

Originalarbeit

# ADHS bei Jungen im Kindesalter – Lebensqualität und Erziehungsverhalten

Ina Schreyer und Petra Hampel

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen

**Zusammenfassung:** Erste Studien konnten zeigen, dass die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nicht nur mit einer ungünstigen Entwicklung des erkrankten Kindes verbunden ist, sondern auch Auswirkungen auf die psychosoziale Situation der Bezugspersonen hat. Die vorliegende Untersuchung ging der Frage nach, ob sich die Lebensqualität der Kinder mit ADHS sowie deren Bezugspersonen von der Lebensqualität nach Alter, Intelligenz und Schulform parallelierter gesunder Kinder und deren Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Alter (8–9 vs. 10–11 Jahre) unterscheidet. Weiterhin wurde das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen untersucht. Insgesamt beurteilten 58 Mütter die Lebensqualität ihrer Kinder. Ferner schätzten sie ihre eigene Lebensqualität und ihr Erziehungsverhalten ein. Es ergaben sich keine Alterseffekte. Die durch die Mütter eingeschätzte Lebensqualität der Kinder mit ADHS war geringer gegenüber gesunden Kindern. Ebenso war das psychische und körperliche Wohlbefinden der Mütter mit einem an ADHS erkrankten Kind gegenüber den Müttern gesunder Kinder beeinträchtigt. Schließlich ergab sich ein negativeres Erziehungsverhalten der Mütter von Kindern mit ADHS gegenüber den Müttern gesunder Kinder. Die Befunde unterstreichen die Notwendigkeit familienorientierter Interventionsmaßnahmen bei der Behandlung von ADHS, die auch die psychosoziale Anpassung der Bezugspersonen berücksichtigt.

**Schlüsselwörter:** ADHS, Lebensqualität, Erziehungsverhalten

**Summary:** *ADHD among boys in childhood: Quality of life and parenting behavior*

Recent studies suggest that psychological adjustment is impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Additionally, psychosocial functioning of significant others is also affected. The present study examined the quality of life (QoL) in two age groups of children with ADHD (8–9 vs. 10–11 years) compared to healthy controls matched by age, verbal intelligence, and education level. Furthermore, the QoL and the parenting behavior of mothers were investigated. In total,  $N = 58$  mothers rated their own QoL and that of their children. In addition, they made judgments about their own parenting behavior. Age effects did not reach statistical significance, but QoL was impaired in children with ADHD when compared to healthy controls. Moreover, the mental and the physical well-being of mothers of a child with ADHD were negatively affected. Finally, a more negative parenting behavior of mothers of a child with ADHD was found compared to parents of a healthy child. These results underline the need for family-oriented interventions in ADHD that take into account the psychosocial adjustment of significant others.

**Keywords:** ADHD, quality of life, parenting behavior

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt mit einer Prävalenz von 1–3% eine der häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter dar, wobei Jungen drei bis neunmal häufiger betroffen sind als Mädchen (Breuer & Döpfner, 2006; Döpfner et al., 2000). Der ADHS wird ein biopsychosoziales Erklärungsmodell zugrunde gelegt (zusammenfassend s. Banaschewski et al., 2004; Biederman, 2005; Barkley, 1997; Rappley, 2005). Dabei wird davon ausgegangen, dass genetische und biologische Faktoren vor allem an der Genese und weniger an der Aufrechterhaltung der ADHS beteiligt sind. In neuropsychologischen

Modellen werden die Beeinträchtigungen in den kognitiven und emotional-motivationalen Kompetenzen auf Störungen der Exekutivfunktion zurückgeführt (Barkley, 1997; Sergeant, 2005; Sonuga-Barke, 2005). Unter exekutiven Funktionen werden neuro- bzw. metakognitive Prozesse verstanden, die im Wesentlichen der Handlungskontrolle dienen und eine Voraussetzung für die Selbstkontrolle von Affekt, Motivation und Arousal sind (Pennington & Ozonoff, 1996). Es konnte jedoch noch nicht geklärt werden, ob es sich um eine Entwicklungsverzögerung aufgrund einer Hirnreifungsstörung (Barkley, 1997)

oder um eine Entwicklungsabweichung aufgrund von Abweichungen in zentral-nervösen Strukturen handelt (Barry et al., 2003). Dagegen tragen psychosoziale Faktoren, wie z.B. das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen, zur Aufrechterhaltung der Störung bei (Johnston & Mash, 2001; Trautmann-Villalba et al., 2001; Whalen & Henker, 1999).

Die ADHS ist nicht nur mit einer ungünstigen Entwicklung des erkrankten Kindes verbunden, sondern scheint auch die psychosoziale Situation der Bezugspersonen zu beeinträchtigen (Escobar et al., 2005; Hampel & Desman, 2006; Sawyer et al., 2002; Schilling et al., 2006). Die Befundlage zur psychosozialen Situation der Bezugspersonen von Kindern mit ADHS ist jedoch spärlich, so dass die vorliegende Studie dieses Forschungsdefizit beheben soll.

Zunächst sollen bisherige Forschungsergebnisse zur Situation der Kinder mit ADHS und deren Mütter berichtet werden. Anschließend werden die Ergebnisse einer Studie mit 29 Kindern mit ADHS sowie deren Müttern im Vergleich zu 29 unauffälligen Kindern und deren Müttern dargestellt.

Verschiedene Studien belegen, dass die Lebensqualität von Kindern mit ADHS vor allem in den psychischen Bereichen gegenüber gesunden Kindern und solchen mit einer körperlichen Erkrankung beeinträchtigt ist (Escobar et al., 2005; Hampel & Desman, 2006; Klassen et al., 2004; Sawyer et al., 2002; Varni & Burwinkle, 2006). So konnten Escobar und Mitarbeiter (2005) feststellen, dass die Lebensqualität von Kindern mit ADHS geringer ausfiel als die von chronisch kranken oder gesunden Kindern. Ebenso fanden Klassen und Mitarbeiter (2004) sowie Varni und Burwinkle (2006) heraus, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern mit ADHS im Vergleich zu gesunden aber auch chronisch körperlich kranken Gleichaltrigen beeinträchtigt ist. Vergleichbare Ergebnisse erhielten Wurst und Kollegen (2002), die die Lebensqualität chronisch und psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im Alter von 6 bis 19 Jahren verglichen. Die Mütter psychisch kranker Kinder und Jugendlicher berichteten über stärkere Beeinträchtigungen der Lebensqualität des Kindes in mehreren Lebensbereichen als die Mütter von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Die Kinder und Jugendlichen gaben in den Bereichen «Schule», «Psychische Gesundheit» und «Problem» die negativsten Bewertungen ab. Auch Hampel und Desman (2006) kamen zu dem Ergebnis, dass die Kinder mit ADHS eine ungünstigere Stressverarbeitung und eine niedrigere Lebensqualität in allen Funktionsbereichen aufwiesen als gesunde Kinder einer Normstichprobe.

Bisher liegen kaum Befunde zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Bezugspersonen von Kindern mit ADHS vor. Stattdessen wurde die Lebensqualität psychisch kranker Kinder und deren Bezugspersonen intensiver erforscht. Mattejat und Mitarbeiter (2005) stellten in ihrer Untersuchung zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern fest, dass sich die Mehrheit der Eltern als belastet erlebte, wobei sich die Eltern selbst als stärker belastet beschrieben als ihre Kinder selbst. Wurst und Kollegen (2002) stellten fest, dass sich die Mütter der psychisch kranken Kinder stärker belastet fühlten als Eltern chronisch kranker Kinder.

Schilling und Kollegen (2006) untersuchten, ob sich die psychische und physische Lebensqualität der 24 Elternteile von Kindern mit ADHS von der Lebensqualität der 24 Elternteile altersparallelisierter gesunder Kinder unterscheidet. Die Ergebnisse legen nahe, dass das psychische Wohlbefinden der Eltern mit einem an ADHS erkrankten Kind gegenüber Eltern gesunder Kinder beeinträchtigt ist.

Problematisches elterliches Erziehungsverhalten stellt einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme dar (Beelmann & Raabe, 2007; Beelmann et al., 2007). Außerdem hat sich gezeigt, dass das Chronifizierungsrisiko der ADHS ansteigt, je höher die Rate negativer Eltern-Kind-Interaktionen ist (Polowczyk et al., 2000; Trautmann-Villalba et al., 2001). Die Interaktionen zwischen Bezugspersonen und ihrem an ADHS erkrankten Kind werden als konfliktreich beschrieben. Die Bezugspersonen von Kindern mit ADHS reagieren zum einen stärker kontrollierend und strafend und zum anderen weniger belohnend gegenüber ihren Kindern als die Bezugspersonen gesunder Kinder (Johnston & Mash, 2001; Trautmann-Villalba et al., 2001; Whalen & Henker, 1999). Das Erziehungsverhalten ist insgesamt charakterisiert durch häufige Inkonsequenz, niedrige Leistungserwartungen, ungenügendes Interesse am Kind, exzessives Bestrafen und wenig positive Verstärkung bei der Befolgung von Anweisungen (Campbell, 2000; Döpfner et al., 2002; Steinhausen, 2000). In Studien konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass sich externalisierende Verhaltensweisen und hyperaktives Verhalten durch inkonsequente, strafende Erziehungsweisen vorhersagen lassen (Franiek & Reichle, 2007; Reichle & Gloger-Tippelt, 2007).

## Hypothesen

Es sollte der Einfluss des Alters (8–9 vs. 10–11 Jahre) und der Gruppe (klinisch vs. gesund) auf die Lebensqualität und das Erziehungsverhalten geprüft werden. Das Alter wurde aufgrund der offenen Frage nach der Entwicklungsverzögerung oder Entwicklungsabweichung der ADHS einbezogen. Allerdings wurden die Hypothesen zum Alterseffekt basierend auf der inkonsistenten und spärlichen Befundlage zu den kognitiven und emotional-motivationalen Kompetenzen ungerichtet formuliert. Hinsichtlich der Gruppenunterschiede lagen der vorliegenden Studie folgende gerichtete Hypothesen zugrunde:

1. Es wurde erwartet, dass die Lebensqualität der Kinder mit ADHS im Elternurteil schlechter ausfällt als die Lebensqualität gesunder Kontrollkinder.
2. Die selbst eingeschätzte Lebensqualität der Bezugspersonen von Kindern mit ADHS sollte geringer sein als die Lebensqualität der Bezugspersonen gesunder Kontrollkinder.
3. Das Erziehungsverhalten von Bezugspersonen von Kindern mit ADHS sollte negativer sein als das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen gesunder Kontrollkinder.

## Methode

### Design und Probanden

Der Studie lag ein zweifaktorielles Design zugrunde. Die erste unabhängige Variable stellte die Gruppe mit den zwei Ausprägungen «Jungen mit ADHS» ( $n = 29$ ) und «Gesunde männliche Kontrollgruppe» ( $n = 29$ ) dar. Die zweite unabhängige Variable bezog sich auf das Alter (8–9 Jahre,  $n = 34$  vs. 10–11 Jahre,  $n = 24$ ).

Es handelte sich um eine konsekutive Anfallsstichprobe, die im Zeitraum von Oktober 2006 bis März 2007 gewonnen wurde. So wurden die Kinder mit ADHS und deren Mütter über die Rehabilitationsklinik Neuhaarlingersiel rekrutiert, die sich auf die Behandlung von Kindern mit ADHS spezialisiert hat. Hierbei wurden die Eltern über Informationsbriefe kontaktiert. Bei Einverständnis sowohl der Eltern als auch der Kinder wurden sie in die Studie eingeschlossen. Die Ausschöpfungsrate betrug 100%. Von den 29 Jungen der Experimentalgruppe erhielten 22 Jungen vor Beginn der Rehabilitation von ihren behandelnden Psychologen und Ärzten die Diagnose «Einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung» (F90.0) nach ICD-10. Bei sieben Jungen wurde eine «Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens» (F90.1) nach ICD-10 diagnostiziert. Es wurden nur die Jungen mit ADHS in die klinische Stichprobe eingeschlossen, die zum einen im Altersrange lagen und zum anderen über dem Cut-off Wert der Conners-Kurzskala (nach Steinhausen, 1995) lagen sowie einen Verbal-IQ (CFT 20; Weiß, 1998) über 80 aufwiesen (Conners:  $M_{ADHS} = 18.48$ ,  $SE_{ADHS} = 3.38$ ;  $M_{KG} = 04.41$ ,  $SE_{KG} = 3.37$ ;  $F(1,54) = 235.71$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .814$ ; verbal IQ:  $M_{ADHS} = 103.72$ ,  $SE_{ADHS} = 8.76$ ;  $M_{KG} = 107.34$ ,  $SE_{KG} = 10.96$ ;  $F(1,54) = .977$ ,  $p = .327$ ,  $\eta^2 = .018$ ).

Die 29 Jungen der Kontrollgruppe sowie deren Mütter wurden über verschiedene Schulen in und um Bremen gewonnen. Die Briefe wurden den Eltern über die Kinder zugeleitet und mussten mit dem Einverständnis der Kinder und Eltern zurückgeschickt werden. Über einen Elternfragebogen wurde abgefragt, ob die Kinder eine psychische oder körperliche Erkrankung aufweisen. Außerdem durften keine klinischen Ausprägungen in der Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) vorliegen. Schließlich wurden die gesunden Kinder nur eingeschlossen, wenn sie in der Conners-Kurzskala einen Punktwert unter 15 aufwiesen. In zweifaktoriellen Varianzanalysen mit den Faktoren «Gruppe» und «Alter» unterschieden sich die beiden Untersuchungsgruppen hochsignifikant in der Conners-Kurzskala und in der CBCL-Aufmerksamkeitsprobleme (Conners: 8–9-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 18.65$ ,  $SE_{ADHS} = 4.06$ ;  $M_{KG} = 3.94$ ,  $SE_{KG} = 3.61$ ; 10–11-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 18.25$ ,  $SE_{ADHS} = 2.22$ ;  $M_{KG} = 5.08$ ,  $SE_{KG} = 3.00$ ;  $F(1,54) = 235.71$ ,  $p \leq .001$ ,  $\eta^2 = .814$ ; CBCL-Aufmerksamkeitsprobleme: 8–9-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 10.88$ ,  $SE_{ADHS} = 3.62$ ;  $M_{KG} = 1.23$ ,  $SE_{KG} = 1.52$ ; 10–11-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 9.50$ ,  $SE_{ADHS} = 2.65$ ;  $M_{KG} = 1.75$ ,  $SE_{KG} = 2.34$ ;  $F(1,54) = 149.70$ ,  $p \leq .001$ ,  $\eta^2 = .735$ ).

Die Kinder mit ADHS und die gesunden Kontrollkinder wurden nach Alter (8–9-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 8.65$ ,  $SE_{ADHS} = 0.50$ ;  $M_{KG} = 8.83$ ,  $SE_{KG} = 0.44$ ; 10–11-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 10.55$ ,  $SE_{ADHS} = 0.50$ ;  $M_{KG} = 10.47$ ,  $SE_{KG} = 0.50$ ; Gruppeneffekt:  $F_{Alter}(1,54) = 0.15$ ,  $p = .700$ ,  $\eta^2 = .003$ ) und Intelligenz parallelisiert (8–9-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 102.06$ ,  $SE_{ADHS} = 8.75$ ;  $M_{KG} = 111.12$ ,  $SE_{KG} = 10.49$ ; 10–11-jährige Kinder:  $M_{ADHS} = 106.08$ ,  $SE_{ADHS} = 8.58$ ;  $M_{KG} = 102.00$ ,  $SE_{KG} = 9.63$ ; Gruppeneffekt:  $F_{IQ}(1,54) = 0.98$ ,  $p = .327$ ,  $\eta^2 = .018$ ). Jeweils 23 Kinder der Experimental- und Kontrollgruppe besuchten zum Testzeitpunkt die Grundschule und jeweils sechs Kinder eine weiterführende Schule (Haupt- oder Realschule).

In der Experimentalgruppe traten folgende komorbide Störungen auf: umschriebene Entwicklungsstörungen (10 Fälle), Lese-Rechtschreibstörung (5 Fälle), Anpassungsstörung (2 Fälle), Enuresis (3 Fälle), emotionale Störung des Kindesalters (2 Fälle) und atopische Erkrankung (1 Fall). In der Kontrollgruppe gaben die Mütter für die Jungen Asthma (1 Fall) und Neurodermitis (1 Fall) an.

## Messinstrumente

### Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder wurde mit dem Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen erhoben (KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000). In der Fremdbeurteilungsversion wurde die Lebensqualität mit Hilfe von 24 Likert-skalierten-Items erfasst. Über jeweils vier Items werden die sechs Dimensionen «Körperliches Wohlbefinden», «Psychisches Wohlbefinden», «Selbstwert», «Familie», «Freunde» und «Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule)» erhoben (Cronbach's  $\alpha$ : .46–.85). Die Validität des KINDL-R wurde oftmals belegt und dessen Reliabilität wurde nochmals im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys bestätigt (Ravens-Sieberer et al., 2007).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Mütter wurde mit dem Fragebogen zum Gesundheitszustand erfasst (SF-8; Ware et al., 2001). Der SF-8 wurde als kurze Alternative des SF-36 für große Untersuchungen entwickelt. Dabei repräsentieren die acht Items des Fragebogens jeweils eine Subskala, die wiederum zu der körperlichen und der psychischen Summenskala zusammengefasst werden können. Aus versuchsökonomischen Gründen wurde der SF-8 bevorzugt, da seine gute Reliabilität und Validität für US-amerikanische Stichproben belegt wurde. Deutsche Studien untermauerten ebenfalls seine psychometrische Güte (Ellert et al., 2005).

### Erziehungsverhalten

Zur Erfassung des Erziehungsverhaltens wurde der Fragebogen zum Erziehungsverhalten (FZEV; Hahlweg, 2007)

vorgelegt. Anhand von 13 Items sollten die Eltern ihr eigenes Verhalten zur Erziehung in den letzten zwei Monaten einschätzen. Der FZEV erfasst positives, verstärkendes und förderndes Erziehungsverhalten von Eltern wie Lob, gemeinsames Spielen, Aufmerksamkeit und körperliche Zuwendung. In einer explorativen Faktorenanalyse ergab sich eine 2-Faktorenlösung mit einer Gesamtvarianzaufklärung von 58%. Die beiden Faktoren wurden als «Positive Interaktion» (z.B. «Ich sage meinem Kind etwas Nettes»; Cronbach's  $\alpha = .84$ ) und «Persönliche Zuwendung» (z.B. «Wenn mein Kind mir etwas zeigen will, nehme ich mir Zeit dafür»; Cronbach'  $\alpha = .76$ ) interpretiert.

## Statistische Auswertung

Gruppen- und Altersunterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder im Elternurteil sowie in der Lebensqualität der Bezugspersonen und in dem Erziehungsverhalten wurden mit zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalysen mit den Faktoren «Gruppe» (Jungen mit ADHS vs. gesunde Jungen) und «Alter» (8–9 Jahre vs. 10–11 Jahre) untersucht. Zur Lokalisation der Effekte auf der Ebene der Subskalen wurden zweifaktorielle univariate Varianzanalysen angeschlossen. Das Signifikanzniveau der drei multivariaten Varianzanalysen betrug  $\alpha/3 = .016$ . Das Signifikanzniveau der sich anschließenden univariaten Analysen betrug jeweils  $\alpha = .05$ .

## Ergebnisse

### Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Jungen im Elternurteil

Die zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Gruppeneffekt ( $F(4,51) = 6.80, p < .001, \eta^2 = .453$ ). Weder der Haupteffekt «Alter» noch die Wechselwirkung waren in der multivariaten Varianzanalyse signifikant ( $F_{\text{Alter}}(4,51) = 0.88, p = .483, \eta^2 = .064$ ;  $F_{\text{Gruppe} \times \text{Alter}}(4,51) = 1.38, p = .253, \eta^2 = .098$ ).

Sich anschließende univariate Varianzanalysen ergaben für die Subtests «Familie», «Freunde» und «Funktionsfähigkeit im Alltag (Schule)» signifikante Haupteffekte für die Gruppen ( $F_{\text{Familie}}(1,54) = 32.36, p < .001, \eta^2 = .375$ ,  $F_{\text{Freunde}}(1,54) = 18.35, p < .001, \eta^2 = .254$ ,  $F_{\text{Schule}}(1,54) = 27.21, p < .001, \eta^2 = .335$ , Tab. 1). Die durch die Mütter beurteilte gesundheitsbezogene Lebensqualität ihres an ADHS erkrankten Kindes war in diesen Funktionsbereichen gegenüber gesunden Kindern beeinträchtigt.

### Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Mütter von Kindern mit ADHS

Die zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Gruppeneffekt ( $F(2,53) = 14.03, p < .001, \eta^2 = .346$ ). Der Haupteffekt «Alter» und die Wechselwirkung waren in der multivariaten Varianzanalyse nicht signifikant ( $F_{\text{Alter}}(2,53) = .54, p = .583, \eta^2 = .014$ ,  $F_{\text{Gruppe} \times \text{Alter}}(2,53) = .54, p = .438, \eta^2 = .031$ ).

Tabelle 1

Mittelwerte (M), Standardfehler (SE) und Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen für die Lebensqualität der Kinder (KINDL-R) und deren Bezugspersonen (SF-8) sowie für das Erziehungsverhalten (FZEV)

Subtest	N = 58	ADHS	Gesund
KINDL-Familie	M	60.78	81.68
$F(1,54) = 32.36, p < .001, \eta^2 = .375$	SE	15.21	12.49
KINDL-Freunde	M	56.68	79.74
$F(1,54) = 18.35, p < .001, \eta^2 = .254$	SE	22.90	14.53
KINDL-Schule	M	61.85	84.48
$F(1,54) = 27.21, p < .001, \eta^2 = .335$	SE	19.36	11.77
SF 8-PCS	M	49.05	54.16
$F(1,54) = 4.71, p = .034, \eta^2 = .081$	SE	9.79	5.72
SF 8-MCS	M	37.89	52.87
$F(1,54) = 28.01, p < .001, \eta^2 = .342$	SE	13.27	6.11
FZEV-Positive Interaktion	M	9.48	12.07
$F(1,54) = 17.05, p < .001, \eta^2 = .240$	SE	2.46	2.03
FZEV-Persönliche Zuwendung	M	9.76	11.24
$F(1,54) = 5.81, p = .019, \eta^2 = .097$	SE	2.57	2.03

Anmerkungen: PCS = körperliche Summenskala, MCS = psychische Summenskala



In den sich anschließenden univariaten Varianzanalysen zeigten sich sowohl für die körperliche Summenskala (PCS) als auch für die psychische Summenskala (MCS) signifikante Gruppeneffekte ( $F_{PCS}(1,54) = 4.71, p = .034, \eta^2 = .081, F_{MCS}(1,54) = 28.01, p < .001, \eta^2 = .342$ , Tab. 1). Das psychische und körperliche Wohlbefinden der Mütter mit einem an ADHS erkrankten Kind war gegenüber der Kontrollgruppe beeinträchtigt (Abb. 1).

## Erziehungsverhalten der Mütter von Kindern mit ADHS

In der zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse erwies sich der Haupteffekt «Gruppe» als signifikant ( $F(2,53) = 8.44, p = .001, \eta^2 = .242$ ). Für den Haupteffekt «Alter» und die Wechselwirkung ergaben sich keine signifikanten Effekte ( $F_{Alter}(2,53) = 2.56, p = .087, \eta^2 = .088; F_{Gruppe \times Alter}(2,53) = 0.34, p = .714, \eta^2 = .013$ ).

In den sich anschließenden univariaten Varianzanalysen ließen sich sowohl für den Subtest «Positive Interaktion» ( $F(1,54) = 17.05, p < .001, \eta^2 = .240$ ) als auch für den Subtest «Persönliche Zuwendung» ( $F(1,54) = 5.81, p = .019, \eta^2 = .097$ ) signifikante Gruppeneffekte feststellen (Tab. 1). Die Mütter von Kindern mit ADHS setzten weniger positive Erziehungsstrategien ein als die Mütter von gesunden Kindern.

## Diskussion

Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern mit ADHS sowie deren Bezugspersonen mit gesunden nach Alter, verbaler Intelligenz und Schulform parallelisierten Kindern sowie deren Bezugspersonen zu vergleichen. Außerdem sollte das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen von Kindern mit ADHS mit dem von Bezugspersonen gesunder Kinder verglichen werden. Dafür beurteilten 58 Mütter die gesundheitsbezogene Lebensqualität ihrer Söhne mit dem KINDL-R (Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000) und schätzten ihre

eigene gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-8 (Ware et al., 2001) ein. Weiterhin beantworteten die Mütter den Fragebogen zum Erziehungsverhalten (Hahlweg, 2007).

Insgesamt ergaben sich durchgängig weder signifikante Altersunterschiede noch einfache Interaktionen. Es lässt sich daher eine Entwicklungsabweichung vermuten. Allerdings könnte auch der Altersrange zu eng gewählt sein. Letztlich muss in zukünftigen Studien, die sich über das Kindes- und Jugendalter erstrecken, die interessante Frage nach der Entwicklungsabweichung vs. Entwicklungsverzögerung geklärt werden.

Die Lebensqualität der Jungen mit ADHS erwies sich gegenüber der Lebensqualität der gesunden Jungen als eingeschränkt. So berichteten die Mütter von Söhnen mit ADHS über eine niedrigere Lebensqualität ihrer Söhne in den Bereichen Familie, Freunde und Schule. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der aktuellen Forschung. Verschiedene Studien belegen, dass die Lebensqualität von Kindern mit ADHS vor allem in den psychischen Bereichen gegenüber gesunden Kindern und solchen mit einer chronisch körperlichen Erkrankung beeinträchtigt ist (Escobar et al., 2005; Hampel & Desman, 2006; Klassen et al., 2004; Sawyer et al., 2002; Varni & Burwinkle, 2006). So kamen Escobar und Mitarbeiter (2005) zu dem Ergebnis, dass die Probleme der Kinder mit ADHS nicht nur ihren eigenen Alltag, sondern auch den Alltag ihrer Eltern und Familien beeinträchtigen. Diese Beeinträchtigung war sogar stärker als bei chronisch kranken Kindern. Außerdem wiesen Jungen mit ADHS eine ungünstigere Stressverarbeitung und eine niedrigere Lebensqualität in allen Funktionsbereichen auf als gesunde Jungen einer Normstichprobe (Hampel & Desman, 2006).

Befunde zur Lebensqualität von Bezugspersonen von Kindern mit ADHS lagen bislang wenig vor, sondern bezogen sich bisher vor allem auf Bezugspersonen psychisch kranker Kinder. So stellten Mattejat und Mitarbeiter (2005) fest, dass sich die Mehrheit der Eltern psychisch kranker Kinder als belastet darstellte. Übereinstimmend mit Schilling und Kollegen (2006) ergab sich in der vorliegenden Studie ein beeinträchtigtes psychisches Wohlbefinden der

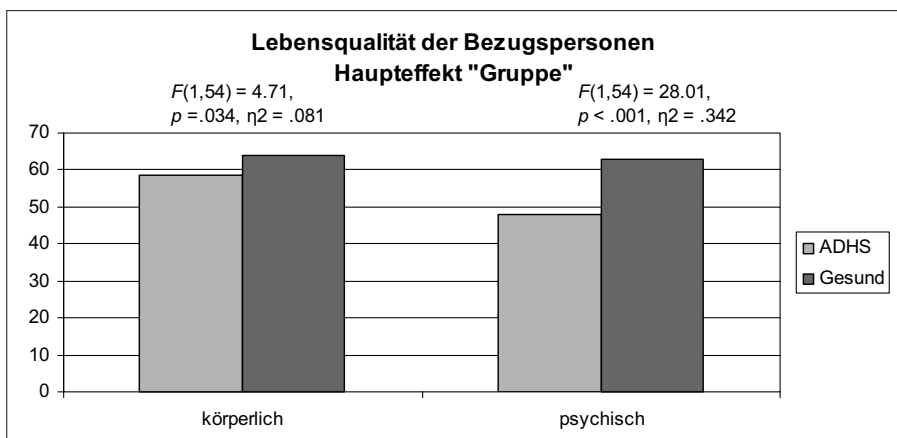


Abbildung 1: Signifikante Gruppeneffekte in der Lebensqualität der Bezugspersonen.

Mütter von Kindern mit ADHS gegenüber den Müttern von gesunden Kindern. Darüber hinaus konnte in der vorliegenden Studie jedoch auch ein signifikant erniedrigtes körperliches Wohlbefinden der Mütter mit einem an ADHS erkrankten Kind gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt werden. Zukünftige Studien müssen diesen Befund jedoch erst an einer größeren Stichprobe bestätigen.

Das Erziehungsverhalten der Mütter von Kindern mit ADHS unterschied sich signifikant von dem Erziehungsverhalten der Bezugspersonen gesunder Kinder. So zeigten die Mütter der Kinder mit ADHS weniger positive Interaktionen mit ihren Kindern und gaben ihnen weniger persönliche Zuwendung als die Mütter gesunder Kinder. Auch in der aktuellen Literatur wird das Erziehungsverhalten der Bezugspersonen von Kindern mit ADHS als stärker kontrollierend und negativ sowie weniger positiv beschrieben. Weiterhin ist das Erziehungsverhalten durch ungenügendes Interesse am Kind charakterisiert (Döpfner et al., 2002; Johnston & Mash, 2001; Steinhausen, 2000; Whalen & Henker, 1999).

Die Interpretation der Ergebnisse unterliegt einigen methodischen Einschränkungen. So sollten die Ergebnisse der vorliegenden Studie an größeren Stichproben repliziert werden. Außerdem wurden nur Familien berücksichtigt, in denen das Kind mit ADHS an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnahm, so dass die Befunde nicht auf Familien generalisiert werden können, deren Kinder nicht vorstellig werden. Ebenso nahmen an der vorliegenden Studie nur Jungen teil, so dass die Ergebnisse nicht auf Mädchen mit ADHS generalisiert werden können. Weiterhin sollten zukünftig verstärkt auch die Urteile von Vätern berücksichtigt werden. An der vorliegenden Untersuchung nahmen nur Mütter teil.

## Implikationen

Aufgrund der Ergebnisse zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Bezugspersonen von Kindern mit ADHS ist der Einbezug der Bezugspersonen in den diagnostischen und therapeutischen Verlauf sinnvoll. Die Behandlung des Kindes und der Bezugsperson kann so bereits während der Diagnostikphase optimal auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmt werden, um eine zusätzliche Belastung der Familie zu vermeiden. Die Ergebnisse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder mit ADHS legen eine multimodale Behandlung der ADHS nahe. Erste Hinweise für die Wirksamkeit eines interdisziplinären familienorientierten Therapieprogramms in der stationären Rehabilitation erbrachten Hampel und Kollegen (2006). So sprechen erste Befunde dafür, dass ein Verhaltenstraining kombiniert mit einem Anti-Stress-Training (AST; Hampel & Petermann, 2003) in der stationären Rehabilitation die Verhaltensprobleme der Kinder sowie deren psychische Auffälligkeiten vermindern. Weiterhin verbesserte sich die Lebensqualität der Kinder im Selbst- und Fremdurteil.

Ebenfalls unterstützen die Ergebnisse zum Erziehungs-

verhalten der Bezugspersonen von Kindern mit ADHS den Einbezug der Bezugspersonen in die Therapie. Dies kann zum einen eine Verbesserung der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind bewirken und zum anderen zu einem besseren Erziehungsverhalten der Bezugspersonen führen. Einen geeigneten Rahmen für ein derartiges Vorgehen stellt die stationäre Rehabilitation dar, in der die Behandlung der ADHS bislang wenig Berücksichtigung fand. Gerade bei sehr belasteten Familien werden solche Angebote im ambulanten Rahmen aufgrund der Familiensituation und aus organisatorischen Gründen häufig nicht wahrgenommen oder die Eltern fühlen sich zusätzlich belastet. Dafür spricht auch die hohe Abbruchquote bei Elterntrainings (Mattejat, 2005; Mattejat et al., 2005). Mattejat belegte bereits 2005, dass familienorientierte Angebote, die die psychosoziale Anpassung aller Familienmitglieder fördern, den Verlauf der ADHS positiv beeinflussen. Von daher sollte die zusätzliche Belastung der Bezugspersonen möglichst gering gehalten werden. Dies kann im Rahmen einer stationären familienorientierten Rehabilitation bestens gewährleistet werden. Hierbei sollten den Bezugspersonen in den Interventionsmaßnahmen unbedingt Möglichkeiten der Stressbewältigung vermittelt werden, da die Bezugspersonen von Kindern mit psychischen Störungen über vermehrte Belastungen und eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität berichten (Bullinger et al., 2004; Mattejat et al., 2005; Schilling et al., 2006).

## Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual of the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Banaschewski, T., Roessner, V., Uebel, H. & Rothenberger, A. (2004). Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Kindheit und Entwicklung*, 13, 137–147.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.
- Barry, R. J., Clarke, A. R. & Johnstone, S. J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clinical Neurophysiology*, 114, 171–183.
- Beelmann, A. & Raabe, T. (2007). *Dissoziales Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Prävalenz, Entwicklung, Prävention und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Beelmann, A., Stemmler, M., Lösel, F. & Jaurisch, S. (2007). Zur Entwicklung externalisierender Verhaltensprobleme im Übergang vom Vor- zum Grundschulalter. Risikoeffekte des mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 229–239.
- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry*, 57, 1215–1220.
- Breuer, D. & Döpfner, M. (2006). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen bei Drei- bis Sechsjährigen in der ärztlichen Praxis – eine bundesweite Befragung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 357–365.
- Bullinger, M., Ravens-Sieberer, U., Nantke, J. & Redegeld, M. (2004). Lebensqualität von Eltern chronisch kranker Kinder.

- In: C. Maurischat, M. Morfeld, T. Kohlmann & M. Bullinger (Hrsg.), *Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/SF-12 in der medizinischen Rehabilitation* (S. 209–225). Lengerich: Pabst.
- Campbell, S. B. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A developmental view. In: A. J. Sameroff, M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 383–401). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. (3. vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Ellert, U., Lampert, T. & Ravens-Sieberger, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48, 1330–1337.
- Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervas, A., Gastaminza, X., Polavieja, P. & Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116, 364–369.
- Franiek, S. & Reichle, B. (2007). Elterliches Erziehungsverhalten und Sozialverhalten im Grundschulalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 240–249.
- Hahlweg, K. (2007). *Fragebogen zum Erziehungsverhalten (FZE)*. Unveröffentlichtes Manual, TU Braunschweig.
- Hampel, P. & Desman, C. (2006). Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 425–443.
- Hampel, P., Desman, C., Petermann, F., Roos, T. & Siekmann, K. (2006). Multimodales Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitpersonen in der stationären Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 45, 52–59.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2003). *Anti-Stress-Training für Kinder* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- 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.
- Klassen, A. F., Miller, A. & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114, 541–547.
- Mattejat, F. (2005). Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 3–11.
- Mattejat, F., König, U., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Hoehne, D., Janthor, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Kirchner, J., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F. & Remschmidt, H. (2005). Zur Lebensqualität von psychisch kranken Kindern und ihren Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 39–47.
- Pennington, B. F. & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51–87.
- Polowczyk, M., Trautmann-Villalba, P., Dinter-Jörg, M., Gerhold, M., Laucht, M., Schmidt, M. H. & Esser, G. (2000). Auffällige Mutter-Kind-Interaktion im Vorschulalter bei Kindern mit hyperkinetischen und Sozialverhaltensauffälligkeiten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 293–304.
- Rappley, M. D. (2005). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 352, 165–173.
- Ravens-Sieberger, U. & Bullinger, M. (2000). KINDL- R. Ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg.
- Ravens-Sieberger, U., Ellert, U. & Erhart, M. (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 810–818.
- Reichle, B. & Gloger-Tippelt, G. (2007). Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16, 199–208.
- Sawyer, M. G., Whaites, L., Rey, J. M., Hazell, P. L., Graetz, B. W. & Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 530–537.
- Schilling, V., Petermann, F. & Hampel, P. (2006). Psychosoziale Situation bei Familien von Kindern mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 54, 293–301.
- Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry*, 57, 1248–1255.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). Causal models of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57, 1231–1238.
- Steinhausen, H.-C. (1995). Hyperkinetische Störungen – eine klinische Einführung. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S.11–13). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinhausen, H.-C. (2000). Klinik und Konzepte der hyperkinetischen Störungen. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (2. Aufl., S.9–37). Stuttgart: Kohlhammer.
- Trautmann-Villalba, P., Gerhold, M., Polowczyk, M., Dinter-Jörg, M., Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2001). Mutter-Kind-Interaktion und externalisierende Störungen bei Kindern im Grundschulalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29, 263–273.
- Varni, J. W. & Burwinkle, T. M. (2006). The PedsQL as a patient-reported outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 26–35.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J.E. & Gandek, B. (2001). *How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8 Health Survey*. Lincoln: Quality Metric Inc.
- Weiß, R. H. (1998). *Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgetest (ZF)* (4. überarb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Whalen, C. K. & Henker, B. (1999). The child with attention-deficit/hyperactivity disorder in family contexts. In H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 139–155). New York: Kluwer/Plenum.
- Wurst, E., Herle, M., Fuiko, R., Hajszan, M., Katkhouda, C., Kieboom, A. & Schubert, M. T. (2002). Zur Lebensqualität chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder. Erste Erfahrungen mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30, 21–28.

Dipl.-Psych. Ina Schreyer

Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation  
Universität Bremen  
Grazer Straße 6  
DE-28359 Bremen