigkeit zur Internalisation von Sprache sind also unter anderem darin zu sehen, dass wenig Selbststeuerung möglich ist und Regeln, Werte und Normen nicht verinnerlicht sind und somit auch die Auswahl von Handlungsalternativen nicht beeinflussen.

Veranschaulichen lassen sich auch diese Prozesse anhand des Beispieles von Thomas:

Beispiel Thomas (2):

> Noch immer in der letzten Mathestunde vor der Klassenarbeit sitzend, ist die Situation für Thomas nun völlig klar. Überwältigt von seiner Wut reicht nur der Blick zu Johannes, der vor ihm sitzt, und die Erinnerung an die Hänseleien vom Schulweg kommen sofort wieder in ihm hoch. „Das muss gerächt werden“, so viel ist klar, und somit ist auch sein Ziel für die nächsten paar Minuten definiert! Nun kommt er endgültig nicht mehr in die Versuchung, doch den Unterricht zu verfolgen, sich zu melden, Hefteinträge zu machen oder sich die Hausaufgaben aufzuschreiben. Für ihn stellt sich nun lediglich die Frage, wie er es dem blöden Johannes am besten zeigen kann. „Aber, Moment… da war ja die Kerze… mit dem schönen roten weichen Wachs!“ Nun braucht er nicht mehr lange zu überlegen, wie er sein Ziel erreichen kann… genüsslich macht er sich an die Arbeit, zu dem ersten Wurfgeschoss noch weitere kleine und etwas größere runde Wurfgeschosse zu formen…

4.2.3 Handlungsausführung

Im letzten Schritt kommt es zur Ausführung der ausgewählten Handlungsalternativen. In der Folge einseitiger Wahrnehmung und Handlungsplanung zeigen Kinder mit AD(H)S in dieser Phase Verhaltensweisen, auf die eine direkte, unmittelbare Verstärkung folgt. Die Kinder folgen ihren spontanen Handlungsimpulsen, mit deren Ausführung sie sich maximalen kurzfristigen Nutzen erhoffen, ohne dass vorher ein Abgleich mit den Bedingungen der Umgebung oder den Bedürfnissen der Mitmenschen stattgefunden hat. So kann es mitten im friedlichen „Mensch ärgere Dich nicht Spiel“ zu einem Wutanfall kommen oder dazu, dass ein Kind mitten im Diktat aufspringt, um seinem Flummi hinterherzulaufen, der ihm aus der Tasche gerollt ist. Auch plötzliches Grimassenschneiden während einer stillen Leserunde oder das Kneifen in den Arm eines vorbeischlendernden Kindes sind Beispiele solcher spontanen sozial inkompetenten Verhaltensweisen.

Über die reine Ausführung des Verhaltens hinaus gelingt es den Kindern mit AD(H)S im nächsten Schritt auch nicht, die Wirkung ihres eigenen Handelns einzuschätzen und die Reaktionen der Umgebung wahrzunehmen und angemessen zu deuten.
In der Regel erleben sie ihr Verhalten als Erfolg und sehen keinen Anlass, ihr Verhalten in Zukunft zu revidieren. Feedback, das dazu führen könnte, in nachfolgenden Situationen Informationen aus der Umgebung stärker zu berücksichtigen, wird kaum wahrgenommen.

4.2.3.1 Theoretische Erklärung: Dysfunktionelle Handlungsausführung

Theoretisch lässt sich dieses Verhalten durch die mangelnde Fähigkeit zur Verhaltensinhibition beziehungsweise der damit verbundenen starken Impulsivität erklären. Die Kinder können ihre ersten dominanten Handlungsimpulse nicht hemmen, sodass sie ihnen folgen, ohne auf die Anforderungen der Umgebung oder die Bedürfnisse der Mitmenschen Rücksicht zu nehmen.

Die Wichtigkeit der Evaluation eigener Verhaltensweisen für den Erwerb sozialer Kompetenzen wird von Kanning (2002) in seinem Modell der elaborierten Genese sozial kompetenten Verhaltens betont. Für eine Bewertung des Verhaltens muss überprüft werden, ob die eigenen Ziele verwirklicht worden sind und den Ansprüchen des sozialen Kontextes Rechnung getragen werden konnte. Voraussetzung für erfolgreiche Evaluation ist unter anderem angemessene Selbstwahrnehmung, die bei Kindern mit AD(H)S oft beeinträchtigt ist (Barber, Grubbs & Cottrell, 2005; Dumas & Pelletier, 1999). Die mangelnde Fähigkeit zur Evaluation kann dadurch erklärt werden, dass auch an dieser Stelle die Wahrnehmung deutlich eingeschränkt bzw. verzerrt erfolgt. Aufgrund der mangelnden Fähigkeit des Arbeitsgedächtnisses, zeitliche Aspekte zu berücksichtigen und somit Folgen für die Zukunft mit einzubeziehen (Anticipatory set, forethought), werden nur die unmittelbaren kurzfristigen Folgen beachtet. Diese erleben die Kinder mit AD(H)S in der Regel als Verstärkung. Die erlebte Verstärkung des Verhaltens kann in

Anlehnung des Modells der operanten Konditionierung nach Skinner (1952) auf zwei Wegen erfolgen: Zum einen kann es sein, dass der Handlung unmittelbar positive Reaktionen für das Kind folgen (Belohnung), wie beispielsweise das Lachen von Mitschülern oder auch besondere Aufmerksamkeit durch Erwachsene. Die andere Möglichkeit ist, dass negative Zustände, wie beispielsweise Wut, innere Spannungen oder aber auch das Gefühl von Langeweile, abgebaut werden (negative Verstärkung). Beide Aspekte führen dazu, dass die Kinder mit AD(H)S ihr Verhalten als Erfolg erleben und die Wahrscheinlichkeit für ein wiederholtes Auftreten des identischen Verhaltens steigt.

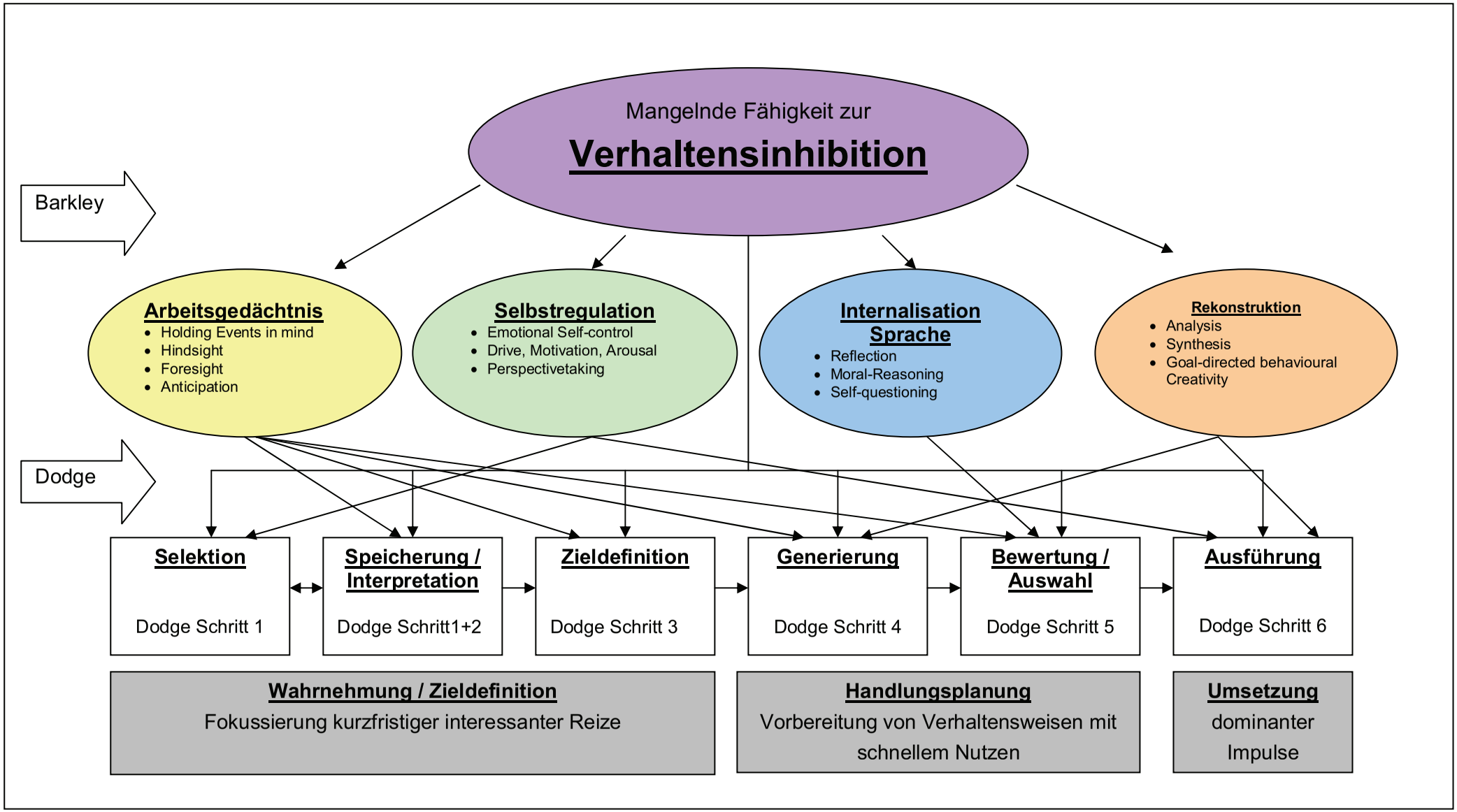
Auch die letzte Phase der Verarbeitung wird anhand des Beispieles von Thomas veranschaulicht:

Beispiel Thomas (3)

Während die meisten Klassenkameraden von Thomas aufmerksam den Unterricht verfolgen, um möglichst keine Hinweise für die bevorstehende Klassenarbeit zu verpassen, ist Thomas eifrig dabei, aus dem roten Kerzenwachs kleine Kanonenkügelchen zu formen. Voller Vorfreude baut er alle Wurfgeschosse vor sich auf, so lange, bis alles flüssiges Wachs verbraucht ist und endlich der Zeitpunkt gekommen ist… Genüsslich nimmt er das erste Kügelchen zur Hand, legt es auf seinen Daumen und schnippst es mit voller Wucht direkt in den Nacken seines verhassten Vordermannes Johannes! Volltreffer: Das Wurfgeschoss hat seine Wirkung nicht verfehlt! Mit einem Aufschrei und blass vor Erschrecken dreht sich Johannes zu Thomas um. Genau der richtige Moment, um zwei weitere Geschosse „losfliegen“ zu lassen. Noch ein Erfolg: Eines landet genau auf seiner Stirn und eines am Hals! Siegesgewiss wirft er nun noch die anderen Kügelchen auf ihn und beobachtet ruhig und zufrieden, wie Johannes schreiend und wild gestikulierend vor Wut rot anläuft. Endlich hat er bekommen, was ihm zusteht. Alle schauen auf Thomas! Dass die Lehrerin völlig aufgebracht auf Thomas zurennt, seinen Arm fast zerquetscht, ihn übelst beschimpft und ihm die Kerze wegnimmt, kann er nach diesem Triumph eigentlich gar nicht verstehen, sie war ja Vormittag nicht dabei! Aber was soll’s, er hat ja bekommen, was er wollte und: „Was wissen Erwachsene schon?...“

Einen zusammenfassenden Überblick, wie die von Barkley (1997) postulierten exekutiven Einschränkungen und Defizite in der Verhaltensinhibition bei Kindern mit AD(H)S auf die einzelnen Schritte der Verarbeitung Einfluss nehmen, zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 5: AD(H)S-typische Einflüsse nach Barkley (1997) auf Prozess der Informationsverarbeitung Dodge (1993)



4.3 Folgen AD(H)S-typischer Verarbeitung

Die Folgen des AD(H)S-typischen Verarbeitungsstils sind vielseitig und weitreichend und kommen in verschiedensten Bereichen zum Tragen. Da in jeder Verarbeitungsphase unterschiedliche Defizite relevant werden, resultieren jeweils auch unterschiedliche Folgen, aus denen sich Therapiebedarf ergibt, sodass diese hier getrennt für die einzelnen Phasen vorgestellt werden:

4.3.1 Folgen defizitärer Wahrnehmung

Dadurch, dass die Kinder mit AD(H)S in der Phase der Wahrnehmung die Aufmerksamkeit in erster Linie auf emotionsinduzierende, interessante oder persönlich relevante Aspekte richten, kommt es dazu, dass Kinder mit AD(H)S es oftmals nicht lernen, Situationen in ihrer Komplexität zu erfassen. Wünsche und Bedürfnisse Anderer werden kaum wahrgenommen. Die Fähigkeit zur Fremdwahrnehmung kann sich dementsprechend nicht entwickeln. Werden Gleichaltrige oder Erwachsene gar nicht erst differenziert wahrgenommen, so kann sich auch die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme nicht entwickeln und empathisches Verstehen der Mitmenschen findet, wenn, dann nur unzureichend statt. Darüber hinaus werden auch aus- oder unausgesprochene Regeln, Normen und Werte nicht oder nur unzureichend wahrgenommen und fließen somit in die folgende Zielplanung nicht adäquat mit ein. Hiermit steigt die Wahrscheinlichkeit, egoistische Ziele zu wählen, die mit den Bedürfnissen und Anforderungen der Umgebung nicht abgestimmt sind. Die Folge dieser inadäquaten bzw. meist auch sozial nicht akzeptierten Ziele ist eine sinkende Wahrscheinlichkeit, sozial kompetentes Verhalten zu zeigen.

Therapiebedarf ergibt sich dementsprechend im Bereich der Emotionsregulation. Die Kinder müssen lernen, ihre Emotionen so weit zu kontrollieren, dass diese nicht unreflektiert ausgelebt werden müssen, sondern eine Zeit lang gehemmt werden, damit unter anderem ausreichend Gelegenheit besteht, wichtige Reize der Umgebung wahrzunehmen und die Ausgangssituation in ihrer Komplexität zu erfassen. Um eine differenzierte Analyse der Situation vornehmen zu können, ist die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Wünsche und Bedürfnisse Anderer entscheidend. Ziel einer Therapie muss es also sein, neben der Selbstwahrnehmung vor allem die Fremdwahrnehmung zu fördern. Wichtig ist, dass die Kinder lernen, sich in Andere hineinzuversetzen und diese zu verstehen, sodass ebenfalls Therapiebedarf in den Bereichen Perspektivenübernahme und Empathieförderung besteht. Damit sie in der Folge mehr sozial akzeptierte Ziele auswählen können.

4.3.2 Folgen defizitärer Handlungsplanung

Die Folgen, die sich aus der defizitären Handlungsplanung ergeben, entstehen zunächst daraus, dass die Kinder mit AD(H)S Defizite im Bereich der Rekonstruktion und dem Modelllernen aufweisen und somit nur sehr wenig Verhaltensweisen aktiviert werden. Die

Kinder sind kaum in der Lage, neue (auch sozial kompetente) Verhaltensweisen zu generieren, sodass das Verhaltensrepertoire, das auch für die Zukunft zur Verfügung steht, nicht erweitert wird. Kommen sozial kompetente Verhaltensweisen nicht zur Anwendung, so können hierfür notwendige Handlungskompetenzen nicht erworben werden. In der Folge wird sich auch keine positive Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf sozial kompetente Verhaltensweisen entwickeln, was wiederum zur Folge hat, dass die Wahrscheinlichkeit abnimmt, in der Handlungsplanung zukünftiger Situationen sozial kompetente Verhaltensweisen auszuwählen.

Therapiebedarf besteht demzufolge darin, ein vielseitiges und flexibles Verhaltensrepertoire aufzubauen, aus dem der Situation angemessen unterschiedliche Verhaltensweisen ausgewählt werden können. Ferner ist es wichtig, die Basisfertigkeiten wie beispielsweise kommunikative Fähigkeiten zu stärken, um somit die Handlungskompetenzen zu erhöhen. Damit die Kinder in der Lage sind, sozial kompetente Verhaltensweisen auszuwählen, ist es darüber hinaus wichtig, die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken.

4.3.3 Folgen sozial inkompetenter Verhaltensweisen

Das Hauptproblem, dass sich die Kinder mit AD(H)S durch die unmittelbaren Verstärker oft in ihrem impulsiven unreflektierten Verhalten bestätigt sehen, führt dazu, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit ähnlicher Verhaltensweisen in zukünftigen Situationen steigt.

Wie in einem Regelkreismodell werden die vorhergehenden Stufen der Verarbeitung durch diese letzte Phase wiederum beeinflusst. Werden zukünftige Folgen und negative Reaktionen der Mitmenschen nicht wahrgenommen und ist die Reflektionsfähigkeit der Kinder eingeschränkt, so besteht für die Kinder auch in nachfolgenden Situationen kein Anlass, vermehrt auf die Bedürfnisse der Umgebung zu achten. Es kommt somit nicht zu einer Verbesserung der Wahrnehmung dahingehend, dass alle relevanten Informationen in den Fokus genommen werden.

Die Prozesse der Zielfindung werden sich in der Folge ebenfalls nicht optimieren. Auch an dieser Stelle haben die Kinder keinen Anlass, längerfristige Ziele zu berücksichtigen.

Und letztendlich führen die erlebten positiven Konsequenzen der spontan gezeigten oft sozial inkompetenten Verhaltensweisen dazu, dass diese in nachfolgenden Situationen erneut als dominante Handlungsimpulse erscheinen. Zum Erlernen alternativer Verhaltensweisen wird keine Notwendigkeit erkennbar. In der Folge bleibt die Auswahl an Verhaltensweisen in der Phase der Handlungsplanung gering. Das zu Verfügung stehende Handlungsrepertoire wird auch für zukünftige Situationen nicht um sozial kompetente Verhaltensweisen erweitert!

Eine nach Crick und Dodge (1994) für die Auswahl von sozial kompetenten Verhaltensweisen entscheidend wichtige positive Selbstwirksamkeitserwartung kann sich nicht entwickeln, da diese, wie auch hohe Handlungskompetenzen bei sozial kompetenten Verhaltensweisen, erst im Laufe der Zeit als Folge vieler positiver Lernerfahrungen entstehen kann.

Die Folgen für die weitere Entwicklung der Kinder sind weitreichend und vielseitig. Im „optimalsten“ Fall stoßen sie durch ihr Verhalten lediglich auf Erstaunen und Unverständnis der Umgebung. Oft ist es jedoch so, dass sie mit ihrem Verhalten soziale Normen oder Werte missachten oder persönliche Grenzen überschreiten, was bei den Mitmenschen Ärger hervorruft. Wiederholen sich derartige Verhaltensweisen, so steigt die Gefahr der Ablehnung.

Therapeutisches Ziel muss es sein, die Auftretenswahrscheinlichkeit sozial inkompetenter, impulsiver Verhaltensweisen zu verringern und sozial kompetente Verhaltensweisen zu fördern sowie die Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf diese Verhaltensweisen zu erhöhen.
Therapeutischer Bedarf besteht darüber hinaus darin, zu lernen, eigene Verhaltensweisen kritisch zu evaluieren und auch die langfristigen Folgen zu berücksichtigen.

Tabelle 14: Folgen und Therapiebedarf

Wahrnehmung / Zielfindung		
AD(H)S-typische Verarbeitungsmuster	**Folgen AD(H)S-typischer Verarbeitung**	**Therapiebedarf**
• Fokussierung kurzfristiger interessanter Reize	• Situation wird nicht in ihrer Komplexität erfasst • Wünsche und Bedürfnisse Anderer werden nicht wahrgenommen • Unzureichende Beachtung von sozialen Werten und Normen • Längerfristige Folgen werden nicht berücksichtigt	• Emotionsregulation • Selbstwahrnehmung • Fremdwahrnehmung • Perspektivenübernahme • Empathieförderung • Aktivierung vorhandener Wissensstrukturen • Auswahl sozial akzeptierter Ziele
Handlungsplanung		
AD(H)S-typische Verarbeitungsmuster	**Folgen AD(H)S-typischer Verarbeitung**	**Therapiebedarf**
• Vorbereitung von Verhaltensweisen, die schnellen Nutzen versprechen	• Kein Erlernen neuer Verhaltensweisen • Keine Verbesserung der Handlungskompetenzen • Keine Internalisation von sozialen Werten und Normen	• Erweiterung des Verhaltensrepertoires • Handlungskompetenzen
Handlungsausführung		
AD(H)S-typische Verarbeitungsmuster	**Folgen AD(H)S-typischer Verarbeitung**	**Therapiebedarf**
• Umsetzung dominanter Handlungsimpulse	• Bestätigung für impulsives Verhalten • Reflektieren des Verhaltens nicht umfassend • Keine Rückschlüsse auf zukünftige Situationen • Beeinträchtigung aller Phasen der Verarbeitung	• Selbstwirksamkeits-erwartung • Selbstwert • Aufbau prosozialen Verhaltens

5 Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde ein Gruppentraining sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S entwickelt mit dem Ziel, deren typische Defizite zu kompensieren und die Entwicklung neuer sozial kompetenter Verhaltensweisen zu fördern.
Die Kinder sollen darin unterstützt werden, sich in sozialen Situationen wohl zu fühlen, sich zurechtzufinden, Anforderungen zu verstehen und sich angemessen zu verhalten, damit langfristige gute und tragfähige Beziehungen entstehen können. Der Leidensdruck, der durch soziale Isolation entsteht, soll vermindert werden. Orientiert an den speziellen Defiziten und Bedürfnissen von Kindern mit AD(H)S sollen mit dem Therapieprogramm beispielsweise die Emotionsregulation verbessert, Selbst- und Fremdwahrnehmung gefördert, das Verhaltensrepertoire der Kinder erweitert, Handlungskompetenzen gestärkt und Selbstwirksamkeitserwartungen erhöht werden.
Die Therapie ist als verhaltenstherapeutische Gruppentherapie konzipiert, die sich in erster Linie an Kinder mit AD(H)S zwischen 2. und 5. Klasse wendet und über einen Zeitraum von 10 Wochen jeweils eine Stunde pro Woche stattfindet.

Während im ersten Abschnitt des Kapitels (5.1) die Entwicklung des Trainings mit seiner theoretischen Fundierung dargestellt wird, erfolgt in Abschnitt 5.3 eine konkrete Beschreibung des Trainings mit einer überblicksartigen Darstellung über die einzelnen Sitzungen.

5.1 Entwicklung des Therapieprogramms TEAM

5.1.1 Ausgangslage

Die Notwendigkeit, ein Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S zu entwickeln, zeigte sich in der therapeutischen Praxis. Im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz und Tagesklinik der Fachklinik für Kinder und Jugendliche Hochried in Murnau (Oberbayern) werden Kinder zunächst mit dem Auftrag psychiatrischer Diagnostik und der Feststellung des Therapiebedarfes vorgestellt. Bei einer überwiegenden Mehrheit der Kinder mit AD(H)S wurden von den Eltern neben den klassischen Symptomen von AD(H)S soziale Probleme betont. Die soziale Ablehnung geht bei den Kindern mit einem enormen Leidensdruck einher und löst bei den Eltern neben großer Besorgnis um das Wohl der Kinder auch Scham und Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung aus. Der therapeutische Bedarf zur Stärkung der sozialen Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S wurde zunehmend deutlich.

Parallel zu diesen Beobachtungen wurde von Erzieherinnen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten, die im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik und einer AD(H)S-Reha-Station Kinder mit diesem Störungsbild behandelten, identischer Bedarf benannt.
Bestätigung eines solchen Therapiebedarfs fand sich 2004 im Rahmen eines Treffens aller bayerischen kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken, bei dem ebenfalls der Mangel eines geeigneten Trainings beklagt wurde.

Diese Beobachtungen führten zu dem Entschluss, ein solches Therapieprogramm anzubieten. Auf der Suche nach geeignetem Therapiematerial wurde festgestellt, dass keines der vorhandenen Programme zur Stärkung sozialer Fertigkeiten speziell auf Kinder mit AD(H)S zugeschnitten ist. Viele der Programme spezialisieren sich auf einzelne Aspekte sozialer Fertigkeiten, wie soziale Ängste oder Aggressionen. Andere weisen in ihrem Aufbau nicht die für Kinder mit AD(H)S notwendigen Voraussetzungen auf, wie klare Struktur, geringe Gruppengröße, zeitlich kurze Trainingseinheiten oder hoher Therapeutenschlüssel. Es wurde also beschlossen, Therapiebausteine zu entwickeln, die sich an dem Bedarf der Kinder orientieren. Die Entwicklung des Trainings TEAM geschah dann in zwei Hauptphasen. In der ersten Phase (2004 - Anfang 2006) wurden zunächst sehr praxisnah verschiedenste Therapieeinheiten entwickelt und mit ca. 150 Kindern erprobt.
In der zweiten Phase (2006) wurden theoriebasiert AD(H)S-spezifische Ziele formuliert, zu deren Erreichung erprobte Interventionen ausgewählt und neue entwickelt wurden. Diese wurden dann den einzelnen Sitzungen zugeordnet und ebenfalls theoriegeleitet in eine Reihenfolge gebracht und zu einem vorläufigen Manual zusammengefügt.

5.1.2 Entwicklungsphase 1: Erprobung (2004 / 2005)

In einer ersten Phase der Planung wurde zunächst eine gezielte Bedarfsanalyse durch ein multidisziplinäres Team durchgeführt. Dieses Team setzte sich zusammen aus Mitarbeitern der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz, Tagesklinik und Rehabilitation in der Fachklinik Hochried. Es waren zwei Psychologinnen, eine Sozialpädagogin, eine Erzieherin, eine Heilerziehungspflegerin und ein Ergotherapeut beteiligt. In Form eines Brainstorming wurden zunächst Bereiche mit Förder- bzw. Therapiebedarf gesammelt. Dabei wurde Folgendes genannt:

Tabelle 15: Förderbedarf bei Kindern mit AD(H)S

Defizitäre Bereiche bei Kindern mit AD(H)S in Bezug auf soziale Fertigkeiten
Streit, Freundschaft, Umgang mit Gefühlen wie Wut oder Ärger, Aggression, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Ausdruck eigener Bedürfnisse, Unsicherheit, Gewalt, Frustabbau, Zurückhaltung

Im nächsten Schritt wurden empirisch wirksame Methoden mit verhaltens-therapeutischem Hintergrund, wie operante Verfahren, Selbstinstruktionstechniken, Rollenspiele, Modelllernen oder kognitive Umstrukturierung, ausgewählt. Auf deren Basis anreizfördernde Interventionen entwickelt wurden. Mit dem Ziel die Aufmerksamkeit länger zu binden, wurden diese oft in Form von motivierende Spiele oder Wettkämpfe dargestellt. Es entstanden zu allen oben genannten Themen Stundenentwürfe, die dann in ersten Kleingruppen mit Kindern aus psychiatrischer Ambulanz und Tagesklinik durchgeführt wurden.

In verschiedenen Variationen wurden Kleingruppen für 3-6 Kinder im Alter zwischen 6 und 14 Jahren angeboten, die in der Regel eine Psychologin mit einem Co-Therapeuten leiteten. Als Co-Therapeuten wurden Mitarbeiter aus anderen Fachbereichen (Sozialpädagogen, Heilpadägogen, Erzieher oder Heilerzieher) hinzugezogen. Insgesamt durchliefen ca. 150 Kinder im Zeitraum von knapp zwei Jahren die Therapiegruppen. Jeweils zum Ende einer Therapiegruppe wurde von Eltern, Kindern und Therapeuten Feedback zusammengetragen. Dies ermöglichte ständige Revision und Erweiterung der Sitzungen. Zu Ende dieser Erprobungsphase wurden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

Um Kindern mit AD(H)S angemessene Unterstützung bieten zu können, ist es hilfreich, wenn die Rahmenbedingungen der einzelnen Sitzungen hohe Strukturiertheit mit viele Wiedererkennungseffekte aufweisen. Die Sitzungsdauer sollte eine Stunde nicht überschreiten, da die Konzentrationsfähigkeit über einen längeren Zeitraum kaum aufrechterhalten werden kann. Gruppengrößen von vier Kindern erscheinen optimal, da somit Partnerarbeit möglich ist, die Gruppe für den Einzelnen jedoch überschaubar bleibt. Enge therapeutische Betreuung ist bei vier Kindern möglich. Optimalerweise sollten die Gruppen von zwei Mitarbeitern geführt werden. Eine optimale Anzahl der Sitzungen pendelte sich bei 10 ein, wobei hierbei mehrere Kriterien eine Rolle spielen. Ein

Therapiezeitraum von 10 Wochen (ca. ein viertel Jahr) erleichtert vielen Eltern den Entschluss, zur Therapie einzuwilligen. Oft bekamen wir das Feedback: „10 mal, ja das ist überschaubar, das können wir organisieren – mein Kind kommt“. Darüber hinaus beträgt die Aufenthaltsdauer von stationären oder teilstationären Behandlungen 3 bis 4 Monate, sodass ein Programm von 10 Stunden auch in einem solchen Setting umsetzbar ist. Nicht zuletzt ist die relativ kurze Behandlungsdauer auch für Kostenträger ein entscheidender Faktor. Fraglich bleibt, ob eine längere Therapiedauer die Erfolge der Therapie erhöhen würde. Die Gruppe, ein Mal pro Woche anzubieten, erscheint sinnvoll. Es zeigte sich, dass Gruppenzusammensetzungen, in denen die Untertypen von AD(H)S (F90.0, F90.1 und F98.8) gemischt waren, für Kinder zwar gelegentlich eine höhere Herausforderung darstellten (da dies fast immer Gruppen waren, in denen motorisch unruhige, zum Teil auch Kinder mit aggressiven Tendenzen mit unsicheren Kindern zusammen kamen), die Kinder jedoch stärker von einander profitierten (Lernen am Modell). Ähnliche Beobachtungen ergaben sich bei den Geschlechtern. In Bezug auf die Altersstruktur zeigte sich, dass die relative Altershomogenität (2-3 Jahre) die Arbeit mit den Kindern erleichtert und die Kinder aufgrund des schriftlichen Arbeitsmaterials möglichst die erste Klasse abgeschlossen haben sollten. Mit dem Einbezug der Eltern in die Therapie erhöhte sich deren Zufriedenheit merklich. In folgender Tabelle werden die Schlussfolgerungen aus der Erprobungsphase zusammenfassend dargestellt:

Tabelle 16: Schlussfolgerungen aus der Erprobungsphase

Dauer der Sitzungen	eine Stunde
Anzahl der Sitzungen	zehn Stunden
Anzahl der Kinder pro Gruppe	vier
Anzahl der Therapeuten	zwei
Zusammensetzung der Gruppe Diagnose Alterszusammensetzung Geschlechter	inhomogen inhomogen relativ homogen (2-3 Jahre Differenz) wenn möglich inhomogen
Zielgruppe	Kinder zwischen zweiter und fünfter Klasse

Unter Berücksichtigung des Feedbacks von Eltern, Kindern und Therapeuten erwiesen sich folgende acht Themen als besonders relevant:

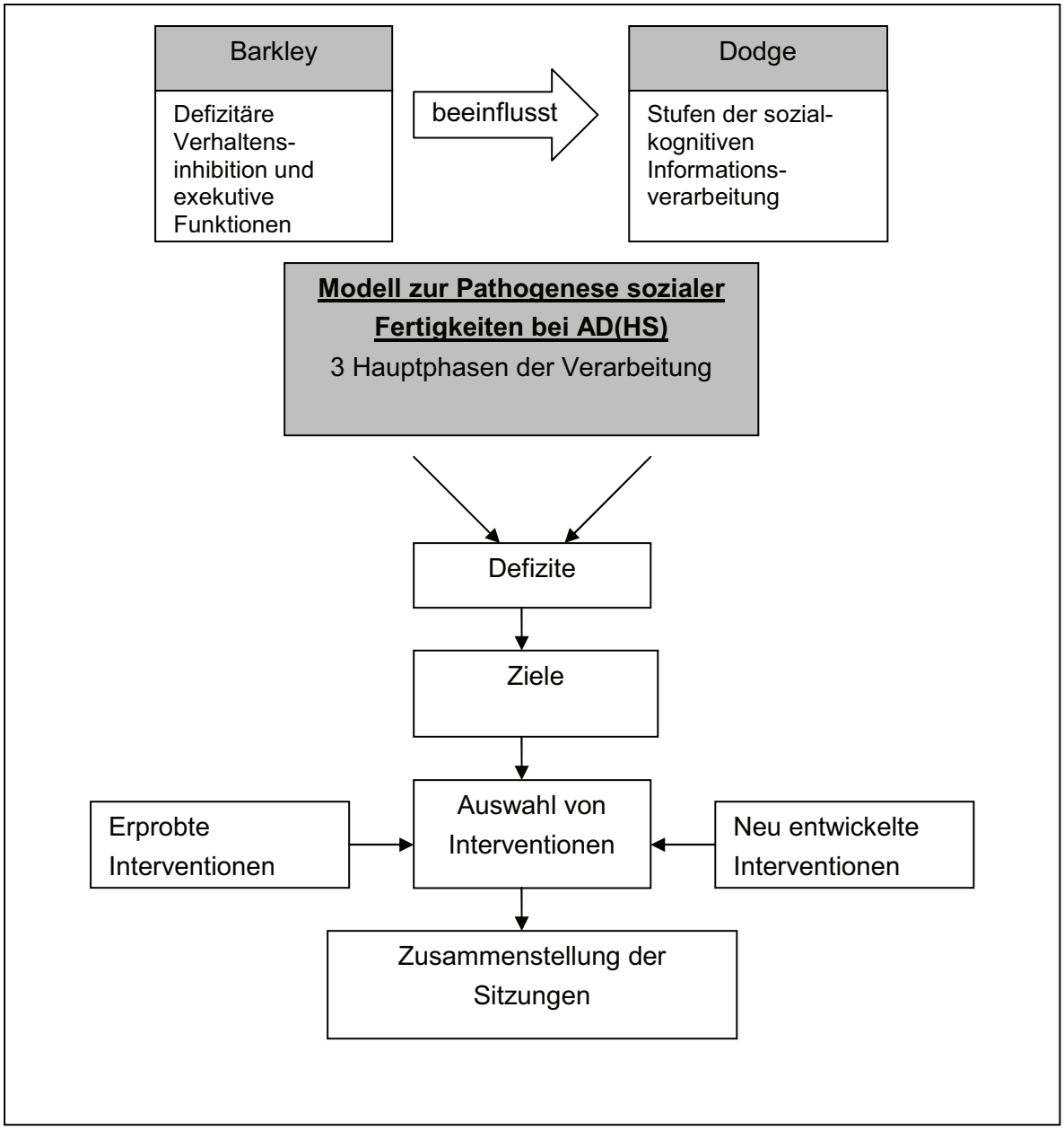
1. Das Erkennen und Benennen sowohl eigener Bedürfnisse als auch von Anderen (Bedürfnisse)
2. Angemessener Umgang mit eigenen Gefühlen, wie Frust und Ärger (Frust / Ärger)
3. Das Erlernen angemessener Kommunikationsformen (Reden)
4. Die Fähigkeit, Freundschaften aufzubauen und aufrecht zu erhalten (Freunde)
5. Der Erwerb von Strategien, um in Streitsituationen bestehen zu können (Streit)
6. Die Fähigkeit zum gelassenen Umgang mit Provokation (Provokation)
7. Kennenlernen von Möglichkeiten, um eigene Ängste zu überwinden (Mut)
8. Aufbau von Selbstwert und Selbstsicherheit durch das Kennenlernen und Akzeptieren eigener Stärken und Schwächen (Stärken / Schwächen)

5.1.3 Entwicklungsphase 2: Theoriebasierte Fertigstellung (2006)

In der zweiten Phase wurden zunächst wissenschaftlich fundierte und akzeptierte Theorien zur Entwicklung sozialer Fertigkeiten und AD(H)S ausgewählt, anhand derer das Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten entwickelt wurde (Kapitel 4), das die Basis des Trainings darstellt. Aus diesem Modell konnten im nächsten Schritt Therapieziele formuliert werden.

Aus der Vielzahl bewährter Interventionen wurden diejenigen ausgewählt, die die Umsetzung der Ziele ermöglichen und darüber hinaus ergänzende neue Interventionen entwickelt. Es erfolgte deren Zuordnung zu den bewährten Themen (Sitzungen) und der Entwurf entsprechender Materialien. Abschließend wurden die einzelnen Sitzungen in eine neue Reihenfolge gebracht. Die Festlegung erfolgte theoriebasiert, nachdem drei Hauptphasen des Trainings benannt waren. Folgende Abbildung soll das theoriebasierte Vorgehen der Entwicklung grafisch veranschaulichen, bevor auf die einzelnen Schritte näher eingegangen wird.

Abbildung 6: Schritte der Entwicklung des Trainings TEAM



5.1.4 Theoretische Basis

Das Therapieprogramm TEAM basiert auf dem in Kapitel 4.2 dargestellten Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeit bei AD(H)S, wodurch es in erster Linie durch die Theorie zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung nach Dodge (1986, 1993) und Crick und Dodge (1994) und den theoretischen Ansatz von Barkley (1997) zur Verhaltensinhibition beeinflusst ist. Es wird davon ausgegangen, dass einige der von Barkley postulierten exekutiven Funktionen, die aufgrund mangelnder Fähigkeit zur Verhaltensinhibition wenn, dann nur defizitär ihre Aufgaben erfüllen, dafür verantwortlich sind, dass wichtige Schritte der Verarbeitung auf systematische Art fehlerhaft durchlaufen werden.

5.1.4.1 Ableitung AD(H)S–typische Defizite

Wie in Kapitel 4.2 ausführlich beschrieben, wurde zunächst herausgearbeitet, welche exekutiven Funktionen auf den einzelnen Stufen der Informationsverarbeitung benötigt werden. Da nach Barkley davon ausgegangen werden kann, dass die genannten exekutiven Funktionen bei Kindern mit AD(H)S beeinträchtigt sind, wird angenommen, dass diese AD(H)S-typischen Defizite für die fehlerhafte oder verzerrte Informationsverarbeitung verantwortlich sind.

Tabelle 17: AD(H)S–typische Defizite

AD(H)S–typische Defizite	
Selbstregulation	Emotionale Selbstkontrolle, Perspektivenübernahme, Selbstkontrolle von Motivation, Antrieb und Erregungsniveau
Arbeitsgedächtnis	Kurzfristige Speicherung relevanter Informationen, Aktivierung vorhandener Wissensstrukturen, Abgleich mit vorangegangenen Situationen, richtige Einschätzung von Konsequenzen eigener Handlungen
Internalisation von Sprache	Innerer Dialog, Prüfung eigener Fähigkeiten, Einbezug verinnerlichter gesellschaftlicher Werte und Normen
Rekonstruktion	Zusammenfügen einzelner Verhaltensaspekte, Bildung angemessener Verhaltensweisen, Entwicklung neuer, kreativer Handlungen

5.1.4.2 Benennung von Zielen des Trainings

Mit der Annahme, dass eine Verminderung der Defizite zu verbesserter Informationsverarbeitung führt und somit der Erwerb sozialer Fertigkeiten erleichtert wird, werden aus den Defiziten die Ziele für das Training abgeleitet. Auch auf diese Ableitung wurde in Kapitel 4.3 ausführlich eingegangen.

Tabelle 18: Therapeutische Ziele des Trainings TEAM

Ziele des Trainings TEAM
Emotionsregulation, Selbst-/Fremdwahrnehmung, Empathieförderung, Perspektivenübernahme, Erweiterung des Verhaltensrepertoires, Verbesserung der Handlungskompetenzen, Problemlösefähigkeiten, Beobachtungslernen, Gedächtniskapazität, Aktivierung vorh. Wissens, Selbstwirksamkeitserwartung, Impulskontrolle, Reflektion eigener Handlungen

5.1.5 Auswahl der Interventionen

Im nächsten Schritt wurden in der Praxis bewährte und wissenschaftlich bestätigte Interventionen und Methoden ausgewählt, deren Umsetzung zur Erreichung der Ziele beitragen sollen.

Unter Beibehalt der in der Erprobungsphase bewährten Themen wurden sowohl die alten, bereits bewährten, als auch die neuen Interventionen dann den Sitzungen zugeordnet. Zur Zielerreichung kommen neben speziellen Interventionen in einzelnen Sitzungen auch sitzungsübergreifende Methoden und Interventionen zum Einsatz. Damit der Lerneffekt optimiert werden kann, wurde darauf geachtet, dass die Umsetzung der therapeutischen Ziele jeweils nicht nur in einer, sondern in mehreren Sitzungen erfolgt.

5.1.6 Festlegung der Reihenfolge

Die Reihenfolge der Sitzungen orientiert sich ebenfalls an dem Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S. Es werden drei Hauptphasen des Trainings festgelegt.

Im ersten Teil steht, analog zu der Phase der Wahrnehmung (und den Stufen 1-3 von Dodge), die Wahrnehmungsförderung im Vordergrund. In diesen Sitzungen soll sowohl die Fähigkeit zu Selbstwahrnehmung und Gefühlsregulation gefördert werden als auch die Fähigkeit zur Fremdwahrnehmung, Perspektivenübernahme und Empathiefähigkeit.

Der zweite Teil (Phase der Handlungsplanung und Stufen 4 und 5 nach Dodge) hat das Ziel, die Handlungsplanung zu optimieren, indem Problemlösefertigkeiten und Handlungsalternativen mit Hilfe von Rollenspielen erweitert oder aufgebaut werden.

Im letzten Abschnitt, analog zu der Phase der Handlungsausführung, also der 6. Stufe von Dodge, werden motivationale Aspekte berücksichtigt, die dazu beitragen, dass vorhandene und neu erworbene sozial kompetente Handlungsalternativen auch zur Ausführung kommen. Mit Hilfe von kognitiven Methoden sollen Strategien erworben werden, um Angst zu überwinden, den Selbstwert zu steigern und Selbstwirksamkeit zu erleben.

Tabelle 19: Themen der Sitzungen

3 Hauptteile	Sitzungen	Ziele
Wahrnehmung	1. Kennenlernen	Selbst-/Fremdwahrnehmung Empathieförderung Emotionsregulation
	2. Bedürfnisse / Gefühle	
	3. Gefühle / Frust / Wut	
Handlungsplanung	4. Reden / Kommunikation	Erweiterung der Handlungskompetenz Problemlösefertigkeiten Aktivierung von Wissen
	5. Freundschaft	
	6. Provokation	
	7. Streit	
Handlungsdurchführung (motivationale Aspekte)	8. Mut	Selbstwirksamkeitserwartung Motivationssteigerung Festigung
	9. Stärken / Schwächen	
	10. Wiederholung / Abschied	

5.1.7 Festlegung der Altersgruppe

Als Zielgruppe für das Therapieprogramm wurden Kinder zwischen zweiter und fünfter Klasse festgelegt. Einfluss auf diese Entscheidung nahmen sowohl klinisch/therapeutische Erfordernisse als auch theoretische Überlegungen. Entwicklungsaufgaben von Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren bestehen nach Havighurst (1956, 1982) in der Entwicklung von sozialer Kooperation, Selbstbewusstsein, Erwerb von Kulturtechniken, Spielen und Arbeiten im Team. Die erfolgreiche Bewältigung der Aufgaben stellt eine wichtige Voraussetzung für die weitere Entwicklung dar und steigert das Wohlbefinden des Kindes. Eigene Beobachtungen in der klinischen Praxis zeigen einen auffallend hohen Bedarf an Training sozialer Fertigkeiten in der genannten Lebensphase auf, der sicherlich im Zusammenhang damit steht, dass die Kinder mit AD(H)S bei Eintritt in die Schule mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert sind und es oftmals eine deutliche Überforderung darstellt, die Masse an komplexen und zum Teil widersprüchlichen Informationen zeitgleich zu verarbeiten und somit auch im Kontext ihrer Mitmenschen angemessen zu reagieren. Der erstmals auftretende Leistungsdruck führt bei den Eltern dazu, sich um therapeutische Unterstützung für ihre Kinder zu bemühen. Da es sich somit für den sozialen Bereich um eine sehr kritische Lebensphase handelt, wurde das Altersspektrum dementsprechend festgelegt. Die Entscheidung, in der Regel erst Kinder aus der zweiten Klasse teilnehmen zu lassen, geschah in erster Linie aus praktischen Gründen, da viele Inhalte des Therapieprogramms auch schriftlich festgehalten werden sollen und die Schreibfähigkeiten bei Kindern der ersten Klasse in der Regel zu schwach sind, sodass die Gruppe in diesem Aspekt zu inhomogen wäre.

5.1.8 Erstellung eines Manuals

Um den praktischen Nutzen für die Therapeuten zu erhöhen und eine einheitliche Umsetzung therapeutischer Interventionen zu ermöglichen, wurde ein vorläufiges Manual des Trainings erstellt, welches bislang lediglich als Arbeitsmaterial dient und noch nicht den Kriterien von Vollständigkeit genügt. Es besteht aus drei Hauptteilen:

Im ersten Teil werden im Rahmen einer allgemeinen Einleitung die Grundzüge des Trainings vorgestellt, sodass die Therapeuten einen ersten Überblick über Abläufe, Themen und sitzungsübergreifende Elemente des Trainings, wie beispielsweise Teamexpertenpunkte, Moderationstier, Hausaufgaben und Ähnliches erhalten. Ausführlich wird in diesem Teil auch der sich jeweils wiederholende Rahmen der Sitzungen beschrieben.

Im zweiten Teil folgen dann differenzierte Sitzungsbeschreibungen, die praxisorientiert aufgebaut sind. Nach einer Tabelle, die einen Überblick über Ziele, Methoden, Materialien, Arbeitsblätter gibt und Hinweise zur Vorbereitung der jeweiligen Sitzung enthält, sind die Inhalte der Sitzung kurz zusammengefasst. Nach dieser Einleitung folgt die genaue Beschreibung der einzelnen Interventionen innerhalb der Sitzung. Die einzelnen Interventionen sind durch Überschriften voneinander abgegrenzt. Die Beschreibung der Interventionen erfolgt auf zwei Ebenen, die sich optisch in zwei Spalten

widerspiegeln. Die erste Spalte enthält wörtliche Instruktionsvorschläge, während in der zweiten Spalte Handlungsanweisungen und Hinweise für den Umgang mit kritischen Therapiesituationen aufgeführt werden. Um die Übersichtlichkeit über verschiedene Interventionsformen zu erhöhen, sind die Methoden durch folgende Symbole gekennzeichnet:

Abbildung 7: Symbole innerhalb der Sitzungsbeschreibungen

	Rederunde (Gesprächskreis)
	Wörtliche Instruktion des Therapeuten
	Handlungsanweisung für den Therapeuten
	Arbeitsblatt
	Spiele / Wettkämpe
	Rollenspiel / Theater
	Kreativaktion

Im dritten Teil des Manuals befinden sich Kopiervorlagen für alle Arbeitsblätter und andere Materialien, die in den verschiedenen Sitzungen zur Anwendung kommen.

5.1.9 Erstellung der Materialien

Auch die Erstellung der Materialien orientiert sich an praktischen Gesichtspunkten. Sie sind so entwickelt, dass sie ohne große Anschaffung von jeder Einrichtung genutzt werden können, die die Möglichkeit hat, Kopien zu erstellen und über eine übliche „Büroausstattung“ mit Stiften, Klebstoff, Scheren, Fingerfarben und weißem und farbigem Papier verfügt.

Zu den Materialien gehören in erster Linie der Teamexpertenpass, der im nächsten Abschnitt beschrieben wird und die Arbeitsblätter. In jeder Sitzung erhalten die Kinder mindestens ein Arbeitsblatt, auf dem die wichtigsten Lerninhalte der Stunde von den Kindern gemeinsam zusammengefasst und aufgeschrieben werden. Dies dient sowohl der Wiederholung und Festigung als auch dazu, die Inhalte den Eltern transparent zu machen. Die Arbeitsblätter sind so konzipiert, dass die Kinder nur wenig schreiben müssen, sodass es auch bei Kindern mit Rechtschreibproblemen zu keiner Überforderung kommt. Sollten einzelne Kinder dennoch überfordert sein, so erhät der Therapeut im Manual die Anweisung, entweder die Antworten vorzuschreiben oder das Schreiben für das entsprechende Kind komplett zu übernehmen.

Arbeitsblätter und Teamexpertenpass sind illustriert mit fröhlichen Kinderbildern, die die Motivation erhöhen sollen. Die Praxis zeigt, dass die Kinder diese Bilder gerne anmalen.

5.2 Theoretische Fundierung der Interventionen

Das Therapieprogramm TEAM basiert auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen, da sich diese sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft als gut und effektiv erwiesen haben.
Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Interventionen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist empirisch, gerade auch im Vergleich zu anderen Therapieformen, vielfach belegt, wie diverse Studien und Metaanalysen zeigen (z.B. Weisz, Weisz, Han, Granger & Morton, 1995).
Aus der Vielzahl verhaltenstherapeutischer Interventionen wurden ebenfalls empirisch bewährte Methoden ausgewählt.

Operante Verfahren

Da kontingente positive Verstärkung das aussichtsreichste Verfahren zum raschen Aufbau von neuem Verhalten darstellt (Esser, 2005), wird sozial kompetentes Verhalten durch den Einsatz diverser Interventionen verstärkt. Wie Werry und Wollersheim (1989) in ihrem Überblickartikel zeigen, ist die Wirksamkeit operanter Methoden unumstritten. In verschiedenen Meta–Analysen konnten Effektstärken von δ=0.78 bzw. δ=1.69 nachgewiesen werden (Hungerige & Borg–Laufs, 2006), womit operante Methoden zu den wirkungsvollsten Interventionen der Kinder- und Jugendpsychotherapie gehören.

Sitzungsübergreifend haben die Kinder im Rahmen eines Tokensystems die Möglichkeit, für sozial kompetentes Verhalten „Teamexpertenpunkte“ zu erlangen, die im Teamexpertenpass gesammelt werden und am Ende des Trainings auf ihrer Urkunde zum Teamexperten erscheinen. Zum Abschluss jeder Sitzung werden die erreichten Punkte in Spielminuten eingetauscht. Auch im Rahmen verschiedener Verhaltensübungen (Wettkämpfe oder Rollenspiele) werden angemessene Verhaltensweisen durch Lob oder Punktevergabe gezielt hervorgehoben. So erhalten die Kinder beispielsweise in dem Richterspiel der Sitzung zum Thema Reden von den anderen Kindern (den Richtern) Punkte, wenn sie als „guter Redner“ laut und deutlich gesprochen, ihr Gegenüber angesehen und auch gestikuliert haben. Auch in anderen Spielen, wie dem Bedürfnisdetektivspiel aus der Sitzung zum Thema Gefühle und Bedürfnisse, wird sozial kompetentes Verhalten neben dem Lob durch die Vergabe von Punkten belohnt.

Kognitive Umstrukturierung

Mit dem Ziel, zugrunde liegende Einstellungen und Erwartungen zu ändern, kommen kognitive Methoden zum Einsatz. Während die Wirksamkeit kognitiver Umstrukturierung im Erwachsenenalter vielfach nachgewiesen werden konnte, wurden im Kinder- und Jugendbereich bislang deutlich weniger Evaluationsstudien publiziert. In der Metaanalyse zur Wirkung kognitiver Interventionen von Durlack, Fuhrman und Lampman (1991) konnte gezeigt werden, dass kognitive Methoden auch im Kinder- und Jugendbereich wirksam sind, die Wirksamkeit jedoch in Abhängigkeit vom Alter der Kinder deutlich

variiert. So zeigte sich die höchste Wirksamkeit bei Kindern zwischen 11 und 13 Jahren (Effektstärke: δ=0.92), gefolgt von der Wirksamkeit bei Kindern zwischen 7 und 11 Jahren (Effektstärke: δ=0.55). Bei jüngeren Kindern war die Wirksamkeit deutlich niedriger. Kognitive Umstrukturierung kommt unter anderem in der Sitzung zum Thema Mut im Rahmen des Baumstammspieles zur Anwendung, bei dem Kinder als Selbstverbalisation „Sätze gegen die Angst“ generieren und anwenden sollen. In der Sitzung zum Thema Stärken und Schwächen werden negative Einstellungen gegenüber eigenen Fähigkeiten durch das Sammeln von Stärken und Schwächen revidiert. Sitzungsübergreifend soll es durch die „Ausbildung zum Teamexperten“ zur Steigerung der Selbstwirksamkeit kommen.

Rollenspiele / Beobachtungslernen

Eine weitere wichtige Intervention ist der Einsatz von Rollenspielen, worauf in vielen Trainings zurückgegriffen wird. Diese Methode ist besonders deswegen so gut geeignet, weil sie an dem natürlichen Bedürfnis der Kinder nach „Spielen“ ansetzt und daher hohe Therapiemotivation schafft. Ein zentraler Wirkfaktor ist das Beobachtungslernen, was nach Bandura (1986) einer der drei wichtigen Lernfaktoren bei sozialem Lernen darstellt. Während des Rollenspiels werden reale Situationen simuliert, sodass ein Transfer in den Alltag erleichtert wird. Da diese Methode nur selten isoliert verwendet wird, lässt sich die Effektivität nur schwerlich empirisch belegen (Linderkamp, 2001a). Hungerige und Borg–Laufs (2006) weisen darauf hin, dass Rollenspiele im Rahmen von Problemlösetrainings sehr effizient sind und Langzeiteffekte bei der Einübung prosozialen Verhaltens durch Rollenspiele nachgewiesen werden konnten. Ferner betonen sie, dass zwar noch hoher Forschungsbedarf in Bezug auf Wirksamkeit des Rollenspiels als isolierte Methode besteht. Empirische Einigkeit existiert darin, dass das zugrunde liegende Lernen am Modell eine sehr wirksame Methode in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen darstellt.

Im Training TEAM findet das Rollenspiel in diversen Sitzungen Anwendung. So werden in der Sitzung zum Thema Freunde Szenen zur Kontaktaufnahme mit anderen Kindern gespielt. In den Sitzungen zu den Themen Provokation und Streit werden Konfliktszenen und Lösungen im Rollenspiel dargestellt, und in der Sitzung zum Thema Reden spielen die Kinder sowohl einen „guten“ als auch einen „schlechten“ Redner. Sitzungsübergreifend sollen die Kinder von dem Therapeuten und im Idealfall auch von den anderen Kindern am Modell sozial kompetentes Verhalten lernen, was bei heterogenen Diagnosen noch begünstigt wird.

Therapeutische Hausaufgaben

Mit dem Ziel des Alltagstransfers erhalten die Kinder passend zu den Inhalten der einzelnen Sitzungen Miniaufgaben, die sie zuhause gemeinsam mit ihren Eltern erledigen sollen. Nach Bellingrath und Brack (2001) konnten zahlreiche Einzelfallstudien die Wirksamkeit therapeutischer Hausaufgaben, gerade auch bei Kindern mit AD(H)S, belegen.

Tabelle 20: Therapeutische Methoden und Interventionen

Therapeutische Methoden	Interventionen im Training TEAM
Operante Methoden	Sitzungsübergreifend: Tokensystem: Teamexpertenpunkte Lob für sozial kompetentes Verhalten Im Rahmen einzelner Sitzungen: Sitzung Reden: Richterspiel Sitzung Bedürfnisse: Bedürfnisdetektivspiel
Rollenspiele / Beobachtungslernen	Sitzungsübergreifend: Therapeuten Modell Kinder als Modell Im Rahmen einzelner Sitzungen: Sitzung Freunde: Rollenspiel: Kontaktaufnahme Sitzung Provokation: Rollenspiel: Konfrontation Sitzung Streit: Rollenspiel: Lösungen Sitzung Reden: Rollenspiel Richter – Guter Redner
Kognitive Umstrukturierung	Sitzungsübergreifend: Ausbildung zum Teamexperten Im Rahmen einzelner Sitzungen: Sitzung Mut: Baumstammspiel: Angstkillergedanken Sitzung Stärken / Schwächen: Sammlung Sitzung Abschied: Verteilen von Orden und Teamexpertenurkunden
Therapeutische Hausaufgaben	Sitzungsübergreifend: Miniaufgaben im Teamexpertenpass

5.2.1 Interventionen zur Umsetzung der therapeutischen Ziele

Um eine konkretere Vorstellung über die Interventionen zu bekommen, mit denen die therapeutischen Ziele erreicht werden sollen, werden die Hauptinterventionen im Folgenden beschrieben. Mit dem Ziel, die Aufmerksamkeitsfokussierung zu erleichtern und somit soziales Lernen überhaupt erst zu ermöglichen, wurden die meisten Interventionen in Form von interessanten Spielen oder Wettkämpfen entwickelt. Die Ideen hierfür entstanden während langjähriger Arbeit mit Kindern. Teilweise wurden bekannte Kinderspiele, wie beispielsweise das Spiel: „Ich packe meinen Koffer“ bei der Anfangsrunde oder „Obstsalat“ bei „Alle die…“ zu psychotherapeutischen Zwecken umgewandelt und umbenannt. Die überwiegende Mehrheit der Interventionen wurde jedoch eigens für dieses Therapieprogramm kreiert.

Der Übersicht halber gliedert sich die Darstellung anhand der Ziele. Wichtig ist allerdings zu erwähnen, dass diese Trennung künstlicher Natur ist und die Interventionen stets mehrere Ziele verfolgen.

5.2.1.1 Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung

Übung: Anfangsrunde

Die Anfangsrunde wird als Ritual immer zu Beginn der Therapiestunde durchgeführt. Es nehmen alle Kinder und Therapeuten aktiv an der Übung teil.

> **Übung: Anfangsrunde**
> Die Kinder und Therapeuten sitzen im Stuhlkreis. Nacheinander ist jeder an der Reihe, drei Punkte zu nennen:
> 1. Den Namen
> 2. Wie es ihm heute geht und
> 3. warum
>
> Nachdem das erste Kind diese drei Punkte beantwortet hat,
> haben die nachfolgenden Kinder darüber hinaus die Aufgabe, die Aussagen aller Kinder, die vor ihnen an der Reihe waren, zu wiederholen.

Durch die Anfangsrunde lernen die Kinder, ihr eigenes Befinden und ihre Emotionen wahrzunehmen und diese zu benennen. Somit wird eine wichtige Voraussetzung zur gesunden Entwicklung der Emotionsregulation gefördert. Darüber hinaus haben die Kinder die Aufgabe, ihre Aufmerksamkeit auf die anderen Kinder und deren Befindlichkeiten zu richten, wodurch nicht nur die Selbstwahrnehmung, sondern auch die Fremdwahrnehmung gefördert wird. Die Wahrnehmung von Wünschen und Bedürfnissen der Mitmenschen ist auch für die Entwicklung der Empathiefähigkeit und der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme von großer Bedeutung. Unabhängig davon bekommen die Kinder durch diese Aufgabe Übung, frei vor anderen Kindern zu sprechen. Dies fördert die Selbstsicherheit. Der Aspekt, dass die Kinder sich die Aussagen der anderen Kinder merken sollen, fördert darüber hinaus auch die Gedächtnisleistung. Durch die Tatsache, dass sie selber an die Reihe kommen, um die Aussagen der anderen Kinder zu wiederholen, wird es den Kindern erleichtert, die Aufmerksamkeit auch wirklich auf die Aussagen der anderen Kinder zu lenken. Da es den meisten Kindern wichtig ist, sich nicht zu blamieren, interpretieren sie die Situation als persönlich bedeutsam.

Zusammenfassend werden durch die Anfangsrunde also neben der Selbst- und Fremdwahrnehmung auch Aspekte der Emotionsgregulation, Selbstsicherheit, Empathieförderung und Perspektivenübernahme gefördert.

Übung: Spiel „Alle die…“

Bei dem Spiel Alle die… handelt es sich um eine Aufgabe, bei der die Kinder sowohl auf sich selber als auch auf die anderen Kinder achten müssen.

Übung: Alle die…

Es handelt sich um ein Gruppenspiel, das ab vier Personen gespielt werden kann. Alle Kinder sitzen in einem Stuhlkreis, in dem ein Stuhl zuwenig steht, sodass ein Kind keinen Sitzplatz hat. Dieses Kind stellt sich in die Mitte, es kann erst dann einen Sitzplatz bekommen, wenn die anderen Kinder ihre Plätze wechseln müssen. Damit dies geschieht, benennt das Kind irgendetwas, was zu ihm passt (eine Eigenschaft, ein Hobby, Anzahl der Geschwister, Lieblingsessen…), und bittet alle Kinder, die dies mit ihm teilen, die Plätze zu wechseln. Sobald die anderen Kinder dann aufstehen, um sich einen neuen Platz zu suchen, versucht das Kind aus der Mitte, schnell selber einen Platz zu ergattern, sodass in der Folge ein anderes Kind in der Mitte steht und dann seinerseits etwas nennt, das zu ihm passt. Ziel ist es also, möglichst schnell einen neuen Platz gefunden zu haben, wobei es verboten ist, wieder auf den alten Platz zu gehen.

Die Herausforderung, vor die die Kinder gestellt sind, besteht darin, ihr Augenmerk zum einen auf eigene Eigenschaften zu lenken, womit die Selbstwahrnehmung geschult wird, und zum anderen, auf die anderen Kinder zu achten, wodurch die Fremdwahrnehmung gefördert wird.

Das Kind in der Mitte muss die Aufmerksamkeit zunächst auf sich selber lenken, indem es etwas „Typisches“ von sich nennen soll, womit neben der Selbstwahrnehmung auch die Identitätsentwicklung unterstützt wird. Die Kinder, die im Kreis sitzen, müssen sowohl ihre Aufmerksamkeit auf das Kind lenken, das in der Mitte steht, als auch auf sich selber, indem sie prüfen, ob sie selber zu der genannten Personengruppe gehören. Der Wettkampfcharakter, der dadurch entsteht, dass die Kinder versuchen, möglichst schnell zu reagieren, um wieder einen Stuhl zu „ergattern“, lässt die Situation für die Kinder persönlich relevant erscheinen, sodass die Aufmerksamkeitsfokussierung erleichtert ist.

Übung: „Plus- und Minushände“

Mit dem Ziel, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erkennen und auch die von anderen Kindern wahrzunehmen und zu benennen, wird die Übung Plus- und Minushände durchgeführt:

Übung: Plus- und Minushände

Für diese Übung malen die Kinder zunächst den Umriss ihrer beiden Hände auf jeweils ein unterschiedlich farbiges Papier. Sie schneiden die Hände aus, schreiben jeweils ihren Namen darauf und malen in die eine Handfläche ein Plus und in die andere Handfläche ein Minus. Zunächst nehmen die Kinder die Hand mit dem Minus und schreiben jeweils in einen Finger, was sie noch nicht so gut können bzw. was sie noch üben müssen (Schwächen). Im zweiten Schritt werden die Hände mit dem Plus weiter gegeben, und jedes Kind schreibt jeweils eine gute Eigenschaft oder Fähigkeit zu jedem der anderen Kinder in die Finger der jeweiligen Hand. Am Ende bekommt jedes Kind seine Plushand mit den positiven Rückmeldungen der anderen Kinder wieder und darf die Inhalte vorlesen und ergänzen.

Durch diese Übung lernen die Kinder, zunächst ihre eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen und diese zu benennen. Da die Anzahl der Nennungen durch die Anzahl der Finger, in die geschrieben werden kann, festgelegt ist, wird verhindert, dass die Kinder extrem unterschiedlich viele Nennungen haben. Sie sollen durch die Übung lernen, dass Alle Schwächen haben, sodass sie auch die eigenen Schwächen besser akzeptieren können. Im zweiten Schritt werden die Kinder gezwungen, die anderen Kinder mit ihren Stärken differenziert wahrzunehmen, wodurch die Fremdwahrnehmung gefördert wird. Da sie sich gegenseitig positives Feedback geben sollen, wird die Fähigkeit zu prosozialem Verhalten gefördert. Dadurch, dass jedes Kind Anerkennung von den anderen Kindern erhält, wird der Selbstwert positiv beeinflusst.

Zusammenfassend werden durch die Übung also nicht nur die Selbst- und Fremdwahrnehmung gefördert, sondern auch prosoziales Verhalten und der Selbstwert.

5.2.1.2 Förderung der Perspektivenübernahme und Empathiefähigkeit

Übung: „Rätselmalen“

Mit dem Ziel, dass die Kinder sich und die anderen Kinder besser kennenlernen, wird die Übung Rätselmalen durchgeführt:

> **Übung: Rätselmalen**
> Beim Rätselmalen werden die Kinder in Zweiergruppen eingeteilt und bekommen die Aufgabe, sich gegenseitig über ihre Eigenschaften, Hobbys und Besonderheiten zu interviewen. Sie sollen dann jeweils ein Bild malen, auf dem sie die besonderen Kennzeichen ihres Interviewpartners darstellen. Sie werden darauf hingewiesen, dass sie das Interview sehr leise durchführen sollen, da es sich hierbei um Geheimnisse handelt, die die anderen Gruppen zunächst nicht hören sollen. Sind alle Zweiergruppen mit dem Malen fertig, so trifft sich die Gruppe wieder im Stuhlkreis und die Bilder werden verdeckt in der Mitte des Kreises ausgebreitet. Nacheinander deckt der Therapeut eines der Bilder auf, und die Kinder der Gruppe sollen nach einer Beschreibung des Bildes raten, wessen Kennzeichen und Eigenschaften auf dem Bild dargestellt sind.

Durch diese Übung wird die Fähigkeit trainiert, die Aufmerksamkeit besonders auch in einer 1:1-Situation auf sein Gegenüber zu richten, um ihm zuzuhören. Die Herausforderung für die Kinder ist es, sich soweit in die andere Person hinein zu versetzen, dass eingeschätzt werden kann, welche Details aus den Erzählungen besonders relevant sind, sodass sie es Wert sind, gemalt zu werden. Somit wird durch diese Übung in erster Linie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Empathiefähigkeit gefördert. Darüber hinaus werden auch in dieser Übung Selbstwahrnehmung und Kommunikationsfähigkeiten geschult, indem die Kinder Aussagen über sich und ihre Eigenschaften treffen müssen.

Zusammenfassend werden neben Empathiefähigkeit und Perspektivenübernahme auch Aspekte der Selbstwahrnehmung und Kommunikationsfähigkeiten gefördert.

Übung: „Bedürfnisdetektivspiel“

Mit dem Ziel, eigene Bedürfnisse und die Bedürfnisse Anderer besser einschätzen zu lernen, wird das Gruppenspiel Bedürfnisdetektivspiel durchgeführt:

Übung: Bedürfnisdetektivspiel

Für das Bedürfnisdetektivspiel sitzen alle Gruppenteilnehmer in einem Kreis. Es werden insgesamt zwei Runden gespielt. In jeder der Runden erhält nacheinander jedes Kind jeweils einmal die Rolle des Erzählers, während alle anderen Teilnehmer Bedürfnisdetektive sind. Der Erzähler hat die Aufgabe zu unterschiedlichen Themen (1. Runde: „Das brauche ich, damit es mir gut geht“, 2. Runde: „Das kann ich tun, damit es Anderen gut geht“) drei Aussagen zu treffen, von denen eine eine Lüge ist. Nachdem der Erzähler die drei Aussagen getroffen hat, werden die anderen Kinder zu Bedürfnisdetektiven, die herausfinden, welche der Aussagen für den Erzähler zutreffen und welche der Aussagen die Lüge ist. Die Kinder geben nacheinander ihren Tipp ab, wobei der Erzähler noch keine Hinweise bezüglich der Richtigkeit geben darf. Am Ende der Runde lüftet er das Geheimnis und alle Kinder, die die Lüge identifiziert haben, bekommen einen Punkt. Nacheinander nehmen alle Kinder die Rolle des Erzählers ein, sodass jedes Kind in der ersten Runde über seine Bedürfnisse erzählt und dann in der zweiten Runde Aussagen darüber treffen muss, was es selber tun kann, damit die Bedürfnisse Anderer erfüllt werden können.

Durch das Bedürfnisdetektivspiel sind die Kinder erneut aufgefordert, ihre Aufmerksamkeit auf die anderen Kinder zu richten und diese somit wahrzunehmen. Ihre Aufgabe als Bedürfnisdetektiv ist es, sich die Aussagen der anderen Kinder genau anzuhören, sich in das erzählende Kind hineinzuversetzen, um dann einschätzen zu können, welche der Aussagen wohl nicht auf das Kind zutreffen. Hierbei wird somit die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Empathiefähigkeit gefördert. Sobald das Kind in der Rolle des Erzählers ist, steht es vor der Herausforderung, seine eigenen Bedürfnisse zu identifizieren und diese zu benennen, womit auch Selbstwahrnehmung und Kommunikationsfähigkeiten gefördert werden. Durch die Tatsache, dass jedes Kind jeweils zu den Aussagen der anderen Kinder Stellung nehmen muss, wird die Aufmerksamkeitsfokussierug erleichtert. Mit dem Ziel, möglichst viele Punkte zu erreichen, indem die Aussagen der anderen Kinder richtig eingeschätzt werden, ist es für die Kinder persönlich relevant, den anderen zuzuhören. Während die Kinder in der ersten Runde Aussagen über eigene Bedürfnisse treffen müssen, womit auch Aspekte der Emotionsregulation beeinflusst werden, ist es Aufgabe der zweiten Runde, Aussagen darüber zu treffen, was sie tun können, damit es Anderen gut geht. Mit dieser Aufgabe wird gezielt vorhandenes Wissen über sozial kompetente Verhaltensweisen aktiviert. Durch das Hören der Vorschläge der anderen Kinder erhalten die Kinder Hinweise, wie

ihr eigenes Verhaltensrepertoire an sozial kompetenten Verhaltensweisen erweitert werden kann.

Zusammenfassend werden durch das Bedürfnisdetektivspiel neben der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Empathie auch Aspekte der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Aufmerksamkeitsfokussierung und Kommunikationsfähigkeit gefördert und das Verhaltensrepertoire an sozial kompetenten Verhaltensweisen erweitert.

5.2.1.3 Förderung der Emotionsregulation

Übung: „Gefühlspantomime“

Mit dem Ziel, die Emotionsregulation der Kinder zu verbessern, sollen diese zunächst diverse Gefühle kennenlernen. Zu diesem Zweck wird die Übung: Gefühlspantomime mit den Kindern durchgeführt.

Übung: Gefühlspantomime
Die Kinder sitzen im Halbkreis. Die offene Seite des Kreises wird zur Bühne erklärt. Nacheinander darf jedes Kind einmal die Bühne betreten und zwei Gefühle vorspielen, die es vorher aus einer Sammlung von Karten mit Gefühlen gezogen hat. Die übrigen Kinder sind Detektive und dürfen erraten, welche Gefühle gespielt werden. Für jedes erratene Gefühl bekommen sie einen Punkt! Der Therapeut lässt die Kinder jeweils eine rote Karte ziehen, auf der ein negatives Gefühl steht, und eine gelbe Karte, auf der ein positives Gefühl steht.

Mit Hilfe der Gefühlspantomime lernen die Kinder eine breite Vielfalt von Gefühlen kennen mit dem Ziel, diese auch bei sich selber zu erkennen und eigene Emotionen differenzierter wahrzunehmen. Durch das Spiel lernen sie, ihren Emotionen Ausdruck zu verleihen. Da die Emotionen pantomimisch, also ohne Worte dargestellt werden, sind die beobachtenden Kinder gezwungen, sehr genau auf Veränderungen von Mimik und Gestik zu achten, womit zusätzlich die Fremdwahrnehmung gefördert wird. Durch die Vergabe von Punkten für die Kinder, die die Gefühle am schnellsten erraten haben, wird den Kindern ein Anreiz geschaffen, der die Aufmerksamkeitsfokussierung erleichtert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch die Gefühlspantomime nicht nur die Emotionsregulation, sondern auch Fremdwahrnehmung und Aufmerksamkeitsfokussierung gefördert werden.

Übung: „Wutbilder“

Mit dem Ziel, den Umgang mit negativen Gefühlen wie Wut zu erleichtern, werden Wutbilder erstellt:

> **Übung: Wutbilder**
> Nach einer kurzen Einführung zum Thema Wut sollen sich die Kinder zunächst an Situationen erinnern, die sie sehr wütend gemacht haben. Sie bekommen dann die Aufgabe, mit Fingerfarben ein Bild zu gestalten, das zu dieser Wut passt. Sobald die Wutbilder erstellt sind, werden diese in der Gruppe gezeigt und gemeinsam überlegt, was gute und schlechte Möglichkeiten sind, Wut auszudrücken. Die Kinder sollen im nächsten Schritt überlegen, wie es ist, wenn die Wut wieder nachlässt, und auch diesen Zustand mit Fingerfarben zu Papier bringen.

Mit Hilfe der Wutbilder erhalten die Kinder die Möglichkeit, einer negativen Emotion wie Wut auf sozial akzeptierte Art und Weise Ausdruck zu verleihen. Damit sich die Kinder nicht nur auf kognitiver Ebene mit diesem Gefühl auseinandersetzen, sondern dieses auch empfunden wird, wird die Arbeit mit Fingerfarben gewählt. Durch die sehr basale Art, die Wut darzustellen, werden die Empfindungen aktualisiert und dadurch wieder erlebt. Im Sinne einer Habituation sollen die Kinder lernen, dieses negative Gefühl auszuhalten.

Durch die Reflektion verschiedener Möglichkeiten Wut auszudrücken, lernen die Kinder sozial kompetente Ausdrucksformen von solchen zu unterscheiden, die langfristig eher zu sozialer Ablehnung führen. Durch die Sammlung sozial akzeptierter Ausdruckformen soll das Verhaltensrepertoire der Kinder erweitert werden.

Zusammenfassend wird durch die Gefühlspantomime neben der Förderung der Emotionsregulation auch das Verhaltensrepertoire an sozial kompetenten Verhaltensweisen erweitert.

Übung: „Wutstern“

Mit dem Ziel, negative Gefühle besser zu regulieren, wird die Übung Wutstern durchgeführt.

Übung: Wutstern

Während die Kinder in einem Stuhlkreis sitzen, liegt in der Mitte ein „Wutanfall“ in Form eines auf rotem Papier ausgedruckten Sterns mit ca. 7-8 Zacken. Aufgabe der Kinder ist es, zunächst Situationen zu sammeln und aufzuschreiben, in denen die Kinder ärgerlich oder wütend waren. Sobald alle Zacken beschrieben sind, überlegen die Kinder, was sie tun können, damit es ihnen in den jeweiligen Situationen besser geht. Nach einer generellen Sammlung von Möglichkeiten für den Umgang mit Wut und Ärger wird in der Gruppe gemeinsam für jede Situation eine Lösungsmöglichkeit erarbeitet. Der Therapeut hat im Vorfeld aus einem weiteren Blatt die Zacken des Wutanfalls ausgeschnitten und deckt, nachdem er diese mit Lösungsmöglichkeiten beschrieben hat, den „Wutanfall“ „Zacke für Zacke“ zu.

Durch die gemeinsame Erarbeitung von angemessenen und hilfreichen Umgangsformen mit Wut oder anderen negativen Gefühlen sollen die Kinder merken, dass sie ihrer Wut nicht hilflos ausgeliefert sind, sondern es durchaus Möglichkeiten gibt, die negativen Emotionen zu regulieren. Durch die Sammlung von Lösungsmöglichkeiten wird zunächst das vorhandene Wissensrepertoire zum Umgang mit Wut aktiviert und die Kinder erhalten neue Ideen zur Kompensation von Wut und Ärger. Das zur Verfügung stehende Verhaltensrepertoire wird dadurch erweitert.

Zusammenfassend soll durch diese Übung neben der Förderung der Emotionsregulation auch das Verhaltensrepertoire an sozial kompetenten Verhaltensweisen erweitert werden.

Übung: „Baumstammspiel“

Mit dem Ziel, den Umgang mit (sozialen) Ängsten zu erleichtern, wird das Baumstammspiel durchgeführt.

Übung: Baumstammspiel

Bevor das Baumstammspiel durchgeführt wird, wird den Kindern erklärt, dass sie in dem Spiel lernen können, sich selber Mut zu machen. Die Kinder werden in dem Spiel zu „Baumstämmen“, die sich von einem Stuhl oder einem Tisch runterkippen dürfen, und dann von der Gruppe aufgefangen werden. Um kein Risiko einzugehen, darf das Baumstammspiel nur dann durchgeführt werden, wenn zwei Therapeuten anwesend sind und die Gruppe gut führbar ist. Zunächst lernen die Kinder, Körperspannung aufzubauen, indem sie sich so hinstellen, als wären sie ein Baumstamm (fest und gerade). Wenn es alle geschafft haben, mit hoher Körperspannung zu stehen (alle Muskeln angespannt), wird ihnen das Baumstammspiel erklärt: „Das Baumstammkind“ stellt sich auf einen Stuhl oder Tisch, während sich die übrigen Kinder und Therapeuten in zwei Reihen vor das Kind stellen und ihre Arme so in einander verschränken, (Technik ist im Manual beschrieben), dass sie eine tragfähige Fläche bilden. Nachdem die Körperspannung des Baumstammkindes nochmals überprüft wurde, fragt es die Gruppe, ob sie bereit wäre, und darf sich dann auf die Gruppe hinunterkippen, sodass es aufgefangen wird. Nachdem alle Kinder, die wollten, einmal Baumstamm waren, erfolgt die Reflektion in der Gruppe, in der die Kinder einschätzen sollen, wie groß ihre Angst war (Skala 1-10) und welche Befürchtungen (Angstgedanken) sie hatten. Es werden dann mutmachende Gedanken gesammelt und aufgeschrieben, von denen sich die Kinder einen Gedanken merken sollen, der ihnen am hilfreichsten erscheint. Die Übung wird dann identisch zur ersten Runde wiederholt mit der Ergänzung, dass sie vor dem Fallenlassen den mutmachenden Satz sagen sollen. Nach der Runde wird dann wieder die Angststärke eingeschätzt.

Mit dem Baumstammspiel sollen die Kinder lernen, Ängste zu überwinden. Da alle Kinder Angst haben, sich fallen zu lassen, merken sie, dass sie mit ihrer Angst nicht alleine sind, sondern Angst eine Emotion ist, die viele Kinder teilen. Dadurch, dass den Kindern Mut gemacht wird, die Angst vor dem Fallenlassen auszuhalten und nicht zu fliehen, setzt möglicherweise bereits eine Form der Habituation ein. Sobald es die Kinder schaffen, ihre Angst zu überwinden und sich fallenzulassen, wird dieses „mutige“ Verhalten sofort dreifach verstärkt, indem sie erleben, aufgefangen zu werden, gelobt zu werden (Belohnung) und zu merken, dass das negative Gefühl der Angst reduziert ist (negative Verstärkung). Dadurch, dass sich die Kinder in der zweiten Runde einen angst-

reduzierenden Satz sagen und hinterher oft feststellen, dass die Angst geringer war, merken sie, dass sie ihre Angst durch entsprechende Kognitionen selber beeinflussen können.

Zusammenfassend lernen die Kinder durch das Baumstammspiel nicht nur, ihre Emotionen zu regulieren, sondern erleben die eigenen Kognitionen als wirkungsvoll, sodass die Selbstwirksamkeitserwartung Stärkung erfährt, was auch den Selbstwert positiv beeinflussen kann.

Übung „Brettspiel“

Mit dem Ziel, den Umgang mit (sozialen) Ängsten zu erleichtern, wird das Brettspiel durchgeführt.

Übung: Brettspiel

Das Brettspiel wird als Alternative zum Baumstammspiel durchgeführt, wenn dieses aufgrund mangelnder Therapeutenanzahl oder Gruppenkonstellation nicht durchgeführt werden kann.
Zunächst lernen die Kinder, Körperspannung aufzubauen, indem sie sich so hinstellen, als wären sie ein Brett (fest und gerade). Sobald es alle geschafft haben, mit hoher Körperspannung zu stehen (alle Muskeln angespannt), wird ihnen das Brettspiel erklärt: „Das Brettkind“ stellt sich in die Mitte vom Kreis und wird von dem Rest der Gruppe eng umstellt. Sobald sich die Gruppe so angefasst hält, dass sie einen geschlossenen Kreis bildet, darf sich das Kind zu allen Seiten kippen und wird von der Gruppe gehalten. Nachdem alle Kinder, die wollten, einmal in der Mitte waren, erfolgt die Reflektion in der Gruppe, in der die Kinder einschätzen sollen, wie groß ihre Angst war (Skala 1-10) und welche Befürchtungen (Angstgedanken) sie hatten. Es werden dann mutmachende Gedanken gesammelt und aufgeschrieben, von denen sich die Kinder einen Gedanken merken sollen, der ihnen am hilfreichsten erscheint. Die Übung wird dann identisch zur ersten Runde wiederholt, mit der Ergänzung, dass sie vor dem „Kippen“ den mutmachenden Satz sagen sollen. Nach der Runde wird dann wieder die Angststärke eingeschätzt.

Mit dem Brettspiel sollen die Kinder lernen, Ängste zu überwinden. Da alle Kinder Angst haben, sich fallen zu lassen, merken sie, dass sie mit ihrer Angst nicht alleine sind, sondern Angst eine Emotion ist, die viele Kinder teilen. Dadurch, dass den Kindern Mut gemacht wird, die Angst vor dem Kippen auszuhalten und nicht zu fliehen, setzt möglicherweise bereits eine Form der Habituation ein. Sobald es die Kinder schaffen, ihre Angst zu überwinden und sich kippen zu lassen, wird dieses „mutige“ Verhalten sofort dreifach verstärkt, indem sie erleben, gehalten zu werden, gelobt zu werden (Belohnung) und zu merken, dass das negative Gefühl der Angst reduziert ist (negative Verstärkung).

Dadurch, dass sich die Kinder in der zweiten Runde einen angst-reduzierenden Satz sagen und hinterher oft feststellen, dass die Angst geringer war, merken sie, dass sie ihre Angst durch entsprechende Kognitionen selber beeinflussen können.

Zusammenfassend lernen die Kinder durch das Brettspiel nicht nur ihre Emotionen zu regulieren, sondern sie erleben auch die eigenen Kognitionen als wirkungsvoll, sodass die Selbstwirksamkeitserwartung Stärkung erfährt, was den Selbstwert positiv beeinflussen kann.

5.2.1.4 Elemente zur Förderung der Handlungskompetenzen

Übung: „Guter / schlechter Redner“

Mit dem Ziel, die kommunikativen Fähigkeiten von Kindern zu fördern, wird die Übung Guter und schlechter Redner durchgeführt:

> **Übung: Guter und schlechter Redner**
> Als Vorbereitung auf das Rollenspiel zum guten und schlechten Redner lernen die Kinder zunächst wichtige Aspekte zum Umgang mit Sprache kennen. Hierbei wird theoretisch eingeführt, wodurch sich 1. die Körperhaltung, 2. der Blick und 3. die Stimme eines guten Redners auszeichnet. Im Rahmen einer Verhaltensübung stellen sich alle Kinder im Kreis auf und spielen in drei Runden 1. die Körperhaltung, 2. den Blick und 3. die Stimme zunächst eines schlechten und dann eines guten Redners.

Mit Hilfe der Übung zum guten und schlechten Redner sollen die Kinder zunächst lernen, die Sprache differenzierter wahrzunehmen. Durch das gemeinsame Ausprobieren der einzelnen Aspekte werden neue sprachliche Kompetenzen erworben, die zunächst in einem geschützten Rahmen ausprobiert werden können.

Zusammenfassend werden durch die Übung Guter und schlechter Redner die Handlungskompetenzen im Bereich der Sprache und die Selbstwahrnehmung gefördert.

Rollenspiel: „Richterspiel“

Ebenfalls mit dem Ziel, die kommunikativen Fähigkeiten der Kinder zu fördern, wird das Rollenspiel unter dem Namen Richterspiel durchgeführt.

Rollenspiel: Richterspiel

Für das Richterspiel setzen sich die Kinder in der Rolle der Richter in eine Reihe nebeneinander. Nacheinander darf eines der Kinder die Rolle des Richters verlassen und die Rolle des Redners einnehmen. Der Redner hat die Aufgabe, eine standardmäßig vorgeschriebene Situation (Pausensituation, in der eine Gruppe von Kindern miteinander spielt und ein weiteres Kind gerne mitspielen möchte) zunächst als schlechter und dann als guter Redner zu meistern. Die Richter entscheiden darüber, ob es das Kind geschafft hat, a) wie ein guter bzw. schlechter Redner zu stehen, b) zu schauen und c) zu sprechen. Im Optimalfall kann ein Kind somit drei Punkte bekommen, wenn es einen schlechten Redner spielt, und drei Punkte, wenn es den guten Redner spielt. Bevor die Kinder die Rolle des Redners einnehmen, spielt der Therapeut modellhaft die Situation als schlechter und als guter Redner.

Im Rahmen des Richterspieles wenden die Kinder das erworbene Wissen über den angemessenen Gebrauch von Sprache praktisch an. Durch die Bewertung durch die Richter wird erwünschtes Verhalten sofort verstärkt. Damit die Kinder lernen, ihr eigenes Verhalten besser wahrzunehmen und reflektieren zu können, spielen die Kinder vor dem „guten Redner“ auch den „schlechten Redner“. Durch die Übung werden ihre Handlungskompetenzen in Bezug auf kommunikative Fähigkeiten gefördert. In der Rolle der Richter haben die Kinder die Aufgabe, das Verhalten des Redners genau wahrzunehmen, um es dann bewerten zu können.

Zusammenfassend werden durch das Richterspiel nicht nur die Handlungskompetenzen verbessert, sondern auch die Fremdwahrnehmung gefördert.

5.2.1.5 Elemente zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires

Rollenspiel: „Freundschaftstheater“

Mit dem Ziel, sozial kompetente Beziehungen zu Anderen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, wird ein Rollenspiel unter dem Namen: Freundschaftstheater durchgeführt.

Rollenspiel: Freundschaftstheater

Nach einer kurzen Einführung in das Thema Freundschaft legt der Therapeut kurze „Drehbücher“ mit Szenen, in denen Kinder versuchen, Freunde zu finden, in die Mitte. Unter den Szenen gibt es welche, in denen sozial kompetente Ideen zum Aufbau von Freundschaften dargestellt werden, und welche, die weniger geeignet sind, aber oft angewendet werden. Jedes Kind darf einmal den Regisseur spielen. Dieses Kind zieht auch das entsprechende Drehbuch und liest es entweder selber vor oder lässt es vorlesen. Der Therapeut entscheidet, wer welche Rolle spielt. Sind alle Rollen verteilt, so sagt der Regisseur, was die einzelnen Kinder zu tun haben, bevor dann die entsprechende Szene gespielt wird. Sobald das Theaterstück beendet ist, sollen die Kinder durch Handzeichen beurteilen, ob in der Szene gute oder schlechte Ideen vorgestellt werden.

Mit Hilfe des Freundschaftstheaters lernen die Kinder diverse Verhaltensalternativen kennen, die sie anwenden können, um Freundschaften aufzubauen, wodurch das zur Verfügung stehende Verhaltensrepertoire erweitert wird. Gleichzeitig stehen die Kinder vor der Herausforderung, die Verhaltensweisen im Hinblick auf Effektivität bzw. soziale Kompetenz zu bewerten, wodurch sich die Reflektionsfähigkeit der Kinder und das Abschätzen zukünftiger Folgen verbessern sollen.

Zusammenfassend wird durch das Freundschaftstheater neben der Erweiterung von Verhaltensalternativen auch die exekutive Funktion des Arbeitsgedächtnisses unterstützt, indem die Kinder Folgen der Verhaltensweisen für die Zukunft abschätzen müssen und somit lernen, ihr Verhalten zu reflektieren.

Rollenspiel: „Wettkampf um die W's“

Mit dem Ziel, auf verbale Provokationen angemessen reagieren zu können, wird das Rollenspiel Wettkampf um die W's durchgeführt:

Rollenspiel: Wettkampf um die „W's“

Bevor das Rollenspiel Wettkampf um die „W's“ durchgeführt wird, werden die drei „W's“ eingeführt. Hierbei handelt es sich um drei W-Fragen, die nach Tipps für den Umgang mit Provokationen fragen:
Was kannst du tun, damit die Anderen aufhören?
Was kannst du sagen, damit die Anderen aufhören?
Wie kannst du sprechen, damit die Anderen aufhören?
Nachdem in der Gruppe Antworten auf diese Fragen gesammelt und diese schriftlich festgehalten wurden, beginnt der Wettkampf um die „W's“. Nacheinander erhält jedes Kind die Möglichkeit, sich „W's“ (kleine bunte Kärtchen, auf denen der Buchstabe „W“ geschrieben steht) zu erkämpfen, indem es an einem Rollenspiel teilnimmt, das es gemeinsam mit dem Therapeuten durchspielt. In dem Rollenspiel werden die Kinder von dem Therapeuten verbal provoziert und sollen sozial kompetent reagieren. Nach Beenden des Rollenspieles bekommt das Kind Rückmeldung durch die Gruppe, mit welchen Verhaltensweisen es sozial kompetent reagiert hat. Für jeden Aspekt bekommt es ein „W“. Auch die beobachtenden Kinder können „W's“, sammeln, da sie für jeden Aspekt, den sie beobachtet haben, ein „W“ erhalten. Wurden alle positiven Aspekte gefunden, so wird gefragt, ob den beobachtenden Kindern noch Tipps einfallen, wie das Kind aus dem Rollenspiel noch sozial kompetenter reagieren könnte. Auch für die Tipps erhalten die Kinder „W's“ und das Rollenspielkind hat die Möglichkeit, das Rollenspiel noch einmal zu wiederholen und somit weitere „W's“ zu sammeln. Nacheinander darf jedes Kind das Rollenspiel spielen. Am Ende wird geschaut, wer am meisten „W's“ gesammelt hat.

Mit Hilfe des Rollenspiels Wettkampf um die „W's“ erproben die Kinder sozial kompetente Verhaltensweisen für den Umgang mit Situationen, in denen sie sich provoziert fühlen. Da sie unmittelbar nach der Situation durch die Gruppe positive Rückmeldung über ihr Verhalten und durch den Therapeuten für sozial kompetente Verhaltensaspekte „W's“ bekommen, wird das sozial kompetente Verhalten verstärkt und die Wahrscheinlichkeit, dass es in einer nachfolgenden Situation wieder auftritt, wird erhöht. Somit werden das Verhaltensrepertoire erweitert und die Handlungskompetenzen gefördert. Da auch die beobachtenden Kinder durch Beobachtungen und Tipps Punkte sammeln können, ist der Anreiz zur genauen Wahrnehmung der Situation höher, womit die Aufmerksamkeitsfokussierung leichter fällt.

Zusammenfassend werden durch den Wettkampf um „W's" neben der Erweiterung des Verhaltensrepertoires und der Erhöhung der Handlungskompetenzen auch die Fremdwahrnehmung und Aufmerksamkeitsfokussierung gefördert.

Rollenspiel: „Streitkiller"

Mit dem Ziel, Lösungsmöglichkeiten für Streitsituationen zu erarbeiten, wird das Rollenspiel Streitkiller durchgeführt.

Rollenspiel: Streitkiller
Nach einer Sammlung von Streitsituationen werden in der Gruppe gemeinsam Lösungen (Streitkiller) für die Situationen erarbeitet. Nachdem die Therapeuten einen typischen Streit vorspielen, werden die Kinder in Zweiergruppen aufgeteilt. Sie sollen sich aus den gesammelten Lösungsvorschlägen zwei aussuchen, mit denen sich der Streit lösen lässt, und diese später der Gruppe vorspielen. Die erste Lösung wird von den Therapeuten vorgespielt, in den folgenden Runden spielen die Kinder ihre Lösungen. Nach jeder Runde wird von der Gruppe erraten, welche „Streitkiller" verwendet worden sind.

Durch das Rollenspiel Streitkiller können die Kinder ihr Verhaltensrepertoire um sozial kompetente Konfliktlösestrategien erweitern. Mit dem Ziel, die Auftretenswahrscheinlichkeit auch in zukünftigen Situationen zu erhöhen, werden die positiven Aspekte von der Gruppe direkt benannt und somit verstärkt. Durch die Tatsache, dass die Kinder ausschließlich die sozial kompetenten Verhaltensweisen im Umgang mit Streitsituationen spielen sollen, werden Handlungskompetenzen gefördert. Dadurch, dass die nicht aktiven Kinder die Lösungswege erkennen und später benennen müssen, werden die Aufmerksamkeitsfokussierung erleichtert und die Fremdwahrnehmung gefördert.

Zusammenfassend werden durch das Rollenspiel Streitkiller neben der Erweiterung des Verhaltensrepertoires und der Erhöhung der Handlungskompetenzen im Bereich Streitlösung auch die Fremdwahrnehmung und Aufmerksamkeitsfokussierung gefördert.

5.2.1.6 Internalisation sozialer Werte und Normen.

Gemeinsame Entwicklung von Teamexpertenregeln

Mit dem Ziel, dass die Kinder soziale Werte und Normen erkennen und lernen, diese in ihre Handlungsplanung mit einzubeziehen, werden in der ersten Stunde gemeinsam mit den Kindern Gruppenregeln erarbeitet. Dadurch, dass die Kinder gefragt werden, welche Regeln helfen, damit es allen Kindern in der Gruppe gut geht und ein gutes Miteinander möglich ist, werden vorhandene Wissensstrukturen der Kinder aktiviert. Indem die Vorschläge zunächst mündlich zusammengetragen werden und die Kinder diese daraufhin noch einmal schriftlich in ihren Teamexpertenpass eintragen, soll die Speicherung der Inhalte optimiert werden, sodass das Wissensrepertoire bezüglich sozial kompetenter Verhaltensweisen erweitert wird. Dadurch, dass die Kinder die Regeln selber erarbeiten, soll eine erhöhte Identifikation und somit auch stärkere Akzeptanz der Regeln erreicht werden.

5.2.1.7 Aufbau von prosozialem Verhalten

Übung: „Meisterorden“

Mit dem Ziel, prosoziales Verhalten aufzubauen und das Verhaltensrepertoire an sozial kompetenten Verhaltensweisen um die Fähigkeit des Lobens zu erweitern, wird die Übung „Meisterorden“ durchgeführt:

> **Übung: Meisterorden**
> Bei der Übung Meisterorden erhält jedes Kind einen „Blankoorden“, den es für ein anderes Kind aus der Gruppe (seinen Nachbarn) gestalten soll. Es soll sich zunächst überlegen, wofür es das Kind loben möchte (worin das Kind Meister ist), und nachdem dieses von dem Therapeuten genehmigt worden ist, schreibt das Kind das Lob auf den Orden und gestaltet diesen mit bunten Farben oder Glitzerstiften. Zu einem späteren Zeitpunkt wird eine Siegerehrung durchgeführt, in der die Kinder die Orden an die jeweiligen Empfänger verteilen und dazu das Lob noch einmal wiederholen.

Durch die Übung Meisterorden lernen die Kinder, positive Seiten an den anderen Kindern wahrzunehmen, womit die Fähigkeit der Fremdwahrnehmung gefördert wird. Dadurch, dass sie auf die Orden zunächst ein Lob schreiben und es später auch aussprechen sollen, wird ihr Verhaltensrepertoire in Bezug auf Loben, also um prosoziales Verhalten, erweitert und die dafür benötigten Handlungskompetenzen werden gefördert. Dadurch, dass jedes Kind einen Orden erhält, merken die Kinder, dass sie „lobenswerte“ Eigenschaften haben, wodurch der Selbstwert gestärkt werden soll.

Zusammenfassend werden neben der Erweiterung des sozial kompetenten Handlungsrepertoires auch die Fremdwahrnehmung gefördert und der Selbstwert gestärkt.

Teamexpertenpunkte

Mit dem Ziel, sozial kompetente Verhaltensweisen zu fördern und somit auch das Verhaltensrepertoire zu erweitern, wird sitzungsübergreifend ein verhaltenstherapeutisches Tokensystem durchgeführt, indem die Kinder im Laufe der Sitzungen die Möglichkeit haben, für das Einhalten der Regeln Teamexpertenpunkte zu erhalten. Verstärkung für regelkonformes und sozial kompetentes Verhalten erfolgt zum einen über unmittelbares Lob und zum anderen über die Vergabe von Teamexpertenpunkten, von denen die Kinder max. 3 pro Stunde erhalten können. Ca. alle 10 Minuten wird individuell für jedes Kind geschaut, ob es sich an die Teamexpertenregeln gehalten hat. Jeder der Punkte kann am Ende der Stunde als Belohnung in jeweils 5 Spielminuten eingetauscht werden. Zusätzlich erscheinen die erhaltenen Punkte auf der Teamexpertenurkunde, die den Kindern in der letzten Sitzung überreicht wird.

5.3 Beschreibung des Therapieprogramms TEAM

5.3.1 Name und Motto

In dem Namen TEAM verbergen sich die Anfangsbuchstaben des Mottos, unter dem das Gruppentraining sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S steht. Die Buchstaben stehen für T= Team, E= Experten, A= Arbeiten und M= Miteinander. Um Therapiemotivation zu steigern und Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen, wird dieses Motto den Kindern bereits zu Beginn des Trainings mitgeteilt. Sie erhalten durch das Training die Möglichkeit, Teamexperte zu werden. Ihre Aufgabe ist es, im Rahmen von 10 Sitzungen wichtige Fähigkeiten zu erwerben, die notwendig sind, um hinterher Teamexperte zu sein. Teamexperten, so wird es den Kindern erklärt, sind Menschen, die gut miteinander auskommen, denen es gelingt, Streit gut zu lösen, die Freunde haben oder die gerne mit Anderen im Team zusammen sind. Die Kinder erhalten in der ersten Stunde neben einer Mappe für Arbeitsblätter ein kleines Heftchen, den Teamexpertenpass, in dem sie jede Stunde maximal 3 Teamexpertenpunkte für sozial kompetentes Verhalten sammeln können. Die Teamexpertenpunkte werden am Ende des Trainings zusammengezählt und erscheinen auf der Urkunde zum Teamexperten. Neben der Übersicht für die Teamexpertenpunkte enthält der Teamexpertenpass pro Sitzung eine Seite, auf der sich eine kurze Zusammenfassung der Sitzung befindet und jeweils zwei Miniaufgaben, die das Kind gemeinsam mit seinen Eltern oder Erziehungspersonen erledigen soll. Dies hat zum einen das Ziel, dass die Eltern über die Inhalte der Sitzungen informiert sind und durch die Miniaufgaben mehr in die Therapie eingebunden werden, und zum anderen soll es den Transfer des Gelernten in den Alltag erleichtern.

5.3.2 Aufbau und Konzeption des Trainings

Das Training TEAM wird als zehn-wöchiges Gruppenprogramm im Rahmen einer geschlossenen Gruppe durchgeführt. Das bedeutet, dass alle Gruppenteilnehmer gemeinsam mit der Therapie beginnen und diese nach 10 Wochen auch gemeinsam beenden. Wöchentlich findet ein einstündiger Termin statt. Die Gruppen können ambulant, beispielsweise in kinder- und jugendpsychiatrischen- oder psychotherapeutischen Praxen, Beratungsstellen, psychiatrischen Ambulanzen oder heilpädagogischen Einrichtungen, angeboten werden. Jedoch ist dies auch stationär im Rahmen von Kinder- und Jugendpsychiatrien, psychosomatischen Stationen beziehungsweise in der Rehabilitation möglich.

5.3.3 AD(H)S–spezifische Rahmenbedingungen

Neben den Zielen und somit Inhalten des Trainings, die sich speziell auf Reduktion der Defizite von Kindern mit AD(H)S beziehen, sind auch die äußeren Rahmenbedingungen, Sitzungsgestaltung und Methoden auf diese besondere Zielgruppe ausgerichtet.

Die Rahmenbedingungen ermöglichen eine enge Verhaltenssteuerung, indem der Schlüssel von Therapeuten und Kindern mit 1:2 bis 1:4 sehr hoch ist. Aufgrund der geringen Aufmerksamkeitsspanne ist die Dauer der einzelnen Sitzungen auf eine Stunde beschränkt.

Die Sitzungsgestaltung ist durch hohe Strukturiertheit und Rituale geprägt. Durch den immer gleich bleibenden Ablauf soll den Kindern Struktur und Sicherheit vermittelt werden.

Ablauf:
Begrüßung und Anfangsrunde
Hausaufgabenbesprechung
Thema / Arbeitsblatt / Hausaufgaben
Spielminuten und Abschlussrunde

Mit dem Ziel erhöhter Aufmerksamkeitsfokussierung ist die Dauer einzelner Interventionen auf maximal 10 Minuten beschränkt. Einzelne Interventionen werden möglichst abwechslungsreich kombiniert und beispielsweise durch den Einsatz von Wettkämpfen und Spielen so dargeboten, dass sie einen hohen Aufforderungscharakter mit sich bringen.
Eine weitere Maßnahme zur Förderung der Aufmerksamkeitsfokussierung und Impulskontrolle ist der Einsatz eines „Redetieres“. In Geprächsphasen, die in dem Training als „Rederunden“ bezeichnet werden, gilt die Regel, dass nur das Kind sprechen darf, das ein dafür ausgewähltes Redetier in der Hand hält.
Um die relevanten Informationen des Trainings zu erkennen und zu selektieren, werden die einzelnen Lerninhalte häufig wiederholt und über verschiedene Sinneskanäle operationalisiert. Alle Inhalte werden, nach einer Phase der kognitiven Erarbeitung, praktisch umgesetzt und zuletzt in schriftlicher Form versprachlicht. Dieses multimethodale Vorgehen soll darüber hinaus den Lerneffekt erhöhen und die Speicherung im Gedächtnis fördern.

5.3.4 Elternarbeit

Um den Transfer in den Alltag und die Effizienz der Therapie zu erhöhen, werden die Eltern stark in die Therapie einbezogen. Dies geschieht auf dreierlei Weise:

Elterngespräche

Zunächst werden die Familien vor und nach der Teilnahme des Kindes am Training zu individuellen Elterngesprächen eingeladen. Bei dem ersten Termin wird die aktuelle Situation abgeklärt, und es werden Informationen über das Training gegeben. Gemeinsam wird erarbeitet, wie die Eltern ihre Kinder angemessen fördern können. Im Abschlussgespräch werden Effekte des Trainings reflektiert und Maßnahmen erarbeitet, wie die Eltern ihre Kinder auch in Zukunft unterstützen können, um einen langfristigen Therapieerfolg zu gewährleisten.

Elternrunde

Über die Elterngespräche hinaus werden die Eltern ca. in der dritten Woche des Trainings zu einer Elternrunde eingeladen, an der alle Eltern der Gruppe teilnehmen sollen. Wird das Training von zwei Therapeuten geleitet, so bietet es sich auch für die Eltern aus organisatorischen Gründen an, diese Runde zeitgleich zur Gruppe anzubieten. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, so muss ein zusätzlicher Termin gefunden werden. Ziel der Elternrunde ist, neben Kennenlernen der Eltern untereinander und Erfahrungsaustausch, die Vermittlung von Wissen über Entwicklung und Förderung sozialer Fertigkeiten.

Miniaufgaben

Der letzte Baustein der Elternarbeit liegt in den bereits beschriebenen therapeutischen Hausaufgaben. Da die Kinder aufgefordert werden, die Aufgaben mit den Eltern gemeinsam zu bearbeiten und die Aufgaben immer auch eine Zusammenfassung der Sitzungsinhalte einschließen, werden die Eltern über die Inhalte des Trainings informiert und können die Umsetzung neu erworbener Verhaltensweisen im Alltag fördern.

5.3.5 Zielgruppe

Das Programm richtet sich in erster Linie an Kinder mit bereits diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörungen (F90.0, F98.8), die darüber hinaus erste subklinische Anzeichen sozialer Probleme aufweisen. Diese äußern sich darin, dass Eltern und Kinder von häufigen Konflikten mit Gleichaltrigen, wenig Freunden, Außenseitertum oder Mobbing berichten. Liegen bereits schwer ausgeprägte komorbide Störungen beispielsweise des Sozialverhaltens (F91) oder der Emotionen (F92/93) vor, so ist eine spezifische Therapie dieser Störungen vorzuziehen und die Teilnahme an dem vorliegenden Training kontraindiziert. Liegen leichte Ausprägungen komorbider Störungen oder der Verdacht auf deren Entwicklung vor, ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Teilnahme am Training sinnvoll ist. Neben dem persönlichen Eindruck von Eltern und Kind kann hierbei die Schweregradeinschätzung auf Achse 6 einer multiaxialen Diagnostik nach ICD-10 für die Entscheidung relevant sein.
Weitere Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Gruppe ergeben sich aus Alter und intellektuellen Fähigkeiten der Kinder. Da die Kinder im Rahmen der Sitzungen schreiben müssen, ist der Abschluss der ersten Klasse erforderlich. Das Training ist konzipiert für Kinder zwischen zweiter und fünfter Klasse. Aufgrund der kognitiven Anforderungen, die das Training stellt, können Kinder mit schwachen intellektuellen Fähigkeiten (IQ<85) nur begrenzt profitieren.

5.3.6 Gruppenzusammensetzung

In die Gruppen werden vier Kinder aufgenommen. Um den Effekt des Modelllernens zu optimieren, werden optimaler Weise diagnoseinhomogene Gruppen gebildet. Es kommt also zu einer Mischung von Kindern mit Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität. Auch im Hinblick auf das Geschlecht sind die Gruppen gemischt. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Altersdifferenz der einzelnen Kinder nicht mehr als 3 Jahre beträgt.

5.3.7 Therapeuten

Das Training wird in der Regel von zwei Therapeuten durchgeführt. Alle Sitzungen mit Ausnahme der Sitzung Mut können jedoch auch mit einem Therapeuten abgehalten werden. Eine Alternative, für die ein Therapeut genügt, ist für diese Sitzung ebenfalls beschrieben. Grundsätzlich ist die Leitung einer solchen Therapiegruppe nicht an eine bestimmte Profession gebunden. Neben Dipl.-Psychologen und Psychiatern können auch Sozialpädagogen, Heilpädagogen oder Personen ähnlicher Berufsgruppen die Gruppen leiten. Wichtig sind neben der Erfahrung in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen psychotherapeutische, insbesondere auch verhaltenstherapeutische Grundkenntnisse.

5.3.8 Sitzungsbeschreibungen

Der folgende Abschnitt dient dazu, eine grobe Übersicht über die zehn Sitzungen und die konkrete Umsetzung therapeutischer Interventionen zu geben. Da auf die wissenschaftliche Fundierung der Methoden bereits eingegangen wurde, wird diese hier nicht wiederholt. Wiederkehrende standardisierte Rahmenelemente, wie Anfangsrunde, Wiederholung von Regeln und Hausaufgaben, Spielminuten und Abschlussrunde werden in jeder Sitzung durchgeführt, sodass darauf in den folgenden Beschreibungen der einzelnen Sitzungen nicht mehr gesondert eingegangen wird.

5.3.8.1 Sitzung 1: Kennenlernen

Inhalt der Sitzung: Im Rahmen der ersten Sitzung lernen die Kinder sich gegenseitig kennen. Es soll eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden. Spiele zum Kennenlernen helfen, anfängliche Unsicherheit und Anspannung zu nehmen. Sicherheit und Orientierung wird den Kindern durch Erklären des wiederkehrenden Ablaufes vermittelt.

Interventionen der Sitzung:

1. Festlegen der Teamexpertenregeln: Mit dem Ziel, eine hohe Akzeptanz und Identifikation mit den Regeln zu erreichen und gleichzeitig die Sensibilität für sozial kompetentes Verhalten zu erhöhen, werden die Gruppenregeln gemeinsam erarbeitet und das damit verbundene Tokensystem der Sammlung von Teamexpertenpunkten eingeführt.
2. Mit dem Ziel der Steigerung von Selbst- und Fremdwahrnehmung wird als Verhaltensübung das Spiel „Alle, die auch… tauschen die Plätze“ durchgeführt, in dem die Kinder eigene Eigenschaften und die von anderen kennenlernen.
3. Mit dem Ziel der Förderung von Perspektivenübernahme und Steigerung der Empathiefähigkeit wird im nächsten Schritt die Aktion „Rätsel-Malen“ durchgeführt, wobei die Kinder die Aufgabe haben, sich in Zweiergruppen zu interviewen und jeweils die Eigenschaften und Vorlieben des Interviewpartners zu malen. In der Gesamtgruppe wird dann geraten, zu wem die jeweiligen Bilder passen.

Zusammenfassend werden also speziell in dieser Sitzung folgende Ziele verfolgt:
Förderung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Perspektivenübernahme und Empathiefähigkeit.

5.3.8.2 Sitzung 2: Bedürfnisse / Gefühle

Inhalt der Sitzung: In der zweiten Sitzung sollen die Kinder Zugang zu ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen finden und lernen, diese auszudrücken. Sie üben, andere Kinder mit ihren Vorlieben, Wünschen und Bedürfnissen genauer wahrzunehmen und lernen prosoziales Verhalten. In der Gefühlspantomime wird durch das Darstellen das Empfinden eigener Gefühle gestärkt (Selbstwahrnehmung) und durch das Erraten die Fremdwahrnehmung geschult.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel, die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und die von Anderen zu erkennen, wird das „Bedürfnisdetektivspiel“ durchgeführt, in dem jeweils ein Kind drei „Bedürfnisse“ nennt, von dem eines eine Lüge ist. Die anderen Kinder sind daraufhin als Detektive aufgefordert, die Lüge zu identifizieren, sie sind somit gefordert, sich in das andere Kind hineinzuversetzen.
2. Mit dem Ziel, Zugang zu eigenen Gefühlen zu finden und diese auszudrücken, wird eine Gefühlspantomime durchgeführt, in der einzelne Kinder Gefühle pantomimisch darstellen, die die anderen Kinder erraten sollen, womit ebenfalls die Fremdwahrnehmung gefördert wird.

Zusammenfassend werden also speziell in dieser Sitzung die Ziele verfolgt:
Verbesserung der Emotionsregulation, Förderung von Selbst- und Fremdwahrnehmung, Perspektivenübernahme und Empathiefähigkeit.

5.3.8.3 Sitzung 3: Negative Gefühle Frust / Wut

Inhalt der Sitzung: Negative Gefühle, wie Frust oder Wut und Vorboten für Wut zu erkennen, sie zu akzeptieren und angemessene Umgangsformen damit zu finden, ist Inhalt dieser Sitzung. Die Kinder sollen neben dem kognitiven Zugang zu Wut auch einen emotionalen Zugang erlangen, ihre Wut erleben und Umgangsformen mit der Wut entdecken.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel der besseren Emotionsregulation werden „Wutbilder“ mit Fingerfarben erstellt. Die Introspektionsfähigkeit der Kinder wird dadurch erhöht, dass sie Emotionen und Kognitionen, die mit Wut verbunden werden, verbalisieren sollen.
2. Um das eigene Handlungsrepertoire zu erweitern und sozial kompetente Umgangsformen mit Wut zu erarbeiten, wird im gemeinsamen Gespräch nach Formen der Wutkompensation gesucht, die auf unterschiedliche „Zacken“ eines „Wutanfalls“ geschrieben werden, der sich in der Mitte des Stuhlkreises in Form eines Sternes befindet.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Förderung von Emotionsregulation und Selbstwahrnehmung sowie die Erweiterung des Handlungsrepertoires.

5.3.8.4 Sitzung 4: Reden / Kommunikation

Inhalt der Sitzung: In der vierten Sitzung lernen die Kinder, selbstsicher und überzeugend mit Anderen zu kommunizieren. Hierfür werden verschiedene Aspekte von Sprache vorgestellt und die Kinder erarbeiten, wie sie sich sprachlich gut ausdrücken können.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel, verschiedene Aspekte von Sprache (verbal/nonverbal, Mimik, Gestik, Körperhaltung etc.) kennenzulernen, wird zunächst eine Verhaltensübung durchgeführt, in der die Kinder den Unterschied zwischen einem „guten und schlechten Redner“ erleben. Sie sollen Körperhaltung, Blick und Stimme jeweils eines guten und schlechten Redners nachahmen.
2. Mit dem Ziel, die Kommunikations- und Handlungskompetenzen zu verbessern und somit das Verhaltensrepertoire zu erweitern, folgt ein vertiefendes Rollenspiel. Im Rahmen des Richterspiels spielen die Kinder nacheinander einen guten und einen schlechten Redner, während die anderen Kinder als Richter beurteilen, ob das Kind tatsächlich wie ein guter oder schlechter Redner gesprochen, gestanden oder geschaut hat. Ziel ist es, somit ebenfalls die Selbstsicherheit der Kinder zu stärken.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Förderung von Kommunikations- und Handlungskompetenzen, Erweiterung des Verhaltensrepertoires und Stärkung der Selbstsicherheit.

5.3.8.5 Sitzung 5; Freundschaft

Inhalt der Sitzung: In der fünften Sitzung wird das Thema Freundschaften bearbeitet. Die Kinder lernen, gute und schlechte Arten der Kontaktaufnahme zu erkennen, und erwerben Fähigkeiten, angemessen auf andere Kinder zuzugehen. Sie sollen Ideen entwickeln für gemeinsame Aktivitäten, die sie mit Freunden unternehmen können.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel, verschiedene Formen der Kontaktaufnahme kennenzulernen und das eigene Verhaltensrepertoire zu erweitern, wird ein „Freundschaftstheater" durchgeführt, in dem die Kinder insgesamt drei vorgegebene Szenen über Kontaktaufnahme zu anderen Kindern spielen sollen.
2. Mit dem Ziel, die Reflektionsfähigkeit zu erhöhen, werden die gespielten Szenen darauf hin bewertet, ob es sich um gute oder schlechte Formen der Kontaktaufnahme handelt.
3. Mit dem Ziel, Verhaltensrepertoire zu erweitern und den Transfer in den Alltag zu erleichtern, ist es im nächsten Schritt Aufgabe der Kinder, mögliche Aktivitäten, die sie mit Freunden unternehmen können, zu sammeln und aufzuschreiben.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Erweiterung von Verhaltensrepertoire und Handlungskompetenzen, Stärkung von Kommunikationsfähigkeiten und Selbstsicherheit.

5.3.8.6 Sitzung 6: Provokation

Inhalt der Sitzung: In der sechsten Sitzung sollen die Kinder ihre Hilflosigkeit im Falle von Provokationen überwinden. Sie lernen, zwischen hilfreichen und weniger hilfreichen Handlungsalternativen zu unterscheiden und üben Strategien der Selbststeuerung, um die hilfreichen Handlungsalternativen anzuwenden.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel, bereits vorhandene Wissensstrukturen zum Umgang mit Provokationen zu aktivieren und neue aufzubauen, werden im Rahmen einer Rederunde zunächst drei W-Fragen beantwortet, indem Lösungen auf die Fragen: „Was kannst du tun, was kannst du sagen und wie kannst du sprechen?" gesammelt werden.
2. Um eigene Problemlösefertigkeiten zu stärken und neue Handlungsstrategien zu erwerben, üben die Kinder im Rahmen eines Rollenspiels selbstsichere Verhaltensweisen. Dies geschieht, indem sie von einem der Therapeuten provoziert werden. Die restlichen Kinder geben Tipps und Hinweise, was das Kind, welches das Rollenspiel durchführt, besser machen kann.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Steigerung der Konfliktlösefertigkeiten, Aktivierung vorhandener Wissensstrukturen, Erweiterung von Verhaltensrepertoire und Handlungskompetenzen, Stärkung von Kommunikationsfähigkeit und Selbstsicherheit.

5.3.8.7 Sitzung 7: Streit

Inhalt der Sitzung: In der siebten Sitzung sollen die Kinder im Umgang mit Konflikten gestärkt werden. Sie lernen, Streitsituationen differenzierter wahrzunehmen. Um erste aggressive Impulse neu zu steuern, werden Handlungsalternativen erarbeitet. Kinder sollen sich in Streitbewältigung üben und sowohl Selbstkontrolle als auch Selbstwirksamkeit erleben.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel, die persönliche Relevanz des Themas den Kindern zu verdeutlichen und somit auch vorhandene Wissensstrukturen zu aktivieren, werden zunächst eigene Erfahrungen mit Streitsituationen gesammelt, von denen eine im „Therapeutentheater“ von den Therapeuten nachgespielt wird.
2. Damit die Kinder neue Verhaltensweisen zur „Lösung von Streitsituationen“ kennenlernen, werden sie im nächsten Schritt gebeten, Lösungen für diese Situation zu sammeln und aufzuschreiben.
3. Um eine Erweiterung des Handlungsrepertoires zu erreichen, sollen sich die Kinder in Zweiergruppen zusammentun und im „Rollenspiel“ eine der aufgeschriebenen Lösungen spielen, während die anderen Kinder erraten müssen, welche Situation gewählt wurde. Hiermit werden nicht nur die Handlungskompetenzen gefördert, sondern auch die Selbstwirksamkeitserwartung erhöht.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Aktivierung vorhandener Wissensstrukturen, Erweiterung des Handlungsrepertoires, Förderung von Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen.

5.3.8.8 Sitzung 8: Mut

Inhalt der Sitzung: Im Rahmen dieser Sitzung sollen die Kinder eigene ängstliche Emotionen, die sie daran hindern, sozial kompetentes Verhalten zu zeigen, überwinden lernen. Die Motivation, sich sozial kompetent zu verhalten, soll durch erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung erreicht werden. Es wird eine In-vivo Übung durchgeführt mit dem Ziel, eigenes Angsterleben zu aktivieren und die Reduktion der Angst durch positive Selbstinstruktion zu erleben.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel, die Emotionsregulation zu verbessern und Ängste zu überwinden, wird eine Konfrontationsübung durchgeführt. Diese sollte je nach Gruppe und Anzahl der Therapeuten entweder als „Baumstammspiel“ oder als „Brettspiel“ durchgeführt werden. Beim Baumstammspiel werden die Kinder nach sorgfältiger in dem Manual ausführlich beschriebener Einleitung gebeten, sich von der Gruppe auffangen zu lassen, indem sie sich (mit hoher Körperspannung, „wie ein Baumstamm“) von einer Anhöhe auf die Gruppe kippen. Bei dem Brettspiel steht die Gruppe in einem engen Kreis, das „Brettkind“ in der Mitte und kippt nach vorne und hinten, sodass es von den anderen Kindern gehalten wird. In beiden Varianten müssen die Kinder anfängliche Unsicherheiten und Angst überwinden und erleben hinterher Stolz, was zu einer Stärkung des Selbstwertes führen kann.
2. Um die Wirkung positiver Selbstverbalisation kennenzulernen, werden in der Folge Angstkiller- und Angstmacher-Gedanken gesammelt, aus denen sich die Kinder einen heraussuchen sollen, den sie für besonders wirkungsvoll erachten. Diesen Gedanken sollen sie bei der Wiederholung des Baumstamm- oder Brettspieles laut sagen.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Förderung von Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstwert, Selbstinstruktionen, Emotionsregulation und Motivation.

5.3.8.9 Sitzung 9: Stärken / Schwächen

Inhalt der Sitzung: Durch das Erkennen und Benennen eigener Stärken und Schwächen soll der Selbstwert der Kinder positiv beeinflusst werden. Die Kinder sollen sich gegenseitig ihre Stärken mitteilen. Somit wird Fremdwahrnehmung geschärft, und die Kinder üben sich darin, sich gegenseitig Positives zu sagen.

Interventionen der Sitzung:

1. Mit dem Ziel, eigene Stärken, aber auch die von anderen Kindern herauszufinden, werden die Kinder zunächst gebeten, zu überlegen, wofür sie schon einmal gelobt wurden und wofür sie andere Kinder der Gruppe loben könnten.
2. Um den Ausdruck positiver Affekte zu trainieren und zu lernen, auch Lob annehmen zu können, bekommt jedes Kind die Aufgabe, für seinen Nachbarn einen „Orden“ zu gestalten, der im Rahmen der „Siegerehrung“ während der letzten Sitzung verliehen wird.
3. Mit dem Ziel, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen und zu akzeptieren, werden „Plus- und Minushände“ angefertigt, indem die Kinder den Umriss ihrer eigenen Hände ausschneiden. Auf die „Plus-Hand“ schreiben sich die Kinder gegenseitig, was sie gut können, während jedes Kind für sich auf die „Minus-Hand“ schreibt, was es nicht so gut kann.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Steigerung von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartungen, Förderung von prosozialem Verhalten und Emotionsregulation.

5.3.8.10 Sitzung 10: Abschied

Inhalt der Sitzung: Die Kinder sollen in der zehnten Stunde die Inhalte der vergangenen Wochen wiederholen und sich diese vergegenwärtigen. Die Kinder sollen sich als kompetente Teamexperten erleben, die sich mit erhöhter Selbstwirksamkeitserwartung in der Lage sehen, soziale Situationen gut zu meisten.

Interventionen der Sitzung:

1. Im Rahmen eines Quiz über die vergangenen Sitzungen werden die Inhalte wiederholt und den Kindern der Wissenszuwachs verdeutlicht.
2. Mit dem Ziel, Selbstwirksamkeit und Selbstwert zu stärken und somit auch die Motivation zu sozial kompetentem Verhalten zu erhöhen, erhalten die Kinder im Rahmen einer Siegerehrung ihre Orden und die Urkunden zum Teamexperten.

Zusammenfassend werden in der Sitzung folgende Ziele bearbeitet:
Stärkung von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartungen, Wiederholung und Festigung.

6 Hypothesen

Die Hypothesen, die im Rahmen dieser Studie überprüft werden sollen, orientieren sich an den theoretisch hergeleiteten Zielen des Trainings. Effekte des Trainings sind in erster Linie in Bezug auf soziale Fertigkeiten zu erwarten. Darüber hinaus sollen die Auswirkung des Trainings auf Aufmerksamkeitsleistungen und andere Begleiterscheinungen wie beispielsweise emotionale Probleme untersucht werden. Die Darstellung der Hypothesen erfolgt daher gegliedert nach diesen drei Hauptbereichen.

6.1 Hypothesen: Soziale Fertigkeiten

Effekte des Trainings sollten sich auf den verschiedenen Stufen der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung nach Dodge (1986) und Crick und Dodge (1994) zeigen. Da diese im Training in drei Hauptbereiche untergliedert wurden, orientiert sich auch die Hypothesendarstellung an den Bereichen Wahrnehmung, Handlungsplanung und Handlungsausführung. Die Zuordnung der einzelnen Hypothesen zu diesen Bereichen erfolgt mit dem Ziel einer übersichtlicheren Darstellung und Gliederung der Hypothesen. Es kann und soll jedoch nicht den Anschein erwecken, dass die Bereiche durch die Überprüfung der Hypothesen umfassend operationalisiert sind. Es werden die Aspekte berücksichtigt, die mit den vorhandenen Messinstrumenten untersucht werden können. Die diesen Bereichen zugeordneten Ziele des Trainings wurden aus den Annahmen von Barkley (1997) zu AD(H)S-typischen Defiziten aufgrund mangelnder Verhaltensinhibition und Einschränkungen der exekutiven Funktionen abgeleitet.

6.1.1 Wahrnehmung

Verbesserungen in der Wahrnehmung werden sowohl in Bezug auf die Selbst- als auch auf die Fremdwahrnehmung erwartet. Als Aspekte der Selbstwahrnehmung wird überprüft, ob es zu einer besseren Kenntnis der eigenen Bedürfnisse und dem Umgang mit negativen Gefühlen kommt. Es wird darüber hinaus überprüft, ob es zu einer verbesserten Emotionsregulation kommt. Als weiteres Ziel wird im Rahmen der Fremdwahrnehmung überprüft, ob sich die Empathiefähigkeit steigert. Konkret werden folgende Hypothesen untersucht:

Zur Fremdwahrnehmung:

1 Die Empathiefähigkeit des Kindes ist nach der Teilnahme an dem Training TEAM höher als vor der Teilnahme.
2 Das Wissen über Bedürfnisse Anderer ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Zur Emotionsregulation:

3 Die Emotionsregulation des Kindes ist nach der Teilnahme an dem Training TEAM besser als vor der Teilnahme.

Zur Selbstwahrnehmung:

4 Das Wissen über eigene Bedürfnisse ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.
5 Das Wissen über den Umgang mit negativen Gefühlen ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

6.1.2 Handlungsplanung

In Bezug auf die Handlungsplanung ist zu erwarten, dass es zu einer Erweiterung von Handlungskompetenzen und einer Verbesserung der Problem- und Konfliktlösefertigkeiten kommt. Darüber hinaus ist eine Erweiterung des Handlungsrepertoires anzunehmen. Konkret werden folgende Hypothesen überprüft.

Zur Erweiterung der Handlungskompetenzen:

6 Die Kommunikationsfähigkeiten des Kindes sind nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.
7 Das Wissen über den Umgang mit Sprache ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Zur Erweiterung des Verhaltensrepertoires:

Verbesserung der Konfliktlösefertigkeiten:

8 Die Konfliktlösefertigkeiten des Kindes sind nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.
9 Zur Lösung von Streitsituationen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.
10 Zum Umgang mit Provokationen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

Verbesserung des Beziehungsaufbaus und der Beziehungsgestaltung:

11 Zur Kontaktaufnahme zu Anderen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.
12 Zu möglichen Aktivitäten mit Gleichaltrigen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

6.1.3 Handlungsausführung

Die für die tatsächliche Ausführung einer sozial kompetenten Handlung notwendigen motivationalen Aspekte sollten durch die Teilnahme an dem Training ebenfalls gefördert werden. Erwartet wird die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstwertes sowie ein verbesserter Umgang mit Ängsten. Konkret werden folgende Hypothesen überprüft:

13 Der Selbstwert des Kindes ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.
14 Das Kind kann nach der Teilnahme an dem Training mehr eigene Stärken nennen als vor der Teilnahme.
15 Zur Überwindung von Ängsten steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

6.1.4 Ergänzende Hypothesen zu sozialen Fertigkeiten

Zusätzlich soll überprüft werden, ob prosoziales Verhalten durch die Teilnahme an dem Training zunimmt, die Anzahl von Freundinnen und Freunden durch die Teilnahme an dem Training steigt und sich die Teilnahme auf die Häufigkeit von Unternehmungen mit anderen Kindern niederschlägt.
Konkret werden folgende Hypothesen überprüft:

16 Prosoziales Verhalten tritt nach der Teilnahme an dem Training häufiger auf als vor dem Training.
17 Die Anzahl der Freunde der Kinder ist nach der Teilnahme an dem Training höher als vor der Teilnahme.

6.2 Hypothesen: Aktivität / Aufmerksamkeit

Auch wenn die Förderung der Aufmerksamkeitsleistung nicht primäres Ziel des vorliegenden Trainings ist, können durch den Einsatz operanter Methoden und anderer Maßnahmen zur Förderung der Impulskontrolle Verbesserungen in den Bereichen Impulsivität, Hyperaktivität und Aufmerksamkeit erwartet werden.
Konkret werden folgende Hypothesen überprüft:

18 Die Impulsivität ist nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme an dem Training.
19 Die Hyperaktivität ist nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme an dem Training.
20 Aufmerksamkeitsdefizite sind nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme.

6.3 Hypothesen: Weitere psychische Faktoren

Zusätzlich zu der Überprüfung der theoriegeleiteten Ziele soll die Auswirkung des Trainings auf weitere psychische Faktoren und Begleiterscheinungen untersucht werden.
Konkret werden folgende Hypothesen untersucht:

21 Emotionale Probleme sind nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme.
22 Verhaltensprobleme sind nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme.

7 Datenerhebung

7.1 Untersuchungsdesign und Durchführung

In vorliegender Studie wurde ein experimentelles Vortest/Nachtest-Design mit unbehandelter Wartekontrollgruppe durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in der Fachklinik Hochried in Murnau (Oberbayern).

7.1.1 Rekrutierung der Stichprobe

Alle Kinder, die an der Studie teilnahmen, wurden in der Ambulanz mit der Bitte um psychiatrische Abklärung und therapeutische Weiterbetreuung angemeldet. Sie durchliefen zunächst einen standardisierten Diagnostikpfad, der sich an dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO orientiert. Durch das Sekretariat wurden sie zunächst für die Phase der psychiatrischen Abklärung einem fallverantwortlichen Psychologen oder einer Psychologin zugeteilt, wobei sich diese Zuteilung an keinen inhaltlichen oder systematischen Kriterien orientierte, sondern rein an organisatorischen Gesichtspunkten (die Familie wurde dem Mitarbeiter mit dem frühesten freien Termin zugeteilt). Es kann an dieser Stelle daher von randomisierter Zuteilung gesprochen werden.
Nach einem ausführlichen Anamnesegespräch mit den Erziehungsberechtigten folgten psychodiagnostische (Leistungs-, Persönlichkeits- und Entwicklungsdiagnostik) und medizinische (körperliche- und neurologische Untersuchung, Labor, EEG, EKG) Untersuchungen, deren Ergebnisse in interdisziplinären Fallbesprechungen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten) vorgestellt wurden. Im Rahmen dieser Fallbesprechung wurde die Diagnose gestellt, der Therapiebedarf festgehalten und die Indikationen zur Teilnahme an dem Training sozialer Fertigkeiten TEAM überprüft. Bei der Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung (F90.0, F90.1 oder F98.8) galt die Teilnahme als indiziert, wenn gleichzeitig subklinische Anzeichen für soziale Defizite vorlagen, wie z. B. soziale Isolation, Ängstlichkeit, häufige Konflikte oder Außenseitertum. Durch die fallverantwortlichen Psychologen wurden den Erziehungsberechtigten im folgenden Diagnostikabschlussgespräch die Ergebnisse mitgeteilt und im gegebenen Fall die Teilnahme am Training TEAM empfohlen. Stimmten die Eltern der Teilnahme am Training TEAM zu, erfolgte die Aufnahme der Kinder auf die Warteliste. Die Familien der Wartekontrollgruppe erhielten sofort bei Aufnahme auf die Warteliste die Einladung zu einem Vortestungstermin (T0, Prätest 1), während die Familien der Experimentalgruppe erst kurz vor Beginn des Trainings zu einem Anfangsgespräch inkl. Testung (T1, Prätest) eingeladen worden sind. Die Zuteilung auf Experimental- oder Wartekontrollgruppe orientierte sich ebenfalls nicht an systematischen oder inhaltlichen Kriterien, sondern anhand organisatorischer, personeller und zeitlicher Faktoren. War es für die fallverantwortlichen Psychologen zeitlich und organisatorisch möglich, eine T0-Testung durchzuführen, so wurden die Kinder der

Kontrollgruppe zugeteilt. War dies nicht der Fall, so erfolgte die Einteilung in die Experimentalgruppe. In der vorliegenden Studie handelt es sich daher um ein randomisiertes Wartekontrollgruppen-Design.

Tabelle 21: Randomisiertes Wartekontrollgruppen-Design (Experiment)

Experimentalgruppe	(Multiaxiale Diagnostik)	Prätest 1	10 Wochen „TEAM“	Posttest 1		
Wartekontrollgruppe	(Multiaxiale Diagnostik)	Prätest 1	ca. 10 Wochen Pause	Prätest 2	10 Wochen „TEAM“	Posttest 1

7.1.2 Durchführung der Testungen

Zu allen Testzeitpunkten waren sowohl die Eltern oder andere Erziehungsberechtigte als auch die Kinder eingeladen. Diese Termine führten generell zwei Mitarbeiter durch, da die Testungen der Eltern und Kinder getrennt erfolgten. Die Struktur der Testtermine wurde über die verschiedenen Testzeitpunkte hinweg beibehalten.

Nach einer gemeinsamen Begrüßung folgte ein Gespräch mit den Eltern. Diese erhielten anschließend die Fragebögen mit der Bitte, diese im Wartezimmer vollständig auszufüllen, während das Kind gemeinsam mit dem zweiten Mitarbeiter in einem gesonderten Raum Tests, Fragebogen und Interview bearbeitete. Je nach Testzeitpunkt variierten die Inhalte der Elterngespräche. Während die Eltern der Wartekontrollgruppe zum Zeitpunkt der ersten Testung (T0) nur kurz über die Inhalte der Gruppe und die Studie informiert wurden, erhielten die Eltern zu dem Testzeitpunkt direkt vor dem Training (T1) genauere Informationen über den Ablauf der Gruppe, Hausaufgaben, Termine etc. Nach Beenden des Trainings (T2) hatten die Eltern die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch über die Gruppe, konnten offene Fragen erörtern bzw. zusätzlichen Therapiebedarf klären. Die Elterngespräche vor und nach dem Training (T1, T2) führten in der Regel die Gruppenleiter durch, die Kindertestungen Praktikanten (Psychologiestudenten). Aus organisatorischen Gründen nahmen die T0-Testungen die fallverantwortlichen Psychologen aus der Ambulanz vor.

Tabelle 22: Struktur der Testtermine

Gemeinsame Begrüßung	
10 Min. Elterngespräch	40 Min. Testung des Kindes:
30 Min. Fragebögen: SDQ, ESF-E, FBB HKS	 KITAP, ESF-K, Interview ISF

Um die Durchführungsobjektivität zu optimieren, wurden Gesprächsrichtlinien für die Elterngespräche vereinbart, und darüber hinaus orientierte sich das Informationsgespräch bei T1 an einem Elternbrief, der alle wichtigen organisatorischen Informationen für die Eltern enthielt. Auf entsprechende Maßnahmen bei den Kindertestungen wird bei der Beschreibung der einzelnen Untersuchungsverfahren näher eingegangen.

7.1.3 Durchführung des Therapieprogramms TEAM

Die Einteilung der Kinder in die Therapiegruppen orientierte sich sowohl an inhaltlichen als auch an organisatorischen Gesichtspunkten. Ziel war es, diagnose- und geschlechtsinhomogene, aber altershomogene Gruppen zu bilden. Vorläufige Gruppenzusammenstellungen, die sich an diesen Kriterien orientierten, mussten in der Praxis oft revidiert werden, da die Familien an den vorgeschlagenen Terminen verhindert waren und die Kinder somit anderen Gruppen zugeteilt wurden.

Die Gruppen wurden jeweils von einem Therapeuten und einem Co-Therapeuten geleitet. Das Team bestand aus zwei Psychologinnen, einer Sozialpädagogin, einer Pädagogin und einer Heilerziehungspflegerin. Mit dem Ziel, die Durchführungsbedingung einheitlich zu halten und somit Versuchsleitereffekte zu minimieren, durchliefen alle fünf Therapeuten eine ca. 6-monatige Schulungs- und Einarbeitungsphase, in der sie zunächst an einem Schulungstag eine theoretische Einführung zu den Themen AD(H)S, soziale Fertigkeiten und Evaluation erhielten. In der Folge hospitierten sie 10 Wochen als Co-Therapeuten bei einer von zwei verantwortlichen Psychologinnen, um den kompletten Ablauf aller Sitzungen mitzuerleben. Anschließend leiteten sie jeweils eine Gruppe, in der eine der verantwortlichen Psychologinnen als Co-Therapeutin fungierte. Erst nach Abschluss dieses „Kurrikulums“ und der Teilnahme an Sitzungen zum Thema Umgang mit kritischen Therapiesituationen war die Leitung von Gruppen im Rahmen der Studie möglich. Darüber hinaus verpflichteten sich die Therapeutinnen, sich an das Manual zum Training zu halten, in dem nicht nur Reihenfolge, Methoden und Material genau vorgegeben, sondern auch wörtliche Vorschläge zu Instruktionen angegeben sind.

8 Messinstrumente

Mit dem Ziel, die Validität der Studie zu erhöhen, wurde ein multimethodales Vorgehen gewählt. Mündliche und schriftliche Befragungen sowie die Durchführung eines standardisierten Interviews sind die Hauptbestandteile. Sowohl durch Selbstbeurteilung als auch durch Fremdbeurteilungsverfahren wurden Informationen erhoben zu:

a) sozialen Fertigkeiten
b) Aufmerksamkeitsleistungen
c) psychischen Begleiterscheinungen

8.1 Erfassung: Soziale Fertigkeiten

In der Erfassung sozialer Fertigkeiten liegt das Hauptinteresse der Studie und gleichermaßen auch die größte Herausforderung.
Wie im Kapitel 3 deutlich wurde, existieren im deutschsprachigen Raum zwar diverse Messinstrumente, die Teilbereiche sozialer Fertigkeiten bei Kindern und Jugendlichen erfassen. Leider wurde bislang jedoch noch kein Verfahren entwickelt, das all diese Teilbereiche integriert und dieses Konstrukt in seiner Komplexität abzubilden vermag. Der Bedarf für ein solches Instrument ist groß, da es nicht nur, wie in der vorliegenden Studie, zur Evaluation von Therapieverläufen, sondern besonders auch zur Therapieplanung und Erfassung von Komorbiditäten diverser psychischer Erkrankungen vonnöten ist.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden soziale Fertigkeiten durch vier Instrumente erfasst: Zunächst wurde der Erfassungsbogen Sozialer Fertigkeiten ESF in einer Kinder- (ESF-K) und einer Elternversion (ESF-E) entwickelt und angewendet. Darüber hinaus kam ein halbstandardisiertes Interview (ISF) zur Anwendung, das abgestimmt auf das Training entwickelt wurde und zentrale Inhalte des Trainings bei den Kindern abfragt. Als weitere Indikatoren für soziale Fertigkeiten gelten die Unterskalen „Prosoziales Verhalten“ und „Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen“ des Fragebogens SDQ (Goodmann, 1997).

8.1.1 ESF-Konstruktion

Ziel war es, ein Verfahren zu entwickeln, das das bislang nur schlecht definierte Konstrukt sozialer Fertigkeiten in seiner Breite und Komplexität möglichst valide abbildet und gleichzeitig ein hohes Maß an Objektivität, Reliabilität, aber auch Praktikabilität aufweist.
Da die Methode der schriftlichen Befragung wie bei geschlossenen Antwortformaten die höchste Durchführungs- und Auswertungsobjektivität gewährleistet und gleichzeitig in der Praxis gut und ökonomisch anzuwenden ist, lag die Entscheidung nahe, einen Fragebogen zu entwickeln. Im Sinne einer multimodalen Diagnostik (Stieglitz, 2005) wird zusätzlich noch ein halbstandardisiertes Interview eingesetzt. Um den in Kapitel 3 diskutierten Vor- und Nachteilen von Selbst- und Fremdbeurteilungen zu begegnen und systematischen Antwortverzerrungen - wie beispielsweise dem Halo-Effekt oder dem

Stereotypen-Effekt (Zimbardo & Gerring, 2008) - entgegen zu wirken, liegt der entwickelte Fragebogen in einer Kinderversion (Erfassungsbogen Sozialer Fertigkeiten – Kinder, ESF-K) und einer Elternversion (Erfassungsbogen Sozialer Fertigkeiten – Eltern, ESF-E) vor. Die Anwendung eines Fragebogens bietet den Vorteil, dass sowohl die Durchführung als auch die Auswertung hoch standardisiert erfolgen kann. Indem die Instruktionen in schriftlicher Form gegeben werden, die Erhebungsbedingungen möglichst gleich sind und die Auswertungen per Computer erfolgen, können die Einflüsse der Untersuchenden und andere Fehlerquellen so gering wie möglich gehalten werden. Der hohe praktische Nutzen liegt vor allem in der zeitlichen und finanziellen Ökonomie. Die Erfassungsbögen können von den Kindern und Eltern in weniger als 10 Minuten ausgefüllt und durch die Untersuchenden - mit dem dazu entwickelten Computerprogramm - in weniger als 5 Minuten ausgewertet werden.

8.1.1.1 Itemgenerierung

Ziel des ersten Schrittes war es, einen Itempool zu erstellen, der das Konstrukt soziale Fertigkeiten möglichst weitreichend, breit und komplex erfasst. Da die sozialen Anforderungen je nach Alter, Gesellschaft, sozialer Rolle u.a. in verschiedensten Situationen variieren und somit auch unterschiedliche soziale Fertigkeiten gefordert sind (Kanning, 2003), wurde zunächst die Zielpopulation definiert, für die der Fragebogen zur Anwendung kommen soll. Sie ist zunächst mit der Altersgruppe des Trainings sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S „TEAM“ und umfasst Jungen und Mädchen zwischen 2. und 5. Klasse. Um für diese Altersgruppe relevante Fertigkeiten zu identifizieren und somit einen validen Itempool zu erstellen, wurden zwei Wege eingeschlagen: Zum einen wurden Skalen und Items vorhandener Fragebögen durchgesehen (Krauth, 1995; Lienert & Raatz, 1998). Dies geschah mit dem Ziel, zunächst einen groben Überblick über inhaltliche Aspekte des Konstruktes zu erhalten. Zum anderen folgte dann, wie Lienert und Raatz (1998) vorschlagen, eine Befragung von Experten zu dem Konstrukt, um breite Facetten zu erfassen und konkrete Dimensionen herauszuarbeiten.

Inhaltliche Aspekte vorhandener Messinstrumente

Ein grober Überblick über verschiedene Aspekte konnte gewonnen werden, indem vorhandene Skalen diverser Fragebögen unterschiedlichen Inhaltsbereichen zugeordnet wurden. Folgende Tabellen geben eine Übersicht über vorhandene Skalenbereiche, sie erheben jedoch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Tabelle 23: Skalen zu aggressivem Verhalten / Umgang mit Konflikten und Streit

Abkürzung	Autoren
DISYPS-KJ	Döpfner & Lehmkuhl (2003)
MPT-J	Schmidt (1981)
SVF-KJ	Hampel, Petermann & Dickow (2001)
EAS	Petermann & Petermann (2000)

Tabelle 24: Skalen zu sozialer Unsicherheit

Abkürzung	Autoren
MPT-J	Schmidt (1981)
PFK 9-14	Seitz & Rausche (2004)
SFS 4-6	Petillon (1984)
SVF-KJ	Hampel, Petermann & Dickow (2001)

Tabelle 25: Skalen zur Qualität von Interaktionen zu anderen Personen

Abkürzung	Autoren
FDI 4-6	Haeberin, Moser, Bless & Klaghofer (1989)
DEF	Dehmelt, Kuhnert & Zinn (1993)
ET 6-6	Petermann, Stein & Macha (2006)

Tabelle 26: Skalen zu sozial-emotionaler Entwicklung

Abkürzung	Autoren
GES	Bramdt & Sticker (2001)
VBV, 3-6	Döpfner, Berner, Fleischmann & Schmidt (1993)
WET	Kastner-Koller & Deinmann (1998)
ET 6-6	Petermann, Stein & Macha (2006)

Expertenbefragung

Als Experten wurden 10 Personen befragt, die aufgrund unterschiedlicher beruflicher Hintergründe und Professionen Expertenwissen über Kinder in dem entsprechenden Alter aufweisen. Bei der Rekrutierung der Experten wurde neben der Heterogenität der Professionen und Geschlechter besonders auf die Unterschiedlichkeit des beruflichen Einsatzbereiches geachtet. Die Gruppe der Experten setzte sich zusammen aus einer Kinder- und Jugendpsychiaterin (TP), drei Diplom-Psychologinnen (VT), zwei Erzieherinnen, einem Ergotherapeuten, einer Heilerziehungspflegerin, einem Sozialpädagogen und einem Familientherapeuten (Psychologe). Sie wurden gebeten, mit kurzen Stichworten alle Fertigkeiten zu nennen, über die ein Kind in diesem Alter verfügen sollte, um gesunde soziale Kontakte aufzubauen und aufrecht zu erhalten.

Durch die Expertengruppe erfolgte anschließend eine Überprüfung der einzelnen Aussagen auf Ähnlichkeit und die Bildung von Antwortgruppen nach inhaltlichen Gesichtspunkten. Es ergaben sich sechs Antwortgruppen, denen in der Folge Überschriften zugeordnet wurden. Die somit entstandenen sechs Kategorien sind mit den jeweils zugeordneten Antworten in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 27: Expertenbefragung: Antworten nach Kategorien geordnet

Umgang mit Gefühlen / Emotionen
Kann mit Wut umgehen, zeigt seine Gefühle, spricht über Gefühle, Gefühle erkennen bei sich und bei Anderen, adäquater Umgang mit Gefühlen, eigene Gefühle angemessen ausdrücken können, Emotionsregulation, kann mit extremen Gefühlen angemessen umgehen, Bedürfnisse äußern, Gefühle erkennen, eigene Bedürfnisse ausdrücken können, Gefühle ausdrücken
Kommunikation / Interaktion
Redet selbstsicher, redet klar und deutlich, sich mit Anderen unterhalten können, mit Anderen Kontakt aufnehmen können, Kontakte aufrecht erhalten, Kommunikationsfähigkeiten
Streit / Konfliktverhalten
Konflikte lösen, auch mal zurückstecken können, teilen können, kleine Provokationen aushalten, Einsicht bei eigenem Fehlverhalten, Kritik annehmen können, Konflikte lösen, nicht aggressiv sein, Kompromisse eingehen, mit Provokationen umgehen, Frustrationstoleranz, Kompromissbereitschaft, Streit erkennen und schlichten, Konflikte lösen können, Bewältigungsstrategien
Empathiefähigkeit / Einfühlungsvermögen
Gefühle Anderer erkennen und benennen, Andere verstehen, zuhören, auf Bedürfnisse Anderer Rücksicht nehmen können, mit Anderen gut umgehen, Freunde loben, sich anpassen können, auf Andere eingehen, Mitgefühl, Hilfsbereitschaft, Rücksicht, Perspektivenübernahme, das Kind muss sich in Andere hineinversetzen können
Selbstwert / Unsicherheit
Selbstbewusstsein, Anerkennung und Lob annehmen können, guter Selbstwert, sich gemocht fühlen, beliebt sein, adäquate Einschätzung von sich und Anderen, was kann ich und was kann ich nicht, angemessenes eigenes Selbstbewusstsein, Kontaktaufnahme sinnvoll gestalten
Impulskontrolle
Kann abwarten, bis es an der Reihe ist, hat seine Gefühle unter Kontrolle, mischt sich nicht in Gespräche ein

8.1.1.2 Skalenbildung

Die ermittelten Kategorien stellen die vorläufigen Skalen dar. Für die endgültige Skalenbildung bedarf es einer Dimensionsanalyse mit Hilfe der Faktorenanalyse. Zunächst wurden pro Skala 10 Items formuliert, die sich nach Trennschärfenanalysen auf 8 Items pro Skala reduzierten. Die Trennschärfenanalyse mit anschließender Itemselektion erfolgte anhand von 54 Fragebögen des Untersuchungszeitpunktes T1. Ein Überblick über die Skalen und deren Eigenschaften folgt bei der Darstellung der Reliabilitäten.

8.1.1.3 Itemformulierungen

Die sprachliche Ausgestaltung der Items orientierte sich an den Richtlinien, die Lienert und Raatz (1998) herausgaben. Mehrdeutige und ungeläufige Begriffe wurden vermieden, jedem Item sollte nur ein Inhalt zugrunde liegen, Sätze sollten wenn möglich positiv formuliert werden. Es wurde auf eine angemessene Länge der Items geachtet und darauf, Verallgemeinerungen zu vermeiden. Da es sich in der Kinder- und Elternversion um völlig unterschiedliche Zielpopulationen handelt, ist es wichtig, diese bei der Formulierung zu berücksichtigen (Krauth, 1995). Es wurden zunächst die Items der Elternversion formuliert und dann die Items für die Kinderversion, sprachlich vereinfacht.

Folgender Aphorismus fasst wichtige Kriterien der Itemformulierung zusammen:

> Keep it simple.
> One thing at a time.
> Little words work best.
> Two lines are too many.
> Long is wrong.
> When in doubt, leave it out.
>
> By Ben Wright, in Rost (2004)

8.1.1.4 Testverfälschung

Bei der Formulierung der Items ist zu berücksichtigen, dass die Beantwortung von Fragebögen häufig systematischen Fehlern unterliegt (Bortz & Döring, 2006). So sind Menschen oft dazu geneigt, sich selber in ein positives Licht zu stellen (Selbstdarstellungstendenz) oder sich so zu zeigen, wie es der Norm entspricht (Soziale Erwünschtheit). Eine weitere Gefahr liegt in Antworttendenzen, womit typische Reaktionsweisen im Antwortverhalten gemeint sind. So gibt es Personen, die tendenziell viele Fragen mit „ja“ beantworten (Ja–Sage Tendenz, Akquieszenz), oder andere, die diese häufig verneinen (Nein–Sage Tendenz). Wieder andere Personen wählen dahingegen eher die mittleren Kategorien (Tendenz zur Mitte).
Um der Ja- und Nein-Sage Tendenz entgegen zu wirken, wurde in der Elternversion anstelle eines zweistufigen Ratings (Ja/Nein) ein vierstufiges Rating gewählt. Darüber

hinaus wurden in beiden Versionen ca. 50% der Items in umgekehrter Schlüsselrichtung formuliert, sodass bei bestimmten Items das Beantworten der Frage mit „nein“ für die Ausprägung des Merkmales spricht, während bei anderen Items die Beantwortung der Frage mit „ja“ einen Indikator für das Merkmal darstellt. In der Auswertung werden diese Antworten dann umkodiert. Um der Tendenz zur Mitte Einhalt zu gebieten, wurde jeweils eine gerade Anzahl an Antwortalternativen gewählt (zwei im ESF-K und vier im ESF-E).
Um der Selbstdarstellungstendenz und sozialen Erwünschtheit entgegen zu wirken, werden spezielle Instruktionen vorgegeben, in denen die Kinder und Eltern darauf hingewiesen werden, dass es keine ‚richtigen’ oder ‚falschen’ Antworten gibt und es für die Therapie und Diagnostik besonders wichtig ist, so zu antworten, wie es im Moment passend erscheint.

Zusätzlich zu den Items des Fragebogens werden durch ebenfalls geschlossene Fragen ergänzende Informationen über das Verhalten mit Gleichaltrigen und über die sozialen Kontakte der Eltern erhoben.

8.1.1.5 Gestaltung des Fragebogens

Zur Erstellung der Testformulare wurden die Items der verschiedenen Skalen nach Zufallsprinzip gemischt. Die Schriftgröße ist so gewählt, dass die Fragen auf zwei Seiten passen. Jedes zweite Item ist grau unterlegt, damit die Bearbeitung leichter fällt.

8.1.1.6 Auswertung

Zur Auswertung wurde ein Excel-Programm entwickelt, in das die Testwerte pro Item eingegeben werden. Nach Umpolung der entsprechenden Items werden die Werte innerhalb der einzelnen Skalen zu Kompetenz-Punkten addiert. In einem Balkendiagramm werden die Kompetenz-Punkte grafisch dargestellt, sodass ein persönliches Profil sozialer Fertigkeiten erstellt und zur Therapieplanung verwendet werden kann. Die eingegebenen Werte können in SPSS übernommen werden, sodass die Gefahr von Übertragungsfehlern minimiert ist.

8.1.2 ESF-Gütekriterien Psychometrische Eigenschaften

In diesem Abschnitt werden die Untersuchungen zu den psychometrischen Eigenschaften des ESF dargestellt. Zunächst geht es um die Beurteilung der Objektivität. Im Weiteren wird dann die Reliabilität der einzelnen Skalen dargestellt. Als Maß der Reliabilität wurde die Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) untersucht. Am Ende dieses Kapitels wird auf die Validität der Fragebögen eingegangen.

8.1.2.1 Objektivität ESF

Unter Objektivität wird der Grad verstanden, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind (Lienert & Raatz, 1998). Die Durchführungsobjektivität kann beim ESF als hoch betrachtet werden, da alle Versuchsteilnehmer die gleichen schriftlichen Instruktionen erhalten und die Versuchsleiter zur Zeit der Bearbeitung der Fragebögen meist nicht anwesend waren. Die Auswertungsobjektivität kann bei den geschlossenen Fragen ebenfalls als hoch bewertet werden.

8.1.2.2 Validität ESF

Bei der Entwicklung des ESF wurde darauf geachtet, ein Instrument zu entwickeln, das möglichst alle relevanten Merkmale sozialer Kompetenzen berücksichtigt. Durch das zweigleisige Vorgehen, das eine Expertenbefragung und den Abgleich mit vorhandenen etablierten Fragebögen beinhaltete, kann davon ausgegangen werden, dass die wichtigen Merkmale erfasst und somit die Kriterien für eine hohe Inhaltsvalidität erfüllt sind.

Durch die Tatsache, dass das Konstrukt soziale Kompetenz nicht einheitlich definiert ist und bislang im deutschsprachigem Raum keine Fragebögen existieren, die ebenfalls soziale Kompetenz messen, existiert kein Außenkriterium für eine Überprüfung der Kriteriumsvalidität, sodass auf diese Überprüfung verzichtet werden musste.

8.1.2.3 Reliabilität ESF-E: Skala Kommunikation, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 54 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .82 und kann somit als gut bewertet werden.

Tabelle 28: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Kommunikation, T1, N=54

Item	**Itemnummer**	**M**	**S**	**R_t**	**α^a**
...beteiligt sich in Gruppen nicht am Gespräch.	t1esfe24u	2.87	.95	.58	.79
…kann Andere von seinen Ideen überzeugen.	t1esfe35u	2.62	.74	.34	.82
…traut sich vor Anderen zu sprechen.	t1esfe46u	2.84	.96	.64	.78
…redet leise und unsicher.	t1esfe49u	2.89	.96	.73	.77
…geht auf Andere zu.	t1esfe52u	2.75	.96	.52	.80
…schaut das Gegenüber beim Sprechen an.	t1esfe53u	2.70	.79	.54	.80
...redet mit unbekannten Menschen nur wenig.	t1esfe55u	2.56	.99	.52	.80
…schaut beim Reden auf den Boden.	t1esfe58u	2.81	.94	.46	.81

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.4 Reliabilität ESF-E: Skala Konfliktmanagement, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 54 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .79 und kann somit als befriedigend bewertet werden.

Tabelle 29: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Konfliktmanagement, T1, N=54

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
…bleibt trotz Provokationen ruhig.	t1esfe2u	2.08	.72	.50	.76
…kann Streit mit Worten lösen.	t1esfe11u	2.15	.73	.56	.76
…weiß, wie sich Streit lösen lässt.	t1esfe12u	2.08	.65	.60	.75
…lässt sich schnell ärgern.	t1esfe18u	2.01	.81	.38	.78
…gerät häufig in Konflikte.	t1esfe26u	2.18	.89	.57	.75
…lässt sich schnell provozieren.	t1esfe47u	2.03	.90	.60	.75
…wird im Streitfall schnell aggressiv.	t1esfe50u	2.35	.96	.54	.76
…kann sich bei Provokationen wehren.	t1esfe57u	2.10	.78	.26	.80

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.5 Reliabilität ESF-E: Skala Empathie, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 59 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .84 und kann somit als gut bewertet werden.

Tabelle 30: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Empathie, T1, N=59

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
…kann sich auf Andere einstellen.	t1esfe5u	2.42	.72	.46	.84
…beachtet die Gefühle Anderer nicht.	t1esfe9u	2.69	.79	.59	.82
…merkt nicht, wie es Anderen geht.	t1esfe32u	2.55	.85	.63	.82
…fühlt mit Anderen nicht mit.	t1esfe41u	3.06	.78	.54	.83
…ignoriert die Bedürfnisse Anderer.	t1esfe43u	2.72	.88	.69	.81
…erkennt die Bedürfnisse Anderer.	t1esfe45u	2.59	.64	.49	.83
…kann sich in Andere nicht hineinversetzen.	t1esfe56u	2.45	.81	.56	.83
…überlegt sich, wie es Anderen geht.	t1esfe60u	2.38	.74	.66	.82

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.6 Reliabilität ESF-E: Skala Gefühlsregulation, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 58 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .88 und kann somit als gut bewertet werden.

Tabelle 31: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Gefühlsregulation, T1, N=58

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
…sagt, wie es ihm geht.	t1esfe4u	2.31	.75	.67	.87
…berichtet, worüber es sich ärgert.	t1esfe17u	2.67	.82	.70	.87
…benennt Gründe für Trauer nicht.	t1esfe20u	2.62	.87	.55	.88
…berichtet über negative Erlebnisse.	t1esfe22u	2.65	.84	.69	.87
…verbirgt seine Gefühle.	t1esfe30u	2.25	.88	.54	.88
…kann seine Gefühle ausdrücken.	t1esfe38u	2.50	.77	.68	.87
…sagt nicht, was es auf dem Herzen hat.	t1esfe48u	2.29	.83	.71	.86
…ist verschlossen, behält Dinge für sich.	t1esfe59u	2.36	.93	.74	.86

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.7 Reliabilität ESF-E: Skala Selbstwert, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 57 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .85 und kann somit als gut bewertet werden.

Tabelle 32: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Selbstwert, T1, N=57

Item	**Itemnummer**	**M**	**S**	**R_t**	**α^a**
…akzeptiert sich nicht.	t1esfe8u	2.84	.84	.55	.84
…mag sich selber.	t1esfe15u	2.77	.82	.64	.83
…kennt seine eigenen Stärken.	t1esfe25u	2.75	.71	.60	.83
…wäre gerne anders.	t1esfe28u	2.43	.94	.67	.82
…fühlt sich nicht gemocht.	t1esfe29u	2.36	.89	.65	.83
…vertraut auf eigene Fähigkeiten.	t1esfe34u	2.57	.90	.67	.83
…kann sich über sich selber freuen.	t1esfe37u	2.80	.66	.51	.84
…sagt schnell: Kann ich nicht.	t1esfe54u	1.91	.82	.48	.85

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.8 Reliabilität ESF-E: Skala Impulsivität, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 57 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .79 und kann somit als befriedigend bewertet werden.

Tabelle 33: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Impulsivität, T1, N=57

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
…kann abwarten, bis es an der Reihe ist.	t1esfe10u	2.47	.94	.56	.76
…kann seine Gefühle kontrollieren.	t1esfe13u	2.31	.68	.47	.77
…handelt ohne zu überlegen.	t1esfe21u	2.28	.83	.59	.76
…bekommt schnell Wutausbrüche.	t1esfe27u	2.31	.94	.41	.79
…wechselt unvermittelt die Tätigkeit.	t1esfe33u	2.35	.81	.36	.79
…lässt Andere ausreden.	t1esfe36u	2.38	.79	.67	.74
…kann eigene Wünsche zurückstellen.	t1esfe40u	2.31	.82	.56	.76
…mischt sich in Gespräche ein.	t1esfe6u	2.22	.90	.43	.78

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.9 Reliabilitäten ESF-E: alle Untersuchungszeitpunkte

Aufgrund der deutlich geringeren Stichprobengrößen wird zu Gunsten der Übersichtlichkeit und Ökonomie auf eine differenzierte Darstellung der Skalenkennwerte für die Untersuchungszeitpunkte T0, T2 und T3 verzichtet.
Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Reliabilitäten der einzelnen Skalen zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten.

Tabelle 34: Reliabilitäten ESF-E (Cronbachs Alpha) alle Untersuchungszeitpunkte

Skala	Itemanzahl	T0 (N=25)	T1 (N=59)	T2 (N=33)	T3(N=10)
Kommunikation	8	.89	.82	.76	.80
Konfliktmanagement	8	.78	.79	.85	.85
Empathie	8	.76	.84	.82	.70
Gefühlsregulation	8	.87	.88	.90	.90
Selbstwert	8	.56	.85	.65	.76
Impulsivität	8	.60	.79	.82	.73

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die überwiegende Mehrheit der Skalen eine gute Reliabilität aufweist. In der Skala Gefühlsregulation zeigen sich zu den Untersuchungszeitpunkten T2 und T3 sehr gute Reliabilitäten, während sich in den Skalen Selbstwert zu dem Zeitpunkt T0 und T2 und Impulsivität zum Zeitpunkt T0 sehr niedrige Reliabilitäten ergeben.

8.1.2.10 Reliabilität ESF-K: Skala Kommunikation, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 60 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .51 und ist somit sehr niedrig.

Tabelle 35: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Kommunikation, T1, N=60

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
Ich rede deutlich und klar.	t1esfk1u	1.85	.36	.48	.40
Ich spreche nicht zu laut und nicht zu leise.	t1esfk7u	1.80	.40	.14	.51
Ich beteilige mich nicht am Gespräch.	t1esfk24u	1.66	.47	.18	.50
Ich traue mich vor Anderen zu sprechen.	t1esfk46u	1.70	.46	.24	.48
Ich rede leise und unsicher.	t1esfk49u	1.78	.41	.11	.52
Ich gehe auf Andere zu.	t1esfk52u	1.41	.49	.29	.45
Ich schaue mein Gegenüber beim Sprechen an.	t1esfk53u	1.76	.42	.43	.40
Ich schaue beim Reden auf den Boden.	t1esfk58u	1.76	.42	.07	.54

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.11 Reliabilität ESF-K: Skala Konfliktmanagement, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 61 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .66 und ist somit niedrig.

Tabelle 36: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Konfliktmanagement, T1, N=61

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
Ich bleibe ruhig, auch wenn ich geärgert werde.	t1esfk2u	1.37	.48	.57	.57
Ich kann Streit mit Worten lösen.	t1esfk11u	1.62	.48	.25	.66
Ich weiß, wie sich Streit lösen lässt.	t1esfk12u	1.70	.45	.29	.64
Ich lasse mich schnell ärgern.	t1esfk18u	1.57	.49	.44	.61
Ich gerate häufig in Konflikte.	t1esfk26u	1.47	.50	.30	.64
Ich lasse mich schnell von Anderen ärgern.	t1esfk47u	1.50	.50	.47	.60
Ich werde beim Streit schnell aggressiv.	t1esfk50u	1.54	.50	.41	.62
Werde ich geärgert, kann ich mich wehren.	t1esfk57u	1.78	.41	.08	.69

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.12 Reliabilität ESF-K: Skala Empathie, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 61 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .63 und ist somit niedrig.

Tabelle 37: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Empathie, T1, N=61

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
Ich kann mich auf Andere einstellen.	t1esfk5u	1.72	.45	.28	.28
Ich beachte die Gefühle Anderer nicht.	t1esfk9u	1.81	.38	.29	.29
Ich merke nicht, wie es anderen Kindern geht.	t1esfk32u	1.70	.45	.51	.51
Ich weiß nicht, wie sich andere Kinder fühlen.	t1esfk41u	1.63	.48	.32	.32
Ich überlege nicht, was für Andere gut wäre.	t1esfk43u	1.70	.45	.39	.39
Ich weiß, was für Andere gut wäre.	t1esfk45u	1.63	.48	.26	.26
Ich kann mich in Andere nicht hineinversetzen.	t1esfk56u	1.54	.50	.35	.35
Ich überlege mir, wie es Anderen geht.	t1esfk60u	1.70	.45	.19	.19

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.13 Reliabilität ESF-K: Skala Gefühlsregulation, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 61 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .66 und ist somit niedrig.

Tabelle 38: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Gefühlsregulation, T1, N=61

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
Ich sage, wie es mir geht.	t1esfk4u	1.70	.45	.32	.63
Ich berichte, worüber ich mich ärgere.	t1esfk17u	1.67	.47	.37	.62
Ich sage nicht, warum ich traurig bin.	t1esfk20u	1.70	.45	.30	.64
Ich erzähle, was mir passiert ist.	t1esfk22u	1.72	.45	.35	.63
Ich verberge meine Gefühle.	t1esfk30u	1.65	.47	.43	.60
Ich kann meine Gefühle zeigen.	t1esfk38u	1.78	.41	.33	.63
Ich zeige Anderen meine Stimmung nicht.	t1esfk42u	1.54	.50	.37	.62
Ich sage nicht, was mich beschäftigt.	t1esfk48u	1.55	.50	.31	.64

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.14 Reliabilität ESF-K: Skala Selbstwert, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 61 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .61 und ist somit ebenfalls niedrig.

Tabelle 39: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Selbstwert, T1, N=61

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
Ich mag mich selber.	t1esfk15u	1.91	.27	.31	.58
Ich bin stolz über meine Leistungen.	t1esfk19u	1.80	.40	.44	.53
Ich kann meine Schwächen akzeptieren.	t1esfk23u	1.80	.40	.37	.55
Ich kenne meine eigenen Stärken.	t1esfk25u	1.93	.24	.37	.57
Ich wäre gerne anders.	t1esfk28u	1.65	.47	.20	.62
Ich traue mir viel zu.	t1esfk34u	1.77	.42	.16	.62
Ich kann mich über mich selber freuen.	t1esfk37u	1.90	.30	.51	.53
Ich sage schnell: Kann ich nicht.	t1esfk54u	1.50	.50	.27	.59

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.15 Reliabilität ESF-K: Skala Impulsivität, T1

Die Skalenanalyse wurde auf Basis der Werte von 61 Personen zum Untersuchungszeitpunkt T1 durchgeführt. Cronbachs Alpha liegt bei .63 und ist somit niedrig.

Tabelle 40: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Impulsivität, T1, N=61

Item	Itemnummer	M	S	R_t	α^a
Ich kann abwarten, bis ich an der Reihe bin.	t1esfk10u	1.83	.37	.36	.59
Ich kann meine Gefühle kontrollieren.	t1esfk13u	1.78	.41	.29	.60
Ich bekomme schnell Wutausbrüche.	t1esfk27u	1.59	.49	.38	.58
Ich beruhige mich schnell, wenn ich wütend bin.	t1esfk31u	1.62	.48	.34	.59
Ich bleibe nicht lange bei der Sache.	t1esfk33u	1.55	.50	.44	.56
Ich lasse Andere ausreden.	t1esfk36u	1.78	.41	.31	.60
Es gefällt mir nicht, wenn etwas verboten wird.	t1esfk44u	1.27	.45	.14	.64
Ich mische mich in Gespräche ein.	t1esfk6u	1.68	.46	.32	.78

Anmerkungen: Ausprägungen: 1=trifft nie zu, 2=trifft selten zu, 3=trifft oft zu, 4=trifft meistens zu. M=Mittelwert, S=Standardabweichung, R_t=korrigierte Trennschärfe
α^a=Cronbachs Alpha bei Ausschluss des jeweiligen Items

8.1.2.16 Reliabilitäten ESF-K alle Untersuchungszeitpunkte

Aufgrund der deutlich geringeren Stichprobengrößen wird zu Gunsten der Übersichtlichkeit und Ökonomie auf eine differenzierte Darstellung der Skalenkennwerte für die Untersuchungszeitpunkte T0, T2 und T3 verzichtet.
Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Reliabilitäten der einzelnen Skalen zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten.

Tabelle 41: Reliabilitäten (Cronbachs Alpha) alle Untersuchungszeitpunkte

Skala	Itemanzahl	T0 (N=25)	T1 (N=61)	T2 (N=35)	T3(N=10)
Kommunikation	8	.52	.51	.52	.37*
Konfliktmanagement	8	.44	.66	.72	.69
Empathie	8	.67	.63	.58	.86
Gefühlsregulation	8	.68	.66	.69	.80
Selbstwert	8	.53	.61	.57	.80
Impulsivität	8	.62	.63	.31*	.32*

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die überwiegende Mehrheit der Skalen schlechte Reliabilitäten aufweist. Gute Reliabiliäten lassen sich lediglich zum Untersuchungszeitpunkt 3 in den Skalen Empathie, Gefühlsregulation und Selbstwert nachweisen. In den mit * versehenen Skalen mussten Items selektiert werden, da sie eine Varianz von Null aufwiesen. Mögliche Erklärungen für diese Ergebnisse werden in der Diskussion erörtert.

8.1.3 ISF-Konstruktion

Das Interview zu Sozialen Fertigkeiten (ISF) besteht insgesamt aus 13 Fragen, die sich inhaltlich eng an den im Training behandelten Themen orientieren. Zu jedem Thema wird mindestens eine Frage gestellt, sodass der Wissenszuwachs ermittelt werden kann. Zusätzlich dazu werden die Kinder gefragt, ob und wenn ja, wie viele Freunde sie haben.

Um die Durchführungsobjektivität zu steigern und Versuchsleitereffekte zu minimieren, erhielten die Versuchsleiter die Instruktion, jede Frage maximal einmal zu wiederholen und die Kinder nicht zu mehr Antworten zu ermutigen.

Die Auswertung im Rahmen der Studie erfolgte rein quantitativ, indem die Anzahl der sozial kompetenten Antworten gezählt wurde. Als sozial kompetent galten Antworten, die Verhaltensweisen widerspiegelten, von denen auszugehen ist, dass sie zu einer positiven Entwicklung der eigenen Person, anderer Personen oder der Beziehung zu Anderen beitragen.

Mit dem Ziel, die Eindeutigkeit der Auswertungskriterien zu prüfen, wurden 22 Interviews von zwei Personen 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.

Tabelle 42: Fragen und Interraterreliabilität ISF

Nr.	Frage	Korrelation Pearson N=22	Signifikanz 2-seitig
1.	Hast Du einen Freund oder Freundin? nein☐ ja☐ wenn ja, wie viele? _____		
2.	Was machst Du gerne mit Deinen Freunden oder Freundinnen?	.92	.000
3.	Wie kann man Freunde finden?	.79	.000
4.	Was kannst Du machen, damit ein Streit aufhört?	.90	.000
5.	Was kannst Du machen, wenn Du provoziert wirst? (Wenn jemand etwas zu Dir sagt, einfach nur, um Dich zu ärgern.)	.81	.000
6.	Was kannst Du machen, damit Wut kleiner wird?	.91	.000
7.	Was kannst Du machen, um Angst zu überwinden?	.84	.000
8.	Wie kannst Du reden, damit Andere Dich gut verstehen?	.95	.000
9.	Was kannst Du besonders gut?	.98	.000
10.	Was kannst Du nicht so gut?	1.0	.000
11.	Was kannst Du machen, damit es Dir gut geht?	.95	.000
12.	Was können andere mit Dir machen, damit es Dir gut geht?	1.0	.000
13.	Was kannst Du machen, damit es Anderen gut geht?	.99	.000

8.2 Erfassung: Aktivität / Aufmerksamkeit

Da, wie bereits in Kapitel 2 diskutiert, bislang keine diagnosespezifischen Tests zur Erfassung von Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen existieren (Döpfner, 2006), die eine umfassende Diagnosestellung ermöglichen, mussten bei der Auswahl der Instrumente zur Erfassung der Aufmerksamkeitsleistungen Kompromisse eingegangen werden.

8.2.1 FBB HKS

Als Fremdbeurteilungsfragebogen wurde der FBB HKS aus dem DISYPS-KJ Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV (Döpfner & Lehmkuhl, 2003) ausgewählt. In 20 Items werden die 18 Symptomkriterien nach ICD-10 erfasst. Die Items wurden entsprechend der Vorgaben der Diagnosesysteme ICD-10 und DSM IV nach faktorenanalytischer Untersuchung zu den drei Symptomgruppen zusammengefasst: Aufmerksamkeitsstörungen (9 Items), Überaktivität (7 Items), Impulsivität (4 Items). Die Items werden auf einer Skala von 0 (trifft gar nicht zu) bis 3 (trifft besonders zu) beurteilt. Durch die Bildung von Mittelwerten werden Kennwerte für die Ausprägung der drei Symptomgruppen ermittelt, aus denen dann ein Kennwert der Gesamtskala berechnet werden kann. Zusätzlich wird zu den 20 Items ebenfalls auf einer Skala von 0 bis 3 angegeben, wie problematisch das Verhalten des Kindes erlebt wird.

Reliabilitätsanalysen (Döpfner & Lehmkuhl, 2003), in denen bei einer klinischen Stichprobe von N=76 Personen die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) ermittelt wurde, ergaben für Gesamt- und auch Problemskala gute bis sehr gute interne Konsistenzen (.91/.88) Alle Unterskalen ergaben ebenfalls gute oder zumindest befriedigende Ergebnisse (.70-.80). Eine Ausnahme findet sich in der Problemskala Impulsives Verhalten, die lediglich eine interne Konsistenz von .69 aufweist.

8.2.2 KITAP

Die Aufmerksamkeitsleistungen der Kinder wurden durch die computergestützte Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder KITAP (Zimmermann et al., 2002) erfasst. Aus sieben Untertests wurden drei ausgewählt, von denen angenommen werden kann, dass die geprüften Leistungen für den Erwerb sozialer Fertigkeiten eine Rolle spielen: Ablenkbarkeit, Geteilte Aufmerksamkeit, Go/No-go.

Der Untertest Ablenkbarkeit erfasst die Fähigkeit, den Aufmerksamkeitsfokus auch unter ablenkenden Bedingungen und in komplexen Situationen willentlich unter Kontrolle zu halten. Die Kinder haben die Aufgabe, einen zentralen Reiz am Bildschirm zu fixieren (fröhliches oder trauriges Gespenst) und dann per Tastendruck zu reagieren, wenn das traurige Gespenst erscheint. Gelegentlich erscheinen in der Peripherie kurz vor dem entscheidenden Reiz ebenfalls Gestalten (Ablenker), die nicht fixiert werden sollen. Untersucht werden die Auslasser unter den Bedingungen Ablenker ja/nein. Ist die Anzahl

der Auslasser unter Ablenkungsbedingungen deutlich höher als ohne, spricht das für eine erhöhte Ablenkbarkeit.

Der Untertest Geteilte Aufmerksamkeit erfasst die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf simultan ablaufende Prozesse zu verteilen. Geprüft wird diese Fähigkeit in einer Dual task Aufgabe, in der Kinder gleichzeitig eine Folge auditiver (Rufe zweier Fledermäuse) und visueller (Augen einer Eule) Reize beachten müssen, um im Fall eines kritischen Reizes mit Tastendruck zu reagieren. Als Indikator für mangelnde Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsteilung dient sowohl die Menge der Auslasser als auch die Anzahl der falschen Reaktionen.

Der Untertest Go/No-go erfasst die Fähigkeit, eigene Handlungsimpulse zu kontrollieren beziehungsweise inadäquate Reaktionen zu unterdrücken. Geprüft wird diese Fähigkeit in einer Entscheidungsaufgabe zwischen zwei Reizen, in der das Kind auf einen Reiz (Fledermaus) reagieren soll, während es auf einen anderen Reiz (Katze) nicht reagieren darf. Eine hohe Anzahl von falschen Reaktionen ist ein Hinweis auf mangelnde Reaktionsinhibition, während langsame Reaktionszeiten auf verlangsamte Entscheidungsfindung hindeuten.

Die Reliabilitäten (Zimmermann et al. 2002) der Untertests wurden als Splithalf-Reliabilitäten für zwei verschiedene Altersgruppen (6-7 Jahre, N=190), (8-10 Jahre, N=373) getrennt bestimmt. In dem Untertest Ablenkbarkeit liegen die berechneten Reliabilitäten für die unterschiedlichen Parameter im Bereich zwischen .66 und .89 und sind somit insgesamt als befriedigend zu bewerten. In dem Untertest Geteilte Aufmerksamkeit lassen sich zumindest in dem Bereich der 6 bis 7-jährigen Kinder Reliabilitäten im guten (.84) bis sehr guten (.97) Bereich feststellen. Die Reliabilitäten im Untertest Go/No-go sind mit .66 -.77 als niedrig bis befriedigend einzuschätzen. Die Autoren des Tests weisen darauf hin, dass die niedrigen Reliabilitäten möglicherweise Artefakte sind, die dadurch zustande kommen, dass die Anzahl der Auslassungen und Fehler in den meisten Tests sehr gering ist und somit die Auslassungen und Fehler in den Testhälften unterschiedlich häufig auftreten, was sich in den niedrigen Korrelationen niederschlägt.

8.3 Erfassung: Weitere psychische Faktoren

8.3.1 SDQ

Um weitere psychische Belastungsfaktoren zu erfassen, wurde als Fremdbeurteilungsfragebogen der SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire, Goodman, 1997) in der deutschen Version angewandt. Er besteht aus 25 Items, die in fünf Unterskalen aufgeteilt werden. Vier davon sind Problemskalen: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen. Die fünfte Skala misst prosoziales Verhalten. Trotz der zunehmenden Beliebtheit, der sich dieses Instrument aufgrund der hohen Praktikabilität erfreut,

existieren bislang gerade im deutschsprachigen Raum nur wenig Normierungs- und Evaluationsstudien zu diesem Instrument. Woerner, Becker, Friedrich, Klasen, Goodman und Rothenberger führten (2002) mit 930 Kindern im deutschsprachigen Raum eine breit angelegte Feldstudie durch, in der sie durch faktorenanalytische Untersuchungen die Faktorenstruktur der Skalen replizieren konnten. Die Reliabilitäten wurden durch die Ermittlung der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) bestimmt. Die Reliabilität für die Skala des Gesamtproblemwertes (die vier Problemskalen) kann mit .82 als gut bewertet werden. Die Reliabilität der Unterskala Hyperaktivität gilt mit .76 als befriedigend, während die Reliabilitäten der anderen Skalen mit Werten zwischen .58 und .68 eher niedrig sind. Die Autoren erklären die niedrigen Reliabilitäten mit der geringen Itemanzahl (5) pro Skala.

9 Ergebnisse

9.1 Stichprobe

In der Zeit zwischen Januar und November 2007 nahmen insgesamt 64 Kinder an dem Training sozialer Fertigkeiten TEAM teil. Hiervon waren 38 Kinder potentielle Kinder der Experimentalgruppe und 26 potentielle Kinder der Kontrollgruppe. Aus organisatorischen Gründen mussten auch Kinder an dem Training teilnehmen, die nicht den Voraussetzungen für die Studie entsprachen, sodass aus dieser Gesamtstichprobe 40 Kinder selektiert wurden (20 Kinder Kontrollgruppe, 20 Kinder Experimentalgruppe), deren Daten letztendlich in die Studie mit einflossen.

Voraussetzung zur Aufnahme in die Studie war die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung (F90.0, F90.1, F98.8), die Tatsache, dass die Kinder parallel an keiner anderen Therapie teilnahmen und dass zeitgleich keine medikamentöse Behandlung begonnen wurde.
Kinder, die schon lange medikamentös eingestellt waren, wurden nicht herausgenommen. Zu dieser Entscheidung führte unter anderem die heterogene Forschungslage zum Einfluss von Medikation auf die Ergebnisse von Therapiebemühungen zum Aufbau sozialer Fertigkeiten. Es erschien interessant, mögliche Interaktionseffekte im Hinblick auf die Therapieerfolge in den verschiedenen Bereichen zu untersuchen.

Von 38 potentiellen Kindern der Experimentalgruppe wiesen 7 Kinder keine Aufmerksamkeitsstörung auf, sodass diese herausgenommen wurden. Von den restlichen 26 potentiellen Kindern für die Kontrollgruppe zeigten 6 keine Aufmerksamkeitsstörungen, sodass diese ebenfalls ausgeschlossen worden sind. Mit dem Ziel der Parallelisierung von Kontroll- und Experimentalgruppe in Bezug auf relevante Merkmale, wie Geschlecht, Diagnoseverteilung, Medikation und Alter wurde die endgültige Stichprobe festgelegt, die im Folgenden vorgestellt wird.

In die Studie fließen Daten von 40 Kindern ein - 6 Mädchen (15%) und 34 Jungen (85%). Das durchschnittliche Alter der Kinder beträgt 9,3 Jahre. Die jüngsten Teilnehmer sind 7 Jahre und die ältesten 13 Jahre alt.

9.1.1 Experimentalgruppe

In der Experimentalgruppe befinden sich 20 Kinder. Von ihnen sind 3 weiblich und 17 männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei 9,35 Jahren. 25% der Kinder sind 7 und 8 Jahre, 50% 9 und 10 Jahre und 25% sind 11 Jahre alt.

Abbildung 8: Geschlecht Experimentalgruppe

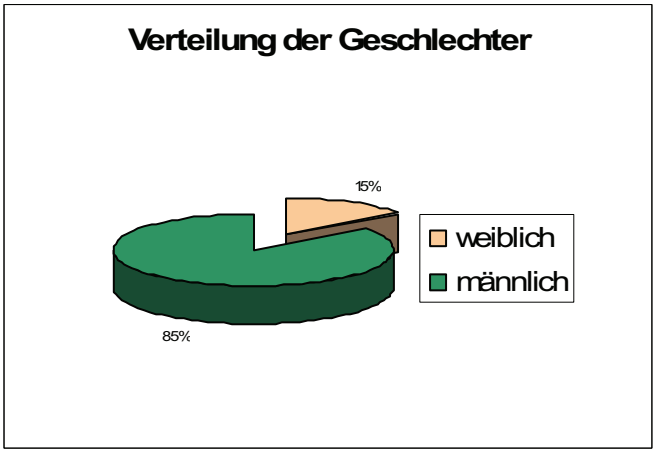
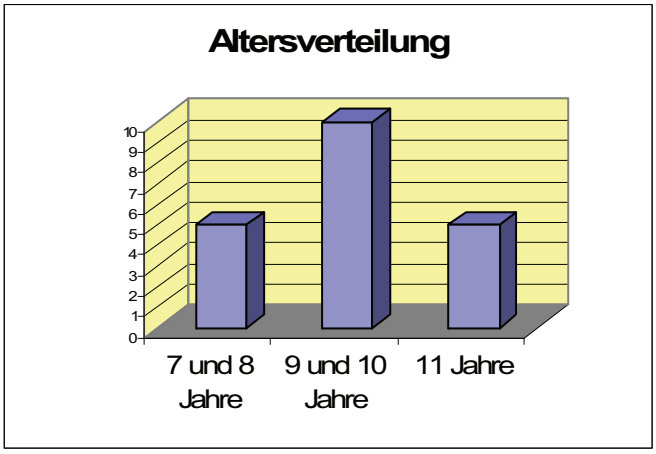


Abbildung 9: Alter Experimentalgruppe



Von den 20 Kindern haben 12 Kinder (60%) die Diagnose einer Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0), 3 Kinder, also 15%, eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) und 5 Kinder (25%) die Diagnose Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8).

4 Kinder (20%) erhielten zum Zeitpunkt des Trainings Medikation mit Methylphenidat.

Abbildung 10: Medikation Experimentalgruppe

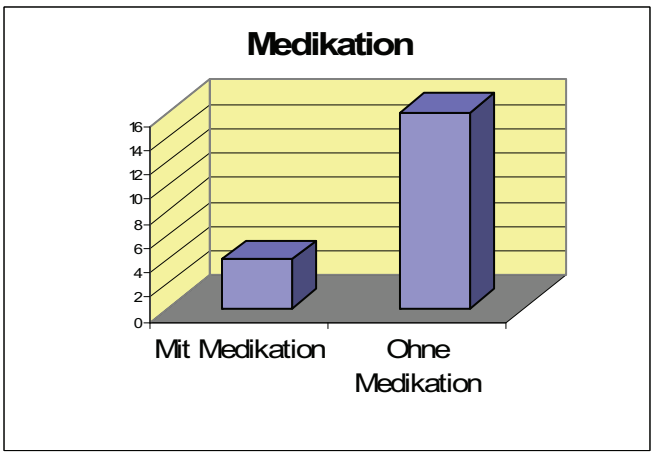
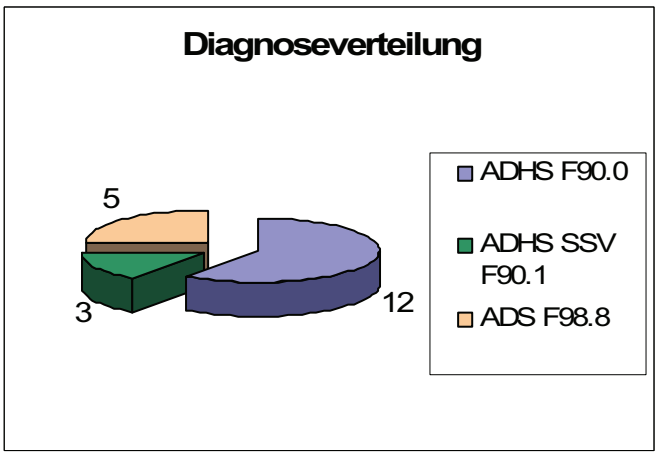


Abbildung 11: Diagn. Experimentalgruppe



9.1.2 Kontrollgruppe

In der Kontrollgruppe befinden sich ebenfalls 20 Kinder, wobei die Verteilung von Jungen und Mädchen identisch ist zu der aus der Experimentalgruppe. Das Durchschnittsalter liegt bei 9,25 Jahren. 30% der Kinder sind 7 und 8 Jahre, 45% 9 und 10 Jahre und 25% sind 11-13 Jahre alt. Mit zwei 13-jährigen Kindern ist der Range des Alters in der Kontrollgruppe etwas größer als in der Experimentalgruppe.

Abbildung 12: Geschlechter Kontrollgruppe

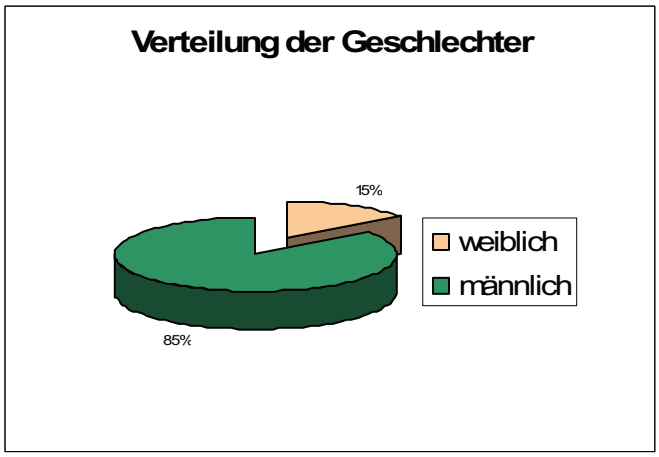
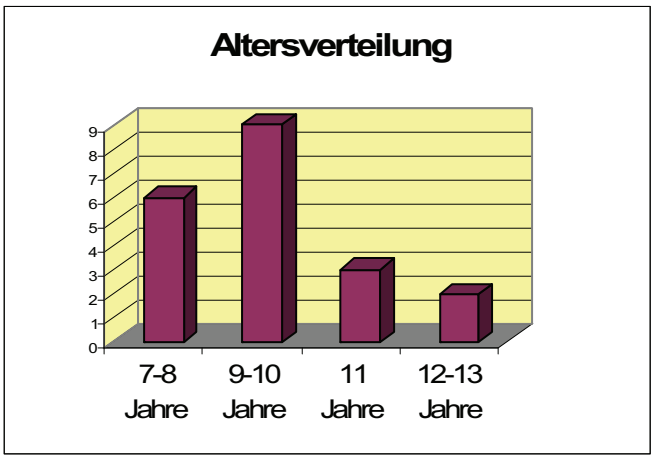


Abbildung 13: Alter Kontrollgruppe



Von den 20 Kindern haben 14 Kinder (70%) die Diagnose einer Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0), 3 Kinder (15%) eine Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1) und 3 Kinder (15%) die Diagnose Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8).
Wie in der Experimentalgruppe nehmen auch hier 4 Kinder (20%) Methylphenidat ein.

Abbildung 14: Medikation Kontrollgruppe

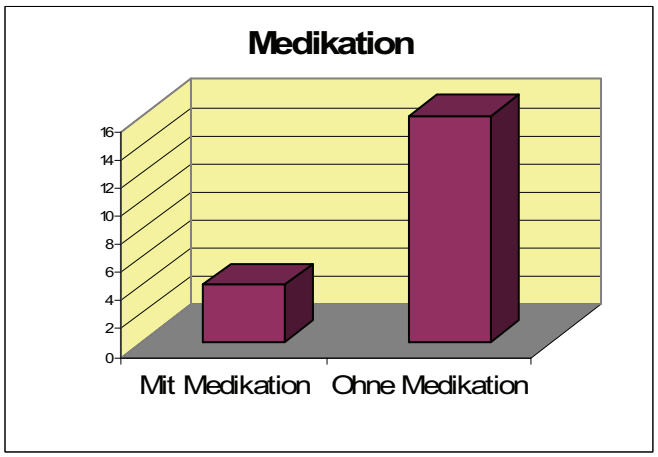
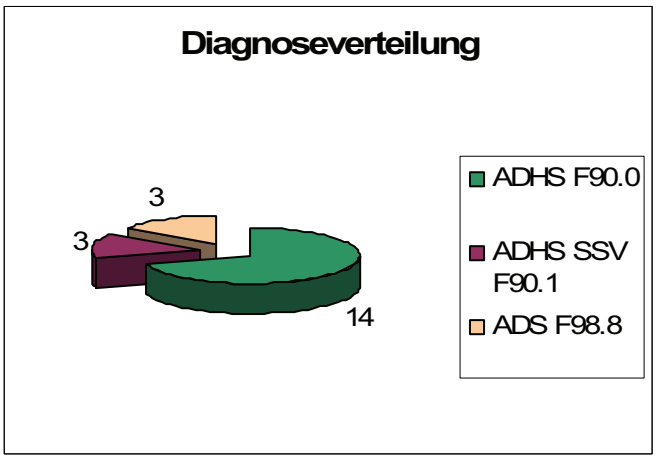


Abbildung 15: Diagn. Kontrollgruppe



Um die Vergleichbarkeit von Kontroll- und Experimentalgruppe zu überprüfen, wurden T-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet und diese auf Signifikanz geprüft.

In Bezug auf Geschlecht und Medikation sind die beiden Gruppen identisch, aber auch in Bezug auf das Alter (T=0.21; df=38; α=.837) und die Diagnosen (T=0.22; df=38; α=.445) ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Gruppen vergleichbar sind.

Abbildung 16: Vergleich Experimental- und Kontrollgruppe Alter und Geschlecht

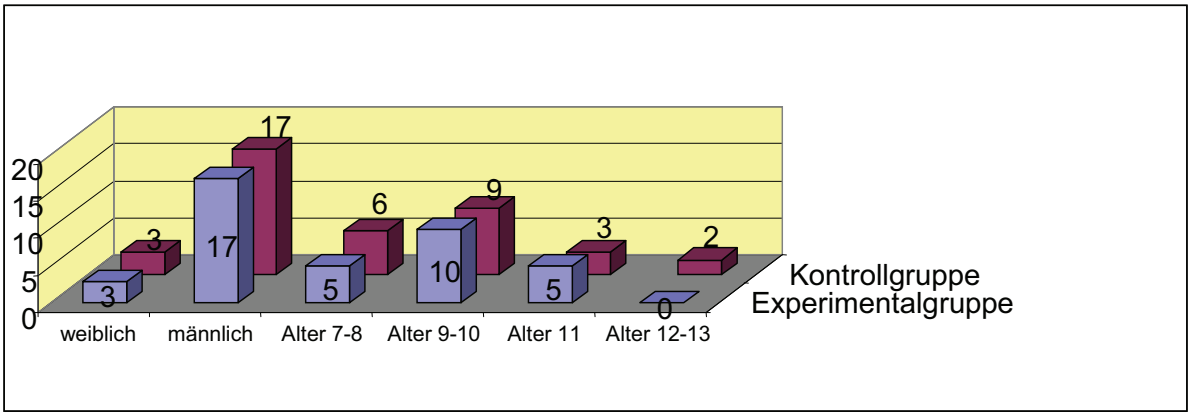


Abbildung 17: Vergleich Experimental- und Kontrollgruppe Diagnose und Medikation

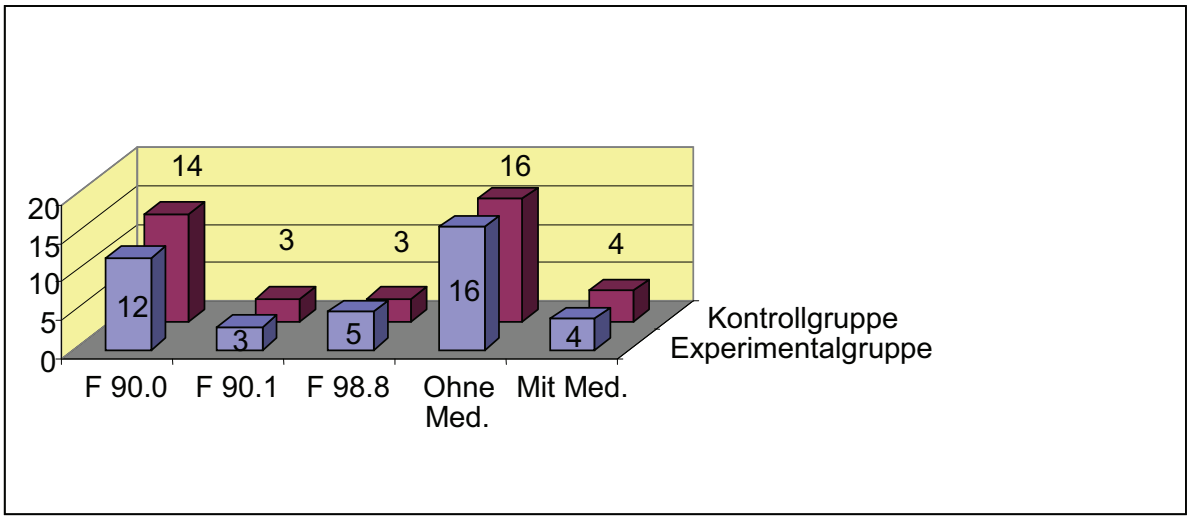


Tabelle 43: Vergleichswerte Kontroll- und Experimentalgruppe

	N	Alter	Geschlecht	Diagnose	Medikation
Experimentalgruppe	20	9,35	W=3, M=17	90.0=12 90.1=3 98.8=5	ohne Medikation=16 mit Medikation=4
Kontrollgruppe	20	9,25	W=3, M=17	90.0=14 90.1=3 98.8=3	ohne Medikation=16 mit Medikation=4

Um zu überprüfen, ob Kontroll- und Experimentalgruppe auch in den zu untersuchenden Merkmalen zu Sozialen Kompetenzen und Aufmerksamkeitsleistungen vergleichbar sind wurden ebenfalls T-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet und diese auf Signifikanz geprüft. Es zeigte sich, dass sich die beiden Gruppen in 24 von 26 Variablen auf einem Niveau von $p<0.05$ nicht von einander unterscheiden und somit vergleichbar

sind. Eine Ausnahme stellt die Skala Selbstwert dar, in der die Ausgangswerte der Kontrollgruppe (2.70) etwas höher lagen als bei den Kindern der Experimalgruppe (2.40) (T=-2.05; df=38; α=.047).

Tabelle 44: Ausgangswerte Kontroll- und Experimentalgruppe ESF-E, SDQ

Skala	Kontrollgr.	Experimentalgr.	Df	T-Wert	Sign.
Kommunikation	2.74	2.71	38	0.17	.863
Konfliktmanagement	2.02	2.18	38	-1.04	.305
Gefühlsregulation	2.33	2.55	38	-1.02	.311
Selbstwert	2.40	2.70	38	-2.05	.045*
Prosoziales Verhalten	1.19	1.27	38	-0.68	.501
Emotionale Probleme	0.93	0.72	38	1.41	.167
Verhaltensprobleme	0.84	0.65	38	1.27	.210
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0.95	0.75	38	1.29	.204

Tabelle 45: Ausgangswerte Kontroll- und Experimentalgruppe Aufmerksamkeit

Skala	Kontrollgr.	Experimentalgr.	Df	T-Wert	Sign.
Aufmerksamkeit	1.93	1.74	38	0.91	.370
Impulsivität	1.52	1.05	38	1.91	.063
Hyperaktivität	1.13	0.82	38	1.28	.208

Tabelle 46: Ausgangswerte Kontroll- und Experimentalgruppe ISF-K

Item	Kontrollgr.	Experimentalgr.	Df	T-Wert	Sign.
Aktivitäten	1.35	2.00	38	-1.51	.140
Kontaktaufnahme	1.25	0.80	38	1.76	.087
Konfliktlösung	0.85	1.10	38	-1.21	.236
Provokation	1.25	1.20	38	0.23	.814
Wut	0.95	0.85	38	0.46	.644
Angst	0.85	0.70	38	0.72	-489
Kommunikation	1.35	1.30	38	0.21	.839
Stärken	2.25	2.60	38	-0.75	.457
Schwächen	1.20	1.10	38	0.41	.687
Eigene Bedürfnisse	0.95	1.05	38	-0.46	.648
Bedürfnisse d. andere	1.15	1.00	38	0.65	.523
Prosoziales Verhalten	1.35	1.00	38	1.505	.141

9.2 Gesamtergebnisse der verschiedenen Messinstrumente

Um die Hypothesen zu prüfen, wurden zunächst getrennt für die Kontroll- und Experimentalgruppe T-Tests für abhängige Stichproben gerechnet. Hiermit ließ sich feststellen, ob es in den zu testenden Merkmalen zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt zu signifikanten Veränderungen gekommen ist. Der Fallausschluss erfolgte von Test zu Test.

Um zu überprüfen, wie stark diese Veränderungen sind, wurden Effektgrößen (δ) berechnet. Die Bildung der Effektgrößen erfolgte in Anlehnung an Bortz und Döring (2006), indem die Differenz der Mittelwerte (M2 - M1) durch die Merkmalsstreuung der Differenzen dividiert und somit standardisiert wurde.

Im nächsten Schritt kam es zur Bildung von Differenzwerten zwischen der Merkmalsausprägung zum ersten und zum zweiten Untersuchungszeitpunkt. Eine positive Differenz zeigt einen Zuwachs der Merkmalsausprägung an, während eine negative Differenz für eine Abnahme der Merkmalsausprägung spricht. Um zu überprüfen, ob die Veränderungen in der Experimentalgruppe stärker sind als in der Kontrollgruppe, wurden univariate Varianzanalysen (ANOVA) gerechnet und diese Ergebnisse auf Signifikanz geprüft. Der Fallausschluss erfolgte ebenfalls von Test zu Test.

Um die Auswirkungen der Medikation auf die Erfolge im Training zu untersuchen, wurden univariate zweifaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Somit ließen sich Haupt- und Interaktionseffekte der Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Medikation ermitteln.

Nach einer überblicksartigen Darstellung der Gesamtergebnisse der einzelnen Instrumente orientiert sich die darauf folgende Darstellung der einzelnen Ergebnisse analog zu den Hypothesen an den drei zu untersuchenden Hauptbereichen: 1. Ergebnisse zur Entwicklung sozialer Fertigkeiten, 2. Ergebnisse zur Entwicklung von Aufmerksamkeitsleistungen und 3. Ergebnisse zur Entwicklung weiterer psychischer Faktoren.

9.2.1 Soziale Fertigkeiten

9.2.1.1 ESF-E

Um einen Gesamtindex für soziale Kompetenzen der Kinder aus Sicht der Eltern zu ermitteln, wurden Durchschnittswerte der sechs Skalen des ESF-E berechnet. Zu erwarten war ein Anstieg der sozialen Kompetenzen in der Experimentalgruppe, der sich in positiven Effektstärken ausdrückt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die sozialen Kompetenzen aus Sicht der Eltern (ESF-E) nach Beenden des Trainings tatsächlich, wie erwartet, hoch signifikant gestiegen sind (T=-6.23; N=19; α=.000).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 1.42 und ist somit als sehr groß zu bewerten (M1=2.31; M2=2.61; S=0.21).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Es kommt zu einem minimalen Rückgang der sozialen Kompetenzen (δ=-0.11). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=16.1; df=34; α=.000).

9.2.1.2 ISF

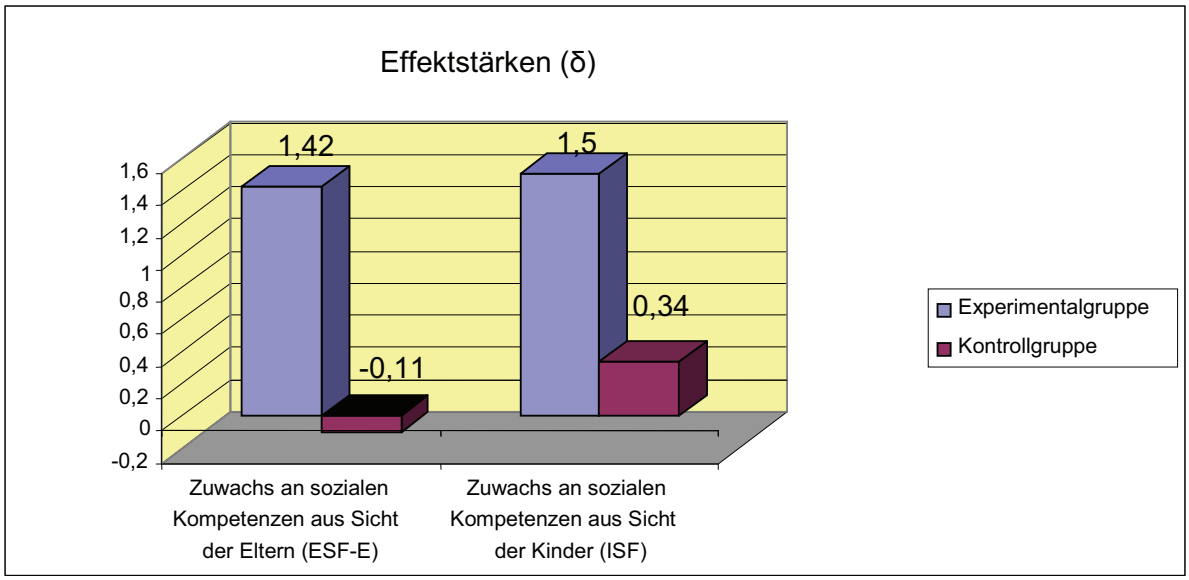
Als Indexwert für soziale Kompetenzen aus Sicht der Kinder wurde ein Durchschnittswert aus den verschiedenen Fragen des Interviews ISF berechnet. Zu erwarten war auch hier ein Anstieg der sozialen Kompetenzen in der Experimentalgruppe, der sich in positiven Effektstärken ausdrückt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die sozialen Kompetenzen aus Sicht der Kinder nach Beenden des Trainings hoch signifikant gestiegen sind (T=-6.71; N=19; α=.000).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 1.5 und ist somit ebenfalls als sehr groß zu bewerten (M1=1.23; M2=2.43; S=0.80).

In der Kontrollgruppe werden nur sehr geringe Veränderungen festgestellt (δ=0.34). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=29.11; df=34; α=.000).

Abbildung 18: Effekte soziale Kompetenzen (ESF-E; ISF)



9.2.2 Aktivität / Aufmerksamkeit

9.2.2.1 FBB HKS

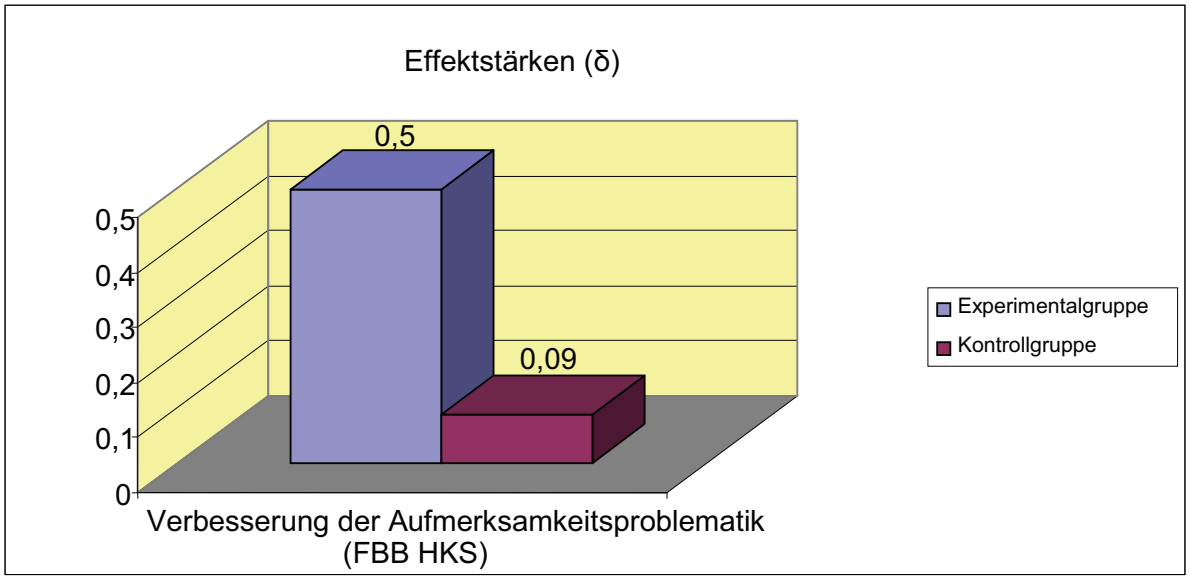
Als Gesamtindex für Aufmerksamkeitsstörungen wurde der Durchschnittswert für die drei Skalen des FBB HKS berechnet. Zu erwarten war ein Rückgang der Aufmerksamkeitsproblematik in der Experimentalgruppe, der sich in negativen Effektstärken ausdrücken sollte.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass sich die Aufmerksamkeitsproblematik aus Sicht der Eltern (FBB HKS) nach Beenden des Trainings hoch signifikant verringert hat (T=3.77; N=19; α=.001).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt -0.50 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=1.57; M2=1.23; S=0.40).

In der Kontrollgruppe werden kaum Veränderungen festgestellt (δ=-0.09). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=4.87; df=34; α=.034).

Abbildung 19: Effekte Aufmerksamkeit



9.3 Ergebnisse: Soziale Fertigkeiten

9.3.1 Effekte Therapieziele Wahrnehmung

Veränderungen in der Fremdwahrnehmung

Empathie

Veränderungen in der Fremdwahrnehmung wurden anhand der Skala Empathie im ESF mittels Fremdbeurteilung (ESF-E) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass sich die Empathiefähigkeit der Kinder aus Sicht der Eltern (ESF-E) nach Beenden des Trainings hoch signifikant verbessert hat (T=-4.55; N=19; α=.000).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 1.03 und ist somit als sehr groß zu bewerten (M1=2.36; M2=2.69; S=0.32).
In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Es kommt dahingegen zu einer leichten Verschlechterung der Empathiefähigkeit (δ=-0.08). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=9.7; df=34; α=.004).

Die Hypothese 1 ist somit bestätigt:
Die Empathiefähigkeit des Kindes ist nach der Teilnahme an dem Training TEAM höher als vor der Teilnahme.

Wahrnehmung der Bedürfnisse Anderer

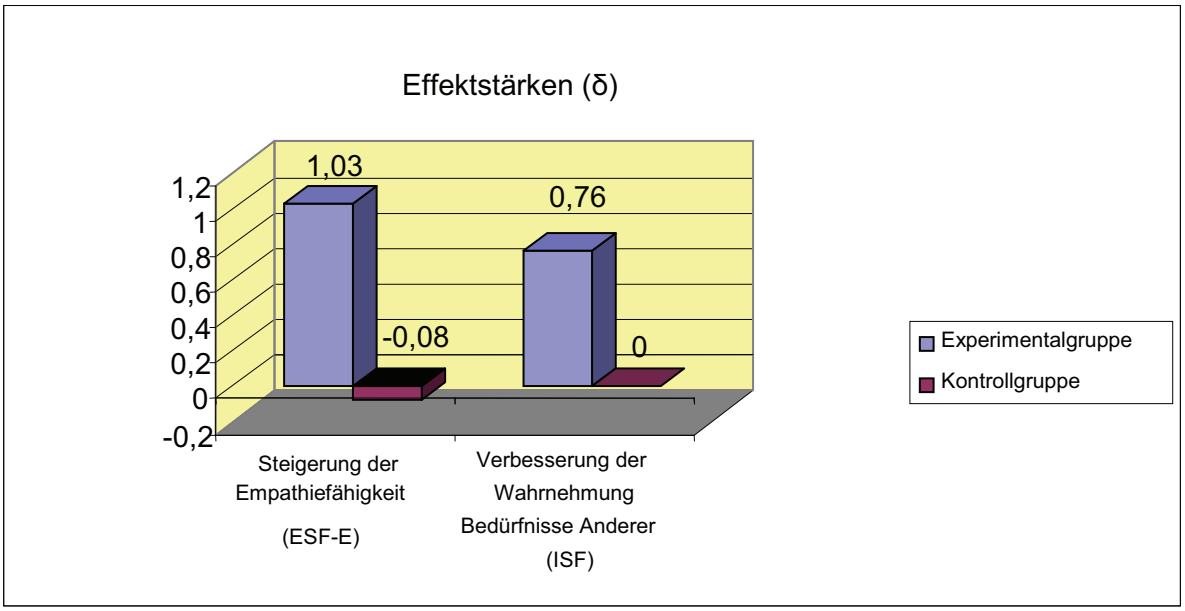
Veränderungen in der Wahrnehmung der Bedürfnisse Anderer wurden anhand des Interviews (ISF, Frage 13: Was kannst Du tun, damit es Anderen gut geht?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-3.31; N=20; α=.004).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.76 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=1.35; M2=2.80; S=1,90).
In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Hier gibt es keine Veränderungen der Mittelwerte (δ=0.00). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=8.71; df=37; α=.005).

Die Hypothese 2 ist somit bestätigt:
Das Wissen über Bedürfnisse Anderer ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Abbildung 20: Effekte Wahrnehmung



Veränderungen in der Emotionsregulation

Gefühlsregulation

Veränderungen in der Selbstwahrnehmung wurden anhand der Skala Gefühlsregulation im ESF mittels Fremdbeurteilung (ESF-E) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass sich die Gefühlsregulation der Kinder aus Sicht der Eltern (ESF-E) nach Beenden des Trainings hoch signifikant verbessert hat (T=-4.25; N=19; α=.000).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 1.00 und ist somit als groß zu bewerten (M1=2.30; M2=2.68; S=0.38).

In der Kontrollgruppe werden diese signifikanten Veränderungen nicht festgestellt. Es kommt dahingegen zu einer minimalen Verschlechterung der Fähigkeit zur Emotionsregulation (δ=-0.03). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=4.22; df=34; α=.005).

Die Hypothese 3 ist somit bestätigt:

Die Emotionsregulation des Kindes ist nach der Teilnahme an dem Training TEAM besser als vor der Teilnahme.

Veränderungen in der Selbstwahrnehmung

Wahrnehmung eigener Bedürfnisse

Veränderungen in der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse wurden anhand des Interviews (ISF, Frage 11: Was kannst Du tun, damit es Dir gut geht?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-3.38; N=20; α=.003).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.79 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=0.95; M2=2.30; S=1.70).
In der Kontrollgruppe werden ähnliche Veränderungen festgestellt, allerdings ist dieser Effekt gering (δ=0.34). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (F=0.96; df=37; α=.332).

Die Hypothese 4 ist somit bestätigt:

Das Wissen über eigene Bedürfnisse ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Es ist jedoch zu beachten, dass auch ohne Training eine Verbesserung eingetreten ist. Der Effekt kann somit nicht ausschließlich auf das Training zurückgeführt werden. Mögliche Gründe hierfür werden in der Diskussion erläutert.

Umgang mit negativen Gefühlen / Wut

Veränderungen im Umgang mit negativen Gefühlen wurden anhand des Interviews (ISF, Frage 6: Was kannst Du tun, damit Wut kleiner wird) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-3.21; N=20; α=.005).

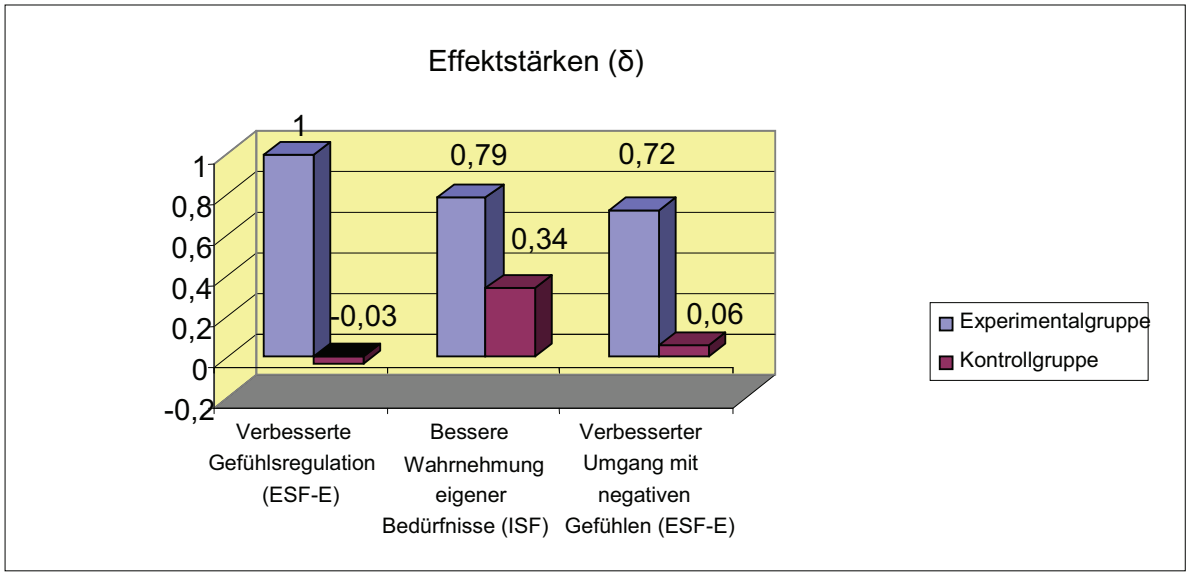
Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.72 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=0.95; M2=1.85; S=1.25).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Der Umgang mit Wut verbessert sich kaum (δ=0.06). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=6.35; df=37; α=.016).

Die Hypothese 5 ist somit bestätigt:

Das Wissen über den Umgang mit negativen Gefühlen ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Abbildung 21: Effekte Emotionsregulation und Selbstwahrnehmung



9.3.2 Effekte Therapieziele Handlungsplanung

Erweiterung der Handlungskompetenzen
Kommunikationsfähigkeiten

Veränderungen der Handlungskompetenzen wurden anhand der Skala Kommunikationsfähigkeiten im ESF mittels Fremdbeurteilung (ESF-E) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass sich die Kommunikationsfähigkeiten der Kinder aus Sicht der Eltern (ESF-E) nach Beenden des Trainings signifikant verbessert haben (T=-2.2; N=19; α=.041).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 0.51 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=2.77; M2=3.0; S=0.45).
In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Es kommt zu einer geringfügigen Verschlechterung der Kommunikationsfähigkeit (δ=-0.24). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=4.55; df=34; α=.041).

Die Hypothese 6 ist somit bestätigt:
Die Kommunikationsfähigkeiten des Kindes sind nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

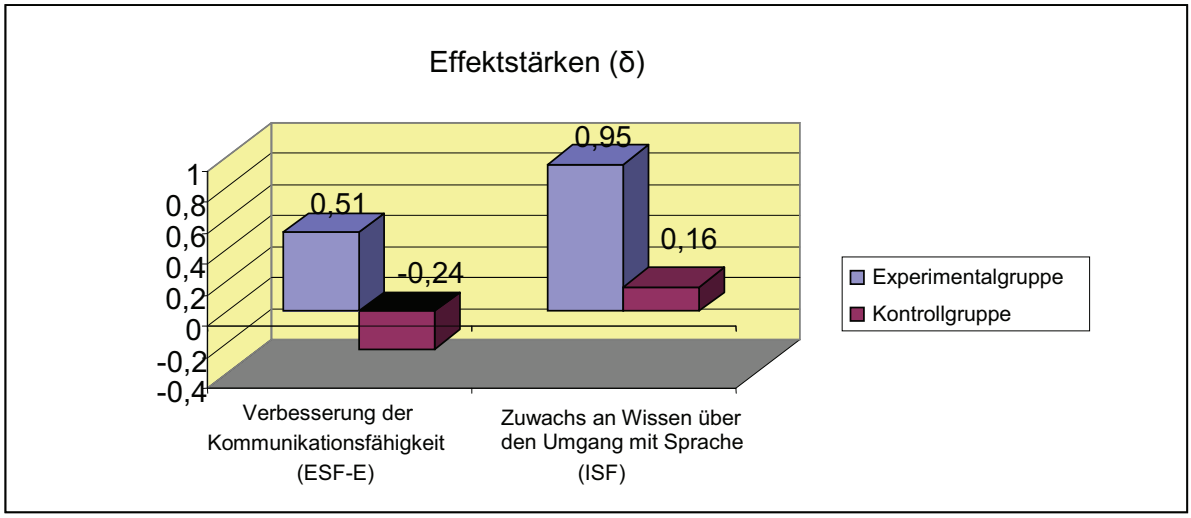
Sprachkompetenzen
Veränderungen des Wissens über den Umgang mit Sprache wurden anhand des Interviews (ISF, Frage 8: Was kannst Du reden, damit Andere Dich gut verstehen?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training hoch signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-4.19; N=20; α=.000).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.95 und ist somit als hoch zu bewerten (M1=1.35; M2=2.50; S=1.20).
In der Kontrollgruppe werden diese signifikanten Veränderungen nicht festgestellt. Es kommt lediglich zu einer minimalen Verbesserung (δ=0.16). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=10.8; df=37; α=.002).

Die Hypothese 7 ist somit bestätigt:
Das Wissen über den Umgang mit Sprache ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Abbildung 22: Effekte Handlungskompetenzen



Erweiterung des Verhaltensrepertoires

Generelle Konfliktlösefertigkeiten

Veränderungen der Konfliktlösefertigkeiten wurden anhand der Skala Konfliktlösefertigkeiten im ESF mittels Fremdbeurteilung (ESF-E) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass sich die Konfliktlösefertigkeiten der Kinder aus Sicht der Eltern (ESF-E) nach Beenden des Trainings signifikant verbessert haben (T=-2.76; N=19; α=.013).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 0. 66 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=1.98; M2=2.31; S=0.5).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Die Mittelwerte zum ersten und zweiten Untersuchungszeitpunkt sind identisch (δ=0.00). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=4.68; df=34; α=.038).

Die Hypothese 8 ist somit bestätigt:

Die Konfliktlösefertigkeiten des Kindes sind nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Lösung von Streit

Die Erweiterung von Wissen darüber, wie sich Streitsituationen positiv lösen lassen, wurde anhand des Interviews (ISF, Frage 4: Was kannst Du tun, damit ein Streit aufhört?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-6.17; N=20; α=.000).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 1.40 und ist somit als sehr groß zu bewerten (M1=0.85; M2=2.30; S=1.05).

In der Kontrollgruppe werden diese signifikanten Veränderungen nicht festgestellt. Es wird dahingegen geringfügig weniger Wissen über Konfliktlösung angegeben (δ=-0.05). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=21.48; df=37; α=.000).

Die Hypothese 9 ist somit bestätigt:

Zur Lösung von Streitsituationen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

Umgang mit Provokationen

Die Erweiterung von Wissen über positiven Umgang mit Provokationen wurde anhand des Interviews (ISF, Frage 5: Was kannst Du machen, wenn Du provoziert wirst?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-3.45; N=20; α=.003).

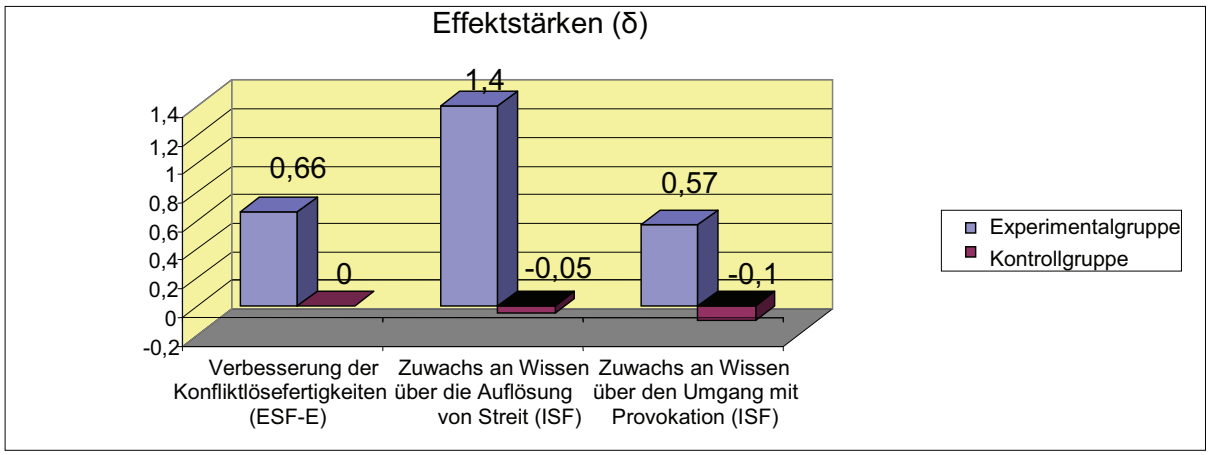
Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.57 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=1.25; M2=2.15; S=1.16).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Die Kinder aus der Kontrollgruppe gaben zum zweiten Untersuchungszeitpunkt geringfügig weniger Wissen über den Umgang mit Provokation an als zum ersten Untersuchungszeitpunkt (δ=-0.10). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=8.35; df=37; α=.006).

Die Hypothese 10 ist somit bestätigt:

Zum Umgang mit Provokationen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

Abbildung 23: Effekte Problemlösefertigkeiten



Kontaktaufnahme zu anderen Kindern

Die Erweiterung von Wissen darüber, wie Kinder in Kontakt zu anderen Kindern kommen können, wurde anhand des Interviews (ISF, Frage 3: Wie kann man Freunde finden?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-2.47; N=20; α=.023).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.57 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=1.25; M2=2.40; S=2.08).
In der Kontrollgruppe werden ebenfalls leichte Verbesserungen festgestellt (δ=0.45). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (F=2.31; df=37; α=.136).

Die Hypothese 11 ist somit bestätigt:
Zur Kontaktaufnahme zu Anderen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

Allerdings ist anzumerken, dass auch ohne Teilnahme am Training eine Zunahme an Wissen über den Aufbau von Freundschaften gezeigt werden konnte. Der Zuwachs kann daher nicht allein auf die Teilnahme am Training zurück zu führen sein. Erklärungen hierfür werden in der Diskussion erörtert.

Aktivitäten mit anderen Kindern

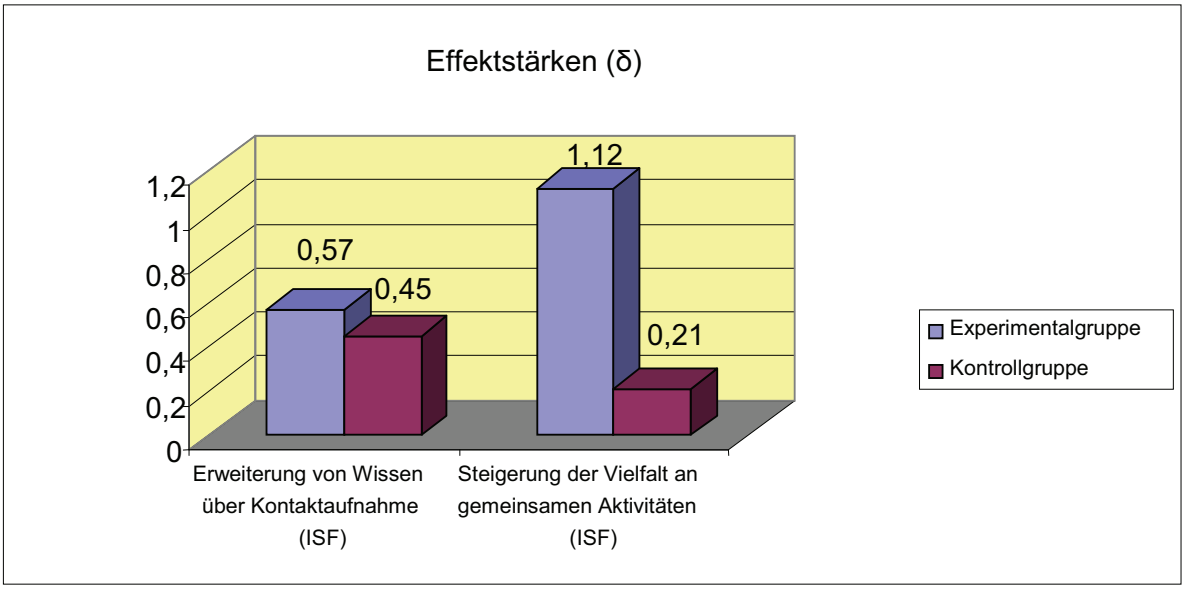
Die Steigerung der Vielfalt an Aktivitäten mit anderen Kindern wurde anhand des Interviews (ISF, Frage 2: Was machst Du gerne mit Deinen Freunden oder Freundinnen?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training hoch signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-5.04; N=20; α=.000).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 1.12 und ist somit als sehr groß zu bewerten (M1=1.35; M2=3.10; S=1.55).
In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt (δ=0.21). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=8.44; df=37; α=.006).

Die Hypothese 12 ist somit bestätigt:
Zu möglichen Aktivitäten mit Gleichaltrigen steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

Abbildung 24: Effekte Verhaltensrepertoire



9.3.3 Effekte Therapieziele Handlungsausführung

Selbstwert

Der für die Motivation zur Ausführung einer Handlung wichtige Selbstwert eines Kindes wurde anhand der Skala Selbstwert im ESF mittels Fremdbeurteilung (ESF-E) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass sich der Selbstwert der Kinder aus Sicht der Eltern (ESF-E) nach Beenden des Trainings hoch signifikant verbessert hat (T=-3.54; N=19; α=.002).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 0.81 und ist somit als groß zu bewerten (M1=2.38; M2=2.69; S=0.38).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt (δ=0.02). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=4.22; df=34; α=.048).

Die Hypothese 13 ist somit bestätigt:

Der Selbstwert des Kindes ist nach der Teilnahme an dem Training besser als vor der Teilnahme.

Eigene Stärken

Die Fähigkeit, eigene Stärken zu benennen, wurde anhand des Interviews (ISF, Frage 9: Was kannst Du besonders gut?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-2.13; N=20; α=.046).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.50 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=1.20; M2=3.4; S=2.40).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Es werden dahingegen etwas weniger eigene Stärken genannt (δ=-0.22). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich hoch signifikant voneinander (F=5.05; df=37; α=.031).

Die Hypothese 14 ist somit bestätigt:

Das Kind kann nach der Teilnahme an dem Training mehr eigene Stärken nennen als vor der Teilnahme.

Ängste

Das Wissensrepertoire zur Überwindung von Angst wurde anhand des Interviews (ISF, Frage 7: Was kannst Du machen, um Angst zu überwinden?) ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach dem Training hoch signifikant mehr sozial kompetente Antworten geben konnten als vor dem Training (T=-3.56; N=20; α=.002).

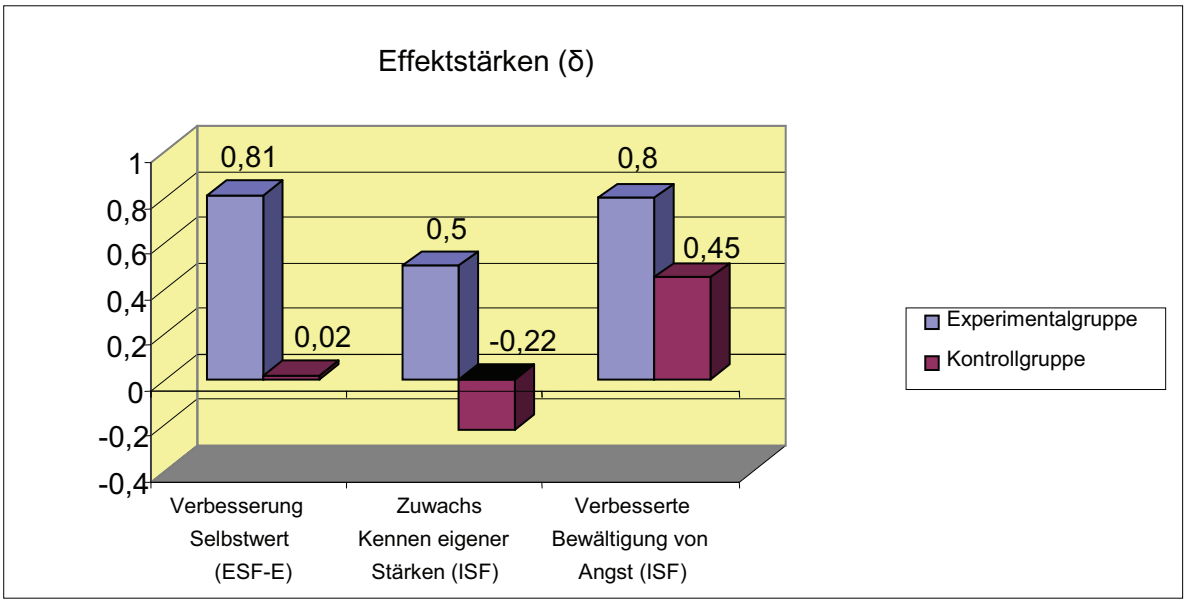
Die Effektgröße (δ) für die Veränderung beträgt 0.80 und ist somit als groß zu bewerten (M1=0.85; M2=1.45; S=0.75).

In der Kontrollgruppe werden diese signifikanten Veränderungen nicht festgestellt. Es zeigen sich lediglich geringe Effekte (δ=0.45). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=4.28; df=37; α=.045).

Die Hypothese 15 ist somit bestätigt:

Zur Überwindung von Ängsten steht dem Kind nach der Teilnahme an dem Training ein breiteres Wissensrepertoire zur Verfügung als vor der Teilnahme.

Abbildung 25: Effekte Handlungsausführung



9.3.4 Zusätzliche Indikatoren für soziale Kompetenzen

Prosoziales Verhalten

Als wichtiger Indikator für soziale Kompetenzen wurde zusätzlich untersucht, inwieweit die Kinder prosoziales Verhalten zeigen.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder nach Auskunft der Eltern nach dem Training signifikant mehr prosoziales Verhalten zeigen als vor dem Training. (T=-2.84; N=19; α=.011).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 0.65 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=1.16; M2=1.39; S=0.34).

In der Kontrollgruppe ändert sich der Wert für prosoziales Verhalten überhaupt nicht. (δ=0.00). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=4.501; df=34; α=.041).

Die Hypothese 16 ist somit bestätigt:

Prosoziales Verhalten tritt nach der Teilnahme an dem Training häufiger auf als vor dem Training.

Anzahl der Freunde

Als wichtiger Indikator für soziale Kompetenzen wurden die Kinder nach der Anzahl ihrer Freunde vor und nach dem Training befragt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Kinder vor dem Training durchschnittlich 5 Freunde angaben, während sie nach dem Training durchschnittlich 11 Freunde angaben, sodass sich die Anzahl der Freunde aus Sicht der Kinder nach Beenden des Trainings hoch signifikant erhöht hat (T=-2.32; N=20; α=.032).

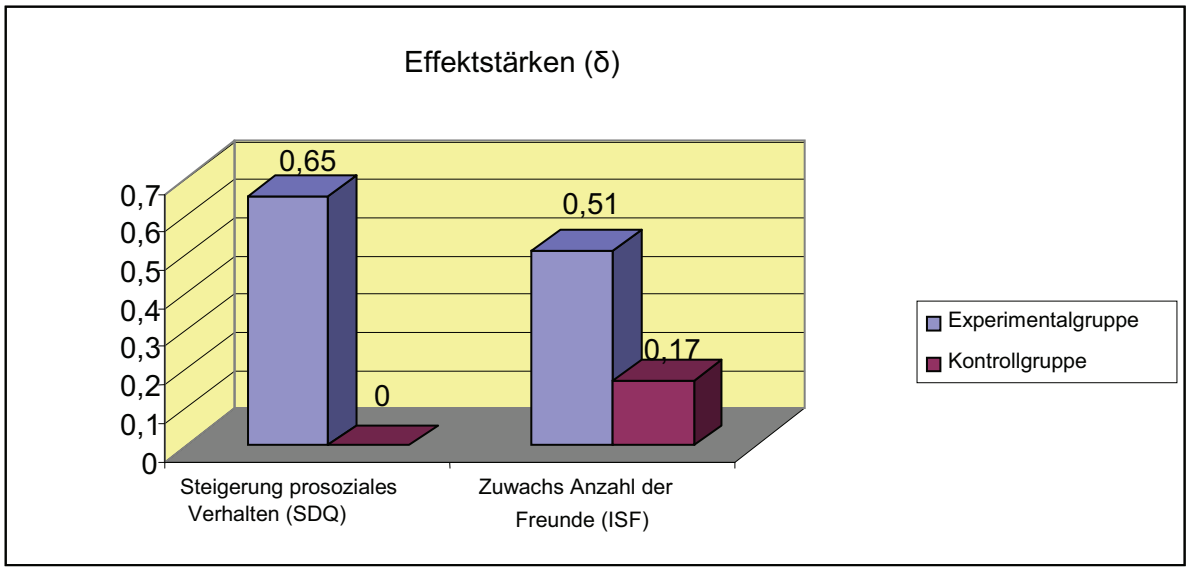
Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt 0.51 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=4.75; M2=11.25; S=12.53).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt (δ=0.17). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander (F=2.07; df=34; α=.050).

Die Hypothese 17 ist somit bestätigt:

Die Anzahl der Freunde der Kinder ist nach der Teilnahme an dem Training höher als vor der Teilnahme.

Abbildung 26: Indikatoren für soziale Kompetenzen



9.4 Ergebnisse: Aktivität / Aufmerksamkeit

Die verschiedenen Aspekte der Aufmerksamkeitsleistungen wurden mittels Fremdbeurteilung anhand der Skalen vom FBB HKS erhoben.
Auf die Darstellung der Leistungsdaten der Kinder, die mittels der KITAP erhoben werden sollten, wird an dieser Stelle aufgrund mangelnder Aussagekraft verzichtet. Wegen technischer Schwierigkeiten gelang es lediglich, bei 10 der 20 Kinder aus der Experimentalgruppe sowohl Prä- als auch Posttestdaten zu erheben. Es konnten somit auch keine oder nur tendenziell signifikante Veränderungen festgestellt werden.

Impulsivität
Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Impulsivität aus Sicht der Eltern (FBB HKS) nach Beenden des Trainings wie gewünscht signifikant niedriger ist ($T=2.53$; $N=19$; $\alpha=.021$).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt -0.57 und ist somit als mittel zu bewerten ($M1=1.60$; $M2=1.34$; $S=0.45$).

In der Kontrollgruppe wird ein sehr geringer Anstieg an Impulsivität festgestellt ($\delta=0.09$). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich tendenziell signifikant voneinander ($F=3.12$; $df=34$; $\alpha=.087$).

Die Hypothese 18 ist somit bestätigt:
Die Impulsivität ist nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme an dem Training.

Hyperaktivität
Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Hyperaktivität aus Sicht der Eltern (FBB HKS) nach Beenden des Trainings signifikant niedriger ist ($T=2.28$; $N=19$; $\alpha=.035$).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt -0.52 und ist somit als mittel zu bewerten ($M1=1.12$; $M2=0.85$; $S=0.52$).

In der Kontrollgruppe werden nur minimalste Verbesserungen der Hyperaktivität festgestellt ($\delta=-0.10$). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($F=1.75$; $df=34$; $\alpha=.196$).

Die Hypothese 19 ist somit bestätigt:
Die Hyperaktivität ist nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme an dem Training.

Hierbei muss beachtet werden, dass ähnliche Veränderungen auch in der Kontrollgruppe stattgefunden haben, sodass nicht ausschließlich von einem Trainingseffekt gesprochen werden kann. Dieses Ergebnis wird in der Diskussion weiter erörtert.

Aufmerksamkeit

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Aufmerksamkeitsproblematik aus Sicht der Eltern (FBB HKS) nach Beenden des Trainings signifikant niedriger ist ($T=3{,}71$; $N=19$; $\alpha=.002$).

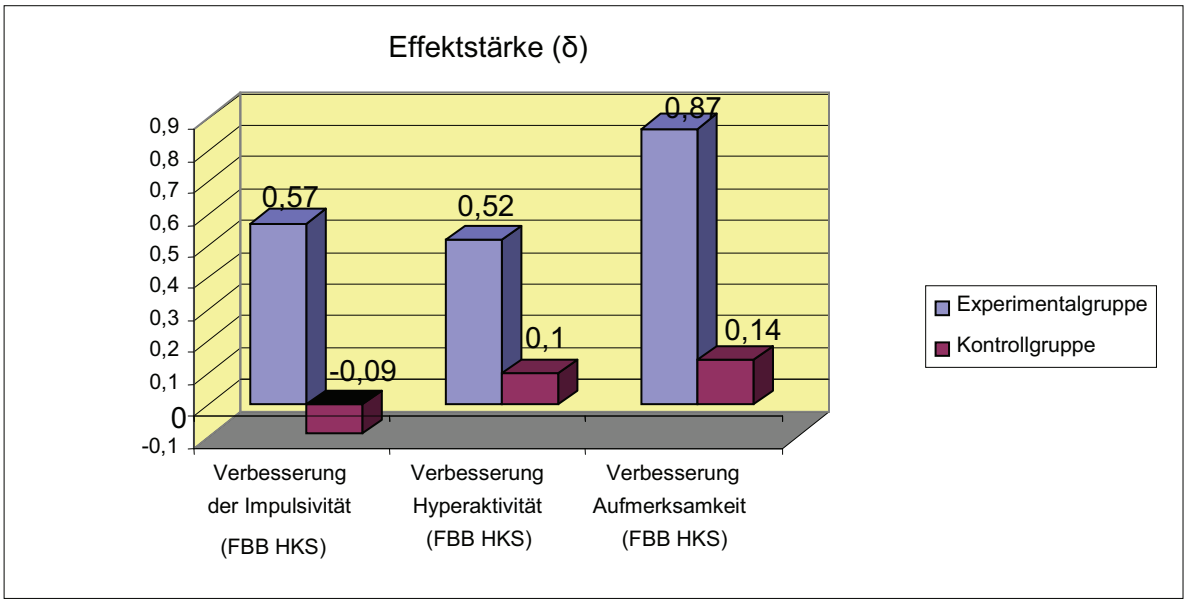
Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt -0.87 und ist somit als groß zu bewerten ($M1=1.90$; $M2=1.47$; $S=0.49$).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt ($\delta=-0.14$). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich signifikant voneinander ($F=4.30$; $df=34$; $\alpha=.046$).

Die Hypothese 20 ist somit bestätigt:

Aufmerksamkeitsdefizite sind nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme.

Abbildung 27: Effekte Aufmerksamkeitsleistungen



9.5 Ergebnisse: Weitere psychische Faktoren

Emotionale Probleme

Die begleitenden emotionalen Schwierigkeiten wurden anhand der Skala Emotionale Probleme im SDQ mittels Fremdbeurteilung ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die emotionalen Probleme aus Sicht der Eltern (SDQ) nach Beenden des Trainings signifikant gesunken sind (T=2.6; N=19; α=.018).

Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt -0.57 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=0.92; M2=0.71; S=0.37).

In der Kontrollgruppe konnten keinerlei Verbesserungen festgestellt werden (δ=0.00). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich aufgrund des relativ niedrigen Effektes jedoch nicht signifikant voneinander (F=2.61; df=34; α=.115).

Die Hypothese 21 ist somit bestätigt:

Emotionale Probleme sind nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme.

Verhaltensprobleme

Die begleitenden Schwierigkeiten im Verhalten wurden anhand der Skala Verhaltensprobleme im SDQ mittels Fremdbeurteilung ermittelt.

Die Ergebnisse für die Experimentalgruppe zeigen, dass die Verhaltensprobleme aus Sicht der Eltern (SDQ) nach Beenden des Trainings signifikant gesunken sind (T=2.1; N=19; α=.050).

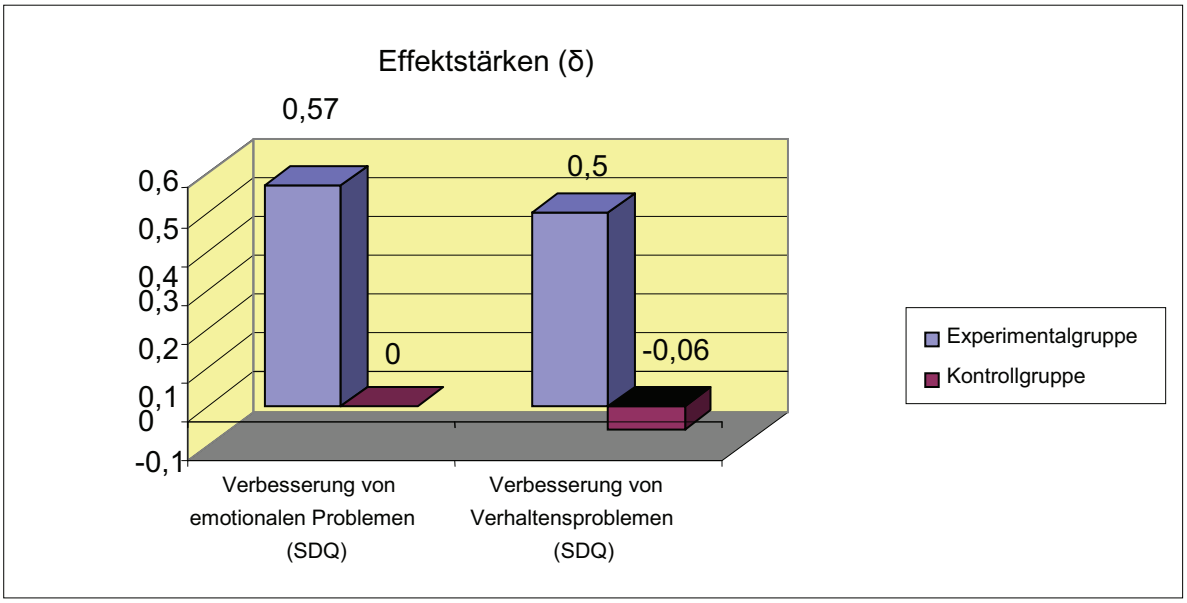
Die Effektgröße (δ) für die Veränderung in der Experimentalgruppe beträgt -0.50 und ist somit als mittel zu bewerten (M1=0.87; M2=0.74; S=0.28).

In der Kontrollgruppe werden diese Veränderungen nicht festgestellt. Es kommt zu einem minimalen Zuwachs an Verhaltensproblemen (δ=0.06). Kontroll- und Experimentalgruppe unterscheiden sich tendenziell signifikant voneinander (F=2.98; df=34; α=.094).

Die Hypothese 22 ist somit bestätigt:

Verhaltensprobleme sind nach der Teilnahme an dem Training geringer als vor der Teilnahme.

Abbildung 28: Effekte psychische Faktoren



9.5.1 Wirkung Medikamente

Die Effekte des Trainings gemessen an den Gesamtskalen unterscheiden sich bei den Kindern der Experimentalgruppe mit und ohne Einnahme von Medikamenten nicht. Eine Ausnahme wird im FBB HKS (Gesamtskala) deutlich.

Zwischen den Kindern mit und ohne Medikation ergaben sich keine Unterschiede im Hinblick auf den Zuwachs an sozialen Fertigkeiten, eingeschätzt durch die Eltern (ESF-E) ($F=0.57$; $df=18$; $\alpha=.462$), den Zuwachs an Wissen über sozial kompetentes Verhalten, erfasst durch das Interview der Kinder (ISF) ($F=1.03$; $df=19$; $\alpha=.325$) und in Bezug auf die Verbesserung weiterer psychischer Faktoren, eingeschätzt durch die Eltern im SDQ, unterscheiden ($F=.012$; $df=19$; $\alpha=.753$).

In Bezug auf die Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistungen fällt jedoch auf, dass die Kinder unter Medikamenteneinnahme deutlich höhere Verbesserungen ihrer Aufmerksamkeitsleistungen zeigen als die Kinder ohne Medikamente.

In Bezug auf die Differenzen unterscheiden sie sich signifikant voneinander.
Der T-Test für unabhängige Stichproben ergab in der Gruppe ohne Medikamenteneinnahme einen Mittelwert der Differenzen von -.23 und in der Gruppe mit Medikamenteneinnahme einen Mittelwert der Differenzen von -.75. Dieser Unterschied ist signifikant ($T=2.80$; $df=17$; $\alpha=.012$).

Um signifikante Interaktionseffekte zwischen den Faktoren Medikamenteneinnahme und Versuchsgruppe zu überprüfen, wurde eine univariate zweifaktorielle Varianzanalyse gerechnet. Es zeigen sich signifikante Haupteffekte beider Faktoren, was bedeutet, dass sowohl die Einnahme der Medikamente Einfluss auf die Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistungen hat ($F=2.43$; $df=1$; $\alpha=.048$) als auch die Teilnahme an dem Training ($F=6.24$; $df=1$; $\alpha=.017$).

Interaktionseffekte wurden jedoch nicht signifikant ($F=1.39$; $df=1$; $\alpha=.247$). Die Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistungen der Kinder unter Medikation ist zwar mit Training ($M=-0.75$) höher als ohne Training ($M=-0.15$), jedoch reicht diese Differenz bei der niedrigen Anzahl an Versuchspersonen nicht aus, um signifikant zu werden.

Um diese Effekte genauer zu untersuchen, wurden zusätzlich univariate zweifaktorielle Varianzanalysen für die einzelnen Aufmerksamkeitskomponenten gesondert gerechnet. Es zeigen sich in der Skala Hyperaktivität neben signifikanten Haupteffekten für die Faktoren Medikation ($F=.51$; $df=1$; $\alpha=.025$) und Versuchsgruppe ($F=4.63$; $df=1$; $\alpha=.039$) tendenziell signifikante Interaktionseffekte ($F=2.97$; $df=1$; $\alpha=.095$). Die Abnahme der Hyperaktivität unter Medikation ist mit Teilnahme am Training ($M=-0.89$) höher als die ohne Training ($M=-0.14$) bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 9,5%.

10 Diskussion

Soziale Defizite bei Kindern mit AD(H)S theoriegeleitet zu erklären und daraus therapeutische Interventionen abzuleiten, die in der Praxis gut umsetzbar und für die betroffenen Kinder wirkungsvoll sind, waren die Hauptanliegen der vorliegenden Arbeit. Die Bemühungen, die unternommen wurden, um diese Ziele zu erreichen, lassen sich in drei Hauptbereiche untergliedern: 1. Entwicklung eines theoriebasierten Modells zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S, 2. die Entwicklung des Therapieprogramms und 3. dessen Evaluation. Nach einer kurzen Zusammenfassung der gesamten Arbeit werden die Bereiche getrennt dargestellt und kritisch diskutiert.

10.1 Zusammenfassung

Im Rahmen der vorliegenden Studie ist es erstmalig gelungen, theoriegeleitet ein Modell zur Erklärung der Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S zu entwickeln, aus dem auch Therapieziele abgeleitet wurden. Da die Grundannahmen basierend auf Dodge (1986, 1993) und Barkley (1997) bereits empirisch gestützt sind, steht noch eine empirische Bestätigung der postulierten Zusammenhänge typischer Verarbeitungsweisen und sozialer Defizite aus.

Orientiert an den theoriebasierten Zielen wurde praxisnah ein verhaltenstherapeutisches Gruppentraining zum Aufbau sozialer Fertigkeiten unter dem Namen und Motto TEAM nach mehrjähriger praktischer Erprobung fertiggestellt und dessen Effektivität empirisch nachgewiesen. Hierzu kam unter anderem ein objektiver, reliabler (r=.79-.88) und inhaltsvalider Fragebogen zur Erfassung sozialer Fertigkeiten (ESF), der im Rahmen dieser Studie entwickelt wurde, zum Einsatz. Da dieser auch über das aktuelle Forschungsanliegen hinaus praktischen Nutzen verspricht, steht hierfür eine faktorenanalytische Untersuchung und anschließende Normierung noch aus.

In der experimentellen Vortest/Nachtest-Studie mit unbehandelter Wartekontrollgruppe wurden die Effekte des Trainings TEAM anhand von 40 Kindern mit AD(H)S untersucht. Es zeigte sich, dass erfreulicherweise alle theoretisch abgeleiteten Therapieziele, die überprüft wurden, durch die Teilnahme an dem Training auch erreicht werden konnten. Konkret bedeutet dies, dass die Kinder durch die Teilnahme an dem Therapieprogramm von Verbesserungen in den Bereichen Emotionsregulation (δ=1.00), Selbst- und Fremdwahrnehmung (δ=0.79/0.76), Selbstwert (δ=0.81) und Empathiefähigkeit (δ=1.03) profitieren. Zusätzlich können sie sich an erhöhten Handlungskompetenzen im Bereich der Kommunikationsfähigkeit (δ=0.51) erfreuen und an einem deutlich erweiterten Verhaltensrepertoire in den Bereichen Beziehungsgestaltung und Problemlösefertigkeiten (δ=0.66-1.4). Besonders hohe Effekte konnten in Bezug auf die Inhalte nachgewiesen werden, die in vielen Sitzungen anhand unterschiedlicher Methoden thematisiert und erprobt wurden.

10.2 Diskussion des theoretischen Hintergrundes

10.2.1 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes

Nachdem definitorische, diagnostische, therapeutische und ätiologische Ansätze zu den Hauptbereichen AD(H)S und sozialer Fertigkeiten in den Kapiteln 2 und 3 überblicksartig dargestellt wurden, kann Folgendes festgehalten werden: Es bestehen erhebliche Forschungsdefizite im Bereich der Genese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S. Ein enger Zusammenhang zwischen diesen beiden Bereichen steht genauso außer Frage wie das Wissen darüber, dass die Folgen sozialer Defizite für die Kinder ein erhebliches Entwicklungsrisiko darstellen. Dennoch ist es bislang nicht gelungen, ein theoretisches Modell zu entwickeln, dass die Entstehung sozialer Defizite bei Kindern mit AD(H)S zu erklären vermag und aus dem sich konkrete Ziele für die Therapie ableiten lassen könnten.
Diese Forschungslücke wurde durch die Entwicklung des Modells zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten erstmalig geschlossen. Es wird nachfolgend vor der abschließenden Diskussion noch einmal zusammenfassend dargestellt:

Analog zu der Theorie von Dodge (1986, 1993) und Crick und Dodge (1994) wird in dem Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S davon ausgegangen, dass der Entstehungsprozess in Schritten verläuft, wobei hier in Abhängigkeit von den beteiligten AD(H)S-typischen Defiziten drei Hauptphasen unterschieden werden: 1. Wahrnehmung / Zielfindung, 2. Handlungsplanung und 3. Ausführung der Handlung. Es wird davon ausgegangen, dass es bei Kindern mit AD(H)S in jeder der Phasen zu typischen Verarbeitungsmustern kommen kann, die dazu führen, dass sich sozial kompetentes Verhalten nicht oder nur unzulänglich entwickelt. Die AD(H)S-typischen Verarbeitungsmuster werden durch die von Barkley (1997) postulierten Defizite in der Verhaltensinhibition und durch die eingeschränkten exekutiven Funktionen erklärt.

In der ersten Phase der Wahrnehmung kommt es bei Kindern mit AD(H)S dazu, dass nicht alle für ein umfassendes Verständnis der Situation notwendigen Informationen wahrgenommen werden, sondern in erster Linie Informationen und Reize, die kurzfristig interessant erscheinen. In der Folge werden Ziele festgelegt, die mit rascher Bedürfnisbefriedigung oder sofortigen positiven Konsequenzen einhergehen. Oftmals handelt es sich hierbei um egoistische Ziele, in denen die Anforderungen der Umwelt nicht berücksichtigt werden.

In der Phase der Handlungsplanung werden bei Kindern mit AD(H)S analog zu den Zielen oft nur Verhaltensalternativen aus einem sehr begrenzten Spektrum, nämlich solche, die kurzfristigen Nutzen versprechen, aktiviert.
Es kommt zu keiner elaborierten Auswahl, bei der Regeln, Werte und Normen aus der Umwelt Berücksichtigung finden würden, sondern die Auswahl orientiert sich an den aktuellen Bedürfnissen der Kinder.

In der letzen Phase der Handlungsausführung kommt es nun zur Ausführung des dominanten Verhaltensimpulses. Hierbei handelt es sich oft um unreflektierte Verhaltensweisen, die mit den Bedürfnissen der Umgebung nicht abgestimmt und somit sozial inkompetent sind. Durch die Reaktionen der Umgebung – auch wenn diese negativ sind – oder den inneren Abbau von negativen Zuständen fühlen sich die Kinder in ihrem Verhalten verstärkt, sodass die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser sozial inkompetenten Verhaltensweisen steigt. Eine kritische Reflektion des eigenen Verhaltens, das zu einer Revision des Prozesses der Informationsverarbeitung führen würde, erfolgt nicht.

10.2.2 Diskussion Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S

Mit diesem Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S ist es gelungen, die bislang existierende Forschungslücke in dem Bereich der Erklärung sozialer Defizite bei Kindern mit AD(H)S zu schließen. Hierbei ist positiv zu bewerten, dass das Modell nicht nur auf anerkannten Theorien basiert, sondern darüber hinaus wird die Ableitung konkreter Ziele für die therapeutische Praxis ermöglicht.

Kritisch angemerkt werden muss jedoch, dass es sich hierbei zunächst lediglich um einen ersten Erklärungsansatz handelt. Da das primäre Ziel dieser Arbeit darin bestand, ein Therapieprogramm zu entwickeln, wurde auf eine empirische Überprüfung des Modells verzichtet. Zwar haben die einzelnen Komponenten des Modells empirische Bestätigung gefunden, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Verarbeitung sozialer Informationen in Stufen verläuft und Kinder mit AD(H)S Defizite in den benannten exekutiven Funktionen aufweisen, der empirische Beweis, dass diese Defizite jedoch tatsächlich Einfluss nehmen auf die einzelnen Stufen der Verarbeitung und somit im nächsten Schritt ausschlaggebend sind für die mangelnden sozialen Fertigkeiten, ist noch nicht erbracht. An dieser Stelle müsste untersucht werden, welchen Einfluss die einzelnen Defizite auf die Informationsverarbeitung der einzelnen Stufen haben, und es müsste gezeigt werden, dass tatsächlich korrelative Zusammenhänge zwischen den exekutiven Defiziten und sozialen Fertigkeiten existieren.
Darüber hinaus ist anzumerken, dass das Modell keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, da bereits die zugrunde liegenden Theorien diesem Anspruch nicht genügen. Bei der Theorie zur sozial-kognitiven Informationsverarbeitung handelt es sich lediglich um einen Ansatz, in dem kognitive Prozesse betrachtet werden. Familiäre, soziale oder genetische Einflüsse, die für den Erwerb sozialer Fertigkeiten ebenso denkbar wären, werden kaum berücksichtigt. Auch der Ansatz von Barkley erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, und die Aussagen treffen jeweils nicht auf alle Menschen mit AD(H)S gleichermaßen zu. Die von ihm benannten Defizite sind in erster Linie neurophysiologischer Natur, womit mögliche andere Defizite bei Kindern mit AD(H)S nicht berücksichtigt werden.

In dem Modell der Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S ist es daher durchaus denkbar und sogar wahrscheinlich, dass nicht nur die Defizite in den exekutiven Funktionen ausschlaggebend sind für die fehlerhafte Verarbeitung, sondern weitere

Einflüsse eine Rolle spielen, nach denen weiter gesucht werden müsste. Ein solcher Einflussfaktor kann die von Sagvolden (1998), Sonuga-Barke (2002, 2005) und Sonuga-Barke et al. (2008) beschriebene und empirisch bestätigte mangelnde Bereitschaft zum Belohnungsaufschub sein. Auch durch dieses AD(H)S-typische Defizit würde sich erklären lassen, dass in der Phase der Wahrnehmung in erster Linie Reize und Informationen in den Fokus geraten, die „kurzfristigen" Nutzen versprechen. Es würde auch erklären, dass in der Phase der Handlungsplanung entsprechend nur diejenigen Handlungsalternativen in Erwägung gezogen werden, die sofortige Belohnung versprechen und dementsprechend auch nur solche Verhaltensweisen gezeigt werden. Die Beobachtung, dass Kinder mit AD(H)S auf spätere „große" Belohnungen verzichten, um sofortige „kleine" Belohnungen zu erhalten, zeigt zum einen, dass die Qualität der Konsequenzen für Kinder mit AD(H)S nicht entscheidend ist, und zum anderen, dass langfristige Folgen das aktuelle Verhalten nicht oder zumindest weniger stark beeinflussen. Durch diesen Ansatz lassen sich somit all jene Verhaltensweisen erklären, die dem Kind zwar kurzfristigen Gewinn verschaffen, aber langfristig zu sozialer Ablehnung oder Isolation führen.
Das Modell der Pathogenese sozialer Fertigkeiten lässt sich somit, wenn auch nicht so detailliert aber dennoch auch durch den motivationalen Ansatz zur mangelnden Fähigkeit zum Belohnungsaufschub erklären. Es kann davon ausgegangen werden, dass die kognitiven und motivationalen Prozesse miteinander interagieren (Sonuga-Barke et al., 2008), wobei noch Forschungsbedarf darin besteht, die genauen Mechanismen der Interaktion zu beschreiben.

Über diese Kritikpunkte hinaus lassen sich durch das Modell in der derzeitigen Version keine Unterschiede in sozialen Fertigkeiten bei Kindern mit AD(H)S erklären oder vorhersagen. Da nicht alle Kinder mit AD(H)S die gleichen sozialen Defizite aufweisen, müsste genauer untersucht werden, welche Formen sozialer Defizite sich unterscheiden lassen und welche Kinder welche Defizite aufweisen. Es ist denkbar, dass die Art der Informationsverarbeitung und somit in der Folge auch die Art der Defizite in Abhängigkeit von den Subtypen variieren, wobei die Forschungslage hierzu nicht eindeutig ist (Mikami, 2007; Riley, 2008). Da jedoch davon ausgegangen werden kann, dass die bisherigen Subtypen revidiert werden müssen und über die neue Differenzierung noch abschließender Forschungsbedarf besteht, wurde in der vorliegenden Arbeit auf eine Differenzierung verzichtet, wohl wissend, dass es nach Abschluss der Diskussion um die Subtypen sinnvoll wäre, die verschiedenen Subtypen im Hinblick auf assoziierte soziale Defizite zu untersuchen und jeweils typische Verarbeitungsmuster sozialer Informationen zu benennen. Dementsprechend müssten sich auch die therapeutischen Ziele unterscheiden.

10.3 Diskussion der Evaluationsstudie

Die Effektivität des entwickelten Therapieprogramms TEAM wurde anhand eines experimentellen Vortest/Nachtest-Designs mit unbehandelter Wartekontrollgruppe überprüft. Die Studie wurde in der Zeit zwischen Januar und November 2007 in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz der Fachklinik Hochried in Murnau (Oberbayern) durchgeführt. Hierfür wurden insgesamt 40 Kinder mit diagnostiziertem AD(H)S randomisiert auf eine Kontroll- und eine Experimentalgruppe verteilt. Untersucht wurden in erster Linie die Effekte des Trainings TEAM in Bezug auf soziale Fertigkeiten. Zusätzlich sollte untersucht werden, inwieweit das Training Auswirkungen auf die Aufmerksamkeitsleistungen und andere Begleiterscheinungen zeigt.
Um diese Fragen zu untersuchen, wurde ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Fertigkeiten (ESF) entwickelt, der in Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens als Kinderversion (ESF-K) und in einer Elternversion als Fremdbeurteilungsfragebogen (ESF-E) vorliegt. Um weitere Aspekte zu untersuchen, wurde darüber hinaus ein halbstandardisiertes Interview (ISF) entwickelt, das sich eng an den Inhalten des Trainings orientiert. Zur Erfassung der Aufmerksamkeit kamen darüber hinaus weitere Instrumente zur Anwendung. Nach einer Diskussion der Ergebnisse werden das Studiendesign und die Erhebungsinstrumente abschließend diskutiert, bevor ein Endfazit gezogen wird.

10.3.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse im Bereich sozialer Fertigkeiten erfolgt zunächst analog zu deren Darstellung gegliedert nach den Therapiezielen, die sich aus den unterschiedlichen Phasen der Verarbeitung ergeben haben.

10.3.1.1 Diskussion: Therapieziele Wahrnehmung

Therapeutische Ziele, die aus der ersten Phase der Verarbeitung sozialer Informationen, der Wahrnehmungsphase, abgeleitet wurden, bestehen darin, die Kinder in der Selbst- und Fremdwahrnehmung zu unterstützen, die Empathiefähigkeit zu fördern und die Emotionsregulation zu verbessern.

Durch die Studie konnte gezeigt werden, dass in allen vier Bereichen nach der Teilnahme an dem Training hoch signifikante Verbesserungen (mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit $p<1\%$) nachgewiesen werden konnten. In der Kontrollgruppe konnten keine Verbesserungen in Bezug auf die Fremdwahrnehmung, Empathiefähigkeit und Emotionsregulation festgestellt werden, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Veränderungen tatsächlich auf die Teilnahme am Therapieprogramm zurückzuführen sind.

Eine Ausnahme stellt hier der Bereich der Selbstwahrnehmung dar. Hier kommt es auch in der Kontrollgruppe zu leichten Verbesserungen, sodass sich die Gruppen nicht

voneinander unterscheiden. Es kann hier also nicht davon ausgegangen werden, dass allein die Teilnahme an dem Training zu einer Verbesserung der Selbstwahrnehmung führt. Als Indikator für die Selbstwahrnehmung wurde hier die Frage aus dem Interview genommen: Was kannst du tun, damit es dir gut geht? Um diese Frage zu beantworten, muss das Kind zunächst seine Bedürfnisse eruieren und im nächsten Schritt selbstgesteuerte Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung nennen. Bei dieser Operationalisierung muss angemerkt werden, dass mit dem Bereich Erkundung eigener Bedürfnisse und Bedürfnisbefriedigung lediglich ein Teilaspekt von Selbstwahrnehmung berücksichtigt wird. Die Tatsache, dass mit und ohne Training ein Zuwachs an Wissen über eigene Bedürfnisse und Möglichkeiten, diese zu befriedigen, stattfindet, lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass bereits die Frage an sich therapeutische Wirkung zeigt, indem sie zu differenzierter Wahrnehmung anregt. Da Kinder mit AD(H)S besonders stark auf Informationen reagieren, die sofortige Bedürfnisbefriedigung versprechen, ist es möglich, dass speziell die Frage nach solchen Handlungsmöglichkeiten auf „fruchtbaren Boden fällt“ und somit der schnelle Lerneffekt auch in der Kontrollgruppe zu erklären ist.

Werden die Effektstärken bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt, so lässt sich festhalten, dass die stärksten Effekte ($\delta>1$) in den Bereichen der Empathie und Emotionsregulation zu verzeichnen sind. Beide Bereiche wurden durch Beurteilung der Eltern im ESF-E erfasst. Die sehr guten Ergebnisse lassen sich möglicherweise dadurch erklären, dass es sich bei beiden Bereichen um Ziele handelt, die nicht nur in einzelnen Sitzungen verfolgt werden, sondern beispielsweise durch die Anfangsrunde und diverse Übungen sitzungsübergreifend gefördert werden.
Mittlere Effekte ($\delta=.72-.79$) lassen sich in den Bereichen Selbst- und Fremdwahrnehmung und Umgang mit negativen Gefühlen aus Sicht der Kinder nachweisen. Operationalisiert wurden diese Bereiche durch Fragen aus dem Interview: Was kannst du tun, damit es dir gut geht? Was kannst du tun, damit es Anderen gut geht? Und was kannst du tun, damit sich Wut reduziert? Diese Fragen sind sehr speziell und beziehen sich auf Bereiche, die jeweils nur durch eine Intervention gefördert wurden. Die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse und die der Mitmenschen zu erkennen und eigene Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung zu benennen, wird besonders im Bedürfnisdetektivspiel gefördert. Alternativen zum Umgang mit negativen Gefühlen, wie die der Wut, werden durch die Arbeit mit Wutbildern und dem Wutstern aufgezeigt. In allen drei Bereichen handelt es sich somit um einzelne Interventionen. Dies könnte die etwas geringeren Effekte erklären.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass alle Ziele, die sich aus dem Bereich der Wahrnehmung ableiten lassen, erfüllt werden konnten, am effektivsten jedoch die, deren Umsetzung sitzungsübergreifend erfolgte. Hierbei handelt es sich um die Bereiche der Emotionsregulation und Empathieförderung.

10.3.1.2 Diskussion: Therapieziele Handlungsplanung

Aus dem Bereich der Handlungsplanung ergaben sich theoriegeleitet folgende Therapieziele: 1. Verbesserung der Handlungskompetenzen und 2. Erweiterung des Verhaltensrepertoires. Beide Ziele wurden im Rahmen der Studie mehrfach operationalisiert, und es zeigte sich, dass nach der Teilnahme am Training in allen Bereichen bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit kleiner 1% ($p<.010$) hoch signifikante Verbesserungen nachgewiesen werden konnten.

Mit Ausnahme eines Merkmals (Fähigkeit zum Beziehungsaufbau), das später diskutiert wird, ergaben sich in der Kontrollgruppe keine Verbesserungen, sodass die positiven Entwicklungen auf die Teilnahme am Training zurückgeführt werden können.

Im Bereich der Handlungskompetenzen wurden die sprachlichen Fähigkeiten untersucht. Dies geschah zum einen durch die Einschätzung der Eltern im Fragebogen ESF und zum anderen durch die Selbsteinschätzung der Kinder im Interview. Interessanterweise zeigt sich bei der Einschätzung der Kinder eine erheblich größere Effektstärke ($\delta=.95$) als bei der Einschätzung der Eltern ($\delta=.51$), bei deren Bewertung der Effekt gerade noch als mittel bezeichnet werden kann. Um diesen Unterschied interpretieren zu können, ist es sinnvoll, die Operationalisierungen zu vergleichen. Während die Kinder im Interview danach gefragt werden, wie sie reden sollen, damit Andere sie gut verstehen, setzt sich die Einschätzung der Eltern aus den acht Fragen der Skala Kommunikation zusammen, die generelle kommunikative Fähigkeiten abfragt. Die Antwort auf die Frage, wie die Kinder sprechen sollen, wird durch die Einführung des „guten und schlechten Redners“ und durch das Richterspiel sehr klar und komprimiert vermittelt. Die Erfahrung in der Durchführung der Gruppen zeigt, dass viele Kinder nicht nur in der Sitzung zum Thema Kommunikation, sondern auch in den Sitzungen danach den guten und schlechten Redner erwähnen, indem sie bemerken, wenn ein Kind nicht als „guter Redner“ gesprochen hat. Der Lerneffekt scheint durch die Klarheit der Intervention sehr hoch zu sein, sodass die Hauptaussagen gut gelernt und wiedergegeben werden können. Dass die Eltern diesen Effekt nicht so stark sehen, kann dadurch erklärt werden, dass hier eher generelle Fähigkeiten abgefragt werden und dadurch, dass sich das neu erworbene Wissen möglicherweise nicht durchgängig im Verhalten der Kinder widerspiegelt.

Im Bereich der Erweiterung des Verhaltensrepertoires werden Elemente der Problemlösefertigkeiten und Beziehungsgestaltung untersucht. In allen fünf Operationalisierungen zeigen sich hoch signifikante Verbesserungen. Um einen differenzierteren Einblick zu erhalten, werden die Effektstärken mit berücksichtigt. Extrem hohe Effekte ($\delta=1.12$-1.40) zeigen sich in den Bereichen Streitlösung und Aktivitäten mit Gleichaltrigen. Beide Merkmale werden anhand des Interviews mit den Kindern erhoben. Die hohen Effekte lassen sich möglicherweise dadurch erklären, dass beide Bereiche durch das Training nicht nur theoretisch behandelt werden, sondern auch praktische Anwendung finden. Streitlösungen werden in verschiedenen Rollenspielen erprobt und sollen auch im Rahmen der Miniaufgaben zuhause angewendet werden. Über mögliche

Aktivitäten mit Gleichaltrigen findet nicht nur ein theoretischer Austausch statt, sondern die Kinder sollen im Rahmen der Miniaufgaben auch praktisch neue Aktivitäten mit Freunden ausprobieren. Der Lerneffekt ist durch diesen Praxisbezug somit vermutlich deutlich höher.

Zwar immer noch als „mittel“ klassifiziert, aber dennoch deutlich geringere Effekte (δ=.57-.66) lassen sich in den Bereichen Umgang mit Provokation, Kontaktaufnahme zu anderen Kindern und generelle Konfliktlösefertigkeiten nachweisen. Die Begründungen hierfür sind in verschiedenen Aspekten zu finden. Der Umgang mit Provokation wird anhand der Frage im Interview: Was kannst du tun, wenn du provoziert wirst? erhoben. Bei dieser Frage ist im Laufe der Untersuchung häufig aufgefallen, dass die Kinder nachgefragt haben, was provoziert heißt. Da diese Schwierigkeit schon abzusehen war, wurde den Versuchsleitern durch einen Hinweis im Interviewleitfaden bereits im Vorfeld erlaubt, bei der Nachfrage zu erklären: „Provokation findet statt, wenn jemand etwas tut, nur um dich zu ärgern.“ Dennoch ist es wahrscheinlich, dass besonders die jüngeren Kinder die Frage nicht richtig verstanden haben und somit keine Veränderung nachgewiesen werden konnte.
Der Bereich der Kontaktaufnahme zu anderen Kindern wurde durch die Frage im Interview: Wie kann man Freunde finden? erhoben. Im Training wird dieser Aspekt in dem Freundschaftstheater thematisiert. Interessanterweise handelt es sich hierbei um das einzige Rollenspiel, in dem die Kinder aufgefordert werden, verschiedene Szenen zu spielen, von denen einige sozial kompetente und andere sozial inkompetente Verhaltensweisen beinhalten, und die Kinder hinterher beurteilen sollen, welche Verhaltensweisen gut und welche schlecht sind. Bei allen anderen Rollenspielen werden bewusst lediglich die sozial kompetenten Verhaltensweisen „trainiert“, worin die Begründung für die geringen Effekte liegen kann.

Der Bereich generelle Konfliktlösefähigkeiten wird durch die Einschätzung der Eltern im ESF erhoben. Die relativ geringen Effekte lassen sich möglicherweise dadurch erklären, dass es sich bei den Konflikten, in die Kinder mit AD(H)S geraten, sehr häufig um Konflikte mit Gleichaltrigen handelt und die Konfliktlösestrategien auch in erster Linie an Beispielen aus diesem Bereich erarbeitet und eingeübt werden. Mögliche Veränderungen im Konfliktverhalten werden daher vermutlich zunächst im schulischen oder Freizeitbereich deutlich, in dem die Eltern nicht anwesend sind und somit mögliche Veränderungen nicht sofort bemerken würden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Handlungskompetenzen durch die Teilnahme an dem Training signifikant verbessern lassen und den Kindern eine signifikant höhere Auswahl an sozial kompetenten Verhaltensweisen zur Verfügung steht. Besonders wirkungsvoll sind Interventionen, die nicht nur theoretisches Wissen vermitteln, sondern auch praktisch Anwendung finden. Es zeigte sich darüber hinaus, dass es sinnvoll ist, Lernziele zu konkretisieren (wie es beim „guten und schlechten

Redner“ geschieht) und in Rollenspielen lediglich die positiven, sozial kompetenten Verhaltensweisen umsetzen zu lassen.

10.3.1.3 Diskussion: Therapieziele Handlungsausführung

Damit es letztendlich zur Ausführung sozial kompetenter Verhaltensweisen kommt, spielen motivationale Aspekte eine entscheidende Rolle. In der Studie konnte gezeigt werden, dass es in allen drei untersuchten Teilaspekten nach der Teilnahme am Training zu hoch signifikanten Verbesserungen ($p<0.01$) gekommen ist. So ist der Selbstwert nach Auskünften von Eltern und Kindern deutlich gestiegen, und die Kinder konnten mehr Möglichkeiten für den Umgang mit Angst nennen.

In der Kontrollgruppe konnten keine signifikanten Verbesserungen festgestellt werden, sodass die Effekte durch die Teilnahme an dem Training zu erklären sind.

Werden die Effektstärken betrachtet, so zeigt sich, dass diese im Bereich der Selbstwertsteigerung aus Sicht der Eltern deutlich höher sind (δ=.81), während sie bei den Kindern sehr viel niedriger ausfallen (δ=.51). Auch in diesem Fall lassen sich aus der Art der Operationalisierung Erklärungen für diese Befunde ableiten. Der Selbstwert der Kinder wird durch die Frage im Interview: Was kannst du besonders gut? ermittelt. Die Erfahrung im Laufe der Studie hat gezeigt, dass diese Frage bei den Kindern bereits zum ersten Untersuchungszeitpunkt großes Interesse ausgelöst hat. Eigene Stärken zu nennen, geht mit positiven Emotionen einher, was die Kinder möglicherweise dazu veranlasste, sehr viele Antworten zu generieren. Da dies schon zum ersten Untersuchungszeitpunkt der Fall war, lässt sich erklären, dass die Differenz zum Untersuchungszeitpunkt nach dem Training nicht mehr so hoch war und sich somit niedrigere Effekte ergaben. Der hohe Zuwachs an Selbstwert, der durch die Eltern angegeben wurde, lässt sich dadurch erklären, dass es Ziel vieler unterschiedlicher Interventionen war, den Selbstwert der Kinder positiv zu beeinflussen, sodass eine sitzungsübergreifende Förderung stattgefunden hat.

Im Bereich des Umgangs mit Angst konnten große Effekte nachgewiesen werden, was damit zusammenhängen kann, dass auch in diesem Bereich durch das Baumstammspiel nicht nur theoretische Lösungsmöglichkeiten erarbeitet wurden, sondern deren Effekte auch praktisch erlebt wurden.

Zusammenfassend lässt sich aus dem letzten Bereich der motivationalen Aspekte zur Ausführung des Verhaltens festhalten, dass es in allen Punkten zu Verbesserungen kam, diese jedoch besonders dann deutlich wurden, wenn sitzungsübergreifende Förderung stattgefunden hat und eine praktische Anwendung der Lerninhalte zur Anwendung kam.

10.3.1.4 Diskussion Ergebnisse zu Aufmerksamkeitsleistungen

Auch wenn eine Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung nicht vorrangiges Ziel des Therapieprogramms TEAM ist, so sind doch einige Elemente darin vertreten, die die Aufmerksamkeitsfähigkeit fördern, sodass auch diese Komponenten untersucht wurden. Es zeigt sich, dass es in allen drei Bereichen: Aufmerksamkeitsfähigkeit, Impulsivität und Hyperaktivität nach der Teilnahme am Training zu signifikanten Verbesserungen kommt, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass die Effektgröße lediglich im Bereich der Aufmerksamkeitsleistung als hoch einzuschätzen ist (δ=-.87). Bei der Hyperaktivität zeigen sich auch ohne Teilnahme am Training leichte Verbesserungen. Die Tatsache, dass sich bei der Aufmerksamkeit die größten Effekte nachweisen lassen, lässt sich möglicherweise durch sitzungsübergreifende Elemente zur Aufmerksamkeitsfokussierung (beispielsweise „Redetier“) erklären.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse zur Wirkung von Methylphenidat. In der Experimentalgruppe konnte gezeigt werden, dass sich die Effekte des Trainings in den verschiedenen Variablen bei den Kindern ohne Medikation (N=16) und mit Medikation (N=4) nicht voneinander unterscheiden. Sie profitieren in fast allen Bereichen gleichermaßen vom Training mit einer wichtigen Ausnahme: Die Aufmerksamkeitsleistungen gemessen durch Elternbeurteilung der Gesamtskala des FBB HKS haben sich bei den Kindern mit Medikation stärker verbessert als bei den Kindern ohne Medikation.
Um zu überprüfen, ob es zwischen dem Training und der Medikation Interaktionseffekte gibt, die bedeuten würden, dass die Kombination von Training und Medikation eine stärkere Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistungen mit sich bringen würde als reine Medikation, wurde eine univariate zweifaktorielle Varianzanalyse gerechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass zwar sowohl die Teilnahme an dem Training als auch die Medikamenteneinnahme unabhängig voneinander Einfluss auf die Aufmerksamkeitsleistung haben, aber der Interaktionseffekt nicht signifikant wird. Werden an dieser Stelle die reinen Werte ohne Signifikanzprüfung betrachtet, so fällt auf, dass sich die Aufmerksamkeitsleistungen bei den Kindern, die sowohl Training als auch Medikation erhielten, erwartungsgemäß stärker verbesserten als bei den Kindern, die kein Training erhielten. Dass diese Effekte nicht signifikant werden, lässt sich durch die geringe Anzahl (N=4) der Kinder pro Gruppe erklären. Die Ergebnisse geben Anlass dazu, einen Interaktionseffekt zu vermuten, und zeigen somit Forschungsbedarf an, da bei zunehmendem Kostendruck eine effiziente und effektive Therapie an Wichtigkeit gewinnt.

10.3.1.5 Zusammenfassende Diskussion des Therapieprogramms TEAM

Zusammenfassend kann festgehalten, dass die Therapieziele durch das Therapieprogramm erreicht werden können.

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit war es jedoch darüber hinaus, nicht nur ein Therapieprogramm zu entwickeln, mit dem die Therapieziele effektiv erreicht werden können, sondern das auch in der therapeutischen Praxis gut anwendbar ist und sich hoher Praktikabilität erfreut. Im Entwicklungsprozess des Programms fanden daher neben inhaltlichen Gesichtspunkten auch die Bedürfnisse von Mitarbeitern, Patienten und Anforderungen institutioneller Rahmenbedingungen besondere Berücksichtigung.

Die Durchführungsbedingungen für die Mitarbeiter angenehm zu gestalten konnte dadurch erreicht werden, dass sowohl die Vorbereitung als auch die Durchführung durch das Trainingsmanual sehr praxisnah angeleitet werden. Durch einfache Materialien entsteht zeitlich kein großer Vorbereitungsaufwand. Die Durchführung wird dadurch erleichtert, dass das ausführliche Manual neben übersichtlich strukturierten Sitzungsbeschreibungen viele wörtliche Instruktionsvorschläge und praktische Hinweise für kritische Therapiesituationen enthält.
Die Rückmeldung der Therapeuten war durchweg positiv: „Das Therapieprogramm bietet gute Anleitung für die Praxis, ist einfach in der Vorbereitung und Durchführung und macht für Therapeuten und Kinder einfach Spass.“

Ein zu diskutierender Punkt bleibt die relativ kurze Dauer des Programms (10 Termine). Es wurde bestätigt, dass sie sowohl den Eltern als auch den Kostenträgern entgegen kommt. Im Dschungel diverser Nachmittagstermine und Freizeitstress der Kinder entscheiden sich viele Eltern trotz eindeutigen Therapiebedarfs nur mit dem Kommentar: „10 Wochen, ja das ist ja überschaubar“ dafür, dass das Kind an der Therapie teilnehmen kann. Aus therapeutischer Sicht muss jedoch angemerkt werden, dass trotz guter Effekte oft der Eindruck entstand, dass eine Vertiefung der einzelnen Themen für viele Kinder sinnvoll wäre. Oft wurde daher auch nach Beenden der Therapie von den Eltern gefragt, ob es nicht ein Nachfolgeprogramm geben würde. Es sollte daher in Zukunft in Betracht gezogen werden, möglicherweise eine Art Aufbautraining zu entwickeln, in dem einzelne Themen weiter vertieft werden können.

10.3.2 Diskussion des methodischen Vorgehens

Nach einer kritischen Würdigung der Erhebungsinstrumente wird abschließend das Design der Studie zur Diskussion gestellt.

10.3.2.1 Diskussion des Erfassungsbogens sozialer Fertigkeiten

In Bezug auf die Erhebungsinstrumente zur Erfassung sozialer Fertigkeiten lässt sich festhalten, dass durch die Entwicklung des ESF erstmals im deutschsprachigen Raum ein Fragebogen ausschließlich mit dem Ziel der Erfassung sozialer Fertigkeiten von Kindern entstanden ist, der sowohl den Anspruch auf hohe Praktikabilität erhebt als auch auf gute Gütekriterien.
Die Kriterien an Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind durch die Gestaltung des Fragebogens erfüllt.
In Bezug auf die Validität kann darüber hinaus aufgrund des zweigleisigen Vorgehens (Berücksichtigung von etablierten Verfahren und Expertenurteilen) in der Phase der Konstruktion davon ausgegangen werden, dass das Verfahren auch inhaltsvalide ist. Bedauerlicherweise wurde die Kriteriumsvalidität nicht überprüft. Der Grund dafür liegt in erster Linie darin, dass in Folge der heterogenen Forschungslage keine allgemein akzeptierten Kriterien für soziale Kompetenz existieren, an denen der Fragebogen hätte validiert werden können.
Um die Genauigkeit der Messungen beurteilen zu können, wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt. Für die Elternversion des Fragebogens konnten mittels Berechnungen interner Konsistenzen gute Reliabiltäten der einzelnen Skalen gezeigt werden (r=.79-.88). Die Kinderversion erwies sich leider als wenig reliabel. Es zeigte sich bei den Kindern innerhalb der Skalen kein konstantes Antwortverhalten, was möglicherweise durch die zum Teil sehr komplizierten Formulierungen zu erklären ist. Mit dem Ziel, der Ja/Nein-Sage Tendenz entgegenzuwirken, wurden 50% der Items negativ formuliert, wodurch doppelte Verneinungen gelegentlich nicht vermieden werden konnten. Aufgrund der niedrigen Reliabilitäten der Kinderversion ist davon auszugehen, dass die Fragen nicht richtig verstanden wurden, sodass die Werte nicht aussagekräftig waren und somit in die Auswertungen nicht mit einfließen konnten.

In Bezug auf die Skalenbildung ist kritisch anzumerken, dass diese bislang nur durch Trennschärfenanalysen untersucht wurde. Hiermit konnte gezeigt werden, dass die einzelnen Items einer Skala jeweils mit den anderen Items der Skala korrelieren, was sich auch in den guten internen Konsistenzen bestätigt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Skalenbildung sinnvoll ist, allerdings kann diese Frage erst nach faktorenanalytischer Bestätigung endgültig geklärt werden.

Da der Fragebogen bislang lediglich zur Klärung der vorliegenden Forschungsfrage entwickelt worden ist, wurde noch keine Normierung der Ergebnisse vorgenommen.
Weil ein solcher Fragebogen jedoch auch in der alltäglichen Praxis in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen fehlt, wäre darüber nachzudenken, die Anwendung

über dieses Forschungsanliegen hinaus auszudehnen. Die Tatsache, dass mit der Elternversion ein objektives und reliables Instrument vorliegt, würde diese Überlegungen stützen. Sollte dieses Ziel werden, so stünden wichtige Ergänzungen zur Konstruktion an: Mittels faktorenanalytischer Untersuchungen müsste eine endgültige Skalenstruktur festgelegt werden. Es müsste sich dann erneut mit der Frage der Kriteriumsvalidität auseinander gesetzt werden. So wäre es beispielsweise denkbar, den sozialen Status von Kindern in der Schulklasse zur Validierung heranzuziehen.
Abschließend müsste eine Normierung des Erfassungsbogens sozialer Fertigkeiten erfolgen.
Sollte über den Elternfragebogen hinaus auch der Kinderfragebogen weiter Anwendung finden, so sollte hier zunächst eine grundlegende Umgestaltung der Items erfolgen, bevor die weiteren Schritte der Validierung und Normierung in Angriff genommen werden können.

10.3.2.2 Diskussion des Interviews sozialer Fertigkeiten (ISF)

In Bezug auf das zur Anwendung gekommene Interview (ISF) kann ebenfalls angemerkt werden, dass es lediglich zu Klärung der aktuellen Forschungsfragen entwickelt wurde. Um den Gütekriterien der Objektivität und der Reliabilität zu genügen, wurden die Durchführungsbedingungen und Auswertungskriterien detailliert und strukturiert vorgegeben. Die sehr hohe Interraterreliabilität (r=.92) spricht dafür, dass diese Kriterien gut erfüllt sind.
Ziel war es, durch das Interview die konkreten Inhalte und Lernziele der einzelnen Sitzungen abzufragen. Es erhebt demnach keinen Anspruch, alle Bereiche sozialer Kompetenzen umfassend abzudecken, womit auch eine Validitätsprüfung schwierig ist. Als einen Aspekt der Inhaltsvalidität kann festgehalten werden, dass zu jedem thematischen Titel der Stunden jeweils mindestens eine Frage gestellt wurde.
Aufgrund dieser inhaltlichen Orientierung ist es fraglich, ob eine ausweitende Nutzung des Verfahrens sinnvoll wäre.

10.3.2.3 Diskussion weiterer Erhebungsmethoden

Durch die Nutzung des FBB HKS (DISYPS-KJ) und des SDQ sind etablierte Erfassungsbögen zur Anwendung gekommen, die die Kriterien von guter Objektivität, Validität und Reliabilität erfüllen und somit auch für die Auswertung Nutzen gebracht haben.

Anders war es bei den Daten der KITAP. Bedauerlicherweise ergaben sich bereits bei der Installation der extra für die Studie angeschafften Soft- und Hardware erhebliche technische Schwierigkeiten, die trotz mehrfacher Wartung nicht vollständig überwunden werden konnten. Wiederholt geschah es während der Testungen, dass die externe Taste, die bei Reizdarbietung betätigt werden sollte, keine Informationen an den Rechner übermittelte. In der Folge gelang es in der Experimentalgruppe lediglich bei 10 Kindern, einen vollständigen Satz an Prä- und Posttestdaten zu erreichen, sodass die Ergebnisse leider für die Auswertung nicht verwertbar waren.

Über die technischen Schwierigkeiten hinaus sind die Daten der KITAP aber auch generell in ihrer Aussagekraft anzuzweifeln, da die Aufgaben für Kinder sehr interessant gestaltet sind und somit die Aufmerksamkeitsfokussierung auch bei Kindern mit AD(H)S erleichtert wird und in der Folge deren Fähigkeiten überschätzt werden könnten.

10.3.3 Diskussion des Studiendesigns

Durch die Wahl eines experimentellen Vortest/Nachtest-Designs mit unbehandelter Wartekontrollgruppe ist es gelungen, sowohl wissenschaftlichen Anforderungen im Sinne der Eindämmung multipler Validitätsgefährdungen Rechnung zu tragen als auch den praktischen Anforderungen, die bei einer Studie berücksichtigt werden müssen, die nicht in einem universitären Rahmen durchgeführt wird.
Es können somit aussagekräftige Beurteilungen über die Effektivität des Therapieprogramms TEAM getroffen werden.

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass sich lediglich Aussagen über kurzfristige Erfolge treffen lassen, da eine Follow-up-Untersuchung nicht erfolgt ist. Eine solche Untersuchung wäre wünschenswert gewesen, ließ sich jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht durchführen, die in erster Linie im Setting der Studie zu finden sind.
Eine entscheidende Begründung liegt darin, dass es in den meisten Fällen nicht möglich war, an das Training eine Phase anzuschließen, in der keine Behandlung erfolgte. Da die Kinder nicht in einem universitären Umfeld untersucht und behandelt wurden, sind viele Eltern mit dem Anspruch auf die sonst in der psychiatrischen Ambulanz übliche multimodale Behandlung an uns herangetreten. Die notwendige Bedingung, dass ein Kind während der Zeit der Studie nur eine Behandlungsform erhält, stellte eine große Herausforderung dar sowohl innerhalb der Klinik als auch für die Eltern, da es die übliche Behandlungspraxis deutlich veränderte. Normalerweise ist es üblich, Kombinationstherapien anzubieten, was bedeutet, dass den Eltern je nach Bedarf verschiedene Kombinationen aus Tagesklinik, Einzeltherapien, Familienberatung, Elterntraining, Konzentrationsförderung, medikamentöser Einstellung oder Training sozialer Fertigkeiten vorgeschlagen werden. In diesem Fall hätten sich Therapieeffekte nicht mehr nur auf das zu prüfende Training TEAM zurückführen lassen. Eltern und Therapeuten wurden somit gebeten, für die erste Phase der Behandlung auf eine Kombinationstherapie zu verzichten, was notwendige Bedingung für die Teilnahme an der Studie war. Der Verzicht auf Kombinationstherapien oder Anschlusstherapien hätte sich über die 10 Wochen des Trainings hinaus weder vor den Eltern noch vor den Therapeuten rechtfertigen lassen können, sodass die Follow-up-Daten nicht aussagekräftig gewesen wären.

Eine Abweichung für dieses Vorgehen ist im Bereich der Medikation zu diskutieren. Hier wurde entschieden, auch Kinder, die bereits über einen längeren Zeitraum Methylphenidat erhalten haben, in die Studie mit einzubeziehen. Diese Entscheidung wurde getroffen, da davon ausgegangen wurde, dass die Medikation sich nicht direkt auf

den Erwerb sozialer Fertigkeiten auswirken würde, was sich empirisch auch bestätigen ließ. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Effekte, die sich in den Bereichen sozialer Fertigkeiten zeigen, von der Medikation nicht beeinflusst wurden. Die Interaktionseffekte zwischen Medikation und Teilnahme hätten ohne dieses Vorgehen nicht untersucht werden können, damit wären interessante Aspekte verloren gegangen.

Kritisch muss angemerkt werden, dass potentielle moderierende Effekte, wie beispielsweise die Intelligenz, nicht kontrolliert worden sind. Der Grund hierfür war eine sehr heterogene Datenlage. Zwar lagen, wenn auch nicht bei allen, dennoch bei vielen Kindern, Intelligenzdaten vor, allerdings waren diese durch verschiedene Testverfahren erfasst und sehr unterschiedlich alt. Eine erneute einheitliche Testung war daher nicht indiziert, während die vorhandenen Daten aber nicht vergleichbar waren.

Als letzter kritischer Punkt kann noch die Stichprobengröße diskutiert werden. Ergänzende differenzierte Aussagen über mögliche Unterschiede in der Wirkung in Bezug auf die verschiedenen Subtypen hätten nur dann getroffen werden können, wenn jeweils mehr Kinder aus den einzelnen Subtypen in Kontroll- und Experimentalgruppe zur Verfügung gestanden hätten. Auch hätten sich abschließende Aussagen über mögliche Interaktionseffekte bei Medikation treffen lassen, wenn es sich um eine größere Stichprobe gehandelt hätte. Der Grund dafür, dass nicht mehr Kinder rekrutiert worden sind, lag nicht im Wollen, sondern einzig und allein in den praktischen Gegebenheiten, in denen eine Ausdehnung der Studie unmöglich gewesen wäre.

10.4 Ausblick

10.4.1 Perspektiven für die Forschung

Nachdem es gelungen ist, ein erstes theoriegeleitetes Modell zur Erklärung der Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S zu entwickeln, sollte es Ziel weiterer Forschungsbemühungen sein, die postulierten AD(H)S-typischen Verabeitungsmuster empirisch zu bestätigen. Hierfür müssten Zusammenhänge zwischen verschiedenen AD(H)S-typischen Defiziten und der Informationsverarbeitung auf den einzelnen Stufen untersucht werden. Neben der Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Informationsverarbeitung und verschiedener exekutiver Funktionen und Inhibitionsfähigkeit, wäre es darüber hinaus auch wichtig und interessant, weitere potentielle Einflüsse, wie beispielsweise den der mangelnden Fähigkeit zum Belohnungsaufschub, in Betracht zu ziehen und die Zusammenhänge zur Informationsverarbeitung zu untersuchen. Sollten sich AD(H)S-typische Verarbeitungsmuster empirisch nachweisen lassen, so wäre es im nächsten Schritt wichtig zu überprüfen, ob diese auch tatsächlich mit Defiziten in sozialen Fertigkeiten in Verbindung stehen. Ferner wäre es interessant zu untersuchen, inwiefern sich Kinder mit AD(H)S in den Verarbeitungsmustern unterscheiden und von welchen Faktoren diese Unterschiede abhängen. Sollte es verschiedene Verarbeitungsmuster geben, so könnte exploriert werden, mit welcher Form von sozialen Defiziten diese Muster jeweils in Verbindung stehen. An solchen oder ähnlichen Fragestellungen wird im nächsten Schritt ein weiterer Forschungsbedarf deutlich, nämlich der, das Konstrukt sozialer Kompetenzen einheitlich zu definieren, damit es dann auch operationalisiert werden kann.

In Bezug auf den im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Erfassungsbogen sozialer Fertigkeiten (ESF) besteht weiterer Forschungsbedarf darin, faktorenanalytisch die zugrunde liegenden Dimensionen festzustellen beziehungsweise zu bestätigen, um dann eine endgültige Skalenbildung vornehmen zu können. Da sich der ESF in der vorliegenden Elternversion bereits als ein reliables Instrument herausgestellt hat, ist davon auszugehen, dass die Formulierung der Items aufrecht erhalten bleiben kann. Im nächsten Schritt müsste anhand einer ausreichend großen Stichprobe eine Normierung vorgenommen werden.

Als letzte Forschungsanliegen wäre zu prüfen, ob die kurzfristigen Erfolge des Therapieprogramms auch längerfristig anhalten. Wünschenswert wäre es, die Ergebnisse auch in einer größeren Stichprobe replizieren zu können, um differenzielle Aussagen über die Wirksamkeit treffen zu können. Interessant wäre es zu wissen, welche Therapieeinheiten für welche Kinder besonders wirksam sind.
Sollte das Therapieprogramm auf breiterer Basis evaluiert werden, so könnten mögliche Moderatoreffekte, wie beispielsweise die Intelligenz, mit erfasst und kontrolliert werden. Spannend wäre es, auf Basis einer größeren Stichprobe dann auch zu untersuchen,

inwieweit eine parallele Medikation die Effekte des Therapieprogramms beeinflusst, ob sich die Medikation auf alle Bereiche gleichermaßen auswirkt und ob und wenn ja in welcher Weise die beiden Wirkfaktoren miteinander interagieren.

10.4.2 Perspektiven für die therapeutische Praxis

Im Rahmen einer umfassenden Therapie für Kinder mit AD(H)S kann das entwickelte Therapieprogramm TEAM einen zusätzlichen wertvollen Beitrag leisten und damit eine bestehende Lücke schließen. Durch den Schwerpunkt der Förderung sozialer Fertigkeiten stellt es eine Ergänzung und nicht etwa Konkurrenz zu vorhandenen bewährten Behandlungsmethoden (beispielsweise medikamentöse Behandlung, neuropsychologische Gruppentherapien, Verhaltens- / Konzentrationstrainings oder Elterntrainings) dar.

Ein zentrales Anliegen war es, ein Therapieprogramm zu entwickeln, das sowohl in Bezug auf institutionelle Kontexte als auch auf das Personal breite Anwendbarkeit findet. Nachdem es sich, wie in vorliegender Studie gezeigt, im Rahmen von ambulanter Therapie in einer psychiatrischen Institutsambulanz als wirksam herausgestellt hat, fand es auch in teil- und vollstationärer Therapie erfolgreichen Einsatz. Hierbei muss jedoch einschränkend eingewandt werden, dass die Einschätzung bislang lediglich auf Erfahrungswerten basiert und eine empirische Überprüfung an dieser Stelle noch aussteht. Es kann festgehalten werden, dass das Therapieprogramm für die Anwendung in ambulanten Praxen, Beratungsstellen oder psychiatrischen Institutsambulanzen, heilpädagogischen oder anderen sozialen Einrichtungen sowie in voll- oder teilstationären psychiatrischen Kliniken oder in der Rehabilitation gut geeignet ist.

Darüber hinaus war es ein Ziel, den Kreis potentieller Therapeuten in Bezug auf die berufliche Qualifikation möglichst breit zu halten, was insbesondere durch zwei Maßnahmen erreicht wird. Menschen verschiedener Berufsgruppen erhalten durch die Teilnahme an dem Schulungskonzept die Möglichkeit, sich für die Durchführung des Therapieprogramms zu qualifizieren. Hier werden neben theoretischen Hintergründen auch praktische therapeutische Techniken vermittelt, die dann unter Supervision erprobt werden. Darüber hinaus enthält das ausführliche Manual neben übersichtlich strukturierten Sitzungsbeschreibungen viele wörtliche Instruktionsvorschläge und praktische Hinweise für kritische Therapiesituationen, die die Durchführung der Therapie erleichtern. Berufsgruppen, die hierfür in Frage kommen, sind Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Heilerziehungspfleger, Erzieher, Lehrer und Menschen aus ähnlichen Berufsgruppen.

Im Zuge aktueller Entwicklungen wird deutlich, dass der Bedarf am Training sozialer Fertigkeiten für Kinder mit AD(H)S sehr heterogen ist, wobei sich diese Beobachtung sowohl auf das Klientel als auch auf die institutionellen Rahmenbedingungen bezieht, sodass über eine Weiterentwicklung des Programms nachgedacht werden sollte.

Folgende Beobachtungen müssten in weiteren Planungen Berücksichtigung finden: Neben dem Bedarf bei Kindern liegt auch bei Jugendlichen mit AD(H)S ein hoher Bedarf für ein Training sozialer Fertigkeiten vor, da diese ebenfalls enorm unter ihren sozialen Defiziten und den damit verbundenen Konflikten oder auftretender Isolation leiden. Es wird deutlich, dass sich die Kinder und Jugendlichen nicht nur im Alter, sondern auch in der Art der Defizite stark von einander unterscheiden, während beispielsweise einige eher zu sozialem Rückzug tendieren, geraten andere zunehmend häufig in Konflikte.
Darüber hinaus zeigt sich auch, dass unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen verschiedene Anforderungen mit sich bringen. So kommt es häufig vor, dass strukturelle Beschränkungen auftauchen, wie beispielsweise begrenzte Behandlungszeiträume von unterschiedlich vielen Wochen oder festgelegte Zeitspannen für eine Behandlungseinheit (beispielsweise von 45 Minuten) oder vorgeschriebene Gruppengrößen.

Es wäre daher in Zukunft wünschenswert, das Therapieprogramm noch spezieller auf die individuellen Anforderungen und Bedürfnisse abstimmen zu können. Dies könnte beispielsweise durch einen modularen Aufbau erreicht werden. So wäre es denkbar, zu den bewährten Inhaltsbereichen jeweils einzelne Module zu entwickeln, die aus einer oder mehreren Sitzungsbeschreibungen bestehen. Innerhalb der Sitzungsbeschreibungen wäre es sinnvoll, die vorhandenen Interventionen mit alternativen Methoden zu ergänzen und anzugeben, welche der Methoden unter Umständen weggelassen werden können, damit der Therapeut flexibel auf zeitliche Abweichungen reagieren kann, ohne dass wichtige Inhalte verloren gehen. Pro Modul müsste beschrieben sein, welche inhaltlichen Schwerpunkte behandelt werden und für welche Altersgruppe es geeignet ist.
Mit Hilfe der Module könnten dann je nach Fragestellungen und Altersgruppen individuelle Therapieprogramme zusammengestellt werden. In diesem Fall wäre eine ausführliche Anfangsdiagnostik entscheidend, die dann die Basis für die Zusammenstellung der Gruppen und Festlegung der Therapieziele und Module bilden würde.

Bei eventueller Entwicklung zusätzlicher Interventionen sollten die aus der differenzierten Auswertung gezogenen Rückschlüsse Berücksichtigung finden, die nahe legen, dass Therapieziele dann besonders effektiv erreicht werden, wenn die Inhalte nicht nur kognitiv erarbeitet, sondern auch praktisch erprobt und erfahren werden. Hierbei zeigten Rollenspiele besonders dann hohe Wirksamkeit, wenn ausschließlich die erwünschten Verhaltensweisen praktisch umgesetzt wurden. Es erwies sich als hilfreich, Lernziele auf 2-3 kurze und prägnante Sätze zu komprimieren. Darüber hinaus zeigte sich, dass Interventionen dann besonders effektiv sind, wenn die Förderung der entsprechenden Bereiche auch sitzungsübergreifend erfolgt.

Ein modulares Therapieprogramm zu evaluieren stellt sicherlich eine größere Herausforderung dar. Es müssten dann die Ziele der einzelnen Module getrennt

operationalisiert werden, damit deren Wirksamkeit dann auch für verschiedene Altersgruppen getrennt ermittelt werden kann.

Generell kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Förderung sozialer Fertigkeiten im Rahmen der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S eine sinnvolle und effektive Ergänzung zu anderen Behandlungsmethoden darstellt und daher auch in der Zukunft mehr in die Therapieplanung integriert werden sollte, damit die Kinder und Jugendlichen soziale Situationen zunehmend als tragende und unterstützende Netzwerke erleben.

11 Literaturverzeichnis

Alessandri, S.M. (1992). Attention, play and social behaviour in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 289-302.

Alexander, G.E., DeLong, M.R. & Strick, P.L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 9, 357-381.

Ames, R., Ames, V. & Garrison, W. (1977). Children´s causal ascriptions for positive and negative interpersonal outcomes. *Psychological Reports*, 41, 595-602.

Antrop, I., Stock, P., Verté, S., Wiersema, J.R., Baeyens, D. & Roeyers, H. (2006). ADHD and delay aversion: the influence of non-temporal stimulation on choice for delayed rewards. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1152-1158.

Antshel, K.M. & Barkley, R. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 17, 421-437.

Antshel, K.M. & Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: A randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 153-165.

Banaschewski, T., Roessner, V., Uebel, H. & Rothenberger, A. (2004). Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 13, 137-147.

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and actions: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Bandura, A. (1994). *Self efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.

Barber, S., Grubbs, L. & Cottrell, B. (2005). Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Nursing*, 20, 235-245.

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barkley, R.A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 36-43.

Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1, 41-54.

Bastians, F. & Runde, B. (2002). Instrumente zur Messung sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 186-196.

Bear, G.G. & Rys, G.S. (1994). Moral reasoning, classroom behavior and sociometric status among elementary school children. *Developmental Psychology,* 30, 633–638.

Bedard, A.C., Jain, U., Johnson, S.H. & Tannock, R. (2007). Effects of methylphenidate on working memory components: influence of measurement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 872-880.

Beelmann, A., Pfingsten, U. & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 260-271.

Beidel, D.C., Turner, S.M. & Morris, T.L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072-1080.

Bellingrath, J. & Brack, U. (2001). Therapeutische Hausaufgaben und Verhaltensverträge. In G.W. Lauth, U.B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 550-559). Weinheim: Beltz.

Berk, L.E. & Potts, M.K. (1991). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 357–377.

Berlin, L., Bohlin, G., Nyberg, L. & Janols, L.-O. (2004). How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls? *Child Neuropsychology*, 10, 1-13.

Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215-1220.

Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., Morgan, C.L. & Faraone, S.V. (2004). Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 72, 757-766.

Bienert, H. & Schneider, B.H. (1995). Deficit specific social skills training with peer-nominated aggressive - disruptive and sensitive - isolated preadolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 287-299.

Bierman, K.L. & Montminy, H.P. (1993). Developmental issues in social skills assessment and intervention with children and adolescents. *Behavior Modification*, 17, 229-254.

Blonk, R.W.B., Prins, P.J.M. & Sergeant, J.A. (1996). Cognitive-behavioral group therapy for socially incompetent children: Short-term and maintenance effects with a clinical sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 215-224.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Braaten, E.B. & Rosén, L.A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit – hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 313–321.

Bradshaw, J.L. & Sheppard, D.M. (2000). The neurodevelopmental frontostriatal disorders: evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain and Language,* 15, 297-320.

Brähler, E., Holling, H. Leutner, F. & Petermann, F. (2002). *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests* (Bd. 1&2). Göttingen: Hogrefe.

Bramdt, I. & Sticker, E.J. (2001). *Griffiths Entwicklungsskalen (GES)* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Beltz.

Brickenkamp, R. (2002). *Aufmerksamkeits–Belastungs–Test (Test d2)*. Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe

Bronowski, J. (1977). Human and animal languages. In J. Bronowski (Eds.), *A sense of the future* (S. 104-131). Cambridge, MA: MIT Press.

Buhrmeister, D., Furman, W., Wittenberg, M.T. & Reis, H.T. (1988). Five domains of Interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 991-1008.

Bush, G., Luu, P. & Posner, M.I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 4, 215-222.

Bush, G., Valera, E.M. & Seidman, L.J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, 57, 1273-1284.

Caldarella, P. & Merell, K.W. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: A taxonomy of positive behaviours. *School Psychology Review*, 26, 264-244.

Carlson, C.L., Lahey, B.B., Frame, C.L., Walker, J. & Hynd, G.W. (1987). Sociometric status of clinic-referred children with attention deficit disorder with and without hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 537–547.

Christiansen, H., Chen, W., Oades, R.D., Asherson, P., Taylor, E.A., Lasky-Su, J., Zhou, K., Banaschewski, T., Buschgens, C., Franke, B., Gabriels, I., Manor, I., Marco, R., Müller, U.C., Mulligan, A., Psychogiou, L., Rommelse, N.N., Uebel, H., Buitelaar, J., Ebstein, R.P., Eisenberg, J., Gill, M., Miranda, A., Mulas, F., Roeyers, H., Rothenberger, A., Sergeant, J.A., Sonuga-Barke, E.J., Steinhausen, H.C., Thompson, M. & Faraone, S.V. (2008). Co-transmission of conduct problems with attention-deficit/hyperactivity disorder: familial evidence for a distinct disorder. *Journal of Neural Transmission*, 115, 163-175.

Collett, B.R., Ohan, J.L. & Myers, K.M. (2003). Ten-year review of rating scales. V: scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry,* 42,1015-1037.

Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1989). Children's perceptions of peer entry and conflict situations: Social strategies, goals and outcome expectations. In B. Schneider, J. Nadel, G. Attili & R. Weissberg (Eds.), *Social competence in developmental perspective* (pp. 396-399). Dordrecht: Kluwer.

Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1992). Social–information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. Manuscript submitted for publication.

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.

Crick, N.R. & Ladd, G. (1991). Children's perceptions of the consequences of aggressive behaviour: do the ends justify being mean? *Developmental Psychology*, 26, 612-620.

Crosbie, J., Pérusse, D., Barr, C.L. & Schachar, R.J. (2008). Validating psychiatric endophenotypes: Inhibitory control and attention deficit hyperactivity disorder *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 40-55.

Crosbie, J. & Schachar, R. (2001). Deficient inhibition as a marker for familial ADHD. *American Journal of Psychiatry,* 158, 1884-1890.

Dalley, J.W., Mar, A.C., Economidou, D. & Robbins, T.W. (2007). Neurobehavioral mechanisms of impulsivity: Fronto-striatal systems and functional neurochemistry. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* [Epub ahead of print].

Danforth, J.S., Barkley, R.A. & Stokes, T.F. (1991). Observations of parent – child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703–727.

De Boo, G.M. & Prins, P.J. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Revie,* 27, 78-97.

Dehmelt, P., Kuhnert, W. & Zinn, A. (1993). *Diagnostischer Elternfragebogen (DEF)*. Göttingen: Beltz.

Denham, S., Mason, T., Caverly, S., Schmidt, M., Hackney, R., Caswell, C. & DeMulder, E. (2001). Preschoolers at play: Co-socialisers of emotional and social competence. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 290-301.

Desman, C. & Petermann, F. (2005). Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Wie valide sind die Subtypen? *Kindheit und Entwicklung*, 14, 244-254.

Desman, C., Schneider, A., Ziegler-Kirbach, E., Petermann, F., Mohr, B. & Hampel, P. (2006). Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 5, 328-350.

Diamantopoulou, S., Rydell, A.M., Thorell, L.B. & Bohlin, G. (2007). Impact of executive functioning and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder on children's peer relations and school performance. *Develpomental Neuropsychology*, 32, 521-542.

Dodge, K.A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Eds.), *The Minnesota Symposium on Child Psychology*, 18, (pp. 77-125). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.

Dodge, K.A., Asher, S.R. & Parkhurst, J.T. (1989). Social life as a goal coordination task. In C. Ames & R. Ames (Eds.), *Research on motivation in education*, Vol. 3, 77-125, San Diego, CA: Academic Press.

Dodge, K.A. & Newman, J.P. (1981). Biases decision making processes in aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 375-379.

Dodge, K.A. & Tomlin, A.M. (1987). Utilization of self-schemas as a mechanism of interpretational bias in aggressive children. *Social Cognition*, 5, 280-300.

Döpfner, M. (2001). *Zappelphillip und Wackelpeter: Hyperkinetische Störungen bei Kinder- und Jugendlichen.* In W. Deutsch & M. Wenglorz, (Hrsg.). Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kinder- und Jugendlichen (S. 76-110). Stuttgart: Klett-Cotta.

Döpfner, M. (2002). Hyperkinetische Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 151-186, 5. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M. (2006). Hyperkinetische Störungen. In H.C. Steinhausen (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Kinder- und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und– psychotherapie.* (S. 122-135, 6. neu bearb. u. erw. Aufl.). München: Elsevier Urban & Fischer.

Döpfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. & Schmidt, M. (1993). *Verhaltensbeschreibungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6)*. Weinheim: Beltz.

Döpfner, M. & Görtz, A. (2005). DISYPS-KJ: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM–IV. In B. Strauß, J. Schumacher, (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 121-124). Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2003). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV* (DISYPS-KJ) (2. korr. u. erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Döpfner, M., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H.C. (2006). *Kinder-Diagnostik–System 1 KIDS 1: Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (KIDS 1).* Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Döpfner, M. & Wolff Metternich, T. (2006). Hyperkinetische Störungen und oppositionelle Verhaltensstörungen. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 493-501). München: CIP Medien.

Douglas, V.I., Parry, P., Marton, P. & Garson, C. (1976). Assessment of cognitive training program for hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 389-410.

Doyle, A.E. (2006). Executive functions in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 21-26.

Dreisörner, T. (2006). Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 15, 255-266.

Dumas, D. & Pelletier, L. (1999). A study of self-perception in hyperactive children. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 24,12-29.

DuPaul, G.J. & Eckert, T.L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.

Durlack, J.A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive–behavior therapy for maladapting children: A meta analysis. *Psychological Bulletin,* 110, 204-214.

Eisenberg, N., Fabes, R.A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M., O'Boyle, C. & Suh, K. (1994). The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of Personality and Social Psychology,* 66, 776–797.

Eslinger, P.J. & Grattan, L.M. (1993). Frontal lobe and frontal-striatal substrates for different forms of human cognitive flexibility. *Neuropsychologia,* 10, 17-28.

Esser, G. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. Hiller, E. Leibig, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum/zur Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 1 Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 163-176). München: CIP-Medien.

Ettrich, K.U. & Ettrich, C. (2006). *Konzentrations–Handlungsverfahren für Vorschulkinder (KHV –VK)*. Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

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.

Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A. & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.

Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz.

Fine, J.G., Semrud-Clikeman, M., Butcher, B. & Walkowiak, J. (2008). Brief report: attention effect on a measure of social perception. *Journal of Autism and Devolpmental Disorders.* [Epub ahead of print].

Flapper, B.C. & Schoemaker, M.M. (2008). Effects of methylphenidate on quality of life in children with both developmental coordination disorder and ADHD. *Developmental Medicine and Child Neurology* [Epub ahead of print].

Funk, J.B., Chessare, J.B., Weaver, M.T. Exley, A.R. (1993). Attention deficit hyperactivity disorder, creativity and the effects of methylphenidate*. Pediatrics*, 91, 816-819.

Ghanizadeh, A., Mohammadi, M.R. & Moini, R. (2008). Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorder of ADHD children. *Journal of Attention Disorder* [Epub ahead of print].

Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., Johnson, M., Rothenberger, A. & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD - implications for diagnosis and intervention. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13, 80-92.

Goldmann, J.A., Corsini, D.A. & DeUrioste, R. (1980). Implications of positive and negative sociometric status for assessing the social competence of young children. *Journal of applied developmental psychology*, 1, 209-220.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam.

Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity-I. An examination of hyperactivity scores and categories derived from Rutter teacher and parent questionnaires. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 30, 671-689.

Gouze, K.R. (1987). Attention and social problem solving as correlates of aggression in preschool males. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 181-197.

Gray, J.A. (1987). *The Psychology of fear and stress*. New York: Cambridge Universitity Press.

Greene, C.M., Braet, W., Johnson, K.A. & Bellgrove, M.A. (2007). Imaging the genetics of executive functions. *Biological Psychology* [Epub ahead of print].

Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Sienna, M. & Garcia-Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 758-767.

Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Wilens, T.E., Mick, E. & Blier, H.K. (1999). Further validation of social impairment as a predictor of substance use disorders: Findings from a sample of siblings of boys with and without ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 349-354.

Greenhill, L.L., Posner, K., Vaughan, B.S. & Kratochvil, C.J. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 347-366.

Grenell, M.M., Glass, C.R., Katz, K.S. (1987). Hyperactive children and peer interaction: knowledge and performance of social skills. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 1-13.

Gresham, F.M. & Reschly, D.J. (1987). Dimensions of social competence: Method factors in the assessment of adaptive behavior, social skills and peer acceptance. *Journal of School Psychology*, 25, 367-381.

Grimm, K. & Mackowiak, K. (2006). Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 363-383.

Grodzinsky, G.M. & Diamond, R. (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 8, 427-445.

Guevremont, D.C. & Dumas, M.C. (1994). Peer relationship problems and disruptive behaviour disorders. *Journal of Emotional and Behavioural disorders*, 2, 164-172.

Haeberlin, U., Moser, U., Bless, G. & Klaghofer, R. (1989). *Fragebogen zur Erfassung von Dimensionen der Integration von Schülern (FDI 4-6)*. Bern: Haupt.

Hamlett, K.W., Pellegrini, D.S. & Conners, C.K. (1987). An investigation of executive processes in the problem-solving of attention deficit disorder-hyperactive children. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 227–240.

Hampel, P., Manhal, S., Roos, T. & Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of Attention Disorder,* 11, 427-236.

Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001). *Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ).* Göttingen: Hogrefe.

Hampel, P., Petermann, F., Mohr, B., Bonowski, M. & Mönter, C. (2004). Wirken sich unterschiedliche Verstärkerbedingungen bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen auf psychophysiologische Kennwerte aus? *Kindheit und Entwicklung*, 13, 148-157.

Havighurst, R.J. (1956). Research on the developmental task concept. *School Review. A Journal of Secondary Education*, 64, 215-223.

Havighurst, R.J. (1982). *Developmental tasks and education* (first ed. 1948). New York: Longman.

Helmke, A. & Renkl, A. (1992). Das Münchner Aufmerksamkeitsinventar (MAI). Ein Instrument zur systematischen Verhaltensbeobachtung der Schüleraufmerksamkeit im Unterricht. *Diagnostica*, 38, 138-141.

Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Thiel, T., Haegele, K., Hennig, J. & Ebert D. (2002) Frontoorbital volume reductions in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience Letters*, 328, 319-321.

Heubrock, D. & Petermann, F. (2001). Ambulante Klinische Kinderneuropsychologie: Eine Bestandsaufnahme und erste empirische Befunde einer ambulanten kinderneuropsychologischen Inanspruchnahmepopulation. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 12, 207-220.

Hill, J.C. & Schoener, E.P. (1996). Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry,* 153, 1143-1126.

Hinsch, R. & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (GSK) (4. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hinshaw, S.P., Carte, E.T., Sami, N., Treuting, J.J. & Zupan, B.A. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Neuropsychological performance in relation to subtypes and individual classification. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70, 1099-1111.

Hinshaw, S.P., Henker, B., Whalen, C.K., Erhardt, D. & Dunnington, R.E. (1989). Aggressive, prosocial and nonsocial behavior in hyperactive boys: Dose effects of methylphenidate in naturalistic settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 636-643.

Hinshaw, S.P. & Melnick, S.M. (1995). Peer relations in boys with attention deficit hyperacticity disorder with and without co-morbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7, 627-647.

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. (2007). *Journal of Pediatric Psychology,* 32, 655-663.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A.C., Hinshaw, S.P., Bukowski, W.M., Gold, J.A., Kraemer, H.C., Pelham, W.E. Jr, Wigal, T. & Arnold, L.E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 73, 411-423.

Hoza, B., Waschbusch, D.A., Pelham, W.E., Molina, B.S. & Milich, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disordered and control boys' responses to social success and failure. *Child Development,* 71, 432-446.

Hungerige, H. & Borg–Laufs, M. (2006). Operante Methoden. In F. Mattejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 249-271). München: CIP Medien.

Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S.L., McGough, J.J., Loo, S.K., Järvelin, M.R. & Moilanen, I.K. (2007). ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1605-1613.

Jacobs, C. & Petermann, F. (2007). *Training für Kinder mit Aufmerksamkeits-störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER* (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). *Beurteilungshilfen für den Lehrer (BFL).* Braunschweig: Westermann.

Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, B.S., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., March, J.S., Arnold, L., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C. & Wigal, T. (2001). ADHD comobidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 147-157.

Jensen, P.S., Martin, D. & Cantwell, C.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM IV. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry,* 36, 1065-1079.

Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210, 164-174.

Johnston, C. & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention deficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.

Jugert, G., Rehder, A., Notz, P. & Petermann, F. (2006). *Soziale Kompetenz für Jugendliche. Grundlagen, Training und Fortbildung.* Weinheim und München: Juventa Verlag

Kanning, U.P. (2002). Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie,* 210, 154-163.

Kanning, U.P. (2003). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.

Kastner-Koller, U.P. & Deimann, P. (1998). *Wiener Entwicklungstest (WET).* Göttingen: Hogrefe.

Kats-Gold, I., Besser, A. & Priel, B. (2007). The role of simple emotion recognition skills among school aged boys at risk of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 363-378.

Kendall, P.C. & Branswell, L. (1982). Cognitive-behavioral self-control therapy for children: A comprehensive analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 672-689.

Kilgus, N.C. (2007). Verfügbar unter: tobias-lib.ub.uni-tuebingen.de/volltexte/2007/2964/pdf/Diss_2007.pdf.

King, C. & Young, R.D. (1982). Attentional deficits with and without hyperactivity: teacher and peer perceptions. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 10, 483-496.

KJFD Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (1994). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL).* Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

KJFD Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL)* (2. Aufl.). Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Kleber, E.W. & Kleber, G. (1974). *Differentieller Leistungstest–KE (DL–KE).* Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Kleber, E.W., Kleber, G. & Hans, O. (1999). *Differentieller Leistungstest–KG (DL-KG)* (2. korr. Aufl.). Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Knye, M., Roth, N., Westhus, W. & Heyne, A. (2002). Continuous Performance Test (CPT). In G.W. Lauth & K.-D. Hänsgen (Hrsg.), *Hogrefe Testsystem*. Göttingen: Hogrefe.

Kopp, C.B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199-214.

Krampen, G. (2007). *Kasseler–Konzentrations–Aufgabe (KKA)*. Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Krauth, J. (1995). *Testkonstruktion und Testtheorie.* Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Kuntsi, J., Oosterlaan, J. & Stevenson, J. (2001). Psychological mechanisms in hyperactivity: I. Response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 199-210.

Kurth, E. & Büttner, G. (1999). *Testreihe zur Prüfung der Konzentrationsfähigkeit (TPK)* (2. neu bearb. Aufl.). Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Kuschel, A., Ständer, D., Bertram, H., Heinrichs, N., Naumann, S. & Hahlweg, K., (2006). Prävalenz hyperkinetischer Symptome und Störungen im Vorschulalter – ein Vergleich zweier Diagnoseinstrumente. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 275-286.

Landau, S. & Milich, R. (1988). Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 69-81.

Landau, S. & Moore, L.A. (1991). Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 20, 235-252.

Lauth, G.W., Brack, U.B. & Linderkamp, F. (Hrsg.). (2001). *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.

Lauth, G.W. & Knoop, M. (1998). Konzeption von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen aus Sicht des Lehrers. *Heilpädagogische Forschung*, 24, 21-28.

Lee, S.I., Schachar, R.J., Chen, S.X., Ornstein, T.J., Charach, A., Barr, C. & Ickowicz, A. (2008). Predictive validity of DSM-IV and ICD-10 criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 49, 70-78.

Lemerise, E.A. & Arsenio, W.F. (2000). An integrated model of emotion processes an cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107-118.

Levy, F., Hay, D.A., Bennett, K.S. & McStephen, M. (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 44, 368-376.

Levy, F., Hay, D.A., McStephen, M., Wood, C. & Waldman, I. (1997). Attention- deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 737-744.

Li, Q.Q., Guo, L.T., Huang, X.Z., Yang, C., Guo, T.Y. & Sun, J.H. (2008). Analysis on neuropsychological characteristics of subtypes of attention deficit hyperactivity disorder. *Zhonghua Er Ke Za Zh,* 46, 64-68.

Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Linderkamp, F. (2001a). Rollenspiel. In G.W. Lauth, U.B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 533-541). Weinheim: Beltz.

Linderkamp, F. (2001b). Soziale Kompetenzen. In G.W. Lauth, U.B. Brack & F. Linderkamp (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.

Lovejoy, D.W., Ball, J.D., Keats, M., Stutts, M.L., Spain, E.H., Janda, L. & Janusz, J. (1999). Neuropsychological performance of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): diagnostic classification estimates for measures of frontal lobe/executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society,* 5, 222-233.

Manly, T., Robertson, I.H., Anderson, V. & Nimmo-Smith, I. (2007). *Test of Everyday Attention for Children (TEA-CH).* Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

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.

Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S. & Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 377-384.

Mattejat, F. (Hrsg.). (2006). *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, Band 4.* München: CIP-Medien.

Matthys, W., Cuperus, J.M. & van Engeland, H. (1999). Deficient social problem-solving in boys with ODD/CD, with ADHD, and with both disorders. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry,* 38, 311-321.

McClellan, J.M., & Werry, J.S. (2003). Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: An inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1388-1400.

Mikami, A.Y., Huang-Pollock, C.L., Pfiffner, L.J., McBurnett, K. & Hangai, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 509-521.

Milch-Reich, S., Campbell, S.B., Pelham, W.E. Connelly, L.M. & Geva, D. (1999). Developmental and individual differences in children's on-line representations of dynamic social events. *Child Development*, 70, 413-431.

Milich, R. & Dodge, K.A. (1984). Social information processing patterns in child psychiatric populations. *Journal of abnormal child psychology*, 12, 171-189.

Moosburger, H. & Oehlschlägel, J. (1996). *Frankfurter Aufmerksamkeitsinventar (FAIR)*. Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Mrug, S., Hoza, B., Gerdes, A.C., Hinshaw, S., Arnold, L.E., Hechtman, L. & Pelham W.E. (2008). Discriminating between children with ADHD and classmates using peer variables. *Journal of Attention Disorders* [Epub ahead of print].

MTA Cooperative Group (1999). 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.

Nell, V., Bretz, J. & Sniehotta, F.F. (2004). *Konzentrationstest für 3. und 4. Klassen*. Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe

Niebank, K. & Petermann, F. (2002). Grundlagen und Ergebnisse der Entwicklungspsychopathologie. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie* (5. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Nigg, J. T. (2001). Is ADHD a disinhibitory disorder? *Psychological Bulletin*, 127, 571-598.

Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartman, C.A. & Hoekstra, P.J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28, 692-708 [Epub ahead of print].

Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 178-180.

Normand, S., Schneider, B.H. & Robaey, P. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the challenges of close friendship. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 67-73.

Nubel, K., Starzacher, E., Grohmann, G. (2006). *Continuous Attention Performance Test (CAPT)*. Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe

Nucci, L.P. & Herman, S. (1982). Behavioral disordered children's conceptions of moral, conventional and personal issues. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 411–426.

Ohan, J.L. & Johnston, C. (2007) What is the social impact of ADHD in girls? A multi-method assessment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 239-250.

Panksepp, J. (2007). Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 57-66.

Parker, J.G. & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.

Pelham, W.E. & Bender, M.E. (1982). Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. In K.D. Gadow & L. Bialer (Eds.), *Advances in learning and behavioral disabilities* (S. 365-436). Greenwich, CT: JAL Press.

Petermann, F. (2002). Das Konzept der sozialen Kompetenz. *Zeitschrift für Psychologie,* 210, 175-185.

Petermann, F. (2005). Diagnostik und Training sozialer Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. In N. Vriends & E. Todt (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie verstehen und verändern* (S. 204-219). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Petermann, F. & Groen, G. (2006). Soziales Kompetenztraining. In F. Mattjat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum / zur Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 4 Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 319-330). München: CIP-Medien.

Petermann, F. & Petermann, U. (2000). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS)* (4. überarb. u. neunorm. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern* (11. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz

Petermann, F. & Petermann, U. (2006a). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (9. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Petermann, F. & Petermann, U. (2007). *Training mit Jugendlichen: Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten* (8. überarb, Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F., Stein, I.A. & Macha, T. (2006). *Entwicklungsfragebogen für Kinder von sechs Monaten bis sechs Jahren (ET 6-6)* (3. Aufl.). Frankfurt: Harcourt Test Services.

Petermann, U. & Petermann, F. (2006b). *Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten (LSL)*. Göttingen: Hogrefe.

Petillon, H. (1984). *Sozialfragebogen für Schüler für 4.-6. Klassen (SFS 4-6*). Weinheim: Beltz.

Pettit, G.S., Dodge, K.A. & Brown, M.M. (1988). Early family experience, social problem solving patterns and children's social competence. *Child Development*, 59, 107-120.

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.

Posener, M.I. & Boies, S.J. (1971). Components of attention. *Psychological Review*, 78, 391-408.

Posener, M.I. & Rafal, R.D. (1987). Cognitive theories of attention and the rehabilitation of attentional deficits. In R.J. Meier, A.C. Benton & L. Diller (Hrsg.), *Neuropsychological Rehabilitation*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

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.

Riley, C., Dupaul, G.J., Pipan, M., Kern, L., Brakle, J.V., Blum, N.J. (2008). Combined type versus ADHD predominantly hyperactive-impulsive type: is there a difference in functional impairment? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* [Epub ahead of print].

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* [Epub ahead of print].

Rommelse, N.N., van der Stigchel, S., Witlox, J., Geldof, C., Deijen, J.B., Theeuwes, J., Oosterlaan, J. & Sergeant, J.A. (2008). Deficits in visuo-spatial working memory, inhibition and oculomotor control in boys with ADHD and their non-affected brothers. *Journal of Neural Transmission,* 115, 249-260.

Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie-Testkonstruktion* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Sagvolden, T., Aase, H., Zeiner, P. & Berger, D. (1998). Altered reinforcement mechanisms in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioural Brain Research*, 1998, 61-71.

Sandler, A.D., Hooper, S.R., Watson, T.E., Coleman, W.L., Footo, M. & Levine, M.D. (1993). Talkative children: verbal fluency as a marker for problematic peer relationships in clinic-referred children with attention deficits. *Perceptual and Motor Skills,* 76, 943-951.

Saß, H., Wittich, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (1994). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Saß, H., Wittich, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV-TR Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.

Schafer V, Semrud-Clikeman M. (2008). Neuropsychological functioning in subgroups of children with and without social perception deficits and/or hyperactivity-Impulsivity. *Journal of Attention Disorders*, 14, 1-13.

Scheithauer, H. & Petermann, F. (2002). Aggression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie* (5. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.M. & Huss, M. (2007). The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz,* 50, 827-835.

Schmidt, H. (1981). *Mehrdimensionaler Persönlichkeitstest für Jugendliche (MPT-J*). Braunschweig: Westermann.

Seidman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., Milberger, S., Norman, D., Seiverd, K., Benedict, K., Guite, J., Mick, E. & Kiely, K. (1995). Effects of family history and comorbidity on the neuropsychological performance of children with ADHD: preliminary findings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1015-1024.

Seidman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., Weber, W. & Ouellette, C. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65, 150-160.

Seidman, L.J., Valera, E.M. & Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1263-1272.

Seitz, W. & Rausche, A. (2004). *Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9-14 (PFK9 -14)* (4. überarb. u. neunorm. Aufl.). Hogrefe Testsystem. Göttingen: Hogrefe.

Sergeant, J.A. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 24, 7-12.

Sergeant, J.A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry*, 57, 1248-1255.

Shiels, K., Hawk, L.W., Lysczek, C.L., Tannock, R., Pelham, W.E., Spencer, S.V., Gangloff, B.P. & Waschbusch, D.A. (2008). The effects of incentives on visual-spatial working memory in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* [Epub ahead of print].

Sinzig, J., Morsch, D. & Lehmkuhl, G. (2008). Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 63-72.

Skinner, B.F. (1952). *Science and human behavior*. New York: Macmillian.

Solanto, M.V., Abikoff, H., Sonuga-Barke, E., Schachar, R., Logan, G.D., Wigal T, Hechtman, L., Hinshaw, S. & Turkel, E. (2001). The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in AD/HD: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of AD/HD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 215-228.

Sonuga-Barke, E.J. (2002).Psychological heterogeneity in AD/HD--a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavior Brain Research,*130, 29-36.

Sonuga-Barke, E.J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*. 57, 1231-1238.

Sonuga-Barke, E.J., Sergeant, J.A., Nigg, J. & Willcutt, E. (2008). Executive Dysfunction and Delay Aversion in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Nosologic and Diagnostic Implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 17, 367-384.

Sonuga-Barke, E.J., Taylor, E., Sembi, S. & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion- I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 387-398.

Spence, S.H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-bases, cognitive-behavioural intervention with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.

Spencer, T.J., Biederman, J. & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*. 32, 631-642.

Staats, H. (2005). Psychotherapie in Gruppen: Grundlagen analytischer und verhaltenstherapeutischer Modelle und Interventionen. In W. Hiller, E. Leibig, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum/zur Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 1 Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 211-226). München: CIP-Medien.

Stadler, C., Holtmann, M., Claus, D., Büttner, G., Berger, N., Maier, J., Poustka, F. & Schmeck, K. (2006). Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 5, 350-363.

Staller, J.A. & Faraone, S.V. (2007). Targeting the dopamine system in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review Neurotherapeutics*, 7, 351-362.

Steinhausen, H.C. (2006). *Psychische Störungen bei Kinder und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie* (6., neu bearb. u. erw. Aufl.). München: Elsevier Urban & Fischer.

Stevens, J., Quittner, A., Zuckerman, J.B. & Moore, S. (2002). Behavioral inhibition self-regulation of motivation and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 21, 117-139.

Stieglitz, R.D. (2005). Testdiagnostik. In W. Hiller, E. Leibig, F. Leichsenring, S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum/zur Psychologischen PsychotherapeutIn und für die ärztliche Weiterbildung. Band 1 Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 131–143). München: CIP-Medien.

Strassberg, Z. & Dodge, K.A. (1987). Focus of social attention among children varying in peer status. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Boston: MA.

Sturm, W. (2005). *Aufmerksamkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advences in cognitive, neurobiological and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65-99.

Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K. & Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 105-111.

Thorell, L.B. (2007). Do delay aversion and executive function deficits make distinct contributions to the functional impact of ADHD symptoms? A study of early academic skill deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1061-1070.

Thorndike, E.L. (1920). *Intelligence and its use*. Harper's Magazin, 140, 227-235.

Todd, T.D. (2000). Genetics of childhood disorders: XXI. ADHS, part 5. a behavioral genetic perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1571-1573.

Todd, R.D., Huang, H., Todorov, A.A., Neuman, R.J., Reiersen, A.M., Henderson, C.A. & Reich, W.C. (2008). Predictors of stability of attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes from childhood to young adulthood. J*ournal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 76-85.

Toplak, M.E., Jain, U. & Tannock, R. (2005). Executive and motivational processes in adolescents with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *Behavioral and Brain Function*, 1, 8.

Topping, K., Holmes, E.A. & Bremner, W. (2000). The effectiveness of school-based programs for the promotion of social competence. In R. Bar-On & D. Parker (Eds.), The *handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace* (pp. 411-432). San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1976). *Das Assertiveness Training Programm ATP*. München: Pfeiffer.

van der Oord, S., Prins, P.J., Oosterlaan, J. & Emmelkamp, P.M. (2007). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* [Epub ahead of print].

van Zomeren, A.H. & Brouwer, W.H. (1994). *Clinical Neuropsychology of Attention*. New York: Oxford University Press.

Vriends, N. & Margraf, J. (Hrsg.). (2005). *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie: Verstehen und verändern* (3., aktual. u. vollst. überarb. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Wagensonner, M. & Zimmermann, P. (1991). Die Fähigkeit zur länger anhaltenden Aufmerksamkeitszuwendung nach cerebralen Schädigungen. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 2, 41-50.

Wagner, H. & Baumgärtel, F. (1978). *Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (HAPEF-K)*. Göttingen: Hogrefe.

Wåhlstedt, C., Thorell, L.B. & Bohlin, G. (2008). ADHD symptoms and executive function impairment: early predictors of later behavioral problems. *Develpomental Neuropsychology*, 33, 160-178.

Webster-Stratton, C., Reid, J. & Hammond, M. (2001). Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 943-952.

Weisz, J.R., Weisz, B., Han, S.S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of Psychotherapy with children and Adolescents revisited: A Meta–Analysis of Treatment outcome Studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450–468.

Werry, J.S. & Wollersheim, J.P. (1989). Behavior therapy with children and adolescents: A twenty-year overview. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry,* 28, 1-18.

Weyandt, L.L. & Willis, W.G. (1994). Executive functions in school-aged children: Potential efficacy of tasks in discriminating clinical groups. *Developmental neuropsychology,* 19, 27-38.

Whalen, C.K. & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive children. *Clinical Psychological Review*, 5, 1-32.

Whalen, C.K., Henker, B., Buhrmester, D., Hinshaw, S.P., Huber, A. & Laski, K. (1989). Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *Journal of Consulting an Clinical Psychology*, 57, 545-549.

Whalen, C.K., Henker, B., Collins, B.E., Finck, D. & Dotemoto, S. (1979). A social ecology of hyperactive boys: Medication effects in structured classroom environments. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 65-81.

Whalen, C.K., Henker, B., Collins, B.E., McAuliffe, S. & Vaux, A. (1979). Peer interaction in a structured communication task: Comparisons of normal and hyperactive boys and of methylphenidate and placebo effects. *Child Development*, 50, 388-401.

Wheeler Maedgen, J. & Carlson, C.I. (2000). Social Functioning and Emotional Regulation in the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology.* 29, 30-42.

Wheeler, V.A. & Ladd, G.W. (1982). Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*, 18, 795-805.

Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V. & Pennington, B.F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry,* 57, 1336-46.

Wittmann, S. (2005). Das Konzept Soziale Kompetenz. In N. Vriends & J. Margraf, (Hrsg.), *Soziale Kompetenz, soziale Unsicherheit, soziale Phobie: Verstehen und verändern* (S. 55-69, 3. aktual. u. vollst. überarb. Aufl.). Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R. & Rothenberger, A. (2002). Normative data and evaluation of the German parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Results of a representative field study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 105-112.

Yuill, N. & Lyon, J. (2007). Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD. General performance impairments or specific problems in social cognition? *European Child and Adolescent Psychiatry,* 16, 398-404.

Zametkin, A.J. & Rapoport, J.L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: where have we come in 50 years? *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 26, 676-686.

Zimbardo, P.G. & Gerring, R.J. (2008). *Psychologie* (18. überarb. Aufl.). München: Pearson

Zimmermann, P. & Fimm, B. (2001). Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) (2., veränd. Aufl.). Würselen: Psytest.

Zimmermann, P., Gondan, M. & Fimm, B. (2002). *KITAP Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung für Kinder*. Herzogenrath: Psytest.

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosen DSM IV 12
Tabelle 2: Diagnosen ICD-10 13
Tabelle 3: Taxonomie Aufmerksamkeitsaspekte (Sturm, 2005) 17
Tabelle 4: Selbst-/Fremdbeurteilungsfragebögen Aufmerksamkeitsstörungen 21
Tabelle 5: Testverfahren zur Aufmerksamkeitsdiagnostik (Paper-Pencil) 22
Tabelle 6: Testverfahren zur Aufmerksamkeitsdiagnostik (computergestützt) 22
Tabelle 7: Fünf frontostriatale Kreisläufe 28
Tabelle 8: Fünf Dimensionen sozialer Fertigkeiten nach Caldarella und Merrel (1997) ... 45
Tabelle 9: Dimensionen (Kanning, 2003) 45
Tabelle 10: Selbstbeurteilungsfragebögen für Kinder und Jugendliche 48
Tabelle 11: Fremdbeurteilungsfragebögen für Kinder und Jugendliche 49
Tabelle 12: Beobachtungsbögen für Kinder und Jugendliche 51
Tabelle 13: Modell zur Pathogenese sozialer Fertigkeiten bei AD(H)S 77
Tabelle 14: Folgen und Therapiebedarf 89
Tabelle 15: Förderbedarf bei Kindern mit AD(H)S 92
Tabelle 16: Schlussfolgerungen aus der Erprobungsphase 93
Tabelle 17: AD(H)S–typische Defizite 96
Tabelle 18: Therapeutische Ziele des Trainings TEAM 96
Tabelle 19: Themen der Sitzungen 97
Tabelle 20: Therapeutische Methoden und Interventionen 102
Tabelle 21: Randomisiertes Wartekontrollgruppen-Design (Experiment) 135
Tabelle 22: Struktur der Testtermine 135
Tabelle 23: Skalen zu aggressivem Verhalten / Umgang mit Konflikten und Streit 138
Tabelle 24: Skalen zu sozialer Unsicherheit 139
Tabelle 25: Skalen zur Qualität von Interaktionen zu anderen Personen 139
Tabelle 26: Skalen zu sozial-emotionaler Entwicklung 139
Tabelle 27: Expertenbefragung: Antworten nach Kategorien geordnet 140
Tabelle 28: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Kommunikation, T1, N=54 143
Tabelle 29: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Konfliktmanagement, T1, N=54 144
Tabelle 30: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Empathie, T1, N=59 144
Tabelle 31: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Gefühlsregulation, T1, N=58 145
Tabelle 32: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Selbstwert, T1, N=57 145
Tabelle 33: Reliabilitätsanalyse ESF-E: Skala Impulsivität, T1, N=57 146
Tabelle 34: Reliabilitäten ESF-E (Cronbachs Alpha) alle Untersuchungszeitpunkte 146
Tabelle 35: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Kommunikation, T1, N=60 147
Tabelle 36: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Konfliktmanagement, T1, N=61 147
Tabelle 37: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Empathie, T1, N=61 148
Tabelle 38: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Gefühlsregulation, T1, N=61 148
Tabelle 39: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Selbstwert, T1, N=61 149
Tabelle 40: Reliabilitätsanalyse ESF-K: Skala Impulsivität, T1, N=61 149

Tabelle 41: Reliabilitäten (Cronbachs Alpha) alle Untersuchungszeitpunkte 150
Tabelle 42: Fragen und Interraterreliabilität ISF 151
Tabelle 43: Vergleichswerte Kontroll- und Experimentalgruppe 158
Tabelle 44: Ausgangswerte Kontroll- und Experimentalgruppe ESF-E, SDQ 159
Tabelle 45: Ausgangswerte Kontroll- und Experimentalgruppe Aufmerksamkeit 159
Tabelle 46: Ausgangswerte Kontroll- und Experimentalgruppe ISF-K 159

13 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen des diagnostischen Prozesses nach Jacobs & Petermann (2007). 20
Abbildung 2: Biopsychosoziales Modell ADHS (Döpfner, 2002, 2006) 26
Abbildung 3: Verhaltensinhibition, exekutive Funktionen (Barkley, 1997) 30
Abbildung 4: Theorie der sozial-kognitiven Informationsverarbeitung (vgl. Dodge, 1994) 60
Abbildung 5: AD(H)S-typische Einflüsse nach Barkley (1997) und Dodge (1993) 85
Abbildung 6: Schritte der Entwicklung des Trainings TEAM 95
Abbildung 7: Symbole innerhalb der Sitzungsbeschreibungen 99
Abbildung 8: Geschlecht Experimentalgruppe 156
Abbildung 9: Alter Experimentalgruppe 156
Abbildung 10: Medikation Experimentalgruppe 156
Abbildung 11: Diagnosen Experimentalgruppe 156
Abbildung 12: Geschlechter Kontrollgruppe 157
Abbildung 13: Alter Kontrollgruppe 157
Abbildung 14: Medikation Kontrollgruppe 157
Abbildung 15: Diagnosen Kontrollgruppe 157
Abbildung 16: Vergleich Experimental- und Kontrollgruppe Alter und Geschlecht 158
Abbildung 17: Vergleich Experimental- und Kontrollgruppe Diagnose und Medikation .. 158
Abbildung 18: Effekte soziale Kompetenzen (ESF-E; ISF) 162
Abbildung 19: Effekte Aufmerksamkeit 163
Abbildung 20: Effekte Wahrnehmung 165
Abbildung 21: Effekte Emotionsregulation und Selbstwahrnehmung 167
Abbildung 22: Effekte Handlungskompetenzen 169
Abbildung 23: Effekte Problemlösefertigkeiten 171
Abbildung 24: Effekte Verhaltensrepertoire 173
Abbildung 25: Effekte Handlungsausführung 175
Abbildung 26: Indikatoren für soziale Kompetenzen 177
Abbildung 27: Effekte Aufmerksamkeitsleistungen 179
Abbildung 28: Effekte psychische Faktoren 181

Erklärung

Hiermit erkläre ich Folgendes:

- Die Arbeit wurde ohne unerlaubte Hilfe angefertigt.
- Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt.
- Es wurden die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Murnau, den 23.05.2008

Marion Schmitman gen. Pothmann