

Moderatoren der Effekte telefonassistierter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit moderater ADHS (ESCAschool-moderate)

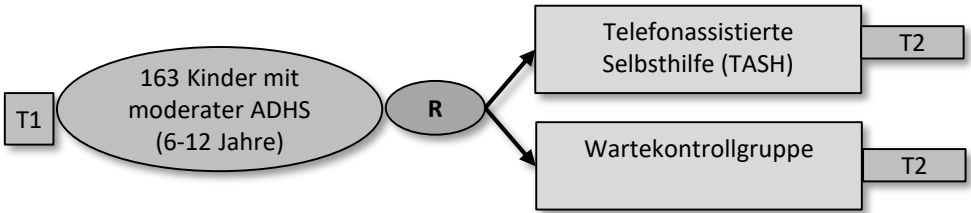


Christina Dose¹, Lea Teresa Kohl¹, Tobias Banaschewski², Manfred Döpfner^{1,3}, & das ESCALife Konsortium
¹Centrum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (CEKIP), Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln
²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät, Universität Mannheim/Heidelberg, Mannheim
³Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Medizinische Fakultät und Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln

Hintergrund

Sowohl Elterntrainings im direkten Kontakt als auch als Selbsthilfe-Interventionen durchgeführte Elterntrainings haben sich in der Behandlung von Kindern mit ADHS und anderen externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten als wirksam erwiesen (Daley et al., 2014; Fabiano et al. 2021; Tarver et al., 2014). Dabei zeigten sich Effekte auf die ADHS-Symptomatik vorrangig im Elternurteil, während sich in distaleren Ratings (z. B. durch Lehrer*innen) oft keine oder geringere Effekte zeigten (Daley et al., 2014; Fabiano et al., 2021). Die Identifikation von Prädiktoren und Moderatoren des Behandlungserfolgs kann zu einer Individualisierung der Interventionen und damit letztlich zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Ziel der vorliegenden Studie war die Analyse potentieller Moderatoren der Effekte einer dreimonatigen, telefonassistierten Selbsthilfe (TASH) für Eltern (und optional Lehrer*innen) von Kindern mit einer mild bis moderat ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf die kindliche ADHS- und oppositionelle Symptomatik. Die hier gezeigten Sekundäranalysen beruhen auf im Rahmen einer multizentrischen randomisierten Kontrollgruppenstudie zur Effektivität der Intervention gewonnen Daten. Diese Studie hatte Effekte der Intervention auf die ADHS-Symptomatik im semi-verblindeten klinischen Urteil, Maße der Funktionseinschränkungen im semi-verblindeten klinischen Urteil und Elternurteil, sowie negatives Erziehungsverhalten im Elternurteil gezeigt.

Studiendesign und Methodik



Eltern von 163 Kindern mit mild bis moderat ausgeprägter ADHS (Alter: $M = 8,9$ Jahre, $SD = 1,4$; 78% Jungen, 22% Mädchen) wurden randomisiert entweder der dreimonatigen TASH-Intervention oder einer Wartekontrollgruppe zugeordnet. Mittels Regressionsanalysen wurde die Moderation der Interventionseffekte auf die kindliche ADHS- und oppositionelle Symptomatik durch demographische und klinische Variablen untersucht; dabei wurde die abhängige Variable (ADHS/oppositionelle Symptomatik) jeweils durch die Studienbedingung einen potentiellen Moderator, die Interaktion zwischen Studienbedingung und Moderator, und Kovariate vorhergesagt. Moderatoren, deren Interaktion mit der Studienbedingung signifikant wurde ($p < .05$), wurden in gemeinsamen Modellen analysiert, um gegenseitige Einflüsse zu kontrollieren.

Modellparameter	
Abhängige Variablen	ADHS und oppositionelle Symptomatik zu T2, jeweils im semi-verblindeten klinischen Urteil und Elternurteil
Kovariate	Ausprägung der jeweiligen abhängigen Variable zu T1, Studienzentrum
Moderatoren: Sozio-demographische Variablen	Alter des Kindes, Geschlecht des Kindes, Intelligenz des Kindes, Förderstatus des Kindes, Alter der Eltern, Bildungsniveau der Eltern, kritische Lebensereignisse, Migrationshintergrund (ja/nein), Unterstützung durch Hartz-IV (ja/nein), Family Adversity Index
Moderatoren: Klinische Variablen Kind	ADHS/oppositionelle Symptomatik zu T1, Funktionsbeeinträchtigung, Lebensqualität, internalisierende Symptomatik, komorbide Störungen (oppositionelle Störung, Störung des Sozialverhaltens, Disruptive Affektregulationsstörung, interne Diagnose; jeweils ja/nein), ADHS-Subtyp, Schweregrad der Krankheit (Clinical Global Impression Scale), Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt, frühkindliche Entwicklung
Moderatoren: Klinische Variablen Eltern	Depression, Angst, Stress des primären Elternteils, ADHS-Symptome des primären Elternteils, positives und negatives Erziehungsverhalten, elterliche Selbstwirksamkeit
Moderatoren: Klinische Variablen Geschwister	ADHS Diagnose eines Geschwisterkindes, (andere) psychische Erkrankung eines Geschwisterkindes

Intervention

Das **Elternprogramm** bestand aus **acht Elternratgebern/-heften**, die den Eltern zugesickt wurden, sowie bis zu **zehn begleitenden telefonischen Beratungsgesprächen**. Das **Programm für Lehrkräfte** bestand aus **vier Heften** und bis zu **vier telefonischen Beratungsgesprächen**. Wesentliche Inhalte der verhaltenstherapeutischen Programme waren:

- Psychoedukation,
- die Identifikation individueller Zielprobleme
- die Entwicklung eines Störungsmodells,
- die Förderung positiver Bezugspersonen-Kind-Interaktionen,
- das Hinterfragen und Einführen von Regeln,
- das Stellen wirkungsvoller Aufforderungen,
- der Einsatz positiver und natürlicher negativer Konsequenzen und
- die Implementierung von Belohnungssystemen.



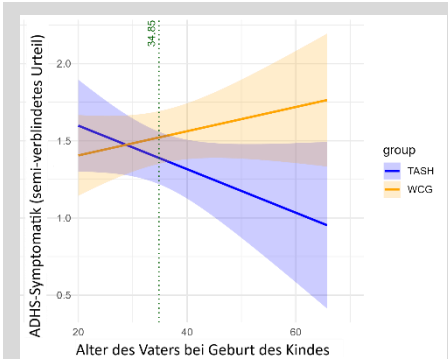
Referenzen

Daley, D. et al. (2014). Behavioral interventions for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847.; Fabiano, G. A. et al. (2021). Comprehensive meta-analysis of attention-deficit/hyperactivity disorder psychosocial treatments investigated within between group studies. *Review of Educational Research*, 91(5), 718-760.; Tarver, J. et al. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(12), 1123-1137.

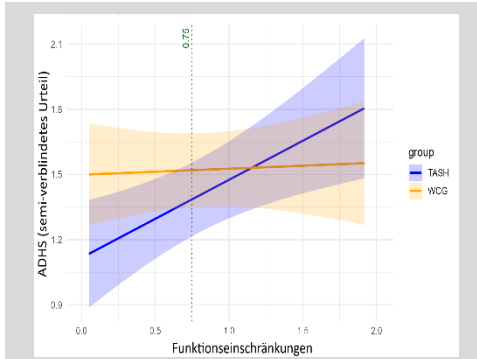
Ergebnisse

Signifikante Interaktionseffekte (Moderationseffekte):

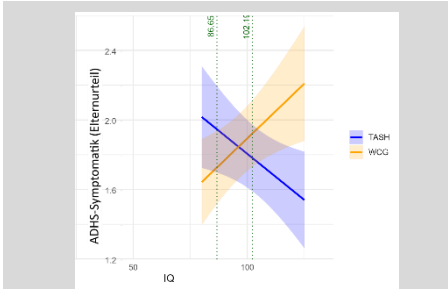
Abhängige Variable	Moderator (x Studienbedingung)	B	SE	p	p
ADHS (semi-verblindetes klinisches Urteil)	Alter des Vaters bei Geburt des Kindes	0.02	0.01	.036	.027
	Funktionseinschränkungen (Elternurteil)	-0.33	0.16	.040	.033
ADHS (Elternurteil)	Alter des Vaters bei Geburt des Kindes	0.03	0.01	.011	.008
	Schweregrad der Krankheit	-0.28	0.14	.044	.125
	IQ des Kindes	0.02	0.01	< .001	.002
	Auffälligkeiten während Schwangerschaft und Geburt	-0.91	0.42	.031	.071
Oppositionelle Symptomatik (semi-verblindetes klinisches Urteil)	ADHS vorwiegend unaufmerksam (ja/nein)	-0.34	0.15	.025	.264
	ADHS vorwiegend hyperaktiv/impulsiv (ja/nein)	0.41	0.20	.037	.474
Oppositionelle Symptomatik (Elternurteil)	Störung des Sozialverhaltens (ja/nein)	-0.76	0.35	.031	.021
	Delinquenz der Eltern	0.47	0.19	.015	.125
	IQ des Kindes	0.02	0.01	.038	.054
	Anzahl kritischer Lebensereignisse	1.18	0.56	.036	.051



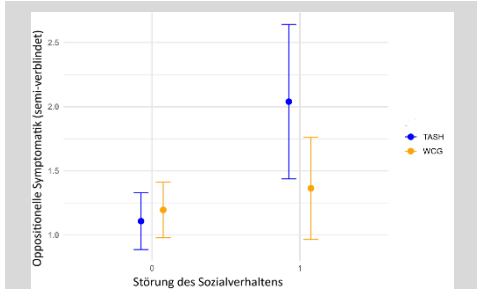
Bei einem höheren **Alter der Väter** zeigte sich eine Überlegenheit von TASH gegenüber der Wartekontrollgruppe in Bezug auf die **ADHS-Symptomatik im semi-verblindeten klinischen Urteil und Elternurteil** (Elternurteil nicht dargestellt). Bei einem geringeren Alter der Väter zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.



Bei Kindern mit geringeren **Funktionseinschränkungen** zeigte sich eine Überlegenheit von TASH gegenüber der Wartekontrollgruppe in Bezug auf die **ADHS-Symptomatik im semi-verblindeten klinischen Urteil**. Bei höheren Funktionseinschränkungen ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied.



Bei einem höheren kindlichen **IQ (> 102)** zeigte sich eine Überlegenheit von TASH gegenüber der Wartekontrollgruppe in Bezug auf die **ADHS-Symptomatik im Elternurteil**. Bei einem geringeren IQ (< 87) zeigte sich eine Überlegenheit der Wartekontrollgruppe. Im Zwischenbereich ergab sich kein signifikanter Gruppenunterschied.



Bei Kindern mit einer **komorbiden Störung des Sozialverhaltens** war die Wartekontrollgruppe TASH in Bezug auf die **oppositionelle Symptomatik im semi-verblindeten klinischen Urteil** überlegen. Bei Kindern ohne komorbide Störung des Sozialverhaltens zeigte sich kein signifikanter Gruppenunterschied.

Diskussion

Beurteilerübergreifend zeigte sich kein konsistentes Bild bezüglich der Moderation der Effekte auf die ADHS-Symptomatik. Ein höheres Alter der Eltern könnte eine Rolle spielen, wobei sich Moderationseffekte nur für das Alter des Vaters, aber nicht für das Alter der Mutter ergaben (bei einer vorwiegenden Teilnahme der Mütter am Programm). Zudem könnte das TASH- Programm besser für Kinder mit eher geringen Funktionseinschränkungen und einem höheren IQ geeignet sein. In Bezug auf die oppositionelle Symptomatik ergaben sich Hinweise, dass TASH für Kinder mit einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens weniger geeignet sein könnte; hier könnte eine intensivere Behandlung notwendig sein. Angesichts der uneinheitlichen Befunde sind weitere Studien notwendig, um spezifische Therapieempfehlungen ableiten zu können.

Kontakt

Christina Dose
Centrum für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie an der Uniklinik Köln (CEKIP)
Pohligstr. 9, 50969 Köln
Christina.dose@uk-koeln.de