

Hampel, Petra; Desman, Christiane

Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 6, S. 425-443

urn:nbn:de:0111-opus-9751

Erstveröffentlichung bei:



www.v-r.de

Nutzungsbedingungen

pedocs gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

1
2
3
5

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

10
55. Jahrgang 2006

15
Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Annette Streck-Fischer, Göttingen

20
Verantwortliche Herausgeberinnen

25
Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streck-Fischer, Göttingen

30
Redakteur

Günter Presting, Göttingen

35
40
42
43
44
45
V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Petra Hampel und Christiane Desman

Summary

Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

First studies suggest an impaired emotion regulation especially with negative emotions among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), which particularly emerged in the subgroup with comorbid conduct disorder. Moreover, first results have shown that quality of life of children and adolescents with ADHD are negatively affected compared to healthy controls. The present study examined differences in age and subgroup on coping and quality of life among boys with ADHD. Furthermore, coping and quality of life were compared to healthy norms. In total, N = 48 boys with ADHD with and without conduct disorder (ages 8 to 12 years) were asked to complete self-report questionnaires on coping and quality of life. Fifth and sixth graders with ADHD reported less distraction than third and fourth graders. The subgroup with ADHD and conduct disorder showed more passive avoidance and resignation compared to the subgroup with ADHD alone. Compared to normative data, especially third and fourth graders with ADHD showed an increased maladaptive coping. Additionally, the subgroup with conduct disorder scored higher on all maladaptive coping strategies than the normative sample. Finally, all domains of quality of life were impaired among children and adolescents with ADHD compared to normative data. These findings support the consideration of emotion regulation and quality of life in the research of ADHD in childhood and adolescence to develop effective programs for prevention and intervention.

Key words: emotion regulation – children and adolescents – coping – quality of life – ADHD

Zusammenfassung

Erste Studien legen eine ungünstige Regulation besonders von negativen Emotionen bei Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nahe, die sich vor allem bei Vorliegen komorbider aggressiver Verhaltensstörungen angedeutet hat. Weitere Ergebnisse zeigen, dass die Lebensqualität

von Kindern und Jugendlichen mit ADHS gegenüber Gesunden beeinträchtigt ist. Die vorliegende Studie untersuchte, ob sich die Stressverarbeitung und Lebensqualität von Jungen mit ADHS in Abhängigkeit von dem Alter und der Subgruppe unterscheiden. Weiterhin wurde die Stressverarbeitung und Lebensqualität mit gesunden Normen verglichen. Es wurden $N = 48$ Jungen mit ADHS mit und ohne Störung des Sozialverhaltens im Alter zwischen 8 und 12 Jahren nach ihrer Stressverarbeitung und Lebensqualität befragt. Die Fünft- und Sechstklässler mit ADHS zeichneten sich im Vergleich zu den Dritt- und Viertklässler mit ADHS durch eine geringere Ablenkung aus. Die Subgruppe mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens wies eine höhere passive Vermeidung und Resignation im Vergleich zu der Subgruppe ohne Störung des Sozialverhaltens auf. Im Normvergleich zeigten insbesondere die Dritt- und Viertklässler mit ADHS eine erhöhte ungünstige Stressverarbeitung. Außerdem ergaben sich für die Subgruppe mit Störung des Sozialverhaltens durchgängig höhere Ausprägungen in allen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien gegenüber den Gesunden. Schließlich konnte in allen Funktionsbereichen eine schlechtere Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS verglichen mit Gesunden nachgewiesen werden. Die Befunde weisen darauf hin, dass die Emotionsregulation und Lebensqualität in der Erforschung der ADHS im Kindes- und Jugendalter berücksichtigt werden sollten, um effektive Maßnahmen zur Prävention und Intervention entwickeln zu können.

Schlagwörter: Emotionsregulation – Kinder und Jugendliche – Stressverarbeitung – Lebensqualität – ADHS

1 Einleitung

Die Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird durch die Störungen in der Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und motorischen Aktivität charakterisiert. Bei einem Großteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen werden komorbide Störungen diagnostiziert (vgl. Jensen et al. 1997; Kutcher et al. 2004). Hier sind insbesondere oppositionelle und aggressiv-dissoziale Verhaltensstörungen, aber auch emotionale Störungen sowie Lernstörungen und Schulleistungsdefizite zu nennen (z. B. Biederman 2005). Darüber hinaus besteht bei Kindern mit ADHS ein erhöhtes Risiko für eine ungünstige Entwicklung: Bis zu 30 % der Betroffenen weisen noch im frühen Erwachsenenalter das Vollbild der ADHS auf (Sobanski u. Alm 2004). Außerdem entwickelt sich im Jugend- und jungen Erwachsenenalter vermehrt antisoziales Verhalten (Mannuzza et al. 2002; Patterson et al. 2000). Des Weiteren sind sehr häufig assoziierte Probleme zu beobachten, die gemeinsam mit der Kernsymptomatik zu der ungünstigen Prognose der ADHS beitragen (Melnick u. Hinshaw 2000): Beziehungsprobleme sowohl zu Gleichaltrigen als auch zu Eltern und Lehrern sind hier kennzeichnend (Barkley 1997; Döpfner 2002; The MTA Cooperative Group 1999).

Nach Barkley (1997) liegt der ADHS eine generelle Störung der Selbstregulation zugrunde, die sich auch in einer Störung der Emotionsregulation ausdrücken soll.

Dieser Annahme entsprechend konnte bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS in ersten Studien bereits eine deutliche Beeinträchtigung in wesentlichen Bereichen der Emotionsregulation gefunden werden: In einer Studie von Braaten und Rosén (2000) war bei 6- bis 13-jährigen Jungen die Wahrnehmung negativer Emotionen von den 24 Jungen mit ADHS gegenüber den 19 nicht erkrankten Gleichaltrigen beeinträchtigt. Außerdem hatten die Jungen mit ADHS im Elternurteil einen erhöhten Ausdruck von Traurigkeit, Ärger und Schuld im Vergleich zu den Gesunden. Der negative Emotionsausdruck wird oft als Erklärung dafür herangezogen, dass die Kinder und Jugendlichen von gesunden Gleichaltrigen sozial zurückgewiesen werden (Hodgens et al. 2000; Wheeler Maedgen u. Carlson 2000). So hat sich zum Beispiel in soziometrischen Studien eindeutig ein geringer sozialer Status ergeben, der mit einem erhöhten Risiko für eine psychische Fehlanspassung in Beziehung steht. Schließlich legen Befunde zu Selbstberichten von Treuting und Hinshaw (2001) nahe, dass auch das emotionale Erleben betroffen ist. Dies war jedoch nur für die Subgruppe der 61 Jungen mit ADHS und komorbidem aggressiven Verhalten nachweisbar, die eine höhere depressive Verstimmung und einen geringeren Selbstwert berichteten als die 87 gesunden Jungen und die 53 nicht-aggressiven Jungen mit ADHS. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Jungen mit ADHS eine mangelnde Regulation negativer Emotionen aufweisen, die zu den negativen sozialen Interaktionen bedeutsam beitragen. Außerdem deuten erste Ergebnisse zum Einfluss komorbider Aggression darauf hin, dass die beeinträchtigte Regulation negativer Emotionen insbesondere bei der Subgruppe mit komorbiden aggressiven Störungen besteht.

Frühere Studien zu ADHS haben die Stressverarbeitung als weitere Funktion der Emotionsregulation bislang weitgehend vernachlässigt. Bei gesunden Kindern und Jugendlichen hat die Stressverarbeitung eine besonders wichtige Moderatorfunktion im Hinblick auf die psychische Anpassung und auf psychopathologische Entwicklungen (zusammenfassend s. Compas et al. 2001). So konnte gezeigt werden, dass dysfunktionale Verarbeitungsstrategien wie Vermeidung mit einer schlechteren psychischen Anpassung und mit mehr internalisierenden und externalisierenden Problemen einhergehen. Annäherungsstrategien und problemorientierte Stressverarbeitung sind hingegen mit einer besseren psychischen Anpassungsleistung und mit weniger internalen und externalen Auffälligkeiten assoziiert (z. B. Compas et al. 1988; Hampel u. Petermann 2006; Liu et al. 2004; Seiffge-Krenke 2000; Steinhausen u. Winkler Metzke 2001; Wadsworth u. Compas 2002).

Seiffge-Krenke et al. (2001) befragten 77 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit und ohne psychische Auffälligkeiten. Die psychisch auffälligen Jugendlichen wandten häufiger dysfunktionale Stressverarbeitungsstrategien an als die gesunden Vergleichspersonen. In einer Fragebogenstudie der eigenen Arbeitsgruppe wurden 20 Jugendliche im Alter von 11 bis 13 Jahren mit ADHS mit 20 Gleichaltrigen ohne psychische Störungen in Bezug auf ihre Stressverarbeitung verglichen (Hampel et al. 2006b). Jugendliche mit ADHS setzten günstige Stressverarbeitungsstrategien signifikant weniger und ungünstige Strategien bedeutsam mehr ein als die Jugendlichen ohne ADHS. Melnick und Hinshaw (2000) konnten in einer experimentell induzierten Frustrationssituation in der Familie feststellen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS und hoch ausgeprägten aggressiven Störungen ungünstig mit der Belastungs-

situation umgehen. Sie waren nicht in der Lage, mit emotionsregulierenden Strategien wie Selbst-Beruhigung ihre Erregung („Arousal“) zu vermindern. Stattdessen fokussierten sie auf die negativen Aspekte der Situation. Dagegen gelang es den Kindern mit ADHS und niedrig ausgeprägten aggressiven Störungen genauso wie den gesunden Gleichaltrigen, problemlösende Strategien anzuwenden. Außerdem konnte die Emotionsregulation in der Eltern-Kind-Interaktion aufsässiges Verhalten in einem späteren Sommercamp vorhersagen.

Aufgrund der bislang vorliegenden Befunde zur Emotionsregulation ist anzunehmen, dass die ungünstige Emotionswahrnehmung und mangelnde Emotionsbewältigung das soziale wie psychische Wohlbefinden beeinträchtigt. Demnach müsste die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit ADHS vermindert sein. Bisherige Studien fokussierten allerdings auf die Lebensqualität bei chronisch körperlich kranken Kindern und Jugendlichen und vernachlässigten psychiatrische Krankheitsbilder (Bastiaansen et al. 2004a). So betonen auch Klassen et al. (2004), dass die Lebensqualität von Kindern mit ADHS bisher wenig untersucht wurde, obwohl eine Diagnostik der Lebensqualität zur besseren Planung und Evaluation von Therapiemaßnahmen sehr sinnvoll wäre. In einer Studie von Topolski et al. (2004) wiesen Jugendliche mit ADHS sogar vergleichbar schlechte Werte in den psychischen und sozialen Funktionsbereichen auf wie körperlich behinderte Jugendliche. In einer weiteren Studie hatten Kinder und Jugendliche mit ADHS ebenso wie depressive Probanden einen signifikant geringeren Selbstwert als gesunde Kontrollprobanden. Im Vergleich zu den depressiven Probanden hatten sie noch eine erhöhte familiäre Beeinträchtigung (Sawyer et al. 2002). Schließlich fanden Bastiaansen et al. (2004b) keine Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit ADHS, Entwicklungs-, Angst-, affektiven und somatoformen Störungen sowie ohne psychische Auffälligkeiten im Selbsturteil. Dagegen wiesen die Kinder und Jugendlichen mit ADHS verglichen mit nicht erkrankten Gleichaltrigen eine geringere schulische und soziale Funktionsfähigkeit im Elternurteil auf. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bis auf die physische Lebensqualität alle anderen Bereiche der psychosozialen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Vergleich zu gesunden aber auch chronisch körperlich kranken Gleichaltrigen beeinträchtigt sind (Klassen et al. 2004; Sawyer et al. 2002).

In den bisherigen Studien zur Lebensqualität bei Kindern mit ADHS wurden in den meisten Fällen die Eltern befragt, nicht aber das subjektive Urteil der betroffenen Kinder erhoben (z. B. Klassen et al. 2004; Sawyer et al. 2002). Ravens-Sieberer (2000) führt in ihrem Überblicksartikel zur Lebensqualitätsforschung aus, dass lediglich in 10 % der Studien Selbsturteile einbezogen wurden. Dabei ist die Übereinstimmung zwischen Fremd- und Selbsturteilen der Lebensqualität relativ gering. Dies konnte auch für Kinder mit ADHS in einer Studie bestätigt werden: Bei 13- bis 18-Jährigen mit ADHS stimmte das Selbsturteil mit dem Elternurteil moderat ($r = .51$) und mit dem Arzturteil nur schwach überein. Dagegen war die Übereinstimmung bei den Sechsbis Zwölfjährigen generell schwach (um $r = .39$; Bastiaansen et al. 2004b). Es kann angenommen werden, dass die Lebensqualität von Kindern ab dem achten Lebensjahr im Selbsturteil valide und reliabel erfasst werden kann. Fremdeinschätzungen sollten dann nur zusätzlich berücksichtigt werden (vgl. Ravens-Sieberer 2000).

Die vorangegangenen Ausführungen haben verdeutlicht, dass sowohl die selbstberichtete Lebensqualität als auch die Stressverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS kaum erforscht ist. Zudem wurde der Einfluss einer bestehenden komorbiden Störung des Sozialverhaltens auf die Lebensqualität und Stressverarbeitung noch nicht untersucht. Die vorliegende Studie verfolgte zwei Ziele:

1. Zunächst sollte untersucht werden, ob sich die selbst-beurteilte Stressverarbeitung und die Lebensqualität von Jungen mit ADHS in Abhängigkeit von dem Alter (3./4. vs. 5./6. Klasse) und der Subgruppe (ADHS ohne vs. mit Störung des Sozialverhaltens) unterscheiden. Bei gesunden Grundschulkindern und Jugendlichen ließen sich insbesondere in der ungünstigen Stressverarbeitung altersabhängige Zunahmen nachweisen (z. B. Compas et al. 1988; Donaldson et al. 2000; Hampel u. Petermann 2005). Dagegen erwiesen sich problemlösende Strategien im Grundschul- und Jugendalter eher als stabil. Weiterhin war die emotionsregulierende Strategie „Ablenkung“ bei Jugendlichen im Vergleich zu Kindern seltener (Donaldson et al. 2000; Hampel u. Petermann 2005, 2006). Für die Lebensqualität berichteten Ravens-Sieberer et al. (2000) in einer nicht-klinischen Stichprobe geringere Werte der Achtklässler im Vergleich zu den Viertklässlern. Aufgrund noch fehlender Befunde für Kinder und Jugendliche mit ADHS wurden in unserer Studie ungerichtete Hypothesen hinsichtlich der Alterseinflüsse formuliert. Die wenigen Studien zur Emotionsregulation in Abhängigkeit von der Subgruppe lassen annehmen, dass insbesondere die Kinder und Jugendlichen mit ADHS und Störung des Sozialverhaltens ein ungünstiges Muster in der Stressverarbeitung aufweisen.

2. Des Weiteren sollten die selbstbeurteilte Stressverarbeitung und die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit ADHS mit den Normwerten gesunder Stichproben verglichen werden. Es wurde erwartet, dass die Stressverarbeitung und die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit ADHS verglichen zur Norm signifikant verschlechtert sind.

2 Methodik

2.1 Stichproben und Durchführung

In die Studie wurden 48 Jungen mit ADHS im Alter zwischen acht und 12 Jahren ($M = 10.52$, $SD = 1.09$ Jahre) einbezogen, die alle medikamentös eingestellt waren. Jeweils 24 Jungen besuchten die dritte oder vierte beziehungsweise fünfte oder sechste Klasse. Die Kinder wurden über die Reha-Klinik Neuharlingersiel gewonnen. Sie besaßen aufgrund des ärztlichen Urteils die ICD-Diagnose einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0; $n = 35$; im Folgenden ADHS ohne Störung des Sozialverhaltens genannt) oder hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1; $n = 13$; ADHS mit Störung des Sozialverhaltens). Eine geringe Anzahl an Jungen mit Aufmerksamkeitsstörungen ohne Hyperaktivität wurden ausgeschlossen, da erste Vergleiche Unterschiede in der Stressverarbeitung bei Kindern mit ADHS mit und ohne Hyperaktivität andeuten (ADHS-I vs. ADHS-C; vgl. Desman 2005). Die Jungen wiesen auf der Conners-Kurzskala für Eltern (nach Stein-

hausen 1995) im Mittel einen Wert von $M = 20.08$ ($SD = 4.55$) auf, wobei der Cut-off-Wert bei 15 liegt. Eine univariate Varianzanalyse legte nahe, dass sich das hyperkinetische Verhalten nicht in Abhängigkeit von Alter und Subgruppe unterschied ($F_{\text{Stufe}}(1,44) = 0.22, ns$; $F_{\text{Subgruppe}}(1,44) = 0.01, ns$; $F_{\text{Subgruppe} \times \text{Stufe}}(1,44) = 0.03, ns$). Außerdem lagen folgende komorbide Störungen vor: Umschriebene Entwicklungsstörung (16 Fälle), Emotionale Störung (3 Fälle), Anpassungsstörung (4 Fälle), Enuresis (2 Fälle), Schlafstörungen (1 Fall) und Migräne (1 Fall). Ergebnisse einer univariaten Varianzanalyse sprechen dafür, dass sich die verbale Intelligenz gemessen durch den Wortschatztest des CFT 20 von Weiß (1998) nicht in Abhängigkeit von Alter und Subgruppe unterschied ($F_{\text{Stufe}}(1,40) = 2.37, ns$; $F_{\text{Subgruppe}}(1,40) = 0.56, ns$; $F_{\text{Subgruppe} \times \text{Stufe}}(1,40) = 0.13, ns$).

Die Fragebogen der Kinder mit ADHS wurden in Einzelsitzungen im Rahmen einer Diplomarbeit zur Wirksamkeit eines neuen multimodalen Therapieprogramms ausgefüllt. Die Fragebogenerhebung der Normdaten fand im Rahmen von Schulbefragungen statt, die unter Anleitung psychologisch geschulter Versuchsleiter erfolgte.

2.2 Erhebungsinstrumente

Habituelle Stressverarbeitung: Die Stressverarbeitungstendenzen wurden mit dem Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ) von Hampel et al. (2001) erhoben. Dieser Fragebogen erfasst neun Stressverarbeitungsstrategien, die hinsichtlich ihrer Wirkrichtung in stressreduzierende und stressvermehrende Strategien unterteilt werden können. Fünf stressverringende Subtests können nach Lazarus und Folkman (1984) nochmals in Strategien zur Emotionsregulierung (Bagatellisierung, Ablenkung) und Problemlösung (Situationskontrolle, Positive Selbstinstruktionen, Soziales Unterstützungsbedürfnis) unterschieden werden. Die vier stressvermehrenden Subtests „Passive Vermeidung“, „Gedankliche Weiterbeschäftigung“, „Resignation“ und „Aggression“ gehen in den Sekundärtest „Ungünstige Stressverarbeitung“ ein. Die neun Subtests werden durch jeweils vier Items repräsentiert, die in Bezug auf eine individuelle soziale und eine schulische Belastungssituation erhoben werden. Im Rahmen dieser Studie wurde nur die Stressverarbeitung für eine soziale Belastungssituation erfragt, um die Jungen nicht durch eine hohe Anzahl an Fragebogen zu überfordern. Somit wurden die Stressverarbeitungsdispositionen mit insgesamt 36 Items erfasst, die auf einer fünfstufigen Antwortskala von „auf keinen Fall“ (0) bis „auf jeden Fall“ (4) eingeschätzt wurden. In der Normierungsstudie von Hampel et al. (2001) hat sich der SVF-KJ als reliables und valides Instrument erwiesen. Hierbei variierten die internen Konsistenzen der Subtests bezogen auf die soziale Belastungssituation zwischen $.62 \leq \alpha \leq .82$. Bei der vorliegenden Stichprobe lagen die internen Konsistenzen der Subtests nach Cronbach ebenfalls im befriedigenden bis guten Bereich ($.51 \leq \alpha \leq .86$).

Lebensqualität: Die Lebensqualität wurde mit dem Kid-KINDL-R von Ravensieberger und Bullinger (2000) erfragt, der zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität von Kindern im Alter von acht bis zwölf Jahren entwickelt wurde. Der Kid-KINDL-R besteht aus 24 Items, die folgenden sechs Dimensionen zugeordnet werden: körperliches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie,

Freunde und Schule. Die Kinder wurden gebeten, anhand einer fünfstufigen Ratingskala von „nie“ (1) bis „immer“ (5) ihre Lebensqualität in der vergangenen Woche einzuschätzen. Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) geben für eine Stichprobe mit $N = 1050$ chronisch kranken Kindern und Jugendlichen Konsistenzkoeffizienten der Subskalen zwischen $\alpha = .63$ und $\alpha = .76$ an. In der vorliegenden Studie lagen die internen Konsistenzen ebenfalls im befriedigenden bis guten Bereich ($.50 \leq \alpha \leq .78$). Der Gesamtwert wies eine interne Konsistenz von $\alpha = .87$ auf. In die Analysen gingen die auf 100 transformierten Skalen ein.

2.3 Statistische Auswertung

Zur Frage nach den Alters- und Subgruppenunterschieden in der Stressverarbeitung und der Lebensqualität bei den Jungen mit ADHS wurden zweifaktorielle multivariate Varianzanalysen mit den Faktoren „Klassenstufe“ (3./4. Klasse vs. 5./6. Klasse) und „Subgruppe“ (ADHS ohne vs. mit Störung des Sozialverhaltens) berechnet. Hierbei wurden die Analysen für die günstigen und ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien getrennt durchgeführt, da eine relative Unabhängigkeit der beiden Stressverarbeitungsstile besteht (Hampel et al. 2001). Bei signifikanten Alters- oder Subgruppeneffekten auf multivariater Ebene wurden zur Lokalisierung der Haupteffekte auf der Subtestebene hypothesengenerierend zweifaktorielle univariate Varianzanalysen angeschlossen.

Die Stressverarbeitung und die Lebensqualität der Jungen mit ADHS wurden mit den Mittelwerten der Normdaten von Hampel et al. (2001) sowie Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) mittels t-Tests verglichen: Zum Vergleich mit gesunden Jungen wurden für die Stressverarbeitung die altersabhängigen Normwerte des SVF-KJ von Hampel et al. (2001) für die Dritt- und Viertklässler bzw. Fünft- und Sechstklässler herangezogen. Außerdem wurde der Vergleich in der Stressverarbeitung der beiden Subgruppen ohne Berücksichtigung des Alters durchgeführt. Für den Vergleich der Lebensqualität mit gesunden Jungen wurden die Normwerte der gesamten Altersstichprobe der Acht- bis Zwölfjährigen aus dem „Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern“ (KINDL-R) von Ravens-Sieberer und Bullinger (2000) entnommen. Hier wurde die Stichprobengröße der Jungen durch eine Angabe in Ravens-Sieberer et al. (2000) auf $n = 474$ geschätzt.

Aufgrund der hypothesengenerierenden Fragestellung wurde auf eine Bonferoni-Korrektur verzichtet. Es werden jedoch nur Effekte mit $p < .05$ interpretiert. Trotz der gerichteten Hypothesen bezogen auf den Normvergleich wurden (konservative) zweiseitige Testungen durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Alters- und Subgruppenunterschiede

Habituelle Stressverarbeitung: Die zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse über die günstigen Stressverarbeitungsstrategien ergab einen signifikanten Alterseffekt ($F(5,40) = 3.15, p = .017, \eta^2 = .282$). Dagegen waren weder der Haupteffekt

„Subgruppe“ noch der Interaktionseffekt signifikant ($F_{\text{Subgruppe}}(5,40) = 0.83$, *ns*; $F_{\text{Stufe} \times \text{Subgruppe}}(5,40) = 0.95$, *ns*). Die Ergebnisse der angeschlossenen univariaten Varianzanalysen sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Analysen sprechen dafür, dass im Vergleich zu den Dritt- und Viertklässlern die Fünft- und Sechstklässler hochsignifikant weniger Ablenkung einsetzten.

In der zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse über die ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien konnte weder ein Altersunterschied noch die Interaktion statistisch abgesichert werden ($F_{\text{Stufe}}(4,41) = 1.09$, *ns*; $F_{\text{Stufe} \times \text{Subgruppe}}(4,41) = 0.62$, *ns*). Allerdings ergab sich ein signifikanter Haupteffekt „Subgruppe“ ($F(4,41) = 2.78$, $p = .039$, $\eta^2 = .213$). Tabelle 1 verdeutlicht, dass die Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens eine signifikant höhere passive Vermeidung und Resignation als Kinder ohne eine komorbide Störung des Sozialverhaltens aufwiesen.

Lebensqualität: Die zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse für die Lebensqualität ergab keinerlei Effekte ($F_{\text{Stufe}}(6,39) = 1.16$, *ns*; $F_{\text{Subgruppe}}(6,39) = 1.43$, *ns*; $F_{\text{Stufe} \times \text{Subgruppe}}(6,39) = 0.87$, *ns*). Die univariaten Analysen sowie die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Haupteffekte enthält Tabelle 2.

3.2 Vergleich der klinischen Stichprobe mit den Normstichproben

Habituelle Stressverarbeitung: Diese Normvergleiche wurden einerseits altersabhängig und andererseits subgruppenabhängig berechnet, da sich in den beiden zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalysen zwar zum Teil signifikante Haupt- aber keinerlei Interaktionseffekte ergeben hatten.

- Altersabhängige Normvergleiche: Die Jungen mit ADHS der jüngeren Altersgruppe unterschieden sich in allen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien signifikant von der Norm (Tab. 3): Die Jungen mit ADHS gaben signifikant mehr gedankliche Weiterbeschäftigung sowie hochsignifikant mehr passive Vermeidung, Resignation und Aggression an. Für die ältere Altersgruppe ergab sich, dass die Jungen mit ADHS hochsignifikant mehr die Strategie „Resignation“ benutzten als die gesunden Gleichaltrigen.

- Subgruppenabhängige Normvergleiche: Die Kinder ohne Störung des Sozialverhaltens gaben eine signifikant niedrigere Situationskontrolle sowie eine hochsignifikant höhere Resignation und Aggression als die gesunden Jungen an (Tab. 4). Die Kinder mit Störung des Sozialverhaltens unterschieden sich hochsignifikant in allen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien von den gesunden Jungen: Sie berichteten über mehr passive Vermeidung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Aggression.

Lebensqualität: Die t-Tests zeigen, dass sich die klinische und die gesunde Stichprobe in allen Subtests und dem Gesamtwert hochsignifikant voneinander unterschieden (Tab. 5): Im Vergleich zu den gesunden Gleichaltrigen hatten die Jungen mit ADHS eine bedeutsam geringere Lebensqualität bezogen auf alle Funktionsbereiche und den Gesamtwert.

Tab. 1: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Stressverarbeitung von sozialen Belastungssituationen für die Haupteffekte „Klassenstufe“ und „Subgruppe“ sowie die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen des SVF-KJ für N = 48 Kinder und Jugendliche mit ADHS

	Klassenstufe				Subgruppe				Faktor			
	3./4. Klasse (n = 24)		5./6. Klasse (n = 24)		Ohne Störung des Sozialverhaltens (n = 35)		Mit Störung des Sozialverhaltens (n = 13)		Klasse	Subgruppe	Klasse × Subgruppe	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F(1,44)	F(1,44)		
Subtest												
Ablenkung (ABL)	2.47	(0.97)	1.73	(0.81)	2.01	(0.95)	2.33	(0.96)	F(1,44)	11.41**	1.74	2.46
Bagatellisierung (BAG)	2.10	(0.74)	1.93	(0.83)	1.91	(0.76)	2.29	(0.82)	0.51		2.25	0.01
Situationskontrolle (STK)	2.45	(0.81)	2.40	(0.82)	2.34	(0.81)	2.63	(0.81)	0.02		1.14	0.65
Positive Selbstinstruktionen (POS)	2.60	(0.95)	2.61	(0.69)	2.54	(0.83)	2.79	(0.78)	0.01		0.79	0.03
Soziale Unterstützung (SUB)	2.63	(0.89)	1.98	(1.17)	2.16	(1.04)	2.69	(1.13)	3.89(*)		2.87(*)	0.01
Passive Vermeidung (VER)	2.22	(0.99)	1.68	(0.92)	1.77	(0.94)	2.40	(0.99)	3.52(*)		4.69*	0.01
Gedankliche Weiterbeschäftigung (GED)	2.03	(1.04)	1.95	(0.80)	1.86	(0.91)	2.35	(0.89)	0.04		2.61	1.42
Resignation (RES)	1.60	(0.72)	1.50	(0.73)	1.41	(0.62)	1.92	(0.84)	0.63		5.25*	0.27
Aggression (AGG)	1.76	(1.05)	1.48	(0.84)	1.58	(1.03)	1.73	(0.75)	0.79		0.28	0.01

Anmerkung: (*) p < .10; ** p < .05; *** p < .01.

Tab. 2: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der selbstberichteten Lebensqualität für die Haupteffekte „Klassenstufe“ und „Subgruppe“ sowie die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen des Kid-KINDL-R für N = 48 Kinder und Jugendliche mit ADHS

	Klassenstufe						Subgruppe						Faktor	
	3./4. Klasse (n = 24)		5./6. Klasse (n = 24)		Ohne Störung des Sozialverhaltens (n = 35)		Mit Störung des Sozialverhaltens (n = 13)		Klasse	Subgruppe	Klasse × Subgruppe			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F(1,44)	F(1,44)	F(1,44)	F(1,44)		
Subtest														
Körperliches Wohlbefinden	71.61	(20.69)	70.31	(16.30)	72.50	(18.82)	66.83	(17.38)	0.09	0.81	0.08			
Psychisches Wohlbefinden	73.18	(25.37)	72.66	(18.60)	73.39	(22.35)	71.63	(21.89)	0.10	0.04	0.29			
Selbstwert	60.42	(24.57)	54.17	(18.95)	57.14	(22.80)	57.69	(20.28)	0.53	0.01	0.09			
Familie	72.40	(19.58)	80.21	(17.06)	73.57	(19.59)	83.65	(13.63)	1.68	2.65	0.01			
Freunde	69.27	(23.67)	64.84	(24.23)	69.64	(21.39)	60.10	(29.15)	1.20	1.32	1.54			
Schule	61.46	(24.22)	66.15	(16.78)	63.21	(20.99)	65.38	(20.83)	1.33	0.05	1.09			

Tab. 3: Ergebnisse der Mittelwertsunterschiede in der Stressverarbeitung bezogen auf die sozialen Belastungssituationen des SVF-KJ für die Stichprobe der Kinder mit ADHS und der Normstichprobe in Abhängigkeit vom Alter

Subtest	3./4. Klasse			5./6. Klasse			
		ADHS (n = 24)	Norm (n = 206)	p	ADHS (n = 24)	Norm (n = 182)	p
ABL	M	2.47	2.29	.377	1.73	1.86	.461
	SD	0.97	0.94		0.81	0.81	
BAG	M	2.10	2.19	.608	1.93	2.07	.408
	SD	0.74	0.82		0.83	0.77	
STK	M	2.45	2.74	.106	2.40	2.61	.214
	SD	0.81	0.83		0.82	0.77	
POS	M	2.60	2.80	.231	2.61	2.69	.629
	SD	0.95	0.75		0.69	0.77	
SUB	M	2.63	2.26	<u>.071</u>	1.98	2.15	.428
	SD	0.89	0.95		1.17	0.96	
VER	M	2.22	1.58	<.001	1.68	1.61	.713
	SD	0.99	0.87		0.92	0.87	
GED	M	2.03	1.63	.036	1.95	1.85	.612
	SD	1.04	0.86		0.80	0.92	
RES	M	1.60	1.10	.001	1.50	0.96	<.001
	SD	0.72	0.71		0.73	0.72	
AGG	M	1.76	1.15	<.001	1.48	1.25	.175
	SD	1.05	0.70		0.84	0.77	

Anmerkungen: Abkürzungen s. Tabelle 1; unterstrichen = $p < .10$; fett = $p < .05$.

Tab. 4: Ergebnisse der Mittelwertsunterschiede in der Stressverarbeitung bezogen auf die sozialen Belastungssituationen des SVF-KJ für die Stichprobe der Kinder mit ADHS und der Normstichprobe in Abhängigkeit von der Subgruppe (ADHS mit und ohne Störung des Sozialverhaltens; SSV)

Subtest	ADHS ohne SSV			ADHS mit SSV			
		ADHS (n = 35)	Norm (n = 388)	p	ADHS (n = 13)	Norm (n = 388)	p
ABL	M	2.01	2.01	1.00	2.33	2.01	.199
	SD	0.95	0.88		0.96	0.88	
BAG	M	1.91	2.13	.119	2.29	2.13	.479
	SD	0.76	0.80		0.82	0.80	
STK	M	2.34	2.68	.017	2.63	2.68	.825
	SD	0.81	0.80		0.81	0.80	
POS	M	2.54	2.75	.121	2.79	2.75	.852
	SD	0.83	0.76		0.78	0.76	
SUB	M	2.16	2.21	.770	2.69	2.21	<u>.079</u>
	SD	1.04	0.96		1.13	0.96	
VER	M	1.78	1.60	.245	2.40	1.60	.001
	SD	0.94	0.87		0.99	0.87	
GED	M	1.86	1.74	.446	2.35	1.74	.016
	SD	0.91	0.89		0.89	0.89	
RES	M	1.41	1.03	.003	1.92	1.03	< .001
	SD	0.62	0.72		0.84	0.72	
AGG	M	1.58	1.20	.005	1.73	1.20	.012
	SD	1.03	0.74		0.75	0.74	

Anmerkungen: Abkürzungen s. Tabelle 1; unterstrichen = $p < .10$; fett = $p < .05$.

Tab. 5: Ergebnisse der Mittelwertsunterschiede in den Subtests und im Gesamtwert der Lebensqualität des Kid-KINDL-R für die Stichprobe der Kinder mit ADHS und der Normstichprobe

<i>Subtest</i>		<i>ADHS</i> (<i>n</i> = 48)	<i>Norm</i> (<i>n</i> = 474)	<i>p</i>
Körperliches Wohlbefinden	M	70.96	76.68	.006
	SD	18.44	13.03	
Psychisches Wohlbefinden	M	72.92	82.89	<.001
	SD	22.01	10.67	
Selbstwert	M	57.29	66.52	.002
	SD	21.93	18.95	
Familie	M	76.30	83.58	.001
	SD	18.59	13.14	
Freunde	M	67.06	78.21	<.001
	SD	23.80	12.78	
Schule	M	63.80	72.35	<.001
	SD	20.74	12.88	
Gesamtwert	M	68.06	76.67	<.001
	SD	14.59	8.66	

4 Diskussion

Bisherige Forschungen haben sich insbesondere auf kognitive, motivationale und Verhaltensdefizite von Kindern und Jugendlichen mit ADHS konzentriert und haben eine Erforschung emotionaler Prozesse weitgehend vernachlässigt (vgl. Braaten u. Rosén 2000). Dabei sprechen die wenigen Studien für eine beeinträchtigte Regulation negativer Emotionen von Jungen mit ADHS (Braaten u. Rosén 2000). Dies scheint insbesondere für die Subgruppe mit komorbiden aggressiven Störungen zu gelten (Melnick u. Hinshaw 2000; Treuting u. Hinshaw 2001). Obwohl anzunehmen ist, dass sich diese emotionale Dysfunktion auf das allgemeine psychosoziale Wohlbefinden ungünstig auswirkt, wurden erst wenige Studien zur Lebensqualität durchgeführt. In diesen Studien bildete sich durchgängig eine schlechtere psychische, soziale und schulische Funktionsfähigkeit im Vergleich zu den nicht erkrankten Gleichaltrigen ab (Bastiaansen et al. 2004b; Klassen et al. 2004; Sawyer et al. 2002; Topolski et al. 2004). Dabei bezogen die meisten Studien Fremdurteile ein, obwohl sich lediglich eine moderate Korrelation zwischen der fremd- und selbstbeurteilten Lebensqualität ergeben hat (Bastiaansen et al. 2004b). Ein erstes Ziel der vorliegenden Studie war es, die selbstbeurteilte Stressverarbeitung und Lebensqualität von 48 Kindern und Jugendlichen mit ADHS hinsichtlich des Einflusses des Alters und der Subgruppe zu untersuchen.

Übereinstimmend mit früheren Befunden bei gesunden Kindern und Jugendlichen ergab sich ein signifikanter Alterseinfluss für die Stressverarbeitung. Wie in den Studien von Donaldson et al. (2000) sowie Hampel und Petermann (2005, 2006) mit Gesunden gaben die Jugendlichen mit ADHS an, weniger Ablenkung einzusetzen als die Kinder mit ADHS. Wird berücksichtigt, dass bei gesunden Jugendlichen gerade geringe Ausprägungen in der Ablenkung in einem einjährigen längsschnittlichen Verlauf mit einer erhöhten Entwicklung von emotionalen und Verhaltensstörungen zusammenhängen (Hampel et al. 2005), kommt diesem Befund durchaus eine hohe Relevanz zu. Auf die ungünstige Stressverarbeitung hatte das Alter dagegen in der vorliegenden Studie keinen Einfluss. Somit stellte sich keine altersabhängige Zunahme der ungünstigen Verarbeitung dar, wie sie in Studien mit Gesunden nachgewiesen wurde (z. B. Compas et al. 1988; Donaldson et al. 2000; Hampel u. Petermann 2006). Es deutete sich sogar eine geringfügig höhere passive Vermeidung in der jüngeren Altersgruppe an. Für die Lebensqualität stellten sich ebenfalls keine Alterseffekte dar. Dieser Befund lässt sich nicht einordnen, da Ravens-Sieberer et al. (2000) lediglich über Altersunterschiede zwischen Viert- und Achtklässlern berichteten.

Der Einfluss der komorbiden Störung des Sozialverhaltens bildete sich lediglich bei der ungünstigen Stressverarbeitung ab: Die passive Vermeidung und die Resignation waren bei den Kindern und Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens bedeutsam höher ausgeprägt als bei der Subgruppe ohne Störung des Sozialverhaltens. Dies untermauert die Annahme von Hinshaw, dass die beeinträchtigte Regulation negativer Emotionen insbesondere bei Vorliegen komorbider aggressiver Verhaltensstörungen zu beobachten ist (Melnick u. Hinshaw 2000; Treuting u. Hinshaw 2001). Zukünftige Forschungen sollten diese Frage weiter beleuchten. Barkley (1997) postuliert in seinem Modell, dass sich der kombinierte Subtyp (ADHS-C) und der vorwiegend impulsive Subtyp (ADHS-H/I) durch eine Störung der Regulation des Affekts, der Motivation und der Aufmerksamkeit auszeichnen. Dabei berücksichtigt er nicht, inwieweit Störungen in diesen Funktionen auch auf eine komorbide Störung des Sozialverhaltens zurückzuführen sind. Zukünftig bleibt somit der Einfluss komorbider aggressiver Störungen auf diese exekutiven Funktionen zu untersuchen.

Das zweite Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, die selbstberichtete Stressverarbeitung und Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit ADHS den Einschätzungen gesunder Gleichaltriger gegenüberzustellen. Die altersabhängigen Normvergleiche der Stressverarbeitung untermauern eine Beeinträchtigung der Regulation negativer Emotionen bei ADHS. Dies galt insbesondere für die Altersgruppe der Dritt- und Viertklässler mit ADHS, die in allen ungünstigen Verarbeitungsstrategien bedeutsam erhöhte Ausprägungen im Vergleich zur Norm aufwies. Dagegen zeigte sich für die Altersgruppe der Fünft- und Sechstklässler lediglich eine hochsignifikant erhöhte Resignation verglichen mit den gesunden Gleichaltrigen. In einer eigenen Pilotstudie hatten sich für Sechst- bis Achtklässler mit ADHS ähnliche Befunde ergeben: Ebenfalls waren höhere Ausprägungen in der ungünstigen Verarbeitung beobachtet worden (Hampel et al. 2006b). Abweichend zur vorliegenden Studie wurde jedoch in der österreichischen Pilotstudie auch eine Beeinträchtigung in der günstigen Stressverarbeitung nachgewiesen. Diese Abweichung kann dadurch erklärt werden, dass im Unterschied zur vorliegenden Studie in der Pilotstudie zum

einen nur Jugendliche höherer Klassenstufen einbezogen und zum anderen die Vergleiche nicht zu Normwerten, sondern zu altersgemachten gesunden Kontrollen gezogen wurden.

Die Normvergleiche in Abhängigkeit von den Subgruppen unterstützen ähnliche Befunde von Braaten und Rosén (2000), da sie für eine ungünstige Regulation negativer Emotionen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS sprechen: Die Gruppe ohne Störung des Sozialverhaltens wies eine geringere Situationskontrolle sowie eine höhere Resignation und Aggression als die Gesunden auf. Damit deutet sich auch für diese Subgruppe ein ungünstiges Muster in der Stressverarbeitung an. Noch stärker ausgeprägt ist diese Beeinträchtigung jedoch in der Gruppe mit komorbider Störung des Sozialverhaltens, die in allen ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien deutlich höhere Ausprägungen hatte als die Gesunden. Auch wenn der Befund aufgrund der geringen Stichprobengröße kritisch interpretiert werden muss, unterstützt er doch die Hypothese von Hinshaw, dass sich die Dysfunktion in der Regulation negativer Emotionen insbesondere auf die Subgruppe mit komorbider Störung des Sozialverhaltens bezieht (Melnick u. Hinshaw 2000; Treuting u. Hinshaw 2001).

Die Befunde unserer Studie untermauern die wenigen Ergebnisse in der Literatur, dass die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen mit ADHS gegenüber gesunden Gleichaltrigen hochsignifikant verschlechtert ist. Frühere Studien fanden diese beeinträchtigte Lebensqualität insbesondere im Fremdurteil (Klassen et al. 2004; Sawyer et al. 2002). Nur zwei Studien bezogen dabei bislang die selbst-berichtete Lebensqualität mit ein. Übereinstimmend mit unseren Befunden ergab sich bei Topolski et al. (2004) ebenfalls eine deutlich schlechtere Lebensqualität in allen Funktionsbereichen. Bastiaansen et al. (2004b) konnten jedoch keine Unterschiede im Selbsturteil nachweisen, sondern stellten nur im Elternurteil Beeinträchtigungen in der schulischen und sozialen Funktionsfähigkeit fest. Diese Inkonsistenz könnte darauf zurückgeführt werden, dass die niederländische Stichprobe eine größere Altersspanne mit Jugendlichen bis zu 17 Jahren umfasste. Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass die deutlich schlechtere Lebensqualität durch unsere Studie im Selbsturteil bestätigt werden konnte.

Die Interpretation der Ergebnisse unterliegt einigen methodischen Einschränkungen: Zunächst ist die geringe Stichprobengröße der Kinder und Jugendlichen mit ADHS anzumerken, so dass die Befunde insbesondere hinsichtlich der Subgruppeneffekte kritisch interpretiert werden müssen. Obwohl die Ergebnisse in Übereinstimmung mit der Literatur sind, sollten die Effekte an größeren Stichproben repliziert werden. Durch die geringe Stichprobengröße war es nicht möglich, den Einfluss des Schweregrades der Symptomatik zu untersuchen, der sich in zwei Studien ungünstig auf die psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen auswirkte (Matza et al. 2004; Whalen et al. 2002). Weiterhin ist kritisch zu diskutieren, dass die Erhebungsbedingungen bei der klinischen Stichprobe und den Normierungsstichproben voneinander abwichen. Die Befragungen der Jungen mit ADHS fanden in Einzelsitzungen statt, während in den Normierungsstudien Gruppenbefragungen durchgeführt wurden. Die Reliabilitätsanalysen sprechen jedoch dafür, dass unter den verschiedenen Erhebungsbedingungen vergleichbare Reliabilitäten erzielt wurden.

Trotz der Einschränkungen sprechen unsere Befunde dafür, im Rahmen der Prävention sowie der Planung und Durchführung der Therapie von Jungen mit ADHS auch das Stresserleben und die Stressverarbeitung mehr zu beachten. Hierbei sind jedoch altersangepasste Trainings zu konzipieren. Insgesamt sollten die Ressourcen der Jungen der dritten und vierten Klasse mit ADHS weiter gestärkt werden. Dagegen legen die Ergebnisse nahe, bei Jungen der fünften und sechsten Klasse mit ADHS die emotionsregulierende Strategie „Ablenkung“ zu fördern. Dies kann durch den Aufbau von Entspannungsverfahren sowie aktiven und passiven Erholungsaktivitäten erreicht werden. Außerdem deutet sich an, dass die Interventionsmaßnahmen auf die Erfordernisse der unterschiedlichen Subgruppen ausgerichtet werden sollten. So scheint insbesondere bei den Jungen mit ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens ein Training der Bewältigung negativer Emotionen indiziert. In einem ersten Schritt sollte die Wirkung der ungünstigen Stressverarbeitungsstrategien in Gesprächen bewusst gemacht werden. In einem zweiten Schritt sollten weitere wesentliche Ressourcen in Problemlöse- und Selbstinstruktionstrainings aufgebaut werden. Schließlich erscheint bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS ohne Störung des Sozialverhaltens das sequentielle Problemlösen förderungsbedürftig. Hierdurch kann dem möglichen Defizit in der Situationskontrolle entgegengewirkt werden.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die emotionale Bewältigung bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS mehr in den Vordergrund der Forschung gerückt werden sollte. Hierdurch lassen sich wichtige Schlüsse für die Konzeption von Präventions- und Interventionsmaßnahmen ziehen, die eine Emotionsregulation als wichtiges Modul implementieren. In einer Pilotstudie von Hampel et al. (2006a) hat sich ein Training, in dem verhaltenstherapeutische Techniken mit kognitiv-behavioralen Modulen (Stressmanagement, Selbstinstruktion und Selbstmanagement) in kind-, eltern- und eltern-kindzentrierten Trainings kombiniert wurden, in einem quasi-experimentellen Prä-Post-Design bei medizierten Jungen mit ADHS als effektiv erwiesen. Zukünftige Studien sollten zum einen die Frage klären, ob nur die Regulation negativer Emotionen betroffen ist und zum anderen untersuchen, wie sich die Faktoren Alter, Geschlecht, Schweregrad und Subgruppe auf die Emotionsregulation von Kindern und Jugendlichen mit ADHS auswirken. Auf der Grundlage dieser Befunde können dann individualisierte Programme entwickelt werden, denen in der neueren Rehabilitationsforschung eine besondere Effektivität zugesprochen wird. Schließlich unterstützen unsere Ergebnisse im Einklang mit anderen Befunden, die Lebensqualität als Zielvariable in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu verwenden. Die Lebensqualität hat sich in der Rehabilitation als wesentliches Erfolgskriterium herausgestellt. Auch Programme zur Behandlung von ADHS im Kindes- und Jugendalter sollten im Hinblick darauf evaluiert werden, ob sie sich nicht nur effektiv auf der Verhaltensebene auswirken, sondern auch das psychische, soziale und physische Wohlbefinden der Kinder sowie von deren Familien verbessern.

Literatur

- Barkley, R. A. (1997): Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin* 121: 65–94.
- Bastiaansen, D.; Koot, H. M.; Bongers, I. L.; Varni, J. W.; Verhulst, F. C. (2004a): Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQL™ 4.0 generic scales. *Quality of Life Research* 13: 489–495.
- Bastiaansen, D.; Koot, H. M.; Ferdinand, R. F.; Verhulst, F. C. (2004b): Quality of life in children with psychiatric mental disorders: Self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 221–230.
- Biederman, J. (2005): Attention-deficit/hyperactivity disorder: A selective overview. *Biological Psychiatry* 57: 1215–1220.
- 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.
- Compas, B. E.; Connor-Smith, J. K.; Saltzman, H.; Harding Thomsen, A.; Wadsworth, M. E. (2001): Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin* 127: 87–127.
- Compas, B. E.; Malcarne, V. L.; Fondacaro, K. M. (1988): Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 405–411.
- Desman, C. (2005): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung: Exekutives und/oder motivationales Defizit der Verhaltenshemmung, Emotionsregulation und Stressverarbeitung. Auswirkungen von Feedback und Verstärkern in Labor und Therapie. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bremen.
- Döpfner, M. (2002): Hyperkinetische Störungen. In: Petermann, F. (Hg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe, S. 151–186.
- Donaldson, D.; Prinstein, M.; Danovsky, M.; Spirito, A. (2000): Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry* 70: 351–359.
- Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Desman, C.; Dickow, B. (2005): Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 87–103.
- Hampel, P.; Desman, C.; Petermann, F.; Roos, T.; Siekmann, K. (2006a): Interdisziplinäres Therapiekonzept für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und deren Begleitperson in der stationären Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 45: 52–59.
- Hampel, P.; Manhal, S.; Roos, T.; Desman, C. (2006b): Interpersonal coping among boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. Submitted to *Journal of Attention Disorders*.
- Hampel, P.; Petermann, F. (2005): Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 34: 73–83.
- Hampel, P.; Petermann, F. (2006): Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health* 38: 409–415.
- Hampel, P.; Petermann, F.; Dickow, B. (2001): Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ). Hogrefe: Göttingen.
- Hodgens, J. B.; Cole, J.; Boldizar, J. (2000): Peer-based differences among boys with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology* 29: 443–452.
- Jensen, P. S.; Martin, D.; Cantwell, D. P. (1997): Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 1065–1079.
- Klassen, A. E.; 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.
- Kutcher, S.; Aman, M.; Brooks, S. J.; Buitelaar, J.; van Daalen, E.; Fegert, J.; Findling, R. L.; Fisman, S.; Greenhill, L. L.; Huss, M.; Kusumakar, V.; Pine, D.; Taylor, E.; Tyano, S. (2004): International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorders (DBB): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology* 14: 11–28.

- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. Springer: New York.
- Liu, X.; Tein, J. Y.; Zhao, Z. (2004): Coping strategies and behavioral/emotional problems among Chinese adolescents. *Psychiatry Research* 126: 275–285.
- Mannuzza, S.; Klein, R. K.; Moulton, J. L. (2002): Young adult outcome of children with “situational” hyperactivity: A perspective, controlled follow-up study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30: 191–198.
- Matza, L. S.; Rentz, A. M.; Secnik, K.; Swensen, A. R.; Revicki, D. A.; Michelson, D.; Spencer, T.; Newcorn, J. H.; Kratochvil, C. J. (2004): The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 25: 166–174.
- Melnick, S. M.; Hinshaw, S. P. (2000): Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28: 73–86.
- Patterson, G. R.; DeGarmo, D. S.; Knutson, N. (2000): Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology* 12: 91–106.
- Ravens-Sieberer, U. (2000): Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 43: 198–209.
- Ravens-Sieberer, U.; Bullinger, M. (2000): KINDL-R – Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Unveröffentlichtes Manual.
- Ravens-Sieberer, U.; Görtler, E.; Bullinger, M. (2000): Subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Eine Befragung Hamburger Schüler im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung. *Gesundheitswesen* 62: 148–155.
- 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.
- Seiffge-Krenke, I. (2000): Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence* 23: 675–691.
- Seiffge-Krenke, I.; Weidemann, S.; Fentner, S.; Ägenheister, N.; Pöblau, M. (2001): Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist* 6: 123–132.
- Sobanski, E.; Alm, B. (2004): Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. Ein Überblick. *Der Nervenarzt* 75: 697–716.
- Steinhausen, H.-C. (1995): Hyperkinetische Störungen – eine klinische Einführung. In: Steinhausen, H.-C. (Hg.): *Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 11–33.
- Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C. (2001): Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 30: 259–280.
- The MTA Cooperative Group (1999): A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 56: 1073–1086.
- Topolski, T. D.; Edwards, T. C.; Patrick, D. L.; Varley, P.; Way, M.; Buesching, D. P. (2004): Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders* 7: 163–173.
- Treuting, J. J.; Hinshaw, S. P. (2001): Depression and self-esteem in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with comorbid aggression and explanatory attributional mechanisms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 29: 23–39.
- Wadsworth, M. E.; Compas, B. E. (2002): Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence* 12: 243–274.
- Weiß, R. H. (1998): Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgetest (ZF). 4. überarb. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Whalen, C. K.; Jamner, L. D.; Henker, B.; Delfino, R. J.; Lozano, J. M. (2002): The ADHD spectrum and everyday life: Experience sampling of adolescent moods, activities, smoking, and drinking. *Child Development* 73: 209–227.

Wheeler Maedgen, J.; Carlson, C. L. (2000): Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology* 29: 30–42.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Petra Hampel, Dr. Christiane Desman, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, Grazer Straße 6, D-28359 Bremen;
E-Mail: petra@uni-bremen.de